

# Política, Planejamento e Gestão em Saúde

# 3



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

**Atena**  
Editora  
Ano 2020

# Política, Planejamento e Gestão em Saúde

# 3



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 Cagliariari – 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 3 / 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 978-65-5706-324-8

DOI 10.22533/at.ed.248202808

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](http://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**

#### **A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DA SAÚDE NA ATENÇÃO TERCIÁRIA: EXPERIÊNCIAS DE ATUAÇÃO EM UMA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE EM CRATEÚS**

Francisco Henrique Cardoso da Silva

Esther de Sena Ferreira

Artur Gevázio de Lira da Silva

Francisca Neide de Andrade Leite

Maria Daniele Rodrigues

Sandoélia Barbosa Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.2482028081**

### **CAPÍTULO 2..... 13**

#### **A ATUAL EPIDEMIA DE SÍFILIS E SUAS CAUSAS –PESQUISA POR AMOSTRAGEM NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM/MG**

Jennifer Nataly Barbosa da Silva

Mariana de Andrade Fernandes

Luciana Godoy Pellucci de Souza

Juliana Patrícia Martins de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.2482028082**

### **CAPÍTULO 3..... 21**

#### **A PERSPECTIVA DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL: A EFETIVIDADE DAS AÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Waneska Ferreira Cavalcante de Albuquerque Reis

Ana Carolina Soares Pereira

Meire Coelho Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.2482028083**

### **CAPÍTULO 4..... 28**

#### **AS PRÁTICAS COLETIVAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO QUE VIVE EM UM TERRITÓRIO DE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ - SC**

Adriana Grabner Corrêa

Carlos Eduardo Maximo

Fernanda Veiga

**DOI 10.22533/at.ed.2482028084**

### **CAPÍTULO 5..... 46**

#### **ATUAÇÃO DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM NA ESCUTA QUALIFICADA COMO CUIDADO À SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES ESCOLARES**

Ana Paula Cunha Duarte

Antonia Kátia Lopes Araújo

Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

Caroline Natielle Rocha da Silva

Fabricia da Silva Pereira dos Reis

Geovane Moura Viana

Kelly Rose Pinho Moraes

Linielce Portela Nina  
Mariana da Cunha Costa  
Patricia da Silva Pereira dos Reis  
Priscilla Herculana Araújo dos Santos  
Vanessa de Jesus Guedes Dias

**DOI 10.22533/at.ed.2482028085**

**CAPÍTULO 6..... 55**

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE TERAPIA NUTRICIONAL E CUIDADOS PALIATIVOS  
APLICADOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Maria Fernanda Brandão Santos  
Andrea Romero de Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.2482028086**

**CAPÍTULO 7..... 67**

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO E CONSEQUÊNCIAS DA UTILIZAÇÃO DE DROGAS  
PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO IDOSA**

Tháís Alves Barbosa  
Elizangela Goncalves Ferreira Zaleski  
Lizandra Alvares Félix Barros

**DOI 10.22533/at.ed.2482028087**

**CAPÍTULO 8..... 78**

**AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM UMA ESCOLA  
DO ENSINO MÉDIO DE BELÉM-PA**

Sabinaluz Natal Malheiros da Silva  
Sarah Maria de Lima Faro  
Adalberto Tavares Von Paumgarten Filho  
Ralf Cardoso Mudesto Oliveira  
Gabriel Silva Novais  
Arthur Henrique Rodrigues Leite  
Juliana de Moraes Silva  
Dalila Pinheiro Diniz Tavares  
Hyvina Paula Peres Duarte  
Victória Gabriele Broni Guimarães  
Greice de Lemos Cardoso Costa  
Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto

**DOI 10.22533/at.ed.2482028088**

**CAPÍTULO 9..... 89**

**CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: FRAGILIDADES E DESAFIOS EM SUA  
UTILIZAÇÃO**

Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante  
Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

**DOI 10.22533/at.ed.2482028089**

**CAPÍTULO 10..... 94**

**CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: BREVE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE EXPERIÊNCIA REALIZADA EM ANGRA DOS REIS**

Mayara Athanázio Diogo

Marcelo Paraíso Alves

**DOI 10.22533/at.ed.24820280810**

**CAPÍTULO 11..... 104**

**CONTENÇÃO MECÂNICA: CONDUTAS ADOTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

Anderson Afonso do Amaral

Alex Brendo Gonçalves Costa

Luan Caio Amaral Pimentel da Silva

Gabryel Henryk Nunes Lôbo

Emerson Cardoso Carvalho

Gleivison Cunha Teles

Daniela da Silva Soares

José Helessandro do Amaral Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.24820280811**

**CAPÍTULO 12..... 115**

**DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS EM SAÚDE COLETIVA: DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE**

Mariana Costa Ferreira Righi Rodrigues

Luiza Mara Vieira Rocha

Sara Peixoto Rabelo

Felipe Gildin

Pedro Henrique Mota Alfredo

José Felipe Pinho da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.24820280812**

**CAPÍTULO 13..... 125**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A MELHORA NA PERCEPÇÃO DE AUTOCUIDADO EM PACIENTES DIABÉTICOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Yasmin Renata Soares de Lima

Agnes Cristy de Mesquita

Ana Paula de Moura Galle

Caroline Senábio Mendes

Laura Beatriz Oliveira Ferreira

Ana Karolina Franzim Garcia

Adriele Faria Onning

Beatriz Nogueira de Araújo

Walkiria Shimoya-Bittencourt

Tiago Henrique Souza Nobre

Lorena Frange Caldas

Ariane Hidalgo Mansano Pletsch

**DOI 10.22533/at.ed.24820280813**

**CAPÍTULO 14..... 130**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Anna Karla Nascimento Lima  
Daniele Knopp Ribeiro  
Fábio da Costa Carbogim  
Elaine Cristina Dias Franco  
João André Tavares Álvares da Silva  
Edith Monteiro de Oliveira  
William Ávila de Oliveira Silva  
Denise Barbosa de Castro Friedrich

**DOI 10.22533/at.ed.24820280814**

**CAPÍTULO 15..... 144**

**ESTUDO POR AMOSTRAGEM: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE MARABÁ**

Maurícia Macedo Ramalho  
Thais Thimoteo Santos  
Antonio Carlos de Sousa Gomes Junior  
Rafael Oliveira Chaves

**DOI 10.22533/at.ed.24820280815**

**CAPÍTULO 16..... 157**

**ESTUDO SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL E CAUSAS DE ETILISMO, DE IDOSOS FREQUENTADORES DA UNIVERSIDADE DA MELHOR IDADE**

Milciana Urbiêta Barboza  
Fasíla de Nazaré Lobato Pinheiro  
Patrícia Lira Bizerra  
Lizandra Alvares Félix Barros  
Luana Silva Soares

**DOI 10.22533/at.ed.24820280816**

**CAPÍTULO 17..... 170**

**IMPORTÂNCIA DA MONITORIA NA DISCIPLINA GENÉTICA HUMANA PARA OS ALUNOS DE BIOMEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

Vítor Gabriel Felipe  
Wagner Gouvêa dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.24820280817**

**CAPÍTULO 18..... 176**

**O ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A DOR NOS ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE DA MELHOR IDADE**

Alana Furtado Hefler  
Patrícia Lira Bizerra  
Lizandra Alvares Felix Barros  
Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski

**DOI 10.22533/at.ed.24820280818**

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 19.....</b>  | <b>190</b> |
| <b>PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E O DESCONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE O SUS EM UMA COMUNIDADE NO CENTRO DE BELO HORIZONTE</b>  |            |
| Rafael Fagundes dos Anjos Araújo<br>Maria Fernanda Amaral Carvalho<br>Júllia de Castro Bolina Filgueiras<br>Mariana Prates Camilo<br>Tayrone Rodrigues Gonçalves<br>José Felipe Pinho da Silva |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.24820280819</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 20.....</b>  | <b>201</b> |
| <b>SAÚDE MENTAL: ESTRESSE EM ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA</b>  |            |
| Ana Karolina Ibanhes<br>Angelina de Fátima Sesper Nogueira<br>Ester Katyane Rodrigues Torres<br>Laura Beatriz da Silva<br>Karla de Toledo Candido Muller                                       |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.24820280820</b>  |            |
| <b>CAPÍTULO 21.....</b>  | <b>209</b> |
| <b>VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EDUCATIVO COMO TECNOLOGIA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA</b>   |            |
| Percília Augusta Santana da Silva<br>Hugo Santana dos Santos Junior<br>Kecyani Lima dos Reis<br>Anderson Bentes Lima<br>Jofre Jacob da Silva Freitas<br>Marcus Vinicius Henriques Brito        |            |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.24820280821</b>  |            |
| <b>SOBRE OS ORGANIZADORES.....</b>   | <b>219</b> |
| <b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>   | <b>221</b> |

# CAPÍTULO 1

## A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DA SAÚDE NA ATENÇÃO TERCIÁRIA: EXPERIÊNCIAS DE ATUAÇÃO EM UMA CLÍNICA DE HEMODIÁLISE EM CRATEÚS

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data da submissão: 04/05/2020*

### **Francisco Henrique Cardoso da Silva**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO  
Crateús - CE  
<http://lattes.cnpq.br/0604760924598723>

### **Esther de Sena Ferreira**

Faculdade Uninta Itapipoca  
<http://lattes.cnpq.br/6752948637203815>

### **Artur Gevázio de Lira da Silva**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO  
Crateús - CE  
<http://lattes.cnpq.br/0489213279118397>

### **Francisca Neide de Andrade Leite**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO  
Crateús - CE  
<http://lattes.cnpq.br/5683640681530643>

### **Maria Daniele Rodrigues**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO  
Crateús - CE  
<http://lattes.cnpq.br/7685641724401144>

### **Sandoélia Barbosa Sousa**

Faculdade Princesa do Oeste – FPO  
Crateús - CE  
<http://lattes.cnpq.br/2797423122673083>

**RESUMO:** O trabalho do psicólogo da saúde, especialmente em um Centro de Nefrologia, corresponde um modelo de assistência e cuidados tanto para o paciente como para o

acompanhante. O papel do profissional de Psicologia é voltado para orientação clínica e acompanhamento da atenção à saúde mental dos pacientes deste setor, tendo um compromisso institucional de tratar o sofrimento dos pacientes, com enfoque na escuta e valorização do saber do paciente sobre si. Assim este trabalho objetivou exemplificar a atuação do psicólogo da saúde, bem como compreender como são desenvolvidas as suas ações no setor terciário, especificamente em um Centro de Nefrologia em Crateús-CE. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que teve como participante um psicólogo da saúde, atuante no setor terciário, no qual trabalha com pacientes que tem problemas renais. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semiestruturada, onde as respostas foram relacionadas aos resultados de uma revisão narrativa de literatura. Pôde-se ver que o psicólogo busca trabalhar o sofrimento do sujeito frente àquela patologia ou situação clínica, lidando com as suas angústias e criando um processo de conscientização sobre a sua situação. Logo, a atuação irá perpassar desde os conflitos interpessoais do sujeito até o processo de resignificação e aprendizagem dessa nova condição de vida. O profissional utiliza de intervenções que possibilitem ao paciente o processo amplo de resignificação do adoecimento, executadas no espaço da clínica, junto à equipe multidisciplinar e a família. Dessa forma, a presença do psicólogo no trabalho com portadores de doença renal é extremamente necessária para garantir um atendimento mais humanizado, que reconheça a singularidade de cada paciente, compreenda a fragilidade



submetida pela doença crônica e que possibilite - dentro dos aspectos subjetivos e orgânicos de cada paciente – a produção do processo de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicologia da Saúde, Setor Terciário, Insuficiência Renal, Reabilitação, Atuação Profissional.

## THE PERFORMANCE OF THE HEALTH PSYCHOLOGIST IN TERTIARY ATTENTION: EXPERIENCES OF ACTION IN A HEMODIALYSIS CLINIC IN CRATEÚS

**ABSTRACT:** The work of the Psychologist in the health area, especially in a nephrology center, matches to a model of assistance and care for the patient and to the companion. The role of Psychologist, it'sdirectioned to the clinical orientation and support for the attention in mental health of the patients in this sector, havinganinstitutionalcommitment of to treat the illness, withfocus in listening and appreciation of the acknowledge of the patient aboutitself. The objective of thispaperwere to show the work of the Health Psychology, as well to understandhow are madetheiractions in the tertiary sector, especially in a nephrology center in Crateús - CE. The type of thisresearchfits in a qualitative model, thathad a participation of a Health Psychologist, thatworks in this sector withpatientswithkidneyproblems. Hasbeenused as instrument of data collection, a semi-structured interview, where the answershasbeenrelacioned to the results of a literaturereview. Couldbeseenthat the Psychologist seek to work the suffering of the patients in front of thatpathologyorclinicalsituation, dealingwithyouranxieties and creatinganawarenessabouttheirsituations. So, the work willpassby the interpersonalconflicts of the patient until the process of create a new meaning and learningaboutthis new lifecondition. The professional, use interventionsthatcouldenable the patient a wideprocess of create a new meaning of the illnessprocess, executed in the clinicalspace, together to the multidisciplinaryteam and the family. Therefore, the presence of the Psychologist in the work withcarriers of the kidneyproblemsit'sextremelynecessary to ensure a humanizedservice, thatrecognize the singularity of each patient and understand the fragilitybroughtby the chronicdisease and enable - inside of the subjectiveaspects and organical of each patient - the production of health process.

**KEYWORDS:** Health Psychology, Tertiary Sector, Renal Insufficiency, Rehab, Professional performance.

## 1 | INTRODUÇÃO

O trabalho do psicólogo da saúde na área hospitalar, especialmente em um centro de nefrologia, corresponde a um modelo de assistência e cuidados tanto para o paciente como para o acompanhante. Trabalhando em uma concepção de prestar um serviço de olhar e orientação clínica, diferentemente dos profissionais da clínica médica. Para aprofundar o conhecimento de atenção à saúde aos pacientes deste setor, destacamos que o psicólogo tem um compromisso com a instituição de tratar do sofrimento dos pacientes, que podem ser compreendidos como um olhar de cuidado à saúde, com enfoque na escuta e valorização do saber do paciente sobre si.

A partir do momento que o psicólogo utiliza seu instrumento de trabalho “a escuta”, ele deve realizar as intervenções, através das práticas específicas de sua abordagem conforme as demandas identificadas no serviço. Sobre esse trabalho interventivo o psicólogo precisa de uma aliança na equipe para desenvolver um trabalho multidisciplinar e programado de acordo com os acontecimentos e demandas do cotidiano da unidade de tratamento. Nessa perspectiva, o psicólogo busca garantir na equipe multidisciplinar um olhar para a singularidade, diferente do modelo curativo da medicina (MUTARELLI, 2015).

Sobre esse ângulo é possível entender a atuação do psicólogo como fator fundamental no processo do tratamento, em que se dá ênfase às ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, este que visa promover a saúde no setor, tendo em vista que se trata de um modelo biopsicossocial, assumindo o desafio que o trabalho propõe buscar qualificação cada vez mais eficaz nesta rede. Desta forma “os avanços da prática psicológica estão associados à qualificação do psicólogo, mais especificamente a capacidade de justificar procedimentos e ações” (TONETTO & GOMES, 2007). Assim, para fundamentar a prática do psicólogo da saúde, esta deve ser embasada em dados concretos para que assim atue em benefício da integridade e saúde dos pacientes. Para entender o processo de bem estar físico, mental e social, é preciso considerar que os fatores ambientais influenciam no desenvolvimento e evolução do paciente.

A partir deste contexto, o objetivo deste trabalho é identificar a atuação do psicólogo da saúde, bem como compreender como são desenvolvidas as suas ações no setor terciário, especificamente em um centro de nefrologia, localizado no Município de Crateús-CE. Desta forma, buscando demonstrar a atuação do Psicólogo neste âmbito, expondo suas potencialidades, desafios e limites.

## 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Psicologia Hospitalar pode ser compreendida como um campo de saber ligado ao entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento é caracterizado quando o sujeito humano, munido de subjetividade, esbarra no real, de natureza patológica, definida como doença, presente no seu corpo, desencadeando uma infinidade de aspectos psicológicos que se apresentam no paciente, na família ou na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2013).

Em termos de objeto da psicologia hospitalar se aponta para os aspectos psicológicos e não para as causas psicológicas, nesse sentido, tal conceito se afasta da equívoca disputa sobre a origem de causa psicogênica e de causa orgânica das doenças. Segundo Simonetti (2013), a psicologia hospitalar não trata apenas da doença como causas psíquicas, classicamente denominadas psicossomáticas, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. Destacando que toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se carregada de subjetividade, e por isso pode se

beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar.

Nesta perspectiva, a psicologia hospitalar dá ênfase à parte psíquica, mas não diz que a parte orgânica não é importante, pelo contrário, perceberá sempre qual a reação psíquica mediante a realidade orgânica, como o sujeito entende o “real” da doença, e a partir disso fará seu material laboral. É notório que esse material é constituído de aspecto psicológico que é justamente o nome dado para as manifestações da subjetividade humana diante da doença, como por exemplo, os sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer. Esses aspectos estão envolvidos em todo o processo, como uma atmosfera a envolver a doença, transmutando-a em adoecimento, e dependendo do caso, pode aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patológico, como agravante clínico, como fator de manutenção do adoecimento ou ainda como consequência desse adoecimento (SIMONETTI, 2013).

Como foi mencionado anteriormente, o foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em volta do adoecimento. No entanto, os aspectos psicológicos não estão suspensos no ar, e sim encarnados em pessoas, na pessoa do paciente, nas pessoas da família e nas pessoas da equipe de profissionais. Esta área da psicologia define como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos. Além de se ponderar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se preocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar as relações interpessoais entre pacientes, familiares e médicos (SIMONETTI, 2013).

A psicologia hospitalar tem como objetivo a subjetividade, pois a doença é um real do corpo no qual o homem impacta-se, e quando isso acontece toda sua subjetividade é balançada. Nesse sentido entre o psicólogo hospitalar, que oferece sua escuta para ouvir esse sujeito adoentado falar de si, do que teme, do que sente, do que quiser falar. A psicologia está preocupada mesmo em dar voz à singularidade do paciente, buscando sempre restituir o lugar de indivíduo ativo.

É importante salientar que esta área do conhecimento não estabelece uma meta ideal para o paciente atingir, mas simplesmente aciona e contribui para o processo de elaboração simbólica do adoecimento. Ela se prontifica a ajudar o paciente a realizar a travessia da experiência do adoecimento, mas não diz onde vai dar essa travessia, e não o diz por que não pode, não diz porque não sabe especificamente. O caminho do sintoma e do adoecimento depende de muitas variáveis envolvidas; do real biológico, do inconsciente bem como de circunstâncias envolvidas nesse processo. O psicólogo participa da travessia como ouvinte em posição privilegiada, não como um guia (SIMONETTI, 2013).

Segundo Mutarelli (2015), o psicólogo hospitalar na sua prática clínica se debruça sob o paciente enquanto sujeito. Ele abre espaço para que esse sujeito se manifeste dentro

do hospital. Dessa forma, este profissional acompanha o sujeito no seu modo singular de enfrentar determinada doença e, como parte da equipe de assistência, dá lugar a esta manifestação no raciocínio clínico da equipe multidisciplinar. Esta prática é evidenciada quando o psicólogo na equipe é rotineiramente chamado para contribuir com a sua visão em casos que apresenta incompatibilidade em termos de reação das famílias e paciente diante do diagnóstico. Como por exemplo, algumas famílias ficam muito aflitas em caso teoricamente simples e, ao contrário, existem famílias que não demonstram reações emocionais diante de caso denominados graves. O psicólogo contribui para garantir na equipe multidisciplinar uma percepção voltada para a singularidade, diferentemente do modelo curativo da medicina em que geralmente o universal toma lugar do singular.

É incontestável que a prática do psicólogo no hospital seja pautada em um modelo assistencial de cuidado, tendo como princípio norteador a promoção de saúde bem como sua atuação crítica em relação ao modelo curativo da medicina. No hospital, equipamento de saúde de nível de atenção terciária, o principal objetivo não é a promoção de saúde, pois se considera que o paciente ali já está doente e precisa de cuidados para curar-se da enfermidade. A “promoção de saúde” é pertinente em equipamentos da atenção primária da saúde. No entanto, o psicólogo hospitalar, ao seguir fundamentos do cuidado, está também promovendo saúde. A equipe de psicologia, no cenário hospitalar, busca promover condições para que o paciente passe pelo período de internação de maneira mais saudável possível no que tange a características psíquicas e que possa ressignificar tal experiência de adoecimento ao seu histórico de vida de maneira positiva (MUTARELLI, 2015).

Nesta linha de raciocínio, quando a Organização Mundial da saúde, baseada nos avanços da pesquisa psicológica, médica e fisiológica, define saúde como um estado complexo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças, surge a partir disso, uma nova maneira de pensar o processo saúde e doença, que pressupõe um aspecto amplificado de maior conhecimento. Nesse sentido, elabora-se o conceito de equipe multiprofissional, que se caracteriza como disciplinas interagindo-se entre si, desde a simples comunicação de ideias até uma integração de conceitos, metodologia, procedimentos e terminologia (BRUSCATO et. al., 2010).

Como afirma Bruscatto et al. (2010), essa forma de enfoque global do paciente pressupõe não apenas a somatória das diversas práticas, mas suas redes dialógicas de construção coletiva de um saber mais amplo e próprio de uma equipe multiprofissional, que discuta as possibilidades de articulações da atuação dos diversos profissionais de saúde, de modo a contribuir para a superação da fragmentação resultante da compartimentação do conhecimento em diversas disciplinas.

Numa equipe interdisciplinar da saúde, ocorre muitas vezes, a avaliação e os planejamentos do tratamento, que são feitos em colaboração, de forma interdependente, complementar e coordenada. Porém, não se trata de uma “fusão” dos diferentes campos de conhecimento. São observáveis as relações entre os campos do saber, sem negligenciar as

especialidades, como por exemplo, todos os profissionais atuam ampliando seu referencial e base teórica agindo em colaboração com os demais. É importante mencionar que é preservada cada identidade profissional e o domínio da técnica específica. Um exemplo disso é o fato do médico, o fisioterapeuta ou fonoaudiólogo reconhecerem e valorizarem a relevância de fatores psicológicos no processo de adoecimento, isso poderá de forma satisfatória, favorecer a adoção, por parte deles como equipe, de uma postura compreensiva diante das questões afetivo-emocionais do paciente e o acolhimento das intervenções psicológicas, como a padronização que determinada cirurgia não será realizada sem o devido preparo dos aspectos psicológicos (BRUSCATO et al., 2010).

Cria-se uma equipe com características identitárias próprias e percepção de pertencimento ao grupo, no qual a tomada de decisão, idealmente, é em conjunto. É comum numa equipe interdisciplinar, há rotatividade de “papéis” em reuniões grupais, podendo qualquer membro assumir a posição de liderança, proporcionando uma comunicação rica e diversificada. Isso colabora para trocas de conhecimentos, reverberando assim, para a incorporação de resultados de várias especialidades, havendo uma maior integração, que contribui para a geração de um novo saber, o caracteriza essa equipe de criativa como afirma Bruscato et. al. (2010).

De acordo com a caracterização do Conselho Federal de Psicologia (2005), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada no campo secundário e terciário de atenção à saúde, exercendo ações em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de profilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação psicológica; psicodiagnóstico; consulta e interconsulta.

Feita essas primeiras considerações pode-se avançar para o papel do psicólogo dentro do ambiente hospitalar, tendo em vista seu contexto específico de atuação com pacientes do Centro de Nefrologia. O trabalho nesses espaços se dá através do acolhimento do paciente, que vai além da sua doença, onde ele exerce uma escuta qualificada individual, durante todo o processo da hemodiálise, e se necessário esse momento pode ser estendido mediante a especificidade de cada paciente. É realizado com auxílio da família, processos de resignificação diante da mudança de vida, com o intuito de potencializar suas características e contribuir para melhorar sua qualidade de vida. Além disso, destaca-se a importância da equipe interdisciplinar, na qual estabelecem encontros para discutir casos e eventuais demandas que possam surgir no ambiente de trabalho (BARROS; DA CRUZ & DA SILVA, 2015).

Vale ressaltar também alguns aspectos que dizem respeito à formação deste profissional, segundo Spink (1992), a atuação do psicólogo no Hospital Geral é mais que um novo campo de trabalho; a autora aponta para a exigência de novas técnicas e para a necessidade de um novo campo de saber, no qual o atendimento individual é

substituído pelas as ações conjuntas com a equipe multiprofissional de saúde. É notório, que a formação básica do psicólogo privilegia a atuação focada no indivíduo e localizada na clínica particular, era comum a mera transferência dos conceitos teóricos na graduação para o contexto institucional. Nessa substituição acrítica que o psicólogo, geralmente, não conseguia ser eficaz em sua atuação, pois a mera transferência de um referencial teórico para realidades distintas pode, simplesmente, não contribuir para propiciar intervenções satisfatórias (BRUSCATO et al., 2010).

No contexto brasileiro, a formação do psicólogo é um tanto deficitária no que tange aos conhecimentos da realidade sanitária do País, à participação em pesquisas e em políticas públicas de saúde, indispensáveis para determinação de sua prática e para o aprimoramento do seu conhecimento (DIMENSTEIN, 2000). Pode-se pensar, nesse sentido, na formação dos psicólogos no âmbito da saúde, que deve contemplar assuntos sobre: bases biológicas, sociais e psicológicas da saúde e da doença, avaliação, políticas e organização de saúde e colaboração interdisciplinar, assessoramento e intervenção em saúde, temas profissionais, como éticos e legais e conhecimentos de metodologia e pesquisa em saúde. É indiscutível é indiscutível que profissionais que atuam no âmbito hospitalar, tenham um bom treinamento em três bases: clínica, pesquisa e programação. Na área clínica o profissional deve realizar avaliações e intervenções psicológicas. Na área da pesquisa e comunicação, é necessário conduzir pesquisas e comunicar informações de cunho psicológico a outros profissionais. Na prática de programação ele deve ser capaz de desenvolver habilidades para organizar programas de saúde (CASTRO & BORNHOLDT, 2004).

### 3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que segundo Minayo (1994), diz respeito aos universos singulares, ela representa, nas ciências sociais, uma realidade que não pode ser devidamente quantificada, nesse sentido, é perceptível em suas descrições a natureza dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que pode ser identificado no espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à mera operacionalização de variáveis.

Para coletar os dados, foi utilizada como ferramenta, uma entrevista semiestruturada com uma Psicóloga atuante no setor terciário, especificamente em uma clínica de hemodiálise localizada em Crateús no estado do Ceará e posteriormente uma revisão narrativa de literatura, para que assim, como preconizado por Flick (2010), se tivesse uma visão da literatura no sentido geral. Desta forma, foram feitas buscas em bases de dados bibliográficas e online de trabalhos e publicações que discutissem sobre a atuação do Psicólogo no âmbito da saúde e em casos de insuficiência renal.

A partir do referencial teórico elencado e pelo conteúdo da entrevista com a

Profissional, elaboramos estas discussões, sem abandonar a visão do entrevistado e sua vasta experiência. Esta que contribuiu com informações fundamentais que serviram como um estofo prático para a compreensão da atuação do psicólogo em um centro de nefrologia.

#### 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que tange a atuação do Psicólogo da Saúde neste nível de atenção, esta enfrentou um percurso histórico amplo e dificultoso, em que muitas vezes o Psicólogo acabava sendo visto como um “estrangeiro” em meio às práticas da Enfermagem e Medicina. Pois um dos principais instrumentais é o da escuta, que promove uma valorização do saber do paciente sobre si (Mutarelli, 2015) em contraste ao saber biopolítico do médico ou enfermeiro, que busca afirmar-se como o único detentor e o real portador do saber sobre o corpo e a possível cura do sujeito. Desta forma o Psicólogo busca trabalhar o sofrimento do sujeito em frente àquela patologia ou situação clínica, lidando com as suas angústias e criando um processo de conscientização sobre a sua situação.

A atuação é paulatinamente multidisciplinar neste campo, fato exemplificado ao questionarmos a Psicóloga de como se dava:

Nessa abordagem, estamos em constante diálogo com os demais profissionais que compõem a equipe de saúde do serviço, composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Nessa interação constante buscamos unir as informações sobre as condições de tratamento, condições de saúde-doença e condições sociais de cada paciente e suas inter-relações dentro e fora do ambiente de tratamento para capacitar o paciente e seu acompanhante para aprender a lidar com o processo de tratamento e desenvolver as adaptações necessárias para melhorar a qualidade a qualidade de vida ao longo do percurso de tratamento.

No que diz respeito ao setor onde a entrevistada atua, se trata de uma clínica de hemodiálise, em que a maior parte do público é de pacientes crônicos, cujos terão que conviver e lidar até o fim de sua vida com essa situação. Freitas e Cosmo (2010) trazem que estes pacientes iniciam o tratamento já cientes da irreversibilidade de sua doença e, ao longo deste, se deparam com uma série de perdas. Essas vão além da função do rim e incluem, além de questões sociais e econômicas, uma série de conflitos emocionais. Logo, a atuação irá perpassar o lidar do sujeito com estes conflitos, um processo de resignificação e aprendizagem dessa nova condição de vida, que são trabalhadas pela profissional através de:

[...] atividades de integração e relações de saúde, oficinas temáticas, grupos de resolução de conflitos. Essa atuação é construída e compartilhada com a equipe multidisciplinar de saúde visando prevenir e promover saúde a partir da possível resignificação dos sentidos da experiência vivida, das relações desenvolvidas no ambiente de tratamento da doença renal crônica.

Dentro deste processo, Maturana, Callegari e Schiavon (2016) apontam que a aceitação por parte do paciente para as orientações vindas do profissional depende, inclusive, de sua história de vida e de suas experiências bem ou mal sucedidas quanto a esta questão, o que indica a necessidade de acompanhamento individual para detectar fragilidades particulares. No que diz respeito a uma atuação privativa, a profissional nos traz que esta:

[...] ocorre na realização de atendimentos de acompanhamento psicológico individualizado realizados com pacientes e acompanhantes, em que atuo com intervenções a partir dos princípios da análise do comportamento e da terapia de aceitação e compromisso – ACT para trabalhar o processo de aceitação e engajamento com o tratamento, reconhecimento das mudanças, identificação dos fatores de risco e de proteção do paciente, oferecendo acompanhamento psicológico para o paciente se expressar, aprender a reconhecer e sentir sentimentos difíceis e aprender a lidar com as adversidades que fazem parte do processo de tratamento.

A orientação a um paciente é um dos maiores alicerces quando se fala sobre doença crônica e em internação hospitalar. Mudanças inevitavelmente acontecem no organismo do sujeito e em sua vida e, por isso, novos hábitos cotidianos precisam ser conquistados. O conhecimento sobre as circunstâncias da doença, bem como seus sintomas e suas consequências mediante o tratamento clínico ou a falta dele, são determinantes para que o paciente entenda o que está realmente acontecendo em seu corpo e se constituem como fatores genuínos para a adesão e motivação quanto ao seguimento do tratamento (Nakao, 2013 *apud* Maturana, Callegari e Schiavon, 2016).

A resistência de adesão de alguns pacientes ao acompanhamento psicológico, muitas vezes ainda como repercussão de uma visão preconceituosa em relação ao cuidado em saúde mental. Mas, isso é algo que sempre buscamos quebrar e construir uma nova visão validando a importância do cuidado da saúde mental para todos. Esses são alguns fatores que implicam em limites para a atuação da psicologia.

Muitos dos pacientes com esta condição de saúde, mesmo que já tenham aceitado e se acostumado a uma nova vida e rotina (e diversas outras mudanças físicas e comportamentais), possuem uma grande esperança mediante a um transplante, como se esta fosse a única forma de retomar a sua vida anterior (Garcia, 2004 *apud* Maturana, Callegari e Schiavon, 2016). É possível afirmar que o objetivo de um transplante de órgãos não é exclusivamente baseado na sobrevivência de um paciente, mas também de oferecer uma maior expectativa, qualidade de vida e possibilidades de mudança em sua vida. Maturana, Callegari e Schiavon (2016), ainda trazem a questão de que, ao mesmo tempo em que o sujeito enfrenta a possibilidade de um transplante, invariavelmente irá se deparar com questões relacionadas à morte, pois a realização de qualquer cirurgia oferece riscos, muitas vezes não previsíveis.



A doença renal crônica implica uma alteração global nas condições de vida do doente. Após desenvolver insuficiência renal, a vida do paciente depende da realização da hemodiálise. Essa condição só se altera em casos de crises renais agudas e nos pacientes passam a se utilizar de outra modalidade de tratamento após serem transplantados. Por isso, a atuação do psicólogo no serviço implica em cuidar da ampla dimensão dessas repercussões na vida do paciente e atentar para facilitar a adesão do paciente ao serviço a partir do estabelecimento de um bom vínculo com a equipe de profissionais e a percepção de outras vivências que são possíveis dentro do espaço de tratamento.

O exposto acima se alinha aos achados de Freitas e Cosmo (2010), que preconizam que neste espaço o Psicólogo possa, junto à equipe, incentivar nos indivíduos o desenvolvimento de suas capacidades, propiciando uma maior interação e incentivando, igualmente, uma nova visão sobre a própria enfermidade, além de promover mais qualidade de vida, traduzida em saúde. Desta forma levando a um processo amplo de ressignificação do processo do adoecimento, buscando elencar os reforçadores e contingências envolvidos na relação do sujeito com o ambiente (que aqui inclui o espaço da clínica, a equipe multidisciplinar e sua família) e com a si próprio, para que assim se construa um processo de aceitação efetiva.

## 5 | CONCLUSÃO

A atuação do psicólogo da saúde em um contexto clínico ou ambulatorial é baseada em prover uma assistência aos pacientes enfermos que estejam internados ou que façam tratamento semanal devido a uma condição crônica, se pautando em um viés que busca analisar variáveis ambientais que estejam envolvidas no processo de saúde doença, trazendo um olhar mais macro ao sofrimento do sujeito, observando como este tem lidado com esta condição e promovendo estratégias para perpassá-la. A atuação não é restrita somente ao sujeito, mas também a família deste, pois estes também necessitam do cuidado e da atenção dos profissionais da saúde, pois são pilares essenciais em um processo de recuperação.

Assim, o trecho acima se alinha às propostas de Simonetti(2013), que sugere um conjunto harmonioso entre paciente, família e equipe multidisciplinar que é por vezes a chave para a boa evolução do tratamento. A escuta e o acolhimento é primordial em qualquer momento do tratamento, e acrescenta pontos positivos a evolução do caso, a partir do momento que este auxilia os pacientes a ressignificarem o momento em que estão passando. Assim, uma das funções desempenhadas pelo psicólogo neste meio é de suporte à pessoa e à família que, muitas vezes, podem não estar lidando adequadamente com a situação e trazendo um enorme sofrimento a todo seio familiar.

O Psicólogo da saúde adota uma visão do paciente como ser biopsicossocial não determinado apenas por sua condição biológica, olhando para um conjunto amplo de

variáveis no processo saúde-doença, auxiliando-o com a clarificação de seus sentimentos e angústias. As dificuldades inerentes de um ambiente clínico e todas as suas especificidades que eliciam e aumentam a frequência de diversos tipos de sofrimentos ao sujeito, reforçam a necessidade do profissional de Psicologia da saúde neste âmbito, este que fora capacitado para ter esta visão macro e desenvolveu a sensibilidade necessária para compreender o sofrimento do outro.

Dessa forma, o trabalho do psicólogo com portadores de doença renal é uma forma de fornecer e garantir um atendimento mais humanizado a estes sujeitos, observando as suas singularidades. Assim, este trabalha de forma integrada aos outros profissionais de saúde, com o intuito de compreender a fragilidade trazida pela doença ao sujeito, buscando promover a saúde para além do viés biológico e estimulando o crescimento e a capacidade do paciente para se ver mais uma vez, como um sujeito pleno.

## REFERÊNCIAS

BARROS, A. R. H.; DA CRUZ, Y. P.; DA SILVA, F. C. T. Discutindo A Atuação Do Psicólogo Na Atenção Terciária. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2015.

BRUSCATO, W. L.; KITAYAMA, M. M. G.; FREGONESE, A. A. & DAVID, J. H.. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: BRUSCATO, W. L., BENEDETTI, C., & LOPES, S. R. A. (Orgs.). **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: novas páginas em uma antiga história (pp. 33-41). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Pesquisa de Opinião WHO – Quem é o psicólogo brasileiro?** 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/pesquisa-de-opinio-who-quem-o-psicologo-brasileiro/>> Acesso em 28 de Maio de 2019.

DIMENSTEIN, M. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: Implicações Para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, 2000, pp. 5-121

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso Editora, 2012.

FREITAS, P. P. W.; COSMO, M. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 19-32, jun. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 maio 2019.

GARCIA, T. P. **A contribuição da utilização dos recursos artísticos e lúdicos pelo psicólogo hospitalar no tratamento de pacientes renais no Hospital do Rim e Hipertensão**. 2004. 43 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0043.pdf>. Acesso em: 29 maio 2019.

MATURANA, A. P. P. M.; CALLEGARI, B.; SCHIAVON, V. Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 94-116, jan. 2016 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092016000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 maio 2019

MINAYO, Cecília. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MUTARELLI, A. O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 173-188, jun. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582015000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 maio 2019.

NAKAO, R. T. **Variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas associadas à adesão à hemodiálise**. 2013. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-07102013-104339/publico/RenataNakao.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2013.

SPINK, M. J. P. Psicologia da Saúde: A Estruturação de um Novo Campo de Saber. In: CAMPOS, F.C. B. (Org.), **Psicologia e Saúde**. São Paulo: Hucitec. 1992.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 24, n. 1, p. 89-98, Mar. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 29 Mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>.

# CAPÍTULO 2

## A ATUAL EPIDEMIA DE SÍFILIS E SUAS CAUSAS – PESQUISA POR AMOSTRAGEM NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM/MG

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 04/05/2020

### Jennifer Nataly Barbosa da Silva

Fundação de Ensino de Contagem – Unidade  
CENTEC. Curso técnico em Farmácia.  
Contagem – Minas Gerais. Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/5387460086871726>

### Mariana de Andrade Fernandes

Fundação de Ensino de Contagem – Unidade  
CENTEC. Curso técnico em Farmácia  
Contagem – Minas Gerais. Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/0097014442359325>

### Luciana Godoy Pellucci de Souza

Fundação de Ensino de Contagem – Unidade  
CENTEC. Coordenadora do Curso Técnico em  
Farmácia.  
Contagem – Minas Gerais. Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/9853817869051992>

### Juliana Patrícia Martins de Carvalho

Fundação de Ensino de Contagem – Unidade  
CENTEC. Professora de Biologia.  
Contagem – Minas Gerais. Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/3831781107346750>

**RESUMO:** A sífilis é uma doença bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, o qual é transmitido por contato sexual desprotegido, contato com sangue contaminado e de mãe para filho. Conhecida desde o século XV, manifesta-se em três estágios e é primordialmente tratada e curada com benzilpenicilina benzatina desde

1943, sendo este um fármaco grandemente produzido e distribuído pela rede pública. É uma doença curável, amplamente estudada e possui tratamento disponível e de baixo custo. Conquanto, no ano de 2017, foram observados 119.800 casos de sífilis adquirida no Brasil. A ocorrência de uma epidemia é discrepante ao observar todos os avanços da medicina e da saúde pública desde os primeiros registros da sífilis no mundo, e é nisso em que se baseia o presente estudo. Por conseguinte, é possível pressupor que a epidemia de sífilis esteja fortemente relacionada a fatores socioculturais e econômicos, bem como citam outros autores na literatura. A inconsistência do tratamento, a educação sexual insuficiente, a discriminação de minorias sexuais e o tabu quanto a IST's geram, mundialmente, um cenário de avanço de infecções sexualmente transmissíveis. A metodologia aplicada no estudo consistiu na realização de testes de sífilis mediante a distribuição de questionários para os voluntários, os quais revelaram uma grande presença do tabu em relação às IST's no Brasil. Ao fim do estudo, as hipóteses defendidas foram confirmadas ao observar a baixa adesão da população masculina ao teste, sendo esta a mais atingida pela doença e, apesar da ausência de resultados positivos, apurou-se a presença de conhecimento insuficiente ou inexistente dos voluntários sobre aspectos referentes à sífilis. Apesar de sua magnitude, essa doença possui grande potencial de erradicação ainda na atenção primária em saúde através da informação útil, do foco na saúde do homem, e principalmente, da desinibição em relação ao tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecções sexualmente

## THE CURRENT SYPHILIS EPIDEMIC AND ITS CAUSES – RESEARCH IN CONTAGEM/MG CITY

**ABSTRACT:** Syphilis is a systemic bacterial disease caused by *Treponema pallidum*, which is transmitted through unprotected sexual contact, contact with contaminated blood and from mother to child. Known since the 15th century, it manifests in three stages and is primarily treated and cured with benzylpenicillin benzatin since 1943, this being a drug widely produced and distributed by the public network. It is a curable disease, widely studied and has available low-cost treatment. In 2017, 119,800 cases of syphilis acquired in Brazil were observed. The occurrence of an epidemic is discrepant when observing all the advances in medicine and public health since the first records of syphilis in the world, and that is what this study is based on. Therefore, it is possible to assume that the syphilis epidemic is strongly related to socio-cultural and economic factors, as well as citing other authors in the literature. The inconsistency of treatment, insufficient sex education, discrimination against sexual minorities and the taboo on STIs generate an advancing scenario of sexually transmitted infections worldwide. The methodology applied in the study consisted of syphilis testing through the distribution of questionnaires to volunteers, which revealed a large presence of the taboo on STIs in Brazil. At the end of the study, the hypotheses defended were confirmed by observing the low adherence of the male population to the test, which is the one most affected by the disease and, despite the absence of positive results, the presence of insufficient or non-existent knowledge of volunteers about aspects related to syphilis was verified. Despite its magnitude, this disease still has great potential for eradication in primary health care through useful information, focus on men's health, and especially, disinhibition concerning the subject.

**KEYWORDS:** Sexually transmitted infections. Syphilis. Epidemic. Public health.

### 1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença de caráter sistêmico causada pela espiroqueta *Treponema pallidum pallidum*, sendo sua transmissão majoritária via sexual desprotegida, contato com sangue contaminado e verticalmente, de mãe para filho. Manifesta-se em três estágios, nos quais o primário é caracterizado pelo surgimento de um cancro duro único e indolor no local de entrada da bactéria; o secundário, pelo aparecimento de lesões eritemato escamosas ricas em *Treponema*; e o terciário, por complicações graves, como a neurosífilis e a sífilis cardiovascular, após um longo período de latência consequente do não tratamento da enfermidade. (Ministério da saúde, 2010).

O tratamento e a cura são feitos, primordialmente, com benzilpenicilinabenzatina desde 1943, sendo este um fármaco grandemente produzido e distribuído pela rede pública. (COFEN, 2019) É uma doença curável, amplamente estudada e possui tratamento disponível e de baixo custo. Ainda assim, em 2016, a sífilis foi considerada um grave problema de saúde pública devido ao aumento progressivo do número de pacientes

acometidos. Nos dados mais recentes, referentes ao ano de 2018, foram observados 158 mil casos de sífilis adquirida no Brasil. (Ministério da Saúde, 2020)

Tendo em vista a participação ativa e gratuita do Sistema Único de Saúde na prevenção e ao longo do tratamento, encontra-se um cenário injustificável para uma epidemia de sífilis e de outras IST's, cujos reflexos perpassam a saúde da população e atingem importantes patamares econômicos, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, foram gastos cerca de dois milhões de dólares em procedimentos de médio e alto custo relacionados a IST's em 2017. (Ministério da saúde, 2019)

## 1.1 Hipóteses

É possível pressupor que a epidemia de sífilis esteja fortemente atrelada a fatores sociais, culturais e econômicos. O principal aspecto de destaque é o desabastecimento progressivo de penicilina no Brasil, conforme a Nota Informativa Conjunta nº 109/105/GAB/SVS/MS do Ministério da Saúde, vigente desde 2015.

Além disso, como pontua Cesaro et.al (2018), as masculinidades criadas no âmbito da saúde pública, relacionando o cuidado como um valor intrinsecamente feminino, cria uma hierarquia de atenção focada apenas na criança e na mulher-mãe, o que explica a existência de 59% de homens portadores de sífilis em 2017. Com as observações de Rodrigues et al. (2016), é possível confirmar que as medidas de tratamento e prevenção estão associadas à mulher, assim como, mesmo diante de um resultado positivo, raramente os parceiros masculinos realizam o tratamento. Por conseguinte, caso o parceiro sexual de um paciente com sorologia positiva não realize o diagnóstico e o tratamento, o risco de recidiva da doença torna-se presente. Outro aspecto facilitador da transmissão é a resistência ao uso regular de métodos contraceptivos de barreira — os quais previnem IST's — em relacionamentos de longa data, como evidenciado no estudo de Navega et al. (2017) e confirmado no presente estudo.

Conjuntamente, de acordo com Negreiros et al. (2019) e Cabral et al. (2019), é possível inferir que a fragilidade da população LGBTQ+ em relação ao atendimento de saúde adequado deixa esse grupo à mercê de IST's e outras doenças, sendo precários o acolhimento pelo profissional de saúde e as informações dadas à essa minoria. Ademais, conclui-se que o ensino em saúde é insuficiente, visto que 17% dos portadores possuem ensino médio completo, e, como citado por Rodrigues et al., a população de adolescentes é resistente em procurar meios de informação sobre a sexualidade, bem como sua prevenção, assim, tais fatores propiciam o aumento da incidência da doença na faixa etária dos 20 – 29 anos.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e descritivo realizado entre voluntários selecionados aleatoriamente na região central da cidade de Contagem, Minas

Gerais. Primeiramente, os voluntários foram submetidos a aplicação de um questionário com questões referentes a seus conhecimentos sobre a sífilis e a alguns hábitos de saúde pertinentes (uso de preservativos, frequência de *check ups* médicos e frequência de testes de IST's). Posteriormente, os voluntários foram convidados a realizar gratuitamente um exame diagnóstico de sífilis. No início deste estudo, seria utilizada apenas a sorologia VDRL como método de diagnóstico devido ao baixo custo e disponibilidade laboratorial para realização dos exames.

Contudo, o desconforto da punção venosa somado ao tabu envolvido no diagnóstico de uma IST revelou baixa adesão ao exame. A partir disso, foi adotado o método da imunocromatografia (teste rápido), resultando na realização do diagnóstico de vinte pessoas. (Figura 1).

Ambos os testes foram realizados conforme manual do Ministério da Saúde, seguindo o mesmo padrão realizado na rede pública.

Concomitantemente, foram realizadas ações de divulgação sobre a sífilis nos meios de comunicação online para disponibilizar informações úteis de forma simplificada e direcionada para a população jovem, a qual é mais atingida. Por conseguinte, uma página foi criada na rede social Instagram, além da confecção de cartazes e panfletos, os quais foram distribuídos para a população de Contagem – MG.



Figura 1 - Testes rápidos utilizados no estudo

### 3 | RESULTADOS

Ao fim do estudo, foram aplicados 38 questionários, dos quais 20 pertenciam a voluntários que se dispuseram a realização do exame. Apesar de todos os diagnósticos de sífilis terem apresentado sorologia negativa, os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados evidenciaram algumas suposições, como as hipóteses abordadas por Cesaro et.al (2018) anteriormente citadas: a maior parte dos voluntários era mulher, como mostra o gráfico abaixo (Figura 2). Evidencia-se, portanto, o menor interesse dos homens em buscar serviços de diagnóstico de IST's.

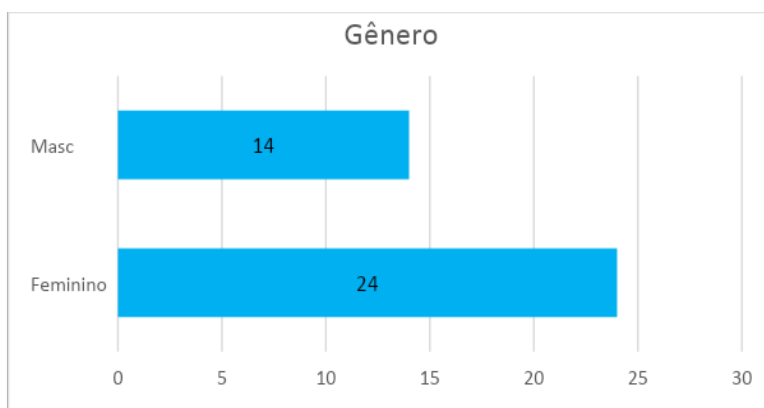


Figura 2 - Participantes do estudo classificados por gênero

Não obstante, pode-se perceber que o conhecimento acerca da sífilis era insuficiente: a maior parte das pessoas apenas sabia da existência da doença, em que, grande parte dos voluntários afirmava saber que se tratava de uma IST, bem como o seu modo de prevenção — informações comumente disseminadas pelos próprios serviços de saúde —. Contudo, informações como sintomas e tratamento eram desconhecidas pela maior parte dos entrevistados (Figura 3). Ainda, a maior parte dos indivíduos não possuía conhecimento sobre a presente epidemia. (Figura 4).



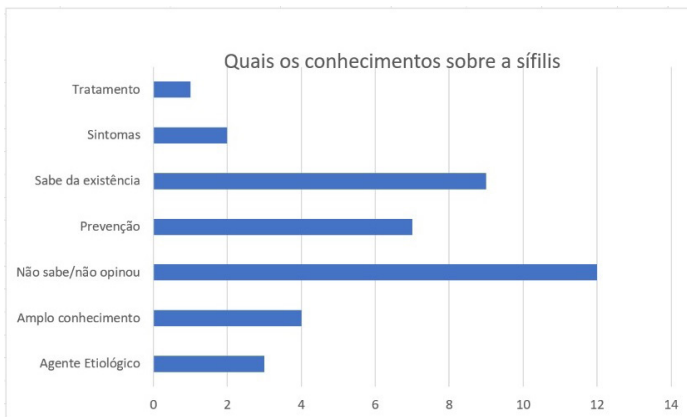


Figura 3 - Conhecimentos acerca da doença pelos voluntários

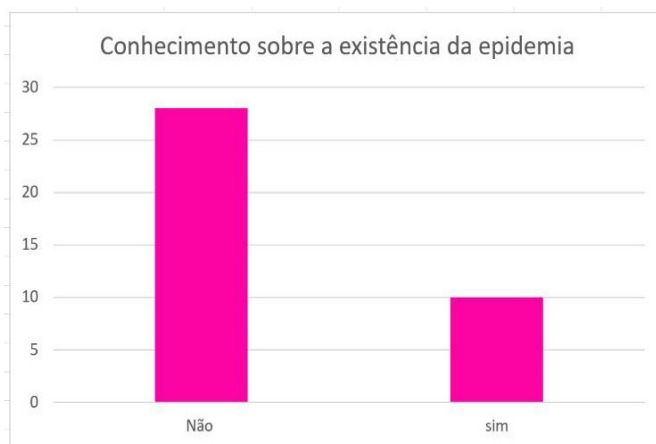


Figura 4 - Conhecimentos acerca da epidemia pelos voluntários

Ademais, grande parte dos voluntários obtiveram parte de seus conhecimentos preexistentes através de meios de comunicação (televisão e internet), fato que evidencia a ineficácia do recebimento de informações úteis acerca da doença de forma democratizada. (Figura 5).

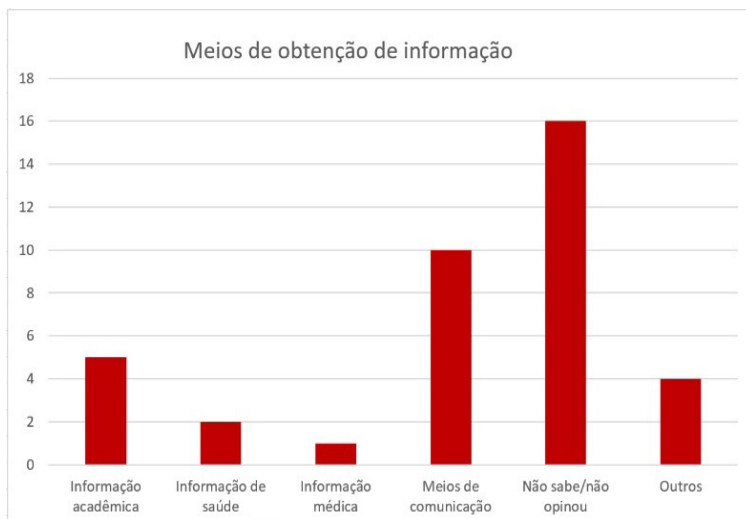


Figura 5 - Meios de acesso a informação mais utilizados pelos voluntários

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos apresentados, infere-se que o número excessivo e o aumento gradativo de casos de sífilis no Brasil são fatos muito preocupantes para saúde pública. Com isso, torna-se fundamental identificar os melhores meios para combater a ausência do compartilhamento democrático de informações úteis para a população, promovendo a normatização sobre o assunto a fim de melhorar sua aceitabilidade e facilitar a atuação do Sistema Único de saúde – o qual é imprescindível no combate a essas infecções. Concomitantemente, o desenvolvimento de uma abordagem íntegra acerca de IST's possibilitará avanços na inserção de informações ao grupo de risco assim como na mudança de seus valores prejudiciais para que, futuramente, o número de enfermos diminua consideravelmente.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2019**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2018**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 109/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS.** Brasília, 2015.

Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR de et al. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS.** 2019. p 81-83

Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. **Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem.** Rev Panam de Salud Publica. 2018.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. **Nota técnica COFEN/CTLN Nº03/2017.** Brasília, 2017

Navega DA, Maia ACB. **Conhecer (e) Saber: Relatos de Pessoas Curadas da Sífilis.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2017. p 3-7.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de et al. **Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional.** Revista brasileira de educação médica. 2019.

Rodrigues ARM, Silva MAM da, Cavalcante AES et al. **Atuação de Enfermeiros no Acompanhamento da Sífilis na Atenção Primária.** Revista de Enfermagem UFPE Online. 2016.

# CAPÍTULO 3

## A PERSPECTIVA DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL: A EFETIVIDADE DAS AÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 17/07/2020

### **Waneska Ferreira Cavalcante de Albuquerque Reis**

Universidade Ceuma  
São Luís-Maranhão

ORCID: 0000-0003-4106-0248

Lattes ID: [http://lattes.cnpq.  
br/6199573611488185](http://lattes.cnpq.br/6199573611488185)

### **Ana Carolina Soares Pereira**

Universidade Ceuma  
São Luís- Maranhão

ORCID: 0000-0002-6314-8972

Lattes ID: [http://lattes.cnpq.  
br/3459998316266292](http://lattes.cnpq.br/3459998316266292)

### **Meire Coelho Ferreira**

Universidade Ceuma  
São Luís-Maranhão

ORCID: 0000-0001-7116-1547

Lattes ID: [http://lattes.cnpq.  
br/6414767308779045](http://lattes.cnpq.br/6414767308779045)

**RESUMO:** O monitoramento da gestão e organização dos serviços é capaz de evidenciar práticas e distorções entre os serviços e atividades produzidas. Considerando que a efetividade constitui resposta essencial do Sistema de Saúde, a presente pesquisa descreveu a gestão do cuidado em saúde bucal a partir das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família no Município de São Luís (MA). Realizou-se estudo descritivo com dados

sobre territorialização, acolhimento, promoção e educação em saúde e cumprimento das diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Os resultados demonstraram que as equipes pesquisadas apresentam distorções ao que foi preconizado pela ESF e PNSB, dificultando a redução das iniquidades em saúde. A gestão da saúde bucal deve favorecer a transformação da prática odontológica com fortalecimento do vínculo territorial para responder com efetividade às necessidades da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde bucal. Avaliação em saúde. Diretrizes.

### THE PERSPECTIVE OF ORAL HEALTH CARE: THE EFFECTIVENESS OF ACTIONS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A MUNICIPALITY IN NORTHEASTERN BRAZIL

**ABSTRACT:** The monitoring of the management and organization of services is capable of evidencing practices and distortions between the services and activities produced. Considering that effectiveness is an essential response of the Health System, the present research described the management of oral health care based on the actions developed in the Family Health Strategy in the city of São Luís (MA). A descriptive study was conducted with data on territorialization, reception, promotion and education in health and compliance with the guidelines of the Family Health Strategy (FHS) and national oral health policy (PNSB). The results showed that the teams surveyed present distortions to what was recommended by the FHS and PNSB, making

it difficult to reduce health inequities. The management of oral health should favor the transformation of dental practice with strengthening of the territorial to effectively respond to the needs of the population.

**KEYWORDS:** Oral health. Health evaluation. Guidelines

## 1 | INTRODUÇÃO

A análise da gestão e cuidado em saúde é de grande relevância para o planejamento dos serviços pois permite um completo dimensionamento da realidade sanitária e o conhecimento da eficiência e da qualidade da assistência prestada, favorecendo a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil, em decorrência da implementação de políticas de promoção e vigilância em saúde, aponta a necessidade de investir em estratégias avaliativas que permitam avaliar não somente os resultados, mas os impactos das intervenções. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Apesar da Atenção Primária à Saúde oferecer um conjunto de ações que abrangem a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde ainda existe um conjunto desafiador de problemas envolvendo a resolutividade da atenção e gestão de cuidados odontológicos (KUSMA, MOYSES, MOYSES, 2012).

Convém ressaltar, que a gestão do cuidado odontológico abrange aspectos imprescindíveis como acolhimento, humanização do atendimento, resolutividade dos casos e o sistema de referência e contrarreferência e, segundo Bueno, Cordoni Junior e Mesas (2009) a organização dos serviços deve ser compatível com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e abranger o cumprimento das diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tendo em vista que o município de São Luís encontra-se habilitado na gestão plena da saúde, é que a presente pesquisa avaliou a gestão do cuidado em saúde bucal nos distritos sanitários do município de São Luís como forma de contribuir para melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde bucal, identificando avanços e deficiências da gestão do cuidado em saúde e permitindo a correção das distorções das ações e serviços de saúde bucal.

## 2 | MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo onde foi avaliada a gestão do cuidado em saúde bucal nos distritos sanitários que integram o município de São Luís. A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) Janaína, João Paulo, Genésio Ramos Filho, Nazaré Neiva e Tibiri instaladas em diferentes distritos sanitários no período de janeiro a novembro de 2015. A população de referência foi constituída por todos os profissionais das equipes de saúde bucal (Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal)

inseridas na Estratégia Saúde da Família nas USF.

A realização da pesquisa foi previamente autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de São Luís e submetida à Comissão de Ética da Universidade CEUMA, estando o projeto de pesquisa aprovado com parecer nº 781.129/2014.

Foram utilizados os critérios da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e cumprimento das diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para avaliar o avanço e/ou deficiências, quanto a organização e gestão dos serviços de saúde bucal em relação ao mapeamento e conhecimento da área de atuação da equipe, acolhimento e ações de promoção da saúde.

A obtenção de dados da gestão do cuidado da saúde bucal ocorreu mediante aplicação de questionário padronizado através de entrevista semiestruturada com os integrantes das equipes de saúde bucal (ESB) em um só momento e de maneira conjunta, considerando as atribuições de cada categoria profissional.

Para preenchimento do questionário, realizou-se treinamento para validação das respostas e padronização dos dados. Cada unidade de estudo foi avaliada em apenas um momento. Definiu-se como critério de inclusão profissionais de saúde cadastrados e vinculados as equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família e que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os profissionais de saúde com atuação clínico-ambulatorial na Atenção Básica que não integravam equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.

Aplicou-se técnica de amostragem aleatória simples para composição das unidades amostrais. Os dados obtidos foram processados e sistematizados no programa Excel, versão 2010 (Microsoft Corp), no qual foi executada a consolidação e agrupamento de acordo com o conjunto de atividades ofertadas nas ESB do município de São Luís. Utilizou-se o programa SPSS para análise dos dados referentes às técnicas de estatística descritiva. Os resultados foram expressos em gráficos com percentuais dos dados de interesse, demonstrando dessa forma a perspectiva do cuidado em saúde bucal.

### 3 | RESULTADOS

Os resultados demonstraram que a atenção e o cuidado à saúde bucal nas ESB avaliadas do município de São Luís apresentam distorções ao que foi preconizado pela ESF e PNSB, dificultando a redução das iniquidades em saúde.

Em relação ao conhecimento e aplicação das orientações sobre territorialização 33,3% das equipes pesquisadas referiram conhecer a orientação, mas não as aplicam, Em contrapartida, apenas 16,7% das equipes aplicam plenamente. Entretanto, igual percentual (16,7%) demonstra desconhecimento sobre este importante princípio norteador da Estratégia Saúde da Família. (GRÁFICO1).

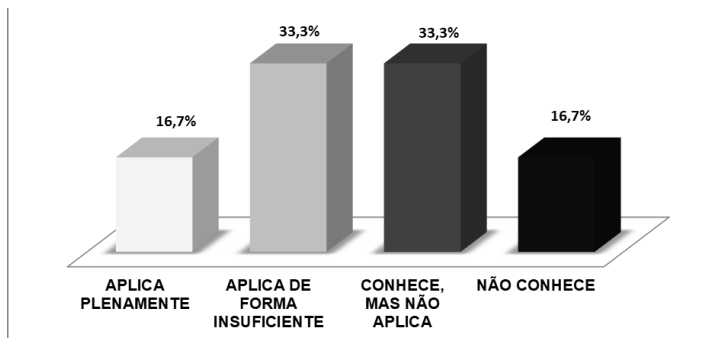


Gráfico 1: Conhecimento e aplicação das orientações sobre territorialização pelas equipes de saúde bucal dos distritos sanitários do município de São Luis, 2015.

Quanto ao conhecimento e aplicação das orientações sobre o acolhimento, nenhuma equipe pesquisada aplica plenamente esta ferramenta de interação e humanização do cuidado em saúde, evidenciando que as equipes desconhecem (50%) ou aplicam de forma insuficiente (50%) esta prática inclusiva no que concerne o cuidado em saúde. (GRÁFICO 2).

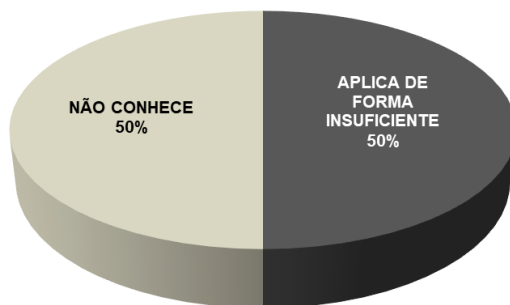


Gráfico 2: Conhecimento e aplicação das orientações quanto ao acolhimento pelas equipes de saúde bucal dos distritos sanitários do município de São Luís, 2015.

No tocante ao conhecimento e aplicação dos critérios de promoção e educação em saúde, os resultados obtidos indicam que metade das equipes pesquisadas estão em consonância com o preconizado pela PNSB, porém as demais equipes (50%) aplicam de forma insuficiente os critérios determinados. (GRÁFICO 3).

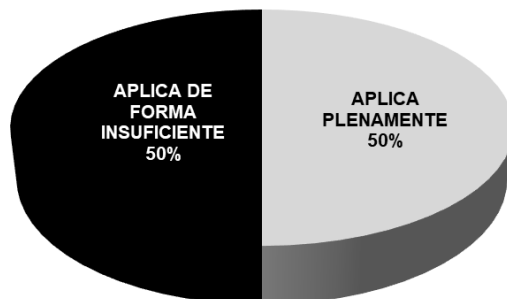


Gráfico 3: Conhecimento e aplicação quanto aos critérios de promoção e educação em saúde pelas equipes de saúde bucal dos distritos sanitários do município de São Luis, 2015.

Considerando o conhecimento e aplicação dos princípios gerais da Estratégia Saúde da Família percebeu-se que 83,4% das equipes avaliadas aplicam de forma insuficiente estas fundamentais diretrizes de reorganização da Atenção Básica como condição prioritária à sustentabilidade da gestão do cuidado em saúde. (GRÁFICO 4).

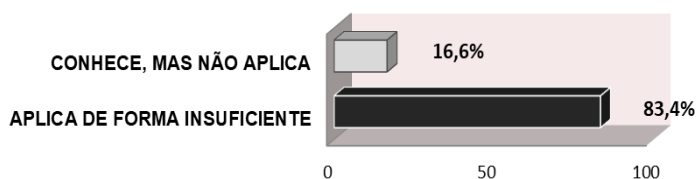


Gráfico 4: Conhecimento e aplicação dos princípios da estratégia saúde da família pelas equipes de saúde bucal dos distritos sanitários do município de São Luís, 2015.

## 4 | DISCUSSÃO

A gestão do cuidado em saúde bucal representa uma estratégia para reorganização da atenção à saúde com vistas a alcançar a integralidade e o estabelecimento de uma prática efetiva em saúde bucal que consolide a saúde bucal como um direito básico acessível aos cidadãos.

No tocante à perspectiva do cuidado em saúde no município de São Luís, as equipes de saúde bucal ainda apresentam dificuldades para efetivação das práticas pertinentes a PNSB e ESF uma vez que a maioria das equipes de saúde bucal não aplicam integralmente as orientações preconizadas nas atividades programadas e serviços ofertados à população.

Percebeu-se quanto à territorialização que permanece ainda um distanciamento da proposta de atenção trazida pela ESF. Segundo Starfield (2002) os atributos da ESF não se realizam sem a definição do território de atuação das equipes e a ausência de



consonância com esta diretriz compromete a distribuição socio-espacial das ações de saúde, identificação dos indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades e efetivação do direito à saúde.

O Ministério da Saúde enfatiza que os processos de conhecimento do território e da população, bem como das dinâmicas familiar e social constituem elementos intrínsecos a rotina de trabalho das equipes de saúde e representam subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação. (BRASIL, 2006)

Quanto às práticas de acolhimento exercidas no âmbito das equipes de saúde bucal observou-se desconhecimento e incipiência dessa abordagem no cotidiano das equipes, o que demonstra indubitavelmente uma necessidade urgente de enfrentamento desta realidade para o maior envolvimento com as comunidades de abrangência. Neste sentido, Werneck (2009) ressalta a citação de Boff (2001) que atribui o cuidar das pessoas a íntima sintonia com o acolhimento, corroborando os argumentos de Palu (2004) ao declarar que o cuidado implica na compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade e na sua integralidade, rompendo com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica.

Convém destacar que o acolhimento é um marco importante dos serviços de saúde, indicando a inversão do modelo técnico-assistencial mediante a reorganização do serviço de saúde, mudança do foco de trabalho da doença para o doente, garantia do acesso universal, alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da humanização e estímulo à capacitação dos profissionais, fazendo com que estes assumam uma postura acolhedora. (SILVA; ALVES, 2008)

No que concerne às ações de promoção e educação em saúde, ainda que metade das equipes não as façam de maneira plena, as equipes pesquisadas aplicam as orientações preconizadas pela PNSB e ESF o que representa uma contribuição ao controle dos riscos de adoecer, contudo evidencia-se necessidade de fortalecimento e incremento destas ações para efetividade do cuidado em saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde considera tais ações elementos fundamentais para a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde, rompendo o paradigma da doença e centrado na saúde bucal dos cidadãos mediante ações consolidadas de promoção e prevenção dos agravos bucais. Ainda, segundo Pimentel (2010), a forma como a equipe se organiza para realização das práticas educativas também exerce grande influência na saúde bucal da população.

Merece particular atenção a situação demonstrada quanto ao conhecimento e aplicação dos princípios da ESF, uma vez que foram observadas discrepâncias entre o que se espera como atenção à saúde a partir da inserção da Odontologia na ESF e de fato o que se realiza como prática assistencial. Sobre esta realidade, Rocha (2007) destaca que a implementação da ESF emergiu como forma de consolidação da integralidade, universalidade e equidade enquanto princípios do SUS, além de reorganização da atenção básica. Desta forma, a constatação do não cumprimento ou cumprimento irregular das

diretrizes da ESF evidencia pontos de atenção e remediação, possibilitando intervenções sobre as dissonâncias apontadas.

## 5 | CONCLUSÃO

As equipes de saúde pesquisadas demonstraram deficiências para atender com efetividade às necessidades da população, uma vez que não seguem integralmente o preconizado pela PNSB e ESF, comprometendo a qualidade dos serviços ofertados à população.

## REFERÊNCIAS

BOFF, L. Saber Cuidar. Ética do humano- Compaixão pela terra.7ed. Petrópolis, Vozes. 2001. Apud Werneck, Marcos Azeredo Furkim et al. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n.17: Saúde Bucal**, Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para biênio 2010-2011**. Portaria GM/MS nº 2669, de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Brasília, 2011.

BUENO, VLRC; CORDONI JUNIOR, L; MESAS, AE. **Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia**. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;16(7):P3069-3082.

KUSMA SZ; MOYSÉS ST; MOYSÉS SJ. **Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde**. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 (Sup): S9-S19.

PALU, APN. **A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. 2004. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Londrina.

PIMENTEL,FC. **A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais**. 2010. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

ROCHA, ECA. **Saúde bucal no programa saúde da família: o caso do distrito sanitário norte em Natal/RN**. 2007. 103f. Dissertação ( Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SILVA, LG, ALVES, MS. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde**. Rev. APS;11(1):74-84, jan.-mar. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde,2002.

# CAPÍTULO 4

## AS PRÁTICAS COLETIVAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO QUE VIVE EM UM TERRITÓRIO DE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ - SC

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 06 /05/2020*

### **Adriana Grabner Corrêa**

Universidade do Vale do Itajaí  
Itajaí - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/2574283507212969>

### **Carlos Eduardo Maximo**

Universidade do Vale do Itajaí  
Itajaí - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/8747526604265633>

### **Fernanda Veiga**

Universidade do Vale do Itajaí  
Itajaí - Santa Catarina

<http://lattes.cnpq.br/5308864313227950>

**RESUMO:** As práticas coletivas em saúde são aquelas que se desenvolvem no território, perpassando as dimensões políticas, culturais, econômicas e as que transitam num determinado espaço e fluxo de relações na cidade. O objetivo é identificar as práticas coletivas em saúde da população que vive em um território de cobertura da atenção básica localizado no município de Itajaí – Santa Catarina. A metodologia do trabalho é de natureza qualitativa e realizada a partir da pesquisa participante junto aos moradores do bairro. Além das observações, o diálogo com os moradores e com três profissionais da Unidade Básica de Saúde – UBS contribuíram para compreender a dinâmica do bairro. A partir destes itinerários, podem-se conhecer as marcas da formação histórica do bairro e seu modo de

ocupação antecedente a urbanização, a prática do futebol que ocorre frequentemente nas quadras de esporte do local e o envolvimento dos moradores em práticas religiosas, como as igrejas. Estas práticas são reconhecidas por potencializar o apoio social e espiritual, a sociabilidade e por satisfazer as necessidades produzidas no cotidiano entre os moradores, caracterizadas assim, por práticas coletivas em saúde, as quais, se conferidas pelo serviço de saúde, poderiam tornar suas intervenções mais próximas das necessidades de saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária; práticas em saúde; território.

### THE COLLECTIVE PRACTICES IN HEALTH OF THE POPULATION THAT LIVES IN A BASIC ATTENTION COVERAGE TERRITORY LOCATED IN THE MUNICIPALITY OF ITAJAÍ - SC

**ABSTRACT:** The joint practices in health care are those that develop in the territory, passing through the following dimensions: political, cultural, economic and those that transit in a certain space and flow of relations in the city. The aim is to identify the joint practices of the population living in a territory covered by basic health care located in the city of Itajaí – Santa Catarina. This article's methodology is qualitative and conducted from participative research with neighborhood residents. Besides observations, the dialogue with residents and three professionals from the Unidade Básica de Saúde – UBS, contributed to understanding the dynamics of the neighborhood.

From these itineraries, it's possible to know the marks of the historic neighborhood shaping and its occupation mode prior to urbanization, soccer practices that occurs frequently on the neighborhood sports courts and the residents's involvement in religious practices at churches. These practices are recognized to potentialize social and spiritual support, sociability and to satisfy the residents's daily needs, characterized by joint practices in health care, which, if conferred by health care services, could make their interventions more effective and closer to the population's health needs.

**KEYWORDS:** Primary attention; health practices; territory.

## 1 | INTRODUÇÃO

A conquista do direito à saúde no Brasil tem marcada em sua história uma luta caracterizada pela união de várias forças em busca deste fim, movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Como expressão desse movimento, encontra-se no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, as linhas descritas daquilo que deveria se atingir para promover as mudanças necessárias, bem como os novos caminhos a serem construídos. Pensar no conceito ampliado de saúde como a garantia de acessos e direitos fundamentais, levaria a aproximação do entendimento do processo saúde/doença e de um modelo de atenção à saúde universal e pública. Alguns desses direitos estão descritos como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e serviços de saúde (BRASIL, 1987, p. 4). Nesses caminhos, garantiu-se constitucionalmente a saúde como direito de todos e dever do Estado, no ano de 1988. Embora se saiba que muito precisou ser percorrido entre desafios e propostas para chegar ao Sistema Único de Saúde (SUS) que se conhece atualmente, há um distanciamento importante do que se desejou no relatório da 8ª Conferência, para o que se oferta à população hoje em dia.

Em relação à nova forma de entender o processo saúde/doença, compreende-se que tal está diretamente relacionado ao modo como a sociedade se organiza, ou seja, no seu funcionamento cotidiano, no seu território. O território, sob a perspectiva de Milton Santos, é compreendido como um espaço dinâmico e vivo, que está em constante transformação. Sendo constituído por uma rede de relações e trocas, com características singulares (PAGANI; ANDRADE, 2012, p. 97).

Lima e Yasui (2014, p. 597) afirmam que “a ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas”. Apesar das questões culturais e socioeconômicas serem similares para as pessoas que vivem em um mesmo território, como as transformações políticas, as modificações nos modos de existir contemporâneo e o imperativo do consumo, elas afetam de formas distintas as pessoas. A subjetividade também se constitui a partir do território, desse modo, os sujeitos encontram meios diferentes de viver e sobreviver a esses fenômenos (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008, p. 150).

O território é um local de transformações físicas e pessoais, constituído pela cultura e pelos diferentes modos de viver, compreende-se que as práticas em saúde possuem um leque de possibilidades a ser explorada. Dessa forma, as práticas coletivas em saúde referem-se aquelas que se desenvolvem no território e que, podem ou não, estar associadas a instituições de saúde, mas que, sobretudo, dizem respeito ao modo como num determinado território, as condições de saúde são produzidas e reproduzidas pelas pessoas para satisfazerem suas necessidades. O conceito de necessidades utilizado aqui corresponde ao discorrido pela autora Agnes Heller, conhecido como necessidades produzidas no cotidiano (MAFRA, 2010).

É com esse olhar que as práticas em saúde podem ser potencializadas, pois, quando se tem conhecimento sobre o território, é possível entender a relação do usuário com o processo saúde/doença, as relações familiares e a própria interação do usuário com o serviço (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008, p. 149). Os autores Oliveira e Furlan (2008, p. 240) apontam que o mundo dita uma ordem global política e econômica, logo, o território torna-se singular a partir das possibilidades de sobrevivência presentes diante desse fenômeno. Contudo, algumas pesquisas (MASSUDA; FURLAN; FIGUEIREDO; OLIVEIRA, 2008), discorrem que o diálogo entre o serviço de Atenção Primária e território ainda é vazio. As práticas em saúde ainda são centradas no serviço, nas ações programáticas, sem dar voz aos usuários. Desse modo, pouco reconhece as potencialidades dos sujeitos, dos grupos que constituem o bairro, ou seja, daquilo que já acontece nesse espaço na cotidianidade.

Ao buscar publicações recentes a respeito das temáticas que envolvem este artigo, encontraram-se apenas seis estudos que discorrem a respeito do território. Estes se preocupam em investigar a relação do serviço com o território, com foco nas práticas oferecidas pelo sistema de saúde e nos profissionais das equipes que o compõe. Todavia, esta investigação se propõe a entender o inverso, ou seja, a relação do que é produzido no território vivo com as possíveis práticas dos serviços de saúde. Logo, diante das contribuições apresentadas, este estudo procurou responder “Como são as práticas coletivas em saúde da população que vive em um território de cobertura da atenção básica localizado no município de Itajaí - Santa Catarina?”.

## 2 | METODOLOGIA

A natureza da pesquisa é qualitativa, a qual González Rey (2005) a compreende como uma definição epistemológica e teórica e não necessariamente pelo instrumento que se utiliza para a realização da mesma. Como estratégia de campo foi utilizada a observação participante, na qual o autor Brandão (2006) considera o conhecimento popular e a ciência do homem comum como saberes empíricos produzidos num determinado território. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP [nome da instituição de ensino], sob parecer de n. 2.257.715.

O bairro onde se realizou o trabalho de campo pertence ao município de Itajaí - Santa Catarina, com cerca de 20 mil habitantes. O primeiro contato com o bairro foi no mês de dezembro de 2017 e se estendeu até abril de 2018. Circulamos pelas ruas, por espaços coletivos, como praças, academias ao ar livre e quadras de futebol, como também espaços institucionais como o local da associação de moradores, as unidades básicas de saúde do bairro, e alguns locais privados, como: comércios, lojas de roupa, mercados, padarias e a própria residência de algumas pessoas.

Os participantes da pesquisa foram moradores do local, mais especificamente, 37 pessoas. O diálogo se deu com o intuito de pedir informações a respeito do bairro, como também para conhecer a história do local e compreender as possíveis práticas coletivas em saúde presentes no território. Nesse sentido, as conversas mais longas se deram com 12 moradores, os quais serão referenciados ao longo do texto pelos numerais de 1 a 12. Ainda conversamos com 3 profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde (UBS) do território, com o seguinte questionamento *“Como vocês veem o território?”*. Deste modo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual contém as informações a respeito do objetivo da pesquisa e de seus possíveis danos. Os diálogos com as profissionais foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra.

Com a finalização do trabalho de campo, as informações foram registradas em diário próprio e indexadas a partir dos objetivos específicos da pesquisa em um quadro. Este quadro permitiu a leitura dos registros de campo de forma mais estruturada na direção de um diálogo reflexivo com o problema de pesquisa. A entrevista com os profissionais foi registrada em gravador de áudio, posteriormente transcrita em um documento digital. Nesse processo identificamos repetições e contradições acerca do modo de vida no território, registradas durante o tempo de imersão em campo. Estes registros nos permitiram explicitar as práticas coletivas em saúde deste contexto/território particular em três categorias: *“Encontro entre pessoas, território e a cidade”*, *“Aqui tem tudo: apropriação do território, seus usos e saberes”* e *“As portas abertas: acessos nas perspectivas dos moradores”*.

## 3 | DISCUSSÃO

### **Do campo as letras: trajetões, histórias e percepções**

O trabalho no campo traduziu-se em marcas importantes ao longo de sua trajetória. Os encontros com os moradores, com as profissionais de saúde do bairro, permitiram-nos um diálogo sob diferentes perspectivas, sendo estas, refletidos nos modos como as pessoas objetivaram suas vidas, seja pela maneira de ocupação do bairro e as marcas trazidas historicamente pelos processos de urbanização, pelos acessos realizados, estes ofertados pelo Estado, como educação, transporte, saúde, saneamento básico, segurança, etc., ou pelas estruturas postas, como os campos de futebol, igrejas, espaços de convivência e de apoios, etc., como as relações que se dão nesses espaços. E, deste modo, a partir da

apropriação das pessoas que lá estão, nos propusemos a imprimir as formas de uso desses acessos e quais saberes são gerados em decorrência disso, assim, compreendendo-os como práticas coletivas em saúde.

Visto todos esses aspectos presentes no bairro a serem discutidos, o dividimos em três categorias: *Encontro entre pessoas, território e a cidade*, que discorrerá sobre a forma de ocupação do bairro e as marcas trazidas historicamente junto aos processos de urbanização; *Aqui tem tudo: apropriação do território, seus usos e saberes*, que trará os acessos realizados, estes ofertados pelo Estado, com a participação das falas dos profissionais de saúde; e, por fim, *As portas abertas: acessos nas perspectivas dos moradores*, ainda pela via dos acessos e os apoios, porém na perspectiva advinda das estruturas e práticas presentes no bairro.

### 3.1 Encontro entre pessoas, território e a cidade

Neste primeiro registro, estão colocados fragmentos do território com a finalidade de apresentar o espaço físico encontrado e as percepções adquiridas, bem como breve um relato da formação histórica do bairro. A compreensão utilizada concerne a de Michel de Certeau, na sua obra *Invenção do Cotidiano: Morar e Cozinhar* (1996), a qual refere o bairro como um espaço de reconhecimento do sujeito, uma vez que o corpo se apropria dos lugares do bairro, dos trajetos percorridos no cotidiano, das relações de sociabilidade com vizinhos e comerciantes, sendo estes dispositivos sociais e culturais presentes no território.

O território está localizado em um município litorâneo, situado numa região periférica da cidade. A autora Rufino (2016) aponta que o processo de periferização está intimamente atrelado ao crescimento intenso da industrialização no Brasil, que, em 1973, já tinha números de população urbana superiores ao da população rural. Entretanto, o bairro tem fácil acesso ao centro da cidade, próximo de rodovias federais e estaduais, e vias de acesso principais que atravessam e ligam a outros pontos da cidade. Caracteriza-se por possuir um rio que atravessa sua dimensão física, aproximando-se de algumas residências. Atualmente o bairro é habitado por aproximadamente 20 mil pessoas (CENSO, 2010). As ruas são em grande parte asfaltadas, e as ocupações residenciais presentes, sendo que poucos são os espaços sem construções residenciais. As ocupações possuem características parecidas, em grande maioria, são casas aparentemente antigas e com dois andares. Algumas regiões têm a característica de possuir construções mais novas. Há centros empresariais maiores localizados às margens da rodovia federal, bem como poucos prédios habitacionais.

Nos caminhos percorridos, observamos inúmeros comércios locais, como lojas de roupas, lanchonetes e mercados, além de serviços ofertados pelo Estado, como Escolas (estaduais e municipais), Unidades de Educação Infantil, Unidades Básicas de Saúde e áreas de lazer (praças com academia de saúde, quadras de futebol e parques infantis). Nas ruas transversais, percebemos comércios localizados nas residências, muitos deles

de facções e confecções de roupas, vendas de alimento (marmitas, “sacolés”) e ofertas de serviços de salão de beleza, lavagem de carro, marmoraria, ferro velho, pet shop, oficina mecânica, entre outros. Além disso, diversificadas instituições religiosas, sendo as de cunho católico e neopentecostal predominantes.

A dinâmica do bairro é marcada pelo fluxo intenso de pessoas pelas ruas em horários comerciais, transitando a pé, de bicicleta e maior movimento de veículos nas vias principais. Em relação às casas, encontramos a maioria abertas, com pessoas nos espaços visíveis, sejam nas varandas, garagens, sacadas ou pelo pátio. Nos espaços em frente às residências, geralmente encontramos flores, árvores, animais, assim como pessoas nas calçadas conversando com vizinhos ou realizando atividades, como ouvir música, soltar pipa, jogar bolinha de gude e tarefas domésticas. Referente aos espaços públicos, as praças eram frequentadas por pessoas que utilizavam a quadra de futebol, as academias de saúde, o parque para crianças e para divulgação bíblica. Em uma região específica do bairro, identificamos que não há calçadas para as pessoas transitarem, mesmo tratando-se de um local com trânsito intenso. Em relação às casas, percebemos materiais diversos depositados em seus pátios. Essa região apresenta odores que remetem ao esgoto, devido ao fato de fazer margem com o rio.

A história do bairro relatada aqui se refere a fragmentos encontrados nas falas dos moradores, como também informações obtidas no site da prefeitura. O bairro começou a ser habitado em 1976, quando a prefeitura doou um terreno a COHAB - Conjunto Habitacional, com o intuito de construir casas com um preço acessível. Anterior a isso, a moradora 1. Conta que *as pessoas moravam na beira da linha do trem* que percorria o município de Itajaí. Na década de oitenta, outro conjunto habitacional foi incorporado ao bairro. Nessa mesma época, a prefeitura instalou obras de saneamento e as primeiras escolas, creches e unidades de saúde. Contudo, em 1983 e 1984, ocorreram duas grandes enchentes que destruíram boa parte das obras arquitetadas no local. Após este acontecimento, a prefeitura ajudou a reconstruir casas e as instituições que foram comprometidas, bem como, os espaços coletivos do bairro. Em 1990, o terceiro conjunto habitacional é implantado no território. Já, na metade da década de noventa, o bairro sofre ocupações devido à recessão econômica e as grandes taxas de desemprego. A moradora 1 relata que *somente há dez anos as ruas do bairro foram asfaltadas e, depois disso, a população do local aumentou* (moradora 1). Ela conta que, na mesma época, houve a mudança de nomenclatura do bairro, que permanece a mesma até hoje.

A formação de cidade está diretamente relacionada aos condicionantes do modo de vida das pessoas e, conseqüentemente, de sua saúde (LAURELL, 1982; BREILH, 2006). Dessa maneira, a apropriação do lugar e da experiência de saúde, é mediada pelos processos de convivência, pela determinação econômica, política e cultural, o que caracteriza uma experiência coletiva, a qual se refere a uma dimensão coletiva de saúde. Isso se faz visível no evento narrado pela moradora 1, que se encontrava em sua casa



juntamente com seus pais no momento em que conversavam conosco, sua família mora no bairro desde a década de oitenta e assistiu o processo de urbanização crescente no bairro. Ela nos conta que havia uma grande figueira na rua de sua casa, que se tornou um ponto de referência para os encontros entre amigos, familiares e vizinhos, para as crianças brincarem debaixo de sua sombra, bem como ponto de referência para localizar as casas do bairro. Contudo, o tamanho da figueira passou a interferir na fiação de energia elétrica da rua, devido a isso, a prefeitura tomou a providência de cortá-la para preservar a fiação elétrica. Após essa decisão da gestão pública, a vizinhança protagonizou um movimento de resistência ao processo de urbanização no local, pois, antes da árvore ser cortada, se reuniram em sua volta e fizeram uma “corrente de abraços” para se despedir da figueira. Ao nos contar este fato, a moradora compartilhou a tristeza que sentiu na época em que isto aconteceu, como também, a comoção de seus amigos e familiares. Esse tipo de momento histórico no bairro deixa uma marca importante para resgatar as práticas coletivas em saúde, pois apesar de submergir no decorrer dos dias, nas atividades do cotidiano, essa marca está lá e pode ser recuperada como uma prática coletiva de saúde.

### **3.2 Aqui tem tudo: apropriação do território, seus usos e saberes**

Ao considerar as inúmeras e distintas formas de produção e reprodução da vida, compreende-se que as necessidades humanas são produzidas historicamente, conforme as organizações sociais e o sistema econômico e político vigentes (BREILH, 2006). Diante disso, e considerando o conceito ampliado de saúde descrito no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1987), o qual indica que o processo saúde e doença é resultante de condições de acessos que viabilizam a existência como alimentação, habitação, educação, transporte, emprego, trabalho etc., logo, compreendemos essas questões como práticas coletivas em saúde. Sendo estas, as formas que as pessoas produzem e reproduzem seus modos de vida, frente as possibilidades encontradas no território para satisfazer suas necessidades em favor da manutenção da saúde.

No percorrer pelos caminhos do bairro, entre as manhãs e tardes de caminhada, elegemos lugares para iniciar o percurso. De início, buscamos por moradores em seus locais de trabalho para quando disponíveis, dialogarmos. Depois, decidimos ir até suas casas, a fim de ampliar o entendimento sobre a dinâmica do território. Nas conversas realizadas, o enunciado partia do interesse em conhecer sobre a vida no bairro. As respostas obtidas deixaram em evidência a afirmação dos moradores sobre o quanto gostam de residir no local, que é possível fazer tudo no bairro e que não possuem nenhuma pretensão em se mudar da região. Situações citadas pelos moradores envolviam desde o acesso ao comércio, como mercados, padarias, casa lotérica e demais serviços do setor privado, como também a segurança em transitar pelas ruas, caminhar para olhar as lojas e encontrar pessoas.

Embora apareceram relatos de questões que mencionavam a violência na região,

não foram citadas experiências próprias dos moradores envolvendo violência, e sim, surgia como uma ideia que se tinha sobre o lugar. O mesmo aconteceu com as situações das enchentes, que não foram citadas diretamente como algo que desqualificava o bairro. Do contrário a isso, surgiam falas sobre a reorganização das casas para construção de um segundo pavimento, que serviria como proteção em caso de uma nova enchente. Em todas as conversas que realizamos, e que traziam qualquer menção sobre possíveis dificuldade da vida cotidiana, os moradores logo traziam falas como *a gente é bem unido aqui (morador 2)*, *não vendo por nada (morador 2)*, *aqui tem tudo (morador 4)*, *eu amo esse lugar (moradora 8)*, *aqui é seguro para caminhar a noite (moradora 12)*, *eu considero aqui um lugar seguro (moradora 12)*.

Unanimemente, os moradores relataram que o bairro tem tudo, que encontram a possibilidade de suprir todas as suas necessidades. Neste caso, discutimos sobre as formas de acesso que realizavam e, por vezes, apareceram falas afirmativas referentes ao uso de serviços de educação e de saúde no bairro. Em contraponto a isso, a maioria não utiliza o transporte público, pois possui transporte próprio (carro, moto ou bicicleta), porém, não houve queixas sobre falta de acesso ao transporte coletivo quando preciso.

Dando sequência aos diálogos feitos sobre os serviços ofertados pelo Estado, no que se refere ao acesso à educação, não foi um assunto amplamente exposto pelos moradores com quem conversamos. Em alguns casos, eram adultos (3, 5, 6, 10, 12) que não moravam no bairro na época em que estavam em idade escolar, ou, a mesma situação referente aos seus filhos, e ainda, no caso da moradora 5 e 12 que não possuíam filhos. Os moradores 1, 2, 4, 7, 8 e 9 referiram em algum momento utilizar os serviços de educação do bairro, ou, algum membro da família, seja em nível infantil, fundamental ou médio. No caso da moradora 12, ela referiu que sua sogra cursa educação para jovens e adultos durante a noite no bairro. O morador 11, frequentava o ensino fundamental, porém em outro bairro, que era próximo de sua casa. Os diálogos marcados sobre a satisfação com os serviços de ensino foram trazidos nas falas dos moradores 4 e 7. A moradora 7 nos contou sobre sua filha, de 15 anos, que estava com depressão, que *vive trancada em casa e triste (moradora 7)* e que a única coisa que a anima é ir para escola. Ainda fala que a filha estuda em tempo integral nesta escola do bairro. Já outro morador, 4, não está mais em idade escolar, porém contou que a escola na qual estudou, no ensino fundamental, era muito boa, que gostava muito de estudar nela e que recentemente estava ainda melhor, pois refizeram sua pintura e instalaram aparelhos de ar-condicionado. Porém, este mesmo morador contou que quando precisou passar para o ensino médio, escolheu por não estudar na escola ofertada no bairro, pois era *mal frequentada por pessoas com más intenções (morador 4)* e assim, ele, e alguns amigos, ficaram na fila de madrugada para conseguir vaga em uma escola de outro bairro.

No que diz respeito aos serviços de saúde, o assunto surgiu durante os temas que eram trazidos pelos moradores. Os moradores 1, 4, 5, 6, 7 e 9 referiram fazer uso da

UBS de referência, incluindo seus familiares. Em conversa com os moradores 4, 5, 6 e 9, todos afirmaram que não podem reclamar do serviço oferecido, que conseguem frequentar o mesmo e sempre são atendidos. Em contraponto, a moradora 8 refere não utilizar os serviços por considerar muito ruim, e assim, supre suas necessidades pagando um plano privado. Já no relato da moradora 7, a mesma faz uso da unidade, porém não está satisfeita com o atendimento, pois considera ruim o modo de agendamento, e, também, pouco efetiva a evolução dos tratamentos sugeridos pelos profissionais. Tal insatisfação é representada pela fala da moradora quando afirma ter *vontade de pegar uns paus e uns pregos e fechar tudo aquilo (moradora 7)*.

Visto que as falas dos moradores, em grande parte, transitavam pelos caminhos da satisfação e dentre algumas conversas seguiam para vivências particulares, nos questionamos sobre pontos que poderiam expressar marcas importantes do bairro, sobre a produção/reprodução e da satisfação/insatisfação das necessidades, que serão tecidas a seguir.

Com isso, no que diz respeito ao saneamento básico, não conversamos a fundo sobre o assunto com os moradores, pois não apareceu tal tema nas falas. Todavia, uma situação nos gerou reflexões, o bairro é atravessado pelo rio, este com cheiro perceptível quando se passa, lembrando um esgoto a céu aberto. Nenhum morador, durante os diálogos, nos falou sobre o rio, relatando algum incômodo e, até mesmo, não ficou evidente nas falas sobre as enchentes que já vivenciaram, com exceção de um morador. Este morador, 3, nos contou que o rio é utilizado para lazer dos jovens, para tomar banho e, até mesmo, para brincar em uma tirolesa que construíram no local. É importante destacar que este assunto surgiu apenas porque no momento em que conversávamos, um jovem, que ele conhecia, passou pela estrada e indicou tal fato. Em seguida, ele afirmou que antigamente o rio não estava nesta circunstância e que os esgotos começaram a ser depositados depois do bairro ter se expandido, há cerca de dez anos.

O morador citado acima possui um estabelecimento comercial junto a sua casa, que fica ao lado do rio. Ao mesmo tempo que, do outro lado, localiza-se um campo de futebol, que é usufruído pela população. Neste campo, existe um espaço na lateral construído, no qual é utilizado para eventos, bem como para venda de produtos. Ele explica que a prefeitura é a responsável pela administração e manutenção destes espaços. Assim, o rio logo deixou de ser o centro de nossa conversa e ele passou a relatar sobre atividades que são realizadas pela população no lugar. De modo particular, conta o fato de um médico que joga futebol com os jovens, neste campo, em uma das tardes na semana. O médico compõe uma das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de referência do bairro. O morador enfatiza que o médico abre espaço de sua agenda de atendimentos para esta atividade e completa com falas, reconhecendo as ações realizadas como algo relevante, não só por ele, mas também pela vizinhança.

Diante disso, cabem alguns apontamentos, pois, no âmbito da política pública,

como o SUS, é reconhecido, na atividade realizada pelo médico, direcionamentos que são sugeridos como modo de ampliação na participação do processo de construção da saúde, quando os profissionais se unem às práticas da população. Tal estratégia é ferramenta primordial para alcançar práticas compartilhadas de saúde, como indicadas nos escritos de Massuda (2008), os quais referem os desafios e estratégias em pensar saúde coletiva. Dessa forma, busca-se por meio do que o autor chama de intervenções singulares a promoção da saúde.

Por outro lado, os relatos dos moradores sobre os diversos setores que envolvem acessos a serviços tais como de educação, saúde, saneamento básico e transporte público, que qualificam o modo de produção da vida, nos direcionam para destaques outros, que não somente a forma de apresentação das informações pelas falas de satisfação. Ao passo que nossos olhos enxergavam coisas que não eram trazidas nas conversas, como a questão do rio, acima citada.

Como forma de complementar a reflexão das condições de acessos a serviços ofertados pelo Estado, conversamos com algumas das profissionais, que compõe uma das equipes de ESF do território. Em suas falas, ficou evidente o modo que enxergam o território caracterizado por vulnerabilidades. Isto expresso em falas que afirmam que o território possui poucos espaços de convivência, bem como, pela violência que elas identificam no bairro, fato este que impede as pessoas de transitarem pelo local. Não só elas acreditam que a população está exposta a condições que não favorecem a saúde, mas também que as pessoas não sabem o que é ter qualidade de vida. Na presença disso, percebemos repetidas falas que desqualificam o território, tal como os modos de produção de vida no bairro. Consideradas suas impressões, estas profissionais se colocam numa posição de impotência e de impossibilidades sobre suas práticas propostas no serviço.

Frente às repetições explicitadas, nos colocamos a refletir, sobre as contradições que surgiram pelas observações realizadas e pelos diálogos feitos com os moradores do bairro e com as profissionais de saúde. Embora no imaginário (SARTRE, 1996) sobre o lugar fique explícito o direcionamento para questões de extremo estado de vulnerabilidade social, relatados principalmente pelas profissionais da ESF, mas também citados por alguns moradores de forma superficial, tais questões não aparecem em suas falas como dados que desqualificam seu modo de vida no bairro. Perante a isso, nos suscitou questionamentos paradoxais, ao passo que poucos relatos direcionados a insatisfações foram trazidos pelos moradores, sendo estes: As falas de insatisfação aparecem pouco, mas, será que há possibilidades para enxergá-las?; será que não existe um conformismo naturalizado frente às impossibilidades no território?; ou apenas porque tudo o que possuem é suficiente?

É em meio a estes questionamentos que nos surge a necessidade de dialogar com Paulo Freire (1980) e sua ideia de conscientização, a qual define como: “tomar posse da realidade (...) é o olhar mais crítico possível da realidade que a ‘desvela’ para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura

dominante” (p. 29). E, ao prosseguir na compreensão do processo de construção da consciência, o autor ainda descreve, subdividindo-a em três níveis, que são: a consciência semi-intransitiva, consciência transitivo-ingênua e consciência transitivo crítica. A primeira caracteriza-se pelo contato do sujeito apenas consigo mesmo, não conseguindo analisar o que está a sua volta. A consciência transitivo-ingênua refere-se ao momento que o sujeito aprende a habilidade de transitar pela realidade, possibilitando-o formular diferentes perspectivas a partir de um mesmo fenômeno. E, por fim, na consciência transitiva crítica, além do sujeito ter consciência sobre as coisas, ele é capaz de atingir a esfera crítica e assumir uma posição frente àquilo que observa. Ou seja, ao passo que os moradores relataram suas vidas, ficou expresso um processo de conscientização marcado pela diferença encontrada entre as falas destes, com as falas das profissionais de saúde. Essas diferenças traduzem os modos de apreensão do território, e os diferentes saberes gerados a partir de cada processo de apropriação. Isto não refere a níveis hierárquicos de importância sob cada saber, portanto, novamente a afirmação tem o intuito de explicitar tal fenômeno a partir das diferenças com a quais se apresentam.

A partir dos fatos apresentados nesta categoria, tanto pelos moradores como pelas profissionais, é necessário propor algumas reflexões. Ao passo que se encontra uma distância significativa entre os relatos dos moradores e das profissionais, ainda é possível complementar o diálogo com a reflexão da tomada de consciência, e que esta sempre é formada a partir de algum saber, ou seja: quais saberes formam a consciência do morador do território? e quais saberes formam a consciência do profissional em saúde? O profissional vem de uma trajetória de formação de consciência da realidade de onde ele está, que nem sempre permite uma experiência concreta no território, ou seja, não faz uso deste da mesma forma que o morador.

Tal problemática é trabalhada amplamente por autores que discutem os modos de formação dos profissionais da saúde (NUNES, 2013; GARCÍA, 1989; VASCONCELOS; 2006, MATTOS; 2008) e que indicam que esses processos acontecem, em sua maioria, em favor da hegemonia higienista e biologicista em saúde. Deste modo, se o que está constituindo e articulando a tomada de realidade da consciência daquele profissional, é uma perspectiva higienista, ele vai olhar para o mesmo lugar, para as mesmas pessoas como um espaço de perigo e risco. Como essas pessoas se inserem e fazem uso daquilo? O que elas vão colocar em evidência? O que potencialmente elas deixam talvez de conhecer? Segundo o exemplo do transporte coletivo, o qual os moradores referiram não sentir necessidade de uso, nos questionamos: não é um direito delas ter acesso ao transporte coletivo? E ao saneamento básico? O que vem junto com a condição de periferização do local? Isto também não se qualifica como um distanciamento dos direitos?

Apresentamos situações de usos e saberes cotidianos no território que configuram e contingenciam as práticas coletivas em saúde desta população. Estas situações são demonstradas na forma de falas, práticas dos moradores e dos profissionais, como a

satisfação com os acessos do bairro, sejam pelo comércio, de convivência, como o exemplo do médico que joga bola com os moradores ou na insatisfação com aspectos dos serviços públicos, o olhar higienista e de risco das profissionais.

Vistos os complexos entrelaçamentos da vida cotidiana que são brevemente apresentados nos parágrafos acima, e que destacam o sentido de pertencimento ao lugar, reconhecemos ainda ser necessário considerar algumas questões. Estas que unem as falas dos moradores ao que marcou parte do título da categoria: *aqui tem tudo (morador 4)*. Como primeiro destaque, situamos o desafio que se configura entre compreender, de fato, os processos históricos de produção das necessidades traduzidas nas conversas que tivemos, bem como olhar “de fora” sobre os aspectos que se passam nas vidas das pessoas que encontramos. Para isso, retomaremos uma reflexão de Breilh, sobre a subsistência, que diz:

[...] a subsistência não começa como uma necessidade natural em si, que se reflete na busca de um elemento de satisfação como a água e o alimento, mas é um processo que começa em sua forma de determinação histórica e se projeta nos processos de satisfação, como uma unidade dinâmica que a análise não deve quebrar em pedaços, fazer o inverso é um fracionamento positivista tão falacioso quanto a decomposição da realidade em fatores, para estudar de forma positivista as ‘causas’ das doenças. O que efetivamente se pode fazer com as categorias axiológicas (subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, lazer, criação, identidade, liberdade) é inseri-las no referencial dinâmico da reprodução social e nos postulados solidários e socialmente construídos da ação (2006, p. 174).

O autor refere-se ao modelo contra hegemônico de epidemiologia e baseia-se em uma análise coletiva que atende a uma estrutura social, que valida olhares diferentes sobre situações distintas, levando em conta a concretude da vida diária. Sendo assim, percebe-se algumas formas que o bairro foi se configurando ao longo do tempo, bem como as transformações ocorridas com influência do modo econômico vigente, expressa no relato sobre a poluição do rio e como isso impacta na produção e manutenção da saúde dos moradores, visto que o mesmo era/é um espaço marcado por vivências coletivas.

Assim, ao observarmos as indicações do autor, somadas aos retratos da vida no bairro trazidos nas falas dos moradores, se apresentam elementos visíveis de práticas coletivas em saúde que expressam o que De Certeau (2002) chama de apropriação ou de identidade sobre a vida no bairro. Apoiadas nisso, os itinerários das pessoas que conversamos retratam caminhos construídos, diante de suas possibilidades, na direção de estradas que nos guiaram a detalhes invisíveis a olhos nus. Estes, que não destacam o cheiro forte de esgoto no rio, nem dificuldades com atendimentos em serviços de saúde, a violência ou a falta de segurança pública e, menos ainda, sobre as enchentes e perdas que marcaram alguns dias da história do bairro, mas, sim, o quanto todas essas coisas unidas refletem os modos de apropriação que geram identidade, seja pela vontade em conviver

no cotidiano do bairro, ou, como afirmam outros moradores *não vendo por nada* (morador 2), demonstrando o desejo de lá continuar vivendo. Tais situações, mais invisíveis, serão aprofundadas nos próximos escritos.

### 3.3 As portas abertas: acessos nas perspectivas dos moradores

Nesta categoria iremos discorrer a respeito das práticas coletivas em saúde que identificamos através dos gestos, das falas, das expressões dos moradores e dos costumes e marcas impressos no território. Estas são as formas com que os sujeitos inventam e reinventam seus modos de vida para a manutenção da saúde, conceito este, compreendido aqui a partir da autora Sousa (2012) saúde como potência de vida.

As passagens pelo bairro, além de nos possibilitar identificarmos a constituição do espaço físico, propiciaram observar suas marcas históricas e como as pessoas se relacionam no seu cotidiano. O território é marcado pelo fluxo intenso de moradores transitando pelas ruas, principalmente em horário comercial. As residências, na sua maioria, estavam sempre abertas, com roupas e objetos expostos ao sol em seus pátios, como também, por vizinhos conversando em frente a moradia. Esta situação ficou evidente desde os primeiros dias que fomos ao campo, pois, atualmente, em espaços urbanizados, dificilmente presenciamos tal circunstância. Outra particularidade, diz respeito a presença da música no bairro, seja nos carros que circulavam pelo local, nos transportes que anunciavam as promoções do dia ou, até mesmo, pelos diferentes ritmos que vinham das casas. As brincadeiras entre crianças e adultos, como soltar pipa, jogar “bolinha de gude” na calçada e jogar futebol, sempre foram traços presentes no território durante a nossa trajetória. Pessoas de todas as idades utilizaram as praças frequentemente durante a pesquisa, principalmente a central. Também nos chamou a atenção o grande número de igrejas no bairro, mais especificamente católicas e neopentecostais, as quais se tornaram presentes nas impressões trazidas pelos moradores.

Uma marca histórica presente no bairro é decorrente da enchente em 1983 que ocorreu no município, a qual atingiu diretamente os moradores. Em relação a este fato, o morador 2 relata que somente conseguiu reestruturar sua casa e suas condições de vida após a enchente, devido ao apoio que obteve da vizinhança diante de tal sofrimento. Este mesmo morador ainda nos contou que este grupo de pessoas mantém um vínculo de amizade duradouro, desde então.

Em relatos trazidos pelos moradores 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 11, ficou presente a indicação de apoios encontrados no próprio bairro, através de familiares que residem próximos, ou, como no caso do morador acima, de vizinhos e amigos. Essas pessoas chegam até as outras caminhando, pela proximidade das casas, ou até mesmo encontram-se nos espaços construídos, como é o caso das quadras e campos de futebol ou das igrejas. Isso é representado no relato da moradora 6, que varria a varanda de casa quando nos aproximamos, e nos conta que atualmente tem problemas de visão e quase não *enxerga*

*mais (moradora 6)*. Ainda relatou sobre problemas de hemorragias frequentes, e por conta disso, tinha tonturas e quedas, porém, já estava com cirurgia marcada para resolver o problema. A moradora, atualmente, é viúva e reside com um filho, mas passa parte do seu tempo sozinha em casa. Aparentemente a moradora tinha entre 50 e 60 anos de idade e logo nos preocupamos em saber o que fazia quando se sentia mal e precisava de ajuda. Prontamente, e com sorriso no rosto, ela afirmou: *ah, eu ligo pra minha filha, que mora aqui na esquina e ela vem correndo (moradora 6)*. Além da filha, também possui uma nora que trabalha em casa e está sempre por perto.

Nas situações acima narradas estão marcadas formas de práticas coletivas em saúde através da convivência no bairro, a expressão das pessoas, o lazer das crianças, os apoios referidos. Tal modo de convivência cotidiana vista por nós ou trazida nos relatos dos moradores, indicam proximidade com o trabalho realizado por Souza (2012), em um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), no qual os participantes da pesquisa referem suas “motivações” em estar no assentamento advindas da aproximação com familiares e amigos e indicam como as relações afetivas mais importantes que possuem. Tal processo de afetividade (SAWAIA, 2006) encontrado tanto no trabalho citado, quanto pelos moradores do bairro reflete não só a questão da aproximação geográfica como necessária, mas sim a participação efetiva uns nas vidas dos outros, como forma de “compartilhar a vida” (p.260).

Como continuidade sobre o compartilhamento da vida, nas conversas com os moradores (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8), a igreja ficou evidente como um espaço que propicia diálogos e esperança para lidar com as dificuldades do dia a dia. O autor Valla (2002) discorre que a igreja pode servir como uma fonte de explicações para os acontecimentos e embaraços da vida, como também, evidencia a busca dos sujeitos por uma vida ilimitada de possibilidades, que também acaba por servir como uma fonte de apoio social. Isso fica evidente na fala da moradora 7, que relata que quando estava com depressão e pensando em cometer suicídio, foi *salva* por uma amiga da igreja. Ela aponta que se não fosse a amiga convidar para frequentar a igreja, ela não teria conseguido superar a ideia de tirar a própria vida, representada pela fala *se não fosse pela igreja, eu já não estava mais aqui (moradora 7)*. Em acordo, outra residente do bairro aponta que, após a morte de sua mãe, só queria chorar e dormir, e somente a partir do momento que começou a frequentar a igreja, encontrou forças para seguir em frente e superar a morte da mãe. Por outro lado, a igreja também aparece como um local que propicia a desenvolver a sociabilidade (DA ROS, 2015), uma vez que, a moradora 5 relata que, semanalmente, realiza atividades na igreja e, devido a isso, consegue estabelecer contato com outras pessoas, bem como, é uma atividade que costuma fazer com seu marido.

Ainda que o destaque das práticas coletivas em saúde esteve bem marcado nas falas acerca dos apoios sociais e de conforto espiritual através da igreja, também ficou evidente eventos que revelam a importância dos espaços de sociabilidade, e será melhor



aprofundado quando relacionados ao futebol.

Sobre os espaços de sociabilidade, ao caminharmos pelo bairro, geralmente, observamos as quadras locais ocupadas por jovens jogando futebol, mesmo em dias característicos de verão, com sol forte e calor exacerbado. Os moradores 3, 4, 10 e 11, trouxeram como uma atividade frequente em seu cotidiano. O morador 3, nos contou que faz anos que o campo ao lado de sua casa serve para sediar campeonatos entre os times da região aos finais de semana, como também, promove as copas de primavera e verão, subsidiadas por uma instituição privada no local. No dia das crianças e aos natais, o futebol torna-se um motivo para reunir a população local para prestigiar os campeonatos e para arrecadar brinquedos para as crianças do bairro. Além disso, tivemos a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre a prática do futebol quando encontramos o morador 4, que vive no bairro desde que nasceu, hoje com mais ou menos dezenove anos de idade. Ao dialogarmos sobre a prática do futebol, ele discorre sobre a grande procura dos jovens para utilizar as quadras presentes nas praças, inclusive relata que há uma organização específica para seu uso, nas quartas-feiras, à noite, o campo central, é de uso exclusivo das meninas. Ele ainda se refere ao futebol como uma prática que propicia o apoio social (VALLA, 2002), pois, evidencia na sua fala que *o futebol une as pessoas (morador 4)*. Dito isso, mais uma vez referenciando a prática do médico que joga bola com os jovens, tal prática torna-se outra forma de *porta aberta*, neste caso como possibilidade de aproximação ao vínculo, para o afeto, para trocas de saberes no bairro.

No percurso que desenvolvemos até aqui, trabalhamos com questões de sociabilidade, encontros, afetos, trocas de saberes, vínculo, alívio espiritual, lazer, compartilhamento da vida como formas de produção da saúde coletivamente organizadas pelas pessoas. Ainda que não tenha uma intenção formal de organização, isso se organiza se mantém e se repete. Ao buscar uma condução para amarrar os entrelaçamentos entre todas as situações aqui descritas, Sawaia (1995) refere sobre o território, no qual “[...] pode ser excludente e, ao mesmo tempo, lugar de identificação entre pares, onde se gestam novas formas de sociabilidade alimentadores da potência de ação” (p.23). A autora ao percorrer conceitos de Espinosa e Agnes Heller, ainda completa que o que “produz calor no lugar é uma forte dose do sentimento de sentir-se gente entre pares”, o que traduz resumidamente o que aqui registramos através dos dias em que fomos ao bairro, pois ao mesmo tempo em que nos chegaram fotografias como sendo um lugar de violência, vulnerabilidade e exclusão, foi nos revelado ou “desvelado” os sentidos atribuídos à vida no território através dos moradores.

## 4 | (DES) CAMINHOS E DESPEDIDAS: DIÁLOGOS FUTUROS

O interesse pelo atual tema de pesquisa se refere a preocupação em identificar como são as práticas coletivas em saúde da população que vive em um território de cobertura da

atenção básica localizado no município de Itajaí - Santa Catarina. Dessa forma, optamos por olhar as práticas coletivas em saúde que, infelizmente, não são contempladas pelo serviço, sendo estas: as marcas históricas do bairro, os acessos oferecidos pelo Estado, as estruturas do bairro que propiciam possíveis práticas em saúde e, os apoios, tanto aqueles gerados pela convivência comunitária, como também pelas práticas realizadas nas igrejas.

Durante a pesquisa em campo, optamos por recursos limitados, uma vez que não sistematizamos os caminhos explorados, a maneira de abordar as pessoas e os temas discutidos no decorrer dos diálogos. Entretanto, esta forma de trabalho se torna competente no sentido de reconhecimento do território do bairro, da aproximação com as pessoas, bem como, para identificar as necessidades produzidas no cotidiano desses moradores. Estas questões são possíveis, pois no momento das observações, o sujeito encontra-se imerso no território e na cultura local.

Neste sentido, a pesquisa evidenciou as formas de ocupação do bairro e as marcas históricas produzidas no território. Conhecer o processo de urbanização do bairro propicia o entendimento da dinâmica estabelecida entre os moradores, como também, a formação das ruas, residências, das instituições públicas e dos comércios. Outra marca presente, atribui a situação da figueira, a qual destaca a experiência coletiva em saúde dos moradores frente a uma prática coletiva de saúde. Os relatos dos acessos oferecidos no bairro transitaram entre falas de satisfação e insatisfação a respeito de alguns serviços, principalmente no que se refere aos serviços de educação e de saúde. Em contrapartida, percepções nossas, como a presença do odor do rio no território e o direito ao transporte coletivo, não foram evidenciadas nas falas dos moradores, o que nos fez questionar os níveis de conscientização frente aos acessos oferecidos no local.

Os apoios identificados no bairro evidenciam a sociabilidade e o alívio espiritual, através das práticas do futebol e da participação na igreja. Estas práticas encontradas no território caracterizam-se por formas de satisfazer as necessidades econômicas, políticas e afetivas dos moradores, sendo este conjunto compreendido como práticas coletivas em saúde. Tais práticas não são intencionais nem formalizadas, mas elas oferecem base para a sobrevivência e a manutenção da saúde desses moradores.

Diante das histórias, das informações e das percepções a respeito do bairro, indagamos o quanto é importante os profissionais do serviço de saúde conhecerem o que já existe no território para, assim, potencializar a promoção e a proteção da saúde com ações próximas a realidade do local. Como no exemplo do médico da ESF, que utiliza da prática coletiva do futebol para se aproximar dos jovens e estabelecer vínculo com a população, com o intuito de ampliar e fortalecer as ações em saúde por meio dos apoios e da sociabilidade advindas dessa prática coletiva em saúde. Este olhar se diferencia do biologicista e higienista, que realiza ações programáticas com metas e propostas distantes das necessidades em saúde dos moradores. Dessa forma, se torna necessário dialogar e rever fatos que percorrem o dia a dia das políticas públicas, e como isso transita na vida

das pessoas que acessam esses serviços, a fim de refletir as possibilidades que poderiam qualificar a vida no território.

A partir do que conseguimos apurar nessa oportunidade, nos suscita a necessidade de outras pesquisas que trabalhem as produções do território frente às necessidades cotidianas, como elementos potentes para desenvolver ações em saúde com o intuito de se aproximar da realidade dos usuários, de estabelecer vínculo e de promover e proteger a saúde da população. Não só, são necessários estudos que evidenciem outras maneiras de desenvolver propostas em saúde, sem caráter normatizador e higienista, a fim de demonstrar outras perspectivas ao modo de se pensar saúde.

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C.R. **Pesquisa Participante**. São Paulo: Editora e Livraria Brasiliense, 2006. 211 p.

BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8, 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 317 p.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: morar e cozinhar**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

DA ROS, M.A. et al. **Promoção da saúde: base teórico-histórica na sociedade de risco**. In: III Semana Integrada do CCS, V Encontro Mãos de Vida e III Semana Integrada PRÓ/PET Saúde, n.1, 2015, Itajaí. *Anais...* Itajaí: UNIVALI, 2015.

FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, G. **O subjetivo e o socio-cultural na co-produção de saúde e autonomia**. In: CAMPOS, G.W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.) *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.143-168.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire, (3ª ed.). São Paulo: Editora Moraes, 1980.

GARCÍA, J.C. **1848: o nascimento da medicina social**. In: Nunes E.D., (Org.) *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez Editora; 1989. p. 159-66.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. 3ª ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991. 418 p.

**O cotidiano e a história**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1985. 121p.

LAURELL, A. C. **A saúde – doença como processo social**. *Revista Latinoamericana de Salud*. pp. 7 - 25 México, 1982.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: *Saúde em Debate*, 2014. v. 38, n. 102, p. 593-606.

MAFRA, J.F. **O cotidiano e as necessidades da vida individual: uma aproximação da antropologia de Agnes Heller**. *Educação e Linguagem*, São Paulo, v. 13, n. 21, p.226-244, 2010.

MASSUDA, A. **Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde**. In: CAMPOS, G.W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.) Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.169-194.

MATTOS, R. A. **Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional**: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 313-352.

NUNES, E.D. **O pensamento social em saúde na América Latina**: revisitando Juan César García. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9):1752-1762, set, 2013.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P.G. **Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território**. In: CAMPOS, G.W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.) Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 237-262.

PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M. **Preceptoría de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família**: o estudo do caso de Sobral, CE. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 21, n. 1, p.94-106, maio 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000500008>. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/48772>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

REY, F.L.G. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**. São Paulo: Thompson, 2005. 205 p.

RUFINO, M.B.C. **Transformação da periferia e novas formas de desigualdades nas metrópoles brasileiras**: um olhar sobre as mudanças na produção habitacional. Cadernos Metrópole, São Paulo, v. 18, n. 35, p.217-236, 2016.

SARTRE, J.P. **O imaginário**: Psicologia fenomenológica da imaginação. São Paulo: Editora Ática, 1996.

SAWAIA, B.B. **O calor do lugar**: segregação urbana e identidade. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 9 (2), p.20-24, 1995.

SOUZA, A.S.A. **A saúde na perspectiva ético-política**: Pesquisa ação participante na Comuna da Terra Irmã Alberta do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST). 2012. 342 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

**Introduzindo a afetividade na reflexão sobre estética, imaginação, e constituição do sujeito**. In: Da Ros. S.Z; Maheirie, K.; Zanella, A.V. Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência. Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Publicações, Florianópolis, 2006.

VALLA, V.V. **Pobreza, emoção e saúde**: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. Revista Brasileira de Educação, Minas Gerais, p.63-77, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida**. In: VASCONCELOS, E. M.; et al. (Org.), Perplexidade na Universidade: vivência nos cursos de saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 265-308.

# CAPÍTULO 5

## ATUAÇÃO DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM NA ESCUTA QUALIFICADA COMO CUIDADO À SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES ESCOLARES

Data de aceite: 01/07/2020

Data da Submissão: 09/05/2020

### **Ana Paula Cunha Duarte**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/1085828322421550>

### **Antonia Kátia Lopes Araújo**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/8808312723890500>

### **Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão**

Doutoranda e Mestra em enfermagem (UPE/  
UEPB) e Professora Substituta da Universidade  
Estadual do Maranhão – UEMA.  
<http://lattes.cnpq.br/3211952648628922>

### **Caroline Natiele Rocha da Silva**

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família  
pelo Centro Universitário Estácio Ribeirão  
Preto.  
<http://lattes.cnpq.br/9761024957791849>

### **Fabricia da Silva Pereira dos Reis**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/6210334434762874>

### **Geovane Moura Viana**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduando em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/4438558034671903>

### **Kelly Rose Pinho Moraes**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/1137237805401309>

### **Liniele Portela Nina**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/0700252571041910>

### **Mariana da Cunha Costa**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/3623081446565960>

### **Patricia da Silva Pereira dos Reis**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/9318838053037563>

### **Priscilla Herculana Araújo dos Santos**

Enfermeira, Especialista em Urgência e  
Emergência pela Faculdade Evangélica do Meio  
Norte – FAEME, Teresina/PI. Coordenadora  
do Departamento de Enfermagem SEVEN,  
Coroatá/MA.  
<http://lattes.cnpq.br/6327501445983577>

### **Vanessa de Jesus Guedes Dias**

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA,  
Graduanda em Bacharelado em Enfermagem,  
Coroatá/MA  
<http://lattes.cnpq.br/7956407798167332>

**RESUMO: Introdução:** A Política Nacional de Humanização engloba diversos aspectos, como a escuta qualificada, que envolve o ato de ouvir as dores emocionais dos pacientes e tentar solucionar os problemas, revelando-se um método fácil de ser aplicado no âmbito da saúde mental. Destaca-se a escuta qualificada a adolescentes, por ser um período da vida repleto de mudanças em que é necessária maior atenção. Sendo assim, a enfermagem deve estar preparada para oferecer uma assistência integral e humanizada a este público. **Objetivo:** relatar a experiência de graduandos de enfermagem na escuta qualificada, no que diz respeito à humanização do cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes escolares. **Métodos:** Foi utilizado o método de escuta qualificada como técnica para a atenção à saúde mental de adolescentes de uma escola localizada na cidade de Coroatá-MA. As escutas eram feitas em uma sala reservada, onde os extensionistas ficavam à disposição para conversar sobre diversos assuntos com qualquer aluno que se sentisse disposto a conversar, expondo seus eventuais problemas escolares e familiares. **Resultados:** A escuta qualificada se mostrou um método valioso no cuidado a saúde mental desses adolescentes, visto que através desta técnica foi possível desenvolver um diálogo aberto para discutir assuntos variados, alguns até considerados tabus, como suicídio, automutilação e *bullying*. A maioria dos adolescentes que participaram do projeto, relatavam a necessidade de serem ouvidos e entendidos. **Conclusão:** Diante desta experiência, percebeu-se que há uma grande necessidade de ouvir o público adolescente, já que é nessa fase que ocorre transformações físicas e emocionais, onde muitos relataram não saberem como reagir a determinados acontecimentos. Sendo assim, reforça-se a importância de abordar a escuta qualificada na universidade para que os futuros enfermeiros saiam preparados para executar tal prática, visando contribuir para a saúde mental da sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Saúde Mental; Crianças; Adolescentes.

## PERFORMANCE OF NURSING GRADUATES IN QUALIFIED LISTENING AS CARE FOR THE MENTAL HEALTH OF SCHOOL TEENAGERS

**ABSTRACT: Introduction:** The National Humanization Policy encompasses several aspects, such as qualified listening, which involves listening to patients' emotional pain and trying to solve the problems they are facing, proving to be an easy method to be applied in the context of mental health. Qualified listening to adolescents stands out, as it is a period of life full of changes in which more attention is needed. Therefore, nursing must be prepared to offer comprehensive and humanized assistance to this public. **Objective:** to report the experience of nursing students in qualified listening, with regard to the humanization of mental health care for school children and adolescents. **Methods:** The qualified listening method was used as a technique for mental health care for adolescents at a school located in the city of Coroatá-MA. The wiretaps were made in a private room, where those in charge of the project were available to talk about various subjects with any student who felt willing to talk, exposing their eventual school and family problems. **Results:** Qualified listening proved to be a valuable method in the care of these adolescents' mental health, since through this technique it was possible to develop an open dialogue to discuss various subjects, some even considered taboo, such as suicide, self-mutilation and bullying. Most of the adolescents who participated in the project, reported the need to be heard and understood. **Conclusion:** In view of this experience, it was

realized that there is a great need to listen to the adolescent public, since it is at this stage that physical and emotional transformations occur, where many reported not knowing how to react to certain events. Thus, it reinforces the importance of addressing qualified listening at the university so that future nurses are prepared to perform such practice, aiming to contribute to society's mental health.

**KEYWORDS:** Nursing; Mental health; Children; Teens.

## 1 | INTRODUÇÃO

No decorrer de sua atuação profissional, a enfermagem deve estar preparada para oferecer não somente um cuidado pautado em conhecimento teórico-prático, mas também uma assistência humanizada ao paciente, sabendo ouvir com paciência e empatia (SANTOS et al., 2018). Sabe-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) engloba diversos aspectos. Dentre eles, chama-se atenção para a escuta qualificada, que envolve ações de escuta às dores emocionais dos pacientes e se revela como um método fácil de ser aplicado no âmbito da saúde mental.

A escuta qualificada está relacionada a uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PHN), o acolhimento, que se define como “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” (BRASIL, 2013, p. 7). Esse acolhimento ajuda na construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre a equipe que presta assistência e o próprio usuário, sendo possível ampliar e tornar mais efetivas as tecnologias de cuidado ao paciente, implantar novos planos de ação, assim como tornar as práticas mais qualificadas para atender de forma digna as necessidades, singularidades e complexidades de cada usuário, qualificando o diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes assistidos (BRASIL, 2013).

Destaca-se a escuta qualificada a crianças e principalmente adolescentes escolares, em virtude deste ser um período da vida repleto de mudanças, indagações e, muitas vezes frustrações. Nem todos passam por essa fase de forma tranquila, enfrentando exigências, angústias e conflitos familiares ou em meio escolar, que podem ou afetam de forma significativa sua saúde mental e conseqüentemente sua saúde física, o que exige um acompanhamento e maior atenção por parte dos profissionais de saúde (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018; PATTON et al., 2018).

Nesse contexto, ressalta-se que o cuidado voltado para a saúde mental é abrangente, sendo uma das estratégias a promoção e prevenção de psicopatologias que podem estar relacionadas a determinantes sociais, tais como violência urbana e doméstica, desemprego, uso de álcool e outras drogas, principalmente em grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos (DIMENSTEIN et al., 2017).

Segundo o Atlas da Saúde Mental, muitos transtornos mentais podem ter início aos 14 anos ou antes, e alguns casos não são diagnosticados ou tratados

de forma adequada, ou são negligenciados por inúmeros fatores, como conhecimento insuficiente sobre saúde mental por parte de profissionais da área da saúde. São elevados os índices de ideação suicida e autolesão entre crianças e adolescentes, fator que muitas vezes está ligado aos determinantes sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Com isso, sabendo da importância da implementação de estratégias para a promoção e prevenção de problemas relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes e, levando em consideração que ela está inserida no conceito de saúde sendo necessária para manutenção do bem-estar físico, o presente artigo teve como objetivo relatar a experiência de graduandos de enfermagem na escuta qualificada, no que diz respeito à humanização do cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes escolares.

## 2 | METODOLOGIA

O projeto de extensão “A atuação da enfermagem em ações socioeducativas para crianças e adolescentes em idade escolar” contou com a atuação de uma professora, uma aluna bolsista e quatro alunos voluntários, todos vinculados ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, Campus Coroatá. O projeto foi desenvolvido entre os meses de setembro e dezembro de 2018.

Foram realizadas atividades entre os extensionistas e alunos participantes às segundas e quartas-feiras, das 8:30 às 10:00 horas em duas escolas da rede estadual de ensino no município de Coroatá-MA, alternando as semanas entre estas. O método de escuta qualificada foi empregado como técnica para a atenção à saúde mental de adolescentes. As escutas eram feitas em uma sala reservada cedida pelas escolas, onde duplas ou trios de extensionistas ficavam à disposição para conversar sobre diversos assuntos com qualquer aluno que se sentisse à vontade e/ou disposto a conversar, expondo seus eventuais problemas ou dificuldades tanto escolares quanto familiares.

Utilizou-se outros recursos como projetor multimídia, para apresentação de conteúdos relacionados aos temas debatidos no projeto, tais como vídeos relacionados às práticas de *bullying* e suas consequências. Também foram distribuídos folders informativos para alunos e professores das escolas participantes do projeto acerca da temática abordada.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram atendidos 94 alunos nas atividades de rodas de conversa com escuta qualificada, que mostrou ser de grande valia para muitas crianças e adolescentes, que relataram o que sentiam em relação a suas eventuais realidades. Ao todo ocorreram 125 encontros de escuta, visto que alguns alunos foram ouvidos mais de uma vez.

No que se refere à faixa etária, foi predominante a de 10 a 12 anos, seguida das faixas de 13 a 18 anos e 19 a 23 anos, correspondendo a 43 (45,7%), 36 (38,3%) e 15 (16%) participantes, respectivamente, conforme a Figura 1. Ressalta-se que a faixa etária de 19 a



23 anos embora não seja considerada de adolescentes, foi incluída no projeto a pedido da direção da escola, visto que eram alunos repetentes em algum ano do ensino fundamental ou médio, e por fazerem parte do corpo discente da escola, achou-se importante realizar escuta qualificada com esse público também.

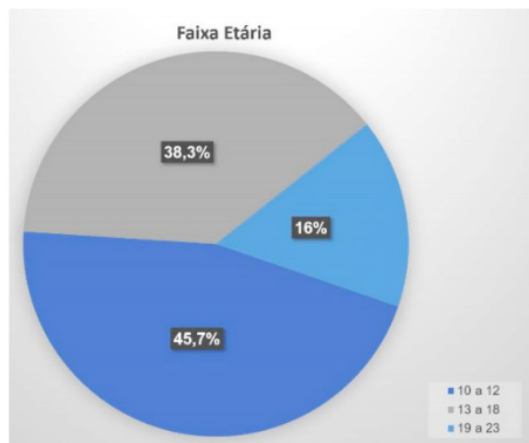


Figura 1: Faixa Etária

Fonte: Elaboração própria (2018)

Dos temas discutidos no projeto, o bullying foi o problema mais citado, conforme mostra a figura 2. Os participantes relataram por vezes terem recebido insultos de colegas de turma, que muitas vezes perduravam por semanas, o que desencadeava o desejo de revidar com atitudes violentas.

Em muitos dos relatos ouvidos, os estudantes que praticavam *bullying*, não consideravam que fosse algo tão grave ou que pudesse vir a ter consequências graves. Em suma, os atos de *bullying* eram feitos através de agressões físicas, xingamentos, exclusão, acusações injustas e em grande parte ameaças ou intimidações. Em vista disso, alguns estudantes e funcionários das instituições falaram que já houve casos de alunos que levaram armas de fogo ou armas brancas para as escolas, afim de conter o *bullying* sofrido diariamente pelos colegas de turma.

Uma vítima de *bullying* pode sofrer consequências em sua saúde mental, bem como em seu desenvolvimento educacional, podendo ocasionar evasão escolar, comportamento agressivo, isolamento, autoestima prejudicada, surgimento de doenças psicossomáticas e, em casos extremos, automutilação ou o suicídio (SILVA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2018).

A violência doméstica foi o segundo problema mais citado, de acordo com a figura 2. Alunos relataram episódios de violência física e psicológica proveniente dos pais ou responsáveis, ou agressões entre os pais, frisando que muitas vezes ocorriam quando

estes familiares estavam sob efeito de álcool ou outras drogas.

A violência doméstica é um problema grave, não apenas no que diz respeito ao âmbito social, devido a violação de direitos humanos, mas de saúde pública, repercutindo na saúde física e mental, que influencia negativamente no desenvolvimento de uma criança ou adolescente. O conflito entre pais é inerente em ambiente familiar, mas pode ser nocivo caso os episódios se tornem frequentes e ocorra desfechos violentos, o que pode ocasionar consequências a nível de saúde mental para a criança ou jovem (OLIVEIRA et al., 2015; HAROLD; SELLERS, 2018).

Quando se trata de violência doméstica sofrida especificamente pela criança ou adolescente, a mais frequente é a física. A violência psicológica também é recorrente e afeta de forma significativa a autoestima, bem como seu rendimento na escola (OLIVEIRA et al., 2016; HAROLD; SELLERS, 2018).

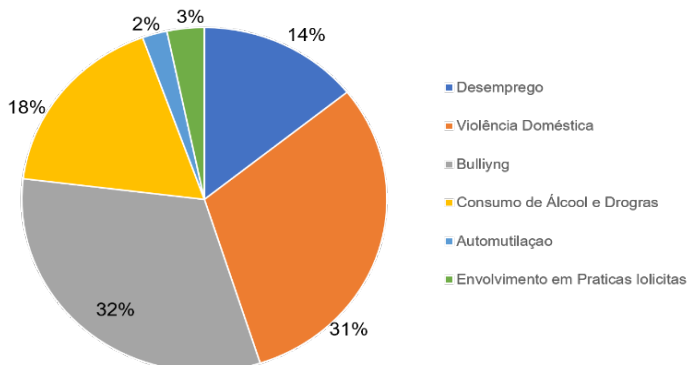


Figura 2: Percentual de relatos por tópico discutido

Fonte: Elaboração própria (2018)

A violência doméstica pode ser desencadeada por diversos fatores, como abuso de álcool e drogas e desemprego, e é algo que afeta todos os níveis sociais, exigindo intervenção de equipe multiprofissional para melhor atender o indivíduo. Esse agravo se mostra desafiador em relação à sua percepção, mas pode ser investigado por profissionais de enfermagem através dos indicadores psicossociais no momento da consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou no Programa Saúde na Escola (PSE), momento em que o profissional deve notificar os casos, dar encaminhamentos e tentar solucionar o problema (OLIVEIRA et al., 2016; MARTINS et al., 2017; VELOSO et al., 2017; AGUIAR et al., 2018).

Consumo de álcool e drogas foi o terceiro tópico mais citado pelos participantes, seguido de desemprego, envolvimento em práticas ilícitas e automutilação, respectivamente.

Muitos foram os motivos atribuídos para o início precoce de consumo de álcool e outras drogas, como influência por parte de amigos e a vontade de ser aceito pelo grupo ou para esquecer problemas vividos em casa, como desemprego e dificuldades financeiras. No que tange às práticas ilícitas, alguns estudantes revelaram já terem realizado furtos para custear seus vícios. No que se refere à prática da automutilação, constatou-se que é utilizada como uma válvula de escape para os problemas diários, em muitos casos associada pelos participantes à ideiação suicida.

O uso abusivo e precoce de álcool pode contribuir para o comprometimento da saúde mental de jovens em idade escolar. Atualmente os jovens brasileiros começam seu consumo muito cedo e sem moderação, o que contribui para o alcoolismo e episódios de violência relacionadas ao consumo de álcool. O enfermeiro tem papel importante em ações para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes, trabalhando como agente transformador na promoção da saúde deste público (RIBEIRO et al., 2017; THOMAZ; COSTA FILHO; BRAZ, 2017; RIBEIRO et al., 2018).

Percebeu-se que o diálogo feito de forma informal, com ênfase na escuta qualificada e terapêutica, possibilitou que os participantes se expressassem de forma aberta, dividindo experiências e trocando conhecimentos acerca dos temas abordados.

Essa técnica também possibilitou que espaços fossem abertos para que os alunos que dela participaram ampliassem suas percepções sobre si e sobre seu cotidiano, em que puderam se reconhecer como protagonistas de suas próprias histórias. Ao fim das atividades, as direções das escolas foram informadas dos casos mais preocupantes, e estes foram encaminhados para serviços especializados, em virtude da necessidade de acompanhamento contínuo.

## 4 | CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do projeto, pode-se concluir há uma necessidade de ouvir o público infantil e principalmente adolescente, já que é nessa fase que ocorrem maior parte das transformações físicas e emocionais, em que muitos não sabem como reagir diante de alguns acontecimentos.

Salienta-se que a escuta qualificada se mostra como um método valioso no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes escolares, visto que através desta técnica é possível desenvolver um diálogo aberto com os alunos, em que estes se sintam à vontade para discutir assuntos variados, como automutilação, *bullying*, violência doméstica, dentre outros. A maioria dos adolescentes que participaram do projeto, relataram a necessidade de serem ouvidos e entendidos.

Sendo assim, reforça-se a importância de abordar a escuta qualificada na universidade para que os futuros enfermeiros saiam preparados para executar tal prática, visando contribuir para a saúde mental da sociedade.

Também se destaca a necessidade de serem desenvolvidos cada vez mais projetos de pesquisa e extensão, bem como ações de enfermagem voltados à temática em questão, já que estas práticas engrandecem as experiências profissionais, tornando o atendimento mais empático e humanizado.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.F.; CRUZ, E.J.S.; PEDROSO, J.S.; LEMOS, F.C.S. Crise econômica mundial: infância e adolescência na análise dos documentos do Unicef. **Psicol. Soc.**, v. 30, e163315, 2018.

ALMEIDA, F.A. **Bullying no contexto escolar**: uma análise psicológica do fenômeno. Psicologia.pt, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DALTRO, M.C.S.L.; MORAES, J.C.; MARSIGLIA, R.G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde Soc.**, v. 27, N. 2, p. 544-55, 2018.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J.P.; LEITE, J.; DANTAS, C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arq. Bras. Psicol.**, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

HAROLD, G.T.; SELLERS, R. Annual research review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. *J. Child Psychol. Psychiatry*, v. 59, n. 4, p. 374-402, 2018.

MARTINS, D.C.; GOIS, O.J.O.; SILVA, J.O.M.; ROSA, M.P.R.S.; GONÇALVES, M.C. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Cad. Ciênc. Biol. Saúde - UNIT**, v. 4, n. 2, p. 155-68, 2017.

OLIVEIRA, A.M.N.; MARQUES, L. A; SILVA, P. A.; PRESTES, R. C; BIONDI, H. S; SILVA, B. T. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 424-31, 2015.

OLIVEIRA, L.B.; SOARES, F.A.; SILVEIRA, M.F.; PINHO, L.; CALDEIRA, A.P.; LEITE, M.T.S. Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 24, e2772, 2016.

PATTON, G.C.; OLSSON, C.A.; SKIRBEKK, V.; SAFFERY, R.; WLODEK, M.E.; AZZOPARDI, P.S. et al. Adolescence and the next generation. **Nature**, v. 554, n. 458-66, 2018.

RIBEIRO, K.C.S.; PEREIRA, L.B.; WIESE, I.R.B.; SILVA, J.; SALDANHA, A.A.W.

Consumo de álcool e tabaco e associação com outras vulnerabilidades em jovens. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 348-59, 2017.

RIBEIRO, W.A.; ANDRADE, M.; CIRINO, H.P.; TEIXEIRA, J.M.; MARTINS, L.M.; MARIANO, E.S. Adolescência, tabaco, álcool e drogas: uma revisão no olhar preventivo da educação em saúde na ESF. **Rev. Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 1, p. 2-6, 2018.

SANTOS, E.L.; DÓREA, S.N.A.; MACIEL, M.P.G.S.; SANTOS, L.K.F.; SILVA, M.B.; MORAES, M.G.L. Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 32, e23680, 2018.

SILVA, J.L.; OLIVEIRA, W.A.; SAMPAIO, J.M.C.; SALGADO, F.S.; PEREIRA, B.O.; SILVA, M.A.I. Assistência oferecida a estudantes que relatam serem vítimas de bullying. **Estud. Psicol. (Natal)**, v. 22, n. 3, p. 325-35, 2017.

THOMAZ, R.D.; COSTA FILHO, A.; BRAZ, M.R. Alcoolismo no ensino médio: uma contribuição da enfermagem. **Saber Digital**, v. 8, n. 01, p. 45-67, 2017.

VELOSO, M.M.X.; MAGALHÃES, C.M.C.; CABRAL, I.R. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças Psicol. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017.

World Health Organization. **Mental health atlas 2017**. Geneva: World Health Organization, 2018.

# CAPÍTULO 6

## AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE TERAPIA NUTRICIONAL E CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data da Submissão: 05/05/2020*

### **Maria Fernanda Brandão Santos**

Nutricionista graduada pela Universidade  
Presbiteriana Mackenzie  
São Paulo – SP  
Currículo Lattes: [http://lattes.cnpq.  
br/7793058207849467](http://lattes.cnpq.br/7793058207849467)

### **Andrea Romero de Almeida**

Doutoranda no Programa de Distúrbios do  
Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana  
Mackenzie  
São Paulo – SP  
Currículo Lattes: [http://lattes.cnpq.  
br/2534147531411144](http://lattes.cnpq.br/2534147531411144)

**RESUMO: Introdução:** O crescimento do número de idosos em Instituições de Longa Permanência levanta questões sobre as formas de cuidados destes idosos e a relevância dos cuidados paliativos e nutricionais em todos os seus aspectos. **Objetivo:** Investigar as práticas de terapias nutricionais e cuidados paliativos em instituições de longa permanência para idosos. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter transversal com coletas de dados primários, com abordagem qualitativa e quantitativa. A amostra é constituída de 30 indivíduos com idade superior a 65 anos, do sexo feminino e masculino, residentes em uma ILPI localizada no município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas aos pacientes, que incluíram a coleta de informações

que caracterizou a amostra, além da aplicação dos questionários Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Palliative care Outcome Scale (POS) para a avaliação do estado nutricional e das práticas de cuidados paliativos. **Resultados:** A amostra final do estudo foi composta por 22 idosos residentes de uma ILPI, com idade média de 77,3 anos (DP=3,44 anos) e com IMC médio de 21,9 Kg/m<sup>2</sup> (DP= 1,69). Observou-se que 50% (n=11) dos idosos avaliados possuía como patologia de base a Doença de Alzheimer em nível IV, como patologia secundária 27,3% (n=8) da amostra possuíam Diabetes Melitus e quanto a Terapia Nutricional, em 59,1% (n=13) da amostra a aplicação de Terapia Nutricional Enteral foi a mais prescritas para o tratamento nutricional destes pacientes. **Conclusão:** O desfecho do estudo evidenciou a importância da atuação da equipe multiprofissional de saúde, assim como a presença de familiares e amigos e dos esforços para proporcionar a estes pacientes qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos. Instituições de Longa Permanência para Idosos. Terapia Nutricional.

### EVALUATION OF NUTRITIONAL THERAPY PRACTICES AND PALLIATIVE CARE APPLIED IN LONG STAY INSTITUTIONS FOR THE ELDERLY

**ABSTRACT: Introduction:** The growth in the number of elderly people in Long Term Care Institutions raises questions about the forms of care for these elderly people and the relevance of palliative and nutritional care in all its aspects.

**Objective:** To investigate the practices of nutritional therapies and palliative care in long-term care facilities for the elderly. **Methods:** This is a cross-sectional study with primary data collections, with a qualitative and quantitative approach. The sample consists of 30 individuals over the age of 65, female and male, residing in an LTCF located in the city of São Paulo. Interviews were conducted with patients, which included the collection of information that characterized the sample, in addition to the application of the Mini Nutritional Assessment (MAN) and Palliative care Outcome Scale (POS) questionnaires to assess nutritional status and palliative care practices. **Results:** The final sample of the study consisted of 22 elderly residents of an LTCF, with an average age of 77.3 years (SD = 3.44 years) and with an average BMI of 21.9 Kg / m<sup>2</sup> (SD = 1.69 ). It was observed that 50% (n = 11) of the elderly evaluated had Alzheimer's disease level IV as the underlying pathology, as secondary pathology 27.3% (n = 8) of the sample had Diabetes Melitus and as for Nutritional Therapy, in 59.1% (n = 13) of the sample, the application of Enteral Nutritional Therapy was the most prescribed for the nutritional treatment of these patients. **Conclusion:** The outcome of the study showed the importance of the performance of the multidisciplinary health team, as well as the presence of family and friends and the efforts to provide these patients with quality of life.

**KEYWORDS:** Palliative Care. Long-Term Institutions Fo Eldery. Nutritional Therapy.

## 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o cenário mundial atual é de uma intensa transição do processo demográfico, caracterizada como única e irreversível. Esta transição é marcada pelo aumento da população idosa e diminuição da média de fertilidade, de forma que as projeções indicam que as taxas devem duplicar até 2050, podendo ainda, na maioria dos países, quadruplicar o número de pessoas com mais de 80 anos, alcançando cerca de 400 milhões de octogenários (ONU, 2017).

No Brasil, de acordo com o IBGE, o crescimento da população de pessoas com 60 anos ou mais tem sido expressivo e contínuo. Dados da Pesquisa Nacional da Amostra por Domicílio (PNAD) de 2009 indicam uma população de aproximadamente 21 milhões de idosos em todo o território. Esse crescimento tem se mostrado mais efetivo nas regiões Sudeste e Sul, com cerca de 13% e 12% respectivamente da representatividade destas populações (IBGE, 2012).

As características socioeconômicas e raciais desta população são marcadas por maioria do sexo feminino (55,8%), assim como maioria de brancos (55,4%) e de baixa escolaridade, pois cerca de 50% possuía menos de 4 anos de estudo. Além disso, 57,9% são aposentados, 43,2% tem renda domiciliar per capita de até um salário mínimo e 13,4% apresentavam dificuldades para caminhar 100 metros (IBGE, 2012).

Santos, Tavares e Barbosa (2010) explanam sobre o processo de envelhecimento, de forma que afirmam que o mesmo gera principalmente modificações físicas, biológicas, sociais e psicológicas, como: perda dental, distúrbios de locomoção; declínio no

funcionamento do coração e órgãos do sentido, diminuição da concentração e do estado de alerta, podendo surgir mudanças na vida social e o surgimento do sentimento de perda do papel e da função social.

Um estudo realizado por Alves, Leite e Machado (2010) avaliou fatores socioeconômicos e de saúde na incapacidade funcional dos idosos e obteve que para os aspectos de saúde 35% dos idosos entrevistados avaliou sua saúde como boa e 12,7% relatou internação hospitalar nos últimos 12 meses. Dentre as doenças relatadas mais frequentes estão respectivamente: a hipertensão arterial (48,9%), problemas na coluna (36,8%), artrite/reumatismo (28,5%), doença cardíaca (17,4%) e diabetes (12,9%).

Para assegurar ao idoso seus direitos sociais, promovendo sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, foi instituída a Lei N. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que prevê e sanciona a Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI, dentre outras coisas, considera idoso aquele com 60 anos ou mais e é regida pelo princípio de que “a família, a sociedade e o estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, [...] defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida”. Ademais explicita que o atendimento familiar deve ser priorizado, em desvantagem ao atendimento asilar, com ressalva àqueles idosos que não se adéquam às condições de garantia de sua própria sobrevivência (PNI, 2010).

Para aqueles que estão sob as exceções e por consequência estão sob os cuidados das Instituições de Longa Permanência a PNI reconhece a problemática da ocorrência de abusos, maus-tratos e negligência, que podem acarretar em mortes, incapacitações e acirrar processos mentais de depressão e demência, principalmente por falta de alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. Para tanto, foram estabelecidos fóruns de debate e grupos de fiscalização, possibilitando um real diagnóstico e consequentes melhorias efetivas, e também de ações estratégicas como: a implantação do Disque Direitos Humanos Nacional (DDHN) e a aprovação da Política Nacional de Instituições de Longa Permanência (PNI, 2010).

Para melhor atender aos idosos residentes nas ILPIs foram estabelecidas, através da RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005, três diferentes graus de dependências do idoso. São eles: Grau I representados por idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; Grau II aqueles idosos que possuem dependência em até três atividades de autocuidado, como por exemplo, alimentação, mobilidade e higiene, porém sem comprometimento cognitivo ou com alterações cognitivas controladas; e Grau III que englobam idosos com dependência que necessitem de assistência em todas as atividades de autocuidado e/ou com comprometimentos cognitivos.

Estimativas feitas por esta Pesquisa do Ipea, confirmam que, dentre os idosos residentes de ILPIs privadas, foram encontradas maiores proporções de residentes dependentes e semidependentes, ou seja, classificados como Grau III e II, respectivamente. Expressando que, provavelmente, a dificuldade de cuidado pelos familiares faz com que



optem por subsidiar a residência dos idosos em ILPIs. Além disso, apontam que os homens passam em média 5,9 anos, e as mulheres, 6,7 anos morando em uma instituição, chamando atenção para a necessidade de projetos de vida para estes idosos, contando também e de forma prioritária com um projeto de cuidados (CAMARANO; BARBORA, 2011).

De acordo com Clos e Grossi (2016) a necessidade de estabelecimento de um projeto de cuidados em ILPIs, principalmente por muitos dos residentes não responderem mais aos cuidados curativos, faz com que sejam praticados os cuidados paliativos. Sendo assim, em decorrência disso, os cuidados paliativos tornam-se parte do cotidiano e da rotina das ILPIs.

Cuidados Paliativos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são definidos como uma “abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento [...]”. Para tanto, é necessário que se avalie precocemente para que o tratamento das dores e de outros problemas psicossociais e/ou espirituais sejam efetivos. (CLOS; GROSSI, 2016).

Para aqueles que a cura deixa de ser uma possibilidade, a abordagem dos cuidados paliativos deve basear-se em estratégias terapêuticas para cultivar a autonomia e proporcionar qualidade de vida para os pacientes e seus familiares. Estas estratégias são realizadas através de ações simples, como higiene básica, atenção adequada, móveis confortáveis e alimentação, assegurando conforto e bem-estar. As ações relacionadas à alimentação utilizam de recursos que previnam o surgimento de manifestações nutricionais e gastrointestinais, como anorexia, caquexia, desnutrição e desidratação e sintomas como náuseas e vômitos (MORAIS et al., 2016)

De acordo com Moraes et al. (2016) a aceitação, tolerância e os sintomas destes pacientes são as referências para o estabelecimento das necessidades nutricionais calóricas, proteicas e hídricas, garantindo a ingestão adequada de nutrientes e promovendo conforto e melhora na qualidade de vida, além de evitar intervenções nutricionais invasivas, como a terapia nutricional enteral e a terapia nutricional parenteral. Podendo a terapia nutricional em cuidados paliativos reduzir a perda de peso, melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência, através da redução dos sintomas clínicos e promoção do conforto emocional relacionado à alimentação.

Deste modo o presente estudo teve por objetivo investigar as práticas de terapias nutricionais e cuidados paliativos em instituições de longa permanência para idosos, através da avaliação das principais patologias acometidas nos pacientes, as vias de alimentação e terapia nutricional utilizadas, o estado nutricional destes pacientes através da aplicação do questionário Mini Avaliação Nutricional (MAN) e do Índice de Massa Corporal (IMC) e as práticas de cuidados paliativos nos paciente desta instituição aplicando o questionário *Palliative care Outcome Scale* (POS) em sua versão para pacientes e cuidadores.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal com coletas de dados primários, com abordagem qualitativa e quantitativa realizado entre novembro de 2018 e agosto de 2019, que foi realizado para avaliar as práticas de cuidados paliativos utilizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A amostra foi constituída de 30 indivíduos com idade superior a 65 anos, do sexo feminino e masculino, residentes em uma ILPI localizada no município de São Paulo, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. A aplicação dos questionários foi realizada em única visita a instituição e em única entrevista com cada indivíduo. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com indivíduos que se adequem aos critérios de inclusão, isto é, idosos de ambos os sexos legalmente capazes ou idosos de ambos os sexos que seus responsáveis autorizaram sua participação e integrantes da equipe multiprofissional que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, que a qualquer momento se sentiram desconfortáveis e/ou idosos que não conseguiram responder ao solicitado nos questionários.

As entrevistas aos pacientes incluíram a coleta de informações sobre a idade, patologias acometidas, via de alimentação e terapia empregada no momento da coleta de dados, altura, peso, sendo da incapacidade destas aferições por motivo do paciente estar acamado, foram coletadas outras medidas antropométricas, e por fim houve a aplicação dos questionários Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Palliative care Outcome Scale (POS) para a avaliação do estado nutricional e das práticas de cuidados paliativos, respectivamente.

Para avaliar o estado nutricional dos pacientes foi aplicada a Mini Avaliação Nutricional (MAN), que é composto pela triagem e pela avaliação global e avalia itens como, por exemplo: mobilidade, perda de peso, quantidade de medicamentos ingeridos, quantidade de refeições e modo de se alimentar; e inclui as seguintes medidas antropométricas: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) classificado posteriormente pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde, 2002), circunferência do braço (CB) e da panturrilha (CP). O IMC foi calculado e classificado através da fórmula e parâmetros estabelecidos pela OMS (1997), como descrito abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Quando da impossibilidade da realização da pesagem, a estimativa de peso em quilos (Kg) foi encontrado pela equação de Chumlea (1985), em que se utilizam valores de CB, CP, dobra cutânea subescapular (DCSE) e altura do Joelho (AJ). Estes dados foram aplicados a seguinte equação:

$$\text{Homens} = (0,98 \times \text{CB}) + (1,27 \times \text{CP}) + (0,40 \times \text{DCSE}) + (0,87 \times \text{AJ}) - 62,35$$

$$\text{Mulheres} = (1,73 \times \text{CB}) + (0,98 \times \text{CP}) + (0,37 \times \text{DCSE}) + (1,16 \times \text{AJ}) - 81,69$$

No caso de realização de pesagem, foi feita em balança digital, de forma que os indivíduos estavam eretos e realizaram a distribuição do peso corporal nos dois pés. Para a medição da estatura foi utilizado o estadiômetro com medidas em centímetros, sendo feito com a pessoa de pé, descalço, com os calcanhares unidos, costas e cabeça eretas e braços estendidos ao lado do corpo. Quando da impossibilidade de realizá-la, a medida de estatura foi estimada em centímetros (cm) através da equação proposta por Chumlea (1985), em que se usa a idade e o valor da AJ, sendo esta equação descrita abaixo:

$$\text{Homens} = 64,19 - (0,04 \times \text{idade em anos}) + (2,02 \times \text{altura do joelho em cm})$$

$$\text{Mulheres} = 84,88 - (0,24 \times \text{idade em anos}) + (1,83 \times \text{altura do joelho em cm})$$

A avaliação dos cuidados paliativos foi realizada através da aplicação do Palliative Care Outcome Scale (POS) para pacientes e para cuidadores, um instrumento desenvolvido originalmente na Inglaterra, adaptado culturalmente e validado em diversos países, apresentando duas versões: uma self, destinada ao paciente, e outra proxy, destinada ao profissional da área da saúde e/ou cuidadores. O POS foi utilizado para avaliar a qualidade de vida de pacientes que estão sob cuidados paliativos e abrange domínios-chave como: dor e alívio de sintomas, acesso a medicamentos, suporte espiritual e emocional, acolhimento da tristeza, suporte familiar e planejamento do cuidado avançado. Este instrumento foi traduzido, adaptado culturalmente e validado em suas duas versões no Brasil como Escala de Resultados em Cuidados Paliativos (ERCP), constituído de 12 perguntas, sendo 11 delas de múltipla escolha e 1 que deve ser respondida em formato de frase ou texto com as próprias explicações do paciente ou cuidador ou membro da equipe. A interpretação dos dados se deu pela pontuação ao final da entrevista, de forma que as alternativas são pontuadas de 1 a 4 e a maior pontuação global indicou um maior grau de sofrimento do paciente (CICELY SAUNDERS INSTITUTE, 2012).

Logo após, a análise destes dados e suas correlações foi realizada através da tabulação no programa Microsoft Excel 2010, e os resultados apresentados em forma de tabelas, segundo suas distribuições, percentuais, média e desvio-padrão. Sendo que as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências em número e porcentagem e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio padrão.

Foram seguidos os padrões de ética preestabelecidos para avaliação de seres humanos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie sob o número 04670818.0.0000.0084, esclarecidos aos sujeitos sobre as etapas e os procedimentos do estudo e entregues aos participantes da pesquisa o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, para seus responsáveis o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido e para a instituição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para autorização expressa da utilização dos dados, garantindo-lhes a anonimato e confidencialidade em todas as etapas de pesquisa, sendo que puderam optar por não participarem da pesquisa ou abandoná-la a qualquer momento. Por fim, o estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos presentes no código de bioética e na legislação brasileira (Resolução nº196/96).

Os procedimentos de coleta de dados puderam acarretar riscos mínimos aos participantes da pesquisa. A aplicação dos questionários sobre cuidados paliativos e avaliação do estado nutricional não é um método invasivo, o que praticamente exclui riscos aos participantes da pesquisa. Foi garantido aos participantes, através do termo de consentimento livre e esclarecido, o direito de se retirar do estudo a qualquer momento ou até se recusar de participar do estudo desde o início, em qualquer uma de suas etapas.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliar os cuidados paliativos e a terapia nutricional em idosos residentes de uma ILPI, a amostra do estudo foi composta inicialmente por 30 idosos, porém, para 3 idosos não houve autorização da família e/ou de seu representante legal para que participassem da coleta de dados e 5 idosos não se enquadravam no tratamento de Cuidados Paliativos, desta forma a amostra final do estudo constituiu-se de 22 idosos. A idade média da amostra final foi de 77,3 anos (DP=3,44 anos), sendo composta por 15 homens e 7 mulheres, com IMC médio de 21,9 Kg/m<sup>2</sup> (DP= 1,69).

A tabela 1 apresenta os dados de caracterização e de Terapia Nutricional da amostra estudada, na qual observou-se que a maioria dos idosos avaliados possuía como patologia de base a Doença de Alzheimer em nível IV (n=11), sendo que nenhum dos residentes que constituíram a amostra possuíam Alzheimer em qualquer outro nível. É importante ressaltar também que o Diabetes Melitus (n=8) foi à patologia secundária mais frequente, bem como a aplicação de Terapia Nutricional Enteral (TNE) foi a mais prescritas para o tratamento nutricional destes pacientes.

| Característica             | n                           | %  |      |
|----------------------------|-----------------------------|----|------|
| Patologia(s) de base       | Alzheimer IV                | 11 | 50,0 |
|                            | Parkinson                   | 6  | 27,3 |
|                            | Alzheimer IV e Fibromialgia | 2  | 9,1  |
|                            | Caquexia Cardíaca           | 2  | 9,1% |
|                            | Demência com corpos de Lewy | 1  | 4,5  |
| Patologia(s) secundária(s) | DM*                         | 8  | 36,4 |
|                            | HAS**                       | 6  | 27,3 |
|                            | Dislipidemia                | 3  | 13,6 |

|                                      |                    |    |      |
|--------------------------------------|--------------------|----|------|
|                                      | HAS e DM           | 3  | 13,6 |
|                                      | DM e Dislipidemia  | 2  | 9,1  |
| Terapia Nutricional                  | TNE                | 13 | 59,1 |
|                                      | Dieta Batida       | 6  | 27,3 |
|                                      | Dieta Pastosa      | 2  | 9,1  |
|                                      | Dieta Geral        | 1  | 4,5  |
| Via de alimentação                   | Enteral            | 13 | 59,1 |
|                                      | Oral               | 9  | 40,9 |
| Tipos de TNE                         | Gastrostomia       | 8  |      |
|                                      | Sonda Nasoduodenal | 5  |      |
| Classificação do IMC<br>(OPAS, 2002) | Eutrofia           | 13 | 59,1 |
|                                      | Magreza            | 8  | 36,4 |
|                                      | Sobrepeso          | 1  | 4,5  |
| Total                                |                    | 22 | 100  |

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo as características patológicas e a prescrição de Terapia Nutricional. São Paulo, 2019.

\*DM= Diabetes Melitus; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

Outra avaliação empregada para dimensionar o risco de desnutrição nestes pacientes foi a MAN, nela obteve-se uma média de 13 pontos (DP=2,6), classificando estes idosos como desnutridos. Justificasse esta baixa pontuação devido principalmente a todos os idosos avaliados serem restritos ao leito, terem passado por stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses, – dado este relacionado ao mal prognóstico do quadro destes pacientes – todos serem diagnosticados com demência grave, não residirem em casa e utilizarem três ou mais medicamentos diariamente.

O estudo de Mendes et al. (2016) que avaliou a alimentação de idosos com Alzheimer através da aplicação da MAN, obteve dados semelhantes ao do presente estudo. Nele foi possível perceber que o IMC médio dos idosos foi de 19,95 Kg/m<sup>2</sup>, sendo classificado como desnutrição segundo a OPAS (2002), convergindo com o resultado da pontuação obtida na MAN que indicou que houve perda de massa muscular por estes idosos, apontada como desnutrição pela classificação da pontuação do questionário. Os mesmos resultados também foram encontrados no estudo de Paz, Fazzio e Santos (2012), que realizaram a avaliação nutricional em idosos institucionalizados, havendo prevalência de desnutrição, o que indica a vulnerabilidade destes idosos e a presença de carências nutricionais.

A tabela 2 apresenta dados que foram obtidos para o questionário de avaliação dos aspectos nutricionais dos cuidados paliativos. A pontuação média obtida através da classificação da intensidade dos sintomas relatados foi de 11,7 pontos (DP=3,7), demonstrando que estes idosos estão vulneráveis, precisam de maior atenção e supervisão clínica. Foi possível observar também que a maioria dos idosos era totalmente imóvel (n=20) e que os sintomas mais relatados como os que pioraram nos últimos 3 meses foram dor (n=6) e sonolência (n=3), além de muitos não conseguirem ter esta percepção (n=11).

| Sintoma                 | Intensidade      | n  | %    |
|-------------------------|------------------|----|------|
| Dor                     | Moderada         | 12 | 54,5 |
|                         | Leve             | 4  | 18,2 |
|                         | Não apresentaram | 6  | 27,3 |
| Falta de ar ou fraqueza | Moderada         | 3  | 13,7 |
|                         | Leve             | 7  | 31,8 |
|                         | Não apresentaram | 12 | 54,5 |
| Náusea                  | Moderada         | 4  | 18,2 |
|                         | Leve             | 8  | 36,4 |
|                         | Não apresentaram | 10 | 45,5 |
| Vômito                  | Moderado         | 0  | 0,0  |
|                         | Leve             | 6  | 27,3 |
|                         | Não apresentaram | 16 | 72,7 |
| Diminuição do apetite   | Moderado         | 0  | 0,0  |
|                         | Leve             | 4  | 18,2 |
|                         | Não apresentaram | 18 | 81,8 |
| Constipação             | Moderado         | 14 | 63,6 |
|                         | Leve             | 8  | 36,4 |
|                         | Não apresentaram | 0  | 0,0  |
| Problemas na boca       | Moderado         | 2  | 9,1  |
|                         | Leve             | 10 | 45,5 |
|                         | Não apresentaram | 10 | 45,5 |
| Sonolência              | Moderada         | 13 | 59,1 |
|                         | Leve             | 7  | 31,8 |
|                         | Não apresentaram | 2  | 9,1  |

|       |    |     |
|-------|----|-----|
| Total | 22 | 100 |
|-------|----|-----|

Tabela 2 – Avaliação dos aspectos nutricionais dos cuidados paliativos e sintomas mais referidos pelos pacientes de acordo com o questionário POS. São Paulo, 2019.

Costa e Soares (2016) identificaram, ao avaliar a alimentação e nutrição de pacientes sob cuidados paliativos, que a alimentação destes pacientes é extremamente influenciada por variáveis como saúde e qualidade de vida, demonstrando que o sentido primordial da alimentação está na sua relação condicional com a vida, no seu valor cultural e social, sendo repleta de significado simbólico e grande carga emocional. Dada estas afirmações, é possível considerar a relação do estado nutricional dos pacientes com os inúmeros sintomas relatados por grande parte da amostra do presente estudo, o que demonstra que o alívio ou diminuição destes sintomas pode influenciar diretamente no estado nutricional e na melhor qualidade de vida destes indivíduos.

O questionário de avaliação de cuidados paliativos tinha como objetivo compreender a frequência dos aspectos ansiedade ou preocupação a maioria dos idosos relatou que pouquíssimas vezes são acometidos por estes sentimentos (n=9), que muitos não dividem sentimentos com a família ou amigos (n=15) e que todos precisam de tempo integral com o tratamento e são totalmente limitados ao leito, o que pode ser justificado pelo nível de demência apresentado por estes pacientes, bem como a variação do nível de consciência e compreensão sobre sua atual situação.

Quanto à capacidade de responder aos questionários, nenhum idoso conseguiu responder aos questionários sozinho. Sendo que para 10 pacientes os questionários foram respondidos pelos enfermeiros(as) que os acompanhavam, 10 pelos pacientes com ajuda da equipe de saúde e 2 por cuidadores que os acompanhavam diariamente na ILPI. Há ainda uma importante correlação a ser feita, que demonstra que os pacientes que se alimentavam por via oral foram os mesmos que conseguiram responder às questões, mesmo que com ajuda da equipe de saúde.

Estes dados vão de acordo com os encontrados com Hasenberg et al. (2010), que obtiveram resultados que demonstraram que os pacientes sob cuidados paliativos que receberam nutrição oral obtiveram uma estabilidade nos exames laboratoriais, diminuição da perda de peso e redução de sintomas gastrintestinais, assim como melhora na qualidade de vida. Além disso, pacientes que receberam suplementação oral relataram diminuição dos sintomas, como constipação, náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, resultando em aumento significativo do apetite. Assim, entende-se que a intervenção nutricional atuou de forma positiva nos aspectos clínicos e sociais, melhorando a condição de vida dos indivíduos que estão sob cuidados paliativos.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto dos resultados demonstrou a vulnerabilidade aos quais estes idosos estão frequentemente sujeitos e o grande impacto na sua forma de se alimentar, estado e risco nutricional e da capacidade de se relacionar e comunicar seus sentimentos. Conseqüentemente, a terapia e o acompanhamento nutricional se mostram imprescindíveis e eficazes para prolongar a sobrevivência, reduzir a perda de peso e melhorar a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, por meio da redução dos efeitos adversos, da melhora dos tratamentos e/ou das doenças.

Há ainda a necessidade de realizar novos estudos para o acompanhamento prolongado destes pacientes dimensionando a amplitude e eficácia dos cuidados paliativos, dada a limitações quanto o baixo número amostral e um único contato com os pacientes do presente estudo. Entretanto, ressalta-se a contribuição da presente investigação para compreender o perfil geral e nutricional destes pacientes.

O desfecho do estudo evidencia ainda a importância da atuação da equipe multiprofissional de saúde, assim como a presença de familiares e amigos e dos esforços para proporcionar a estes pacientes qualidade de vida e diminuição do sofrimento causado pelas patologias, sintomas e suas atuais circunstâncias incapacitantes.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos**. 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Lúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. **Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível**. Rev Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 44, p.2-11, fev. 2010.

BRASIL. Constituição (1994). Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. 1. ed. Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/politica\\_idoso.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. SECRETARIA DE DIRETOS HUMANOS. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

BRASIL. **RDC nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Brasília, DF, Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_283\\_2005\\_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBORA, Pamela. **Instituições de Longa Permanência no Brasil: do que se está falando? Ipea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p.479-515, maio 2011. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006\\_livro\\_politica\\_nacional\\_idosos\\_capitulo20.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo20.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil**. Rev. Bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.233-235, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.



Chumlea, W.C, Guo, S.,Roche, A.F.; Steinbaugh, M.L. **Prediction of body weight for nonambulatory eladely from anthropometry.** J.Am.Diet. Assoc., v.88, n.5, p.564-568, 1985.

CICELY SAUNDERS INSTITUTE (Inglaterra). **Paliative Care Outcome Scale: POS - How to interpret.** 2012. Disponível em: <<https://pos-pal.org/maix/how-to-interpret.php>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

CLOS, Michelle Bertóglgio; GROSSI, Patricia Krieger. **Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência.** Re. Bioét., Brasília, v. 24, n. 2, p.395-406, ago. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000200395&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200395&lang=pt)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FREIRE NETO, João Batista. **Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso.** 2016. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

FRIAS, Sandra Rabello de (Org.). **Cartilha para Instituições de Longa Permanência para Idosos.** 2010. Disponível em: <[http://www.unatiuerj.com.br/Cartilha\\_ILPI\\_FINAL\\_PDF.pdf](http://www.unatiuerj.com.br/Cartilha_ILPI_FINAL_PDF.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

IBGE. **Crescimento da proporção de idosos no Brasil.** 2012. Disponível em: <<https://teen.ibge.gov.br/censo/293-teen/mao-na-roda/populacao-economia-e-sociedade/3361-idosos.html>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MORAIS, Suellyne Rodrigues de et al. **Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review.** Revista Dor, São Paulo, v. 17, n. 2, p.136-140, jun. 2016. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0136.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n2/1806-0013-rdor-17-02-0136.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ONU. **A ONU e as pessoas idosas.** 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). **Encuesta Multicentrica salud beinestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar.** 2002. Disponível em: <[www.opas.org/program/sabe.htm](http://www.opas.org/program/sabe.htm)>. Acesso em: 16 fev. 2018.

RUGNO, Fernanda Capella; CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado de. **The Palliative Outcome Scale (POS) applied to clinical practice and research: an integrative review.** Rev. Latino-americana de Enf., São Paulo, v. 24, p.101-111, jul. 2016. Disponível em: <[file:///G:/pt\\_0104-1169-rlae-24-02764.pdf](file:///G:/pt_0104-1169-rlae-24-02764.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2018.

SANTOS, Sílvia Aparecida Locatelli dos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; BARABOSA, Maria Helena. **Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos.** Rev. Eletr. Enf., Uberaba, v. 4, n. 12, p.692-697, out. 2010. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/v12n4a14.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a14.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

SÃO PAULO (Município). **Portaria nº 1.931/2009**, de 07 de outubro de 3009. São Paulo, SP, Disponível em: <<http://www.ossis.com.br/wp-content/uploads/2014/05/ossis-portaria-sms.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

SÃO PAULO (Município). PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Instituições de Longa Permanência para Idosos.** 2012. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/vigilancia\\_sanitaria/index.php?p=46122](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vigilancia_sanitaria/index.php?p=46122)>. Acesso em: 01 mar. 2018.

# CAPÍTULO 7

## AVALIAÇÃO DO CONSUMO E CONSEQUÊNCIAS DA UTILIZAÇÃO DE DROGAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO IDOSA

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de Submissão: 05/05/2020*

### **Thaís Alves Barbosa**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Campo Grande – MS  
<http://lattes.cnpq.br/4756345361507851>

### **Elizangela Goncalves Ferreira Zaleski**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Campo Grande – MS  
<http://lattes.cnpq.br/3442596287246765>

### **Lizandra Alvares Félix Barros**

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB  
Campo Grande – MS  
<http://lattes.cnpq.br/6418857605076896>

**RESUMO:** A população idosa, frequentemente, apresenta um número significativo de queixas e doenças, levando ao uso de vários medicamentos, as drogas psicoativas. Frente ao envelhecimento progressivo da população e à suscetibilidade aos efeitos adversos dos medicamentos, tal situação tem como cenário o aumento devido a doenças crônicas colidas dos frutos que acompanham o avanço da idade. Este estudo apresentou como objetivo avaliar, a prevalência do consumo e consequências da utilização de drogas psicoativas na população idosa. A presente pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, uma pela caracterização de pesquisas bibliográficas em artigos e livros acerca do tema central, sendo este: “Avaliação do consumo e consequências da utilização de drogas psicoativas na população idosa”. E a

segunda por pesquisas a campo e intervenção, na qual foram realizadas especificamente com os idosos frequentadores da UMI (Universidade da Melhor Idade), por meio de questionários, que contenham informações correlacionadas ao tema. Destaca-se, entre os idosos entrevistados, o predomínio do sexo feminino, com faixa etária de 70 a 79 anos. Aumenta também o número de procura das mulheres por serviços de saúde estando assim mais suscetível ao uso de um maior número de medicamentos ao longo da vida. Com uma epidemiologia entre as doenças crônicas, a hipertensão arterial sistêmica foi citada na maioria, com 82%. Dado essa porcentagem, o número de medicamentos mais utilizados foi também em relação as doenças cardiovasculares, com 182% dos entrevistados. O uso de polifármacos é uma condição frequente, apesar de necessária, na maioria das vezes, predispõe a riscos em relação aos efeitos adversos e à interação medicamentosa. Sendo assim, é necessário utilização de programas educativos para os idosos, na qual possam utilizar os medicamentos de maneira segura e garantir uma melhor qualidade de vida, ações educativas para mudança no estilo de vida, prática de atividade física e mudar os hábitos alimentares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idosos; drogas psicoativas; epidemiologia.

### CONSUMPTION EVALUATION AND CONSEQUENCES OF THE USE OF PSYCHOACTIVE DRUGS IN THE ELDERLY POPULATION

**ABSTRACT:** The elderly population often has a

significant number of complaints and illnesses, leading to the use of various medications, psychoactive drugs. In view of the progressive aging of the population and the susceptibility to the adverse effects of medications, this situation is due to the increase due to chronic diseases caused by fruits that accompany the advancing age. This study aimed to assess the prevalence of consumption and the consequences of using psychoactive drugs in the elderly population. This research was developed in two stages, one by characterizing bibliographic research in articles and books on the central theme, which is: "Evaluation of consumption and consequences of the use of psychoactive drugs in the elderly population". And the second by field research and intervention, in which they were carried out specifically with the elderly attending UMI (University of the Best Age), through questionnaires, containing information related to the theme. Among the elderly interviewed, the predominance of females stands out, aged 70 to 79 years. The number of women in demand for health services also increases, making them more susceptible to the use of a greater number of medicines throughout their lives. With an epidemiology among chronic diseases, systemic arterial hypertension was cited in the majority, with 82%. Given this percentage, the number of drugs most used was also in relation to cardiovascular diseases, with 182% of respondents. The use of polypharmaceuticals is a frequent condition, although necessary, in most cases, it predisposes to risks in relation to adverse effects and drug interaction. Therefore, it is necessary to use educational programs for the elderly, in which they can use medications safely and ensure a better quality of life, educational actions to change their lifestyle, practice physical activity and change their eating habits.

**KEYWORDS:** Elderly; psychoactive drugs; epidemiology.

## 1 | INTRODUÇÃO

A população está fadada ao envelhecimento, na qual vem crescendo em um ritmo muito acelerado. De acordo com Pillon (2010), estimativas mostram que até 2025, o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas. Sendo um acontecimento que se deve especialmente ao acréscimo na expectativa de vida, em que grande parte da população atual irá alcançar a velhice, um grande desafio para os próximos anos. Referindo-se como pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, bem como previsto na Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).

O envelhecimento é um processo estigmatizado pelo próprio idoso, além de caracterizar um sinal negativo à autoestima, fazendo-se pessoas vulneráveis a sofrimentos psíquicos e enfermidades de várias naturezas (TEIXEIRA, 2015). Envolve várias mudanças que são elas biológicas, econômicas e sociais podendo acarretar na incapacidade física e mental. São condições que provocam a constante observação na prática clínica de idosos realizando o uso de vários fármacos (GOMES, 2008).

Um grande crescimento no uso de medicamentos está integrado na população idosas, cuja situação tem como cenário o aumento devido a doenças crônicas colidas dos frutos que acompanham o avanço da idade (SECOLI, 2010). Com o crescimento dos idosos, uma grande preocupação para os profissionais, tem sido o uso de substâncias

psicoativas (PILLON, 2010). A procura dessas substâncias está ligada a altos índices de morbidade e mortalidade entre os idosos. Sendo de grande importância que os profissionais de saúde tenham conhecimentos técnicos específicos sobre o uso abusivo de psicoativos na população idosa, para que possam oferecer uma maior assistência e de qualidade. Baseando-se nessas situações, este artigo propôs avaliar a prevalência do consumo e consequências da utilização de drogas psicoativas na população idosa.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Quando se atinge a terceira idade, algumas pessoas podem apresentar quadros psiquiátricos que acabam a ser comuns nessa faixa etária. Tais prejuízos mentais, em geral, podem incluir a demência, estados depressivos ou quadros psicóticos que são iniciados mais tarde. Porém, há casos em que o transtorno teve início ainda na juventude e alcançou a terceira idade, como por exemplo, a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, a distímia e transtornos ansiosos (ANDRADE, 2010).

Pessoas deprimidas podem iniciar o uso de substâncias psicoativas com o intuito de diminuir sintomas da depressão, vindo a desenvolver abuso e dependência. Torna-se importante ressaltar também, que existem os casos onde a pessoa começa a usar drogas e a partir daí desenvolve transtorno psiquiátrico, ou em detrimento da predisposição genética, fator comum que pode contribuir para o desenvolvimento destas duas comorbidades (CANTÃO, 2015). Os idosos estão mais sujeitos aos efeitos colaterais dos medicamentos, que podem até mesmo impulsionar patologias já existentes.

Pode-se destacar a polifarmácia, a automedicação, como um dos fatores de risco associados ao uso de medicamentos. O uso inadequado, as reações adversas aos fármacos, as interações medicamentosas, bem como os problemas de complexidade das prescrições. Estes aspectos desencadeiam perigos de reações adversas, contraindicadas ao seu estado clínico, podendo elevar o risco de iatrogênias, hospitalizações e até mesmo ao óbito (PEREIRA, 2017).

Os idosos fazem uso, de modo geral, de dois a cinco medicamentos diariamente (OLIVEIRA, et al., 2012), em especial mais sensíveis aos efeitos adversos, por influências medicamentosas, predispõe a população de idosos aos riscos da automedicação e seus efeitos adversos (NÓBREGA, 2005).

O uso de álcool é um comportamento existente em diversas culturas, sociedades e na história, porém esse comportamento tem sido relacionado principalmente ao contexto recreativo ou à busca imediata de prazer, com padrões de uso em grandes quantidades numa única ocasião ou ao longo do tempo, característica que coloca o consumo do álcool, atualmente, como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (SÁ, 2016).

A depressão e seus sintomas são de maior prevalência entre os idosos, com grande impacto na vida do sujeito acometido, podendo ser a causa mais frequente de diminuição na

qualidade de vida nesta faixa etária. Ela pode ter consequências graves, além do sofrimento psíquico do idoso e da família. Entre os indivíduos mais suscetíveis as circunstâncias da depressão estão as mulheres, aqueles com história de eventos estressores na vida, os idosos com situação econômica desfavorável, com percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, com limitação funcional, e os acometidos por doenças crônicas, dor e comorbidades (HELLWIG, 2016).

Algumas causas para os transtornos depressivos já são precisas como, por exemplo, idade avançada, falta de vínculos, patologias crônicas, ansiedade, e suporte social. Acontecimentos estressantes da vida como uma viuvez recente ou outras perdas importantes, dores crônicas e estar vivendo sozinho são, também, fatores que aumentam o risco de sintomas depressivos. Porém, cabe ressaltar que a depressão além de se constituir em um sério problema de saúde, é também considerada um forte fator de risco para outros agravos a saúde, como o uso/abuso de álcool e outras drogas (CANTÃO, 2015).

### **3 | METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, desenvolvida em duas etapas, a primeira se apresenta caracterizada por meio de pesquisas bibliográficas em artigos e livros acerca do tema central, sendo este: “Avaliação do consumo e consequências da utilização de drogas psicoativas na população idosa”, buscando a sua preponderância e de que modo a mesma afeta o evolução física e mental do idoso.

Já a segunda etapa foi caracterizada por pesquisas a campo e intervenção, foram realizadas especificamente com os idosos frequentadores da UMI (Universidade da Melhor Idade), por meio de questionários, contendo informações correlacionadas ao tema, para então entender e discernir cada agremiação de acordo com as necessidades e finalidades da avaliação proposta.

Como forma de avaliação foi utilizado entrevistas e testes específicos, de acordo com as necessidades de cada grupo, com o intuito de se avaliar o grau de consumo do mesmo e sua qualidade de vida, englobando investigar aspectos como: motivação, aprazimento, autossuficiência, papéis sociais, relacionamentos pessoais e interpessoais.

Os critérios de inclusão desta pesquisa envolvem homens e mulheres com 60 anos ou mais (população idosa), que sejam usuários ativos ou inativos (10 anos ou menos) de substâncias psicoativas. Foram excluídas do estudo populações que não estejam incluídas nesta faixa etária e que não obtém contato com qualquer droga psicoativa (no período de 10 anos ou mais).

Os resultados foram organizados no Microsoft Excel com os resultados expressos em médias, medianas e porcentagens. Essa pesquisa é parte do projeto “Compreendendo a influência do modo de vida no processo de envelhecimento pela pesquisa-ação interdisciplinar (Triênio 2018/2021): Envelhescência”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer número 3.185.956, de 07/03/2019.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados (tabela 1) apontaram prevalência do sexo feminino na amostra (88%), demonstrando que as mulheres são predominantes entre aqueles que frequentam a UMI, com predomínio de idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos de idade. A literatura corrobora esses dados, ao afirmar que as mulheres tendem a ter maior preocupação com o bem-estar associado à saúde e ao autocuidado, como destaca Fontes (2002), Barreira (2009) e Juca (2010). Além do processo de feminilização do envelhecimento presente na sociedade, mostra que há uma predominância das mulheres nos estudos que pode estar relacionado com o baixo autocuidado e adesão da prática de saúde dos indivíduos do sexo masculino. Com isso aumenta também o número de procura das mulheres por serviços de saúde estando assim mais suscetível ao uso de um maior número de medicamentos ao longo da vida (BUSO, 2016).

Quanto à escolaridade, o grupo apresenta uma minoria com ensino superior 4 (24%), primeiro grau incompleto 4 (24%) ou completo 4 (24%), e ensino médio 5 (29%). Em referência à poli farmácia e seus efeitos, o nível de escolaridade é inversamente proporcional ao hábito. Portanto, quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior o número de medicamentos utilizados (OLIVEIRA, 2013). Como demonstrado, não foram encontrados nenhum analfabeto.

Destacando, quanto alguns aspectos sociais, 10 (59%) mora com algum acompanhante, sendo ele apenas seus companheiros, ou filhos e netos. Entre os que moram sozinhos (41%), todos tomam algum medicamento, e quase todos possuem sintomas depressivos como visto os dados da Tabela 2. Segundo Oliveira (2013), idosos que vivem sozinhos utilizam uma maior quantidade de medicamentos e tendem a desenvolver depressão, ansiedade e distúrbios do sono, aumentando assim número de fármacos prescritos.

Em relação a ocupação, metade é aposentada e 7 (41%) do lar. Dos 17 idosos entrevistados, a maioria é independente, 15 (88%), e apenas 2 (12%) são dependentes leve. Mesmo sendo idosos segundo a classificação do Estatuto do Idoso, é evidente que a sociedade está mudando, considerando que muitos idosos são ativos e saudáveis nessa idade, o que implica no grau de dependência de atividade laboral. Contrariando o estigma do idoso cansado e que fica sentado em cadeiras de balanço, muitos dos entrevistados nessa pesquisa são ativos fisicamente e membros influentes do grupo social e familiar original. (CRUZ, 2007).

| Dados Socioeconômicos | Frequência |     |
|-----------------------|------------|-----|
|                       | N          | %   |
| Sexo                  |            |     |
| Feminino              | 15         | 88% |
| Masculino             | 2          | 12% |

|                               |    |     |
|-------------------------------|----|-----|
| Faixa Etária                  |    |     |
| 60 -69 anos                   | 6  | 35% |
| 70 - 79 anos                  | 8  | 47% |
| ≥80 anos                      | 3  | 18% |
| Escolaridades                 |    |     |
| Analfabeto                    |    |     |
| Ensino Fundamental incompleto | 4  | 24% |
| Ensino Fundamental completo   | 4  | 24% |
| Ensino Médio                  | 5  | 29% |
| Ensino Superior               | 4  | 24% |
| Com quem mora                 |    |     |
| Sozinho                       | 7  | 41% |
| Acompanhante                  | 10 | 59% |
| Ocupação                      |    |     |
| Aposentados                   | 10 | 59% |
| Do lar                        | 7  | 41% |
| Grau de Dependência           |    |     |
| Independente                  | 15 | 88% |
| Dependente                    | 2  | 12% |

Tabela 1 - Distribuição da frequência dos dados sociodemográficos dos idosos da UMI. Universidade Católica Dom Bosco, 2019.

\*Elaboração própria.

Na Tabela 2, são descritos os dados clínicos dos idosos entrevistados, onde fica evidente que apenas uma minoria de 3 (18 %) não faz acompanhamento médico. Em relação ao hábito de fazer atividade física, 16 (94%) disseram que sim. Oliveira et. al. (2010) aconselha que a prática de exercícios físicos pode ajudar as pessoas a manterem uma maior disposição, melhorando a função em diversas atividades e podendo, aumentar a qualidade de vida. O hábito de se exercitar, além de combater o sedentarismo, também contribui de maneira significativa para a preservação da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde, como nas capacidades funcionais. Outro benefício promovido pela prática de exercícios é a melhora das funções orgânicas e cognitivas, garantindo maior independência pessoal, implicando assim, na prevenção de doenças.

Em relação ao hábito do tabagismo, uma minoria de 5 (29 %) diz que fuma ou já fumou. Segundo OPAS (2018), mais de 6 milhões de pessoas morrem pelo uso direto do tabaco, enquanto cerca de 890 mil são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. O tabaco está diretamente relacionado a 25 doenças que ameaçam a vida, a prática de fumar foi apontado dentre os fatores de risco maior em oito das 16 causas de morte em pessoas com idade acima dos 60 anos (PILLON, 2010). A atual pesquisa evidenciou, possivelmente em frente às políticas instituídas de combate ao uso do tabaco,

observa-se uma redução do hábito.

Já no uso de bebidas alcoólicas, 4 (24%) relataram consumir bebidas alcoólicas, o que ocorre mais entre as mulheres, aos finais de semanas e num contexto mais social, sem trazer prejuízos na vida pessoal, e sem implicações com a dependência.

Entre as doenças crônicas citadas pelos participantes, a hipertensão arterial sistêmica foi citada na maioria, com 82%. Segundo o OPAS (2017), entre as doenças crônicas não transmissíveis, as relacionadas ao sistema cardiovascular são as mais preocupantes, por estarem relacionadas a pior morbidade, no mundo. Somente em 2015, estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram devido a doenças cardiovasculares, onde a hipertensão é apontada como principal fator de risco.

Ficando em 2º lugar osteoporose 7 (41%), e 3º lugar diabetes 3 (18%). O aumento da população idosa no Brasil vem trazendo desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, dado que à medida que se envelhece surgem doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes, entre outras, fazendo com que dependam de recursos terapêuticos, e medicamentoso prolongado e contínuo, tornando mais difícil de evitar os polifármacos (OLIVEIRA, 2013). Sendo assim, o incentivo e conscientização sobre a importância de empregar hábitos saudáveis de alimentação, e a busca de exercícios físicos tem que ser valorizada, bem como esse grupo de entrevistados de mostram vivenciar.

Em relação aos sintomas depressivos abordados, afirmaram ansiedade 12 (71%), falta de sono 9 (53%) irritabilidade 8 (47%), angústia 4 (24%), tristeza 5 (29%), falta de motivação 1 (6%), vontade de ficar só, 2 (12%). Notou-se que ansiedade, falta de sono e irritabilidade foram os mais abordados entre os entrevistados, os sintomas depressivos associaram-se com o sexo feminino, mostrando ser de grande relevância, por ser um grupo que vem crescendo nos últimos anos. Esses sintomas podem comprometer a qualidade de vida, relações com a família e amigos não só na pessoa idosa, mais em qualquer faixa etária. Segundo Organização Nacional de Saúde (OMS), em 2018 foi estimado que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com os transtornos depressivos.

| Dados Clínicos        | Frequência |     |
|-----------------------|------------|-----|
|                       | N          | %   |
| Acompanhamento Médico |            |     |
| Sim                   | 14         | 82% |
| Não                   | 3          | 18% |
| Faz Atividade Física  |            |     |
| Sim                   | 16         | 94% |
| Não                   | 1          | 6%  |
| Já foi fumante        |            |     |
| Sim                   | 5          | 29% |



|                                 |    |     |
|---------------------------------|----|-----|
| Não                             | 12 | 71% |
| Faz uso de bebidas alcoólicas   |    |     |
| Sim                             | 4  | 24% |
| Não                             | 13 | 76% |
| Doenças Crônicas                |    |     |
| Hipertensão Arterial            |    |     |
| Sim                             | 14 | 82% |
| Não                             | 3  | 18% |
| Diabetes                        |    |     |
| Sim                             | 3  | 18% |
| Não                             | 15 | 88% |
| Osteoporose                     |    |     |
| Sim                             | 7  | 41% |
| Não                             | 11 | 65% |
| Outros                          |    |     |
| Sim                             | 12 | 71% |
| Não                             | 5  | 29% |
| Possui sintomas como:           |    |     |
| Ansiedade                       | 12 | 71% |
| Falta de sono                   | 9  | 53% |
| Sono excessivo                  | 0  |     |
| Irritabilidade                  | 8  | 47% |
| Angústia                        | 4  | 24% |
| Tristeza                        | 5  | 29% |
| Desinteresse                    | 0  |     |
| Falta de motivação              | 1  | 6%  |
| Vontade de ficar só             | 2  | 12% |
| Vontade de tirar a própria vida | 0  |     |

Tabela 2 – Condições gerais de saúde do idosos entrevistadas na UMI, Campo Grande – MS.

\*Elaboração própria.

A população idosa, apresentam um número maior de patologias, devido as suas peculiaridades, de modo consequente, recebem maior quantidade de medicamentos em comparação a outros grupos etários, aumentando o potencial para a ocorrência de interações medicamentosas, posto que esse potencial aumenta com o avanço da idade, com o número de medicamentos em uso e com o número de prescrições provenientes de vários médicos que cuidam do mesmo indivíduo (OLIVEIRA, 2013).

Em relação ao uso de medicamentos (tabela 3), as frequências identificaram entre as categorias terapêuticas mais comuns: medicamentos com ação cardiovascular (182%), representam a classe medicamentosa mais comumente usada, o que é explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa. Considera-se ainda

a quantidade de medicamentos dessa categoria, onde houve a associação de drogas na maioria do grupo, ou seja, os idosos tomavam mais de uma medicação com ação no sistema cardiovascular.

Por fim, tem-se a utilização de remédios caseiros, incluindo chás e outros (76%). Estudos apontam que 80% da população mundial faz uso de algum tipo de planta em busca de alívio para sua sintomatologia. A grande incidência de uso de plantas medicinais, se deve possivelmente ao seu acesso, que é fácil de baixo custo e por serem consideradas inofensivas por grande parte da população (ZENI, 2017).

---

Grupo de medicamentos mais frequentemente utilizados pelos idosos. Universidade Católica Dom Bosco, 2019.

| Grupo de medicamentos                   | N  | %    |
|---|----|------|
| Sistema Cardiovascular                  | 31 | 182% |
| Sistema Nervoso                         | 2  | 12%  |
| Sistema Digestivo e endócrino           | 6  | 35%  |
| Vitaminas e minerais                    | 4  | 24%  |
| Uso de remédios caseiros, incluindo chá | 13 | 76%  |
| Não lembram o nome                      | 4  | 24%  |
| TOTAL                                   | 60 | 353% |

---

Tabela 3 – Classificação de medicamentos utilizados pelos idosos

\*Elaboração própria.

## 51 CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo corroboram indicações encontradas na literatura nacional em relação ao uso de medicamentos por pessoas vivendo a terceira idade, em particular a polifarmácia. Sendo uma população mais avançada acabam recebendo maior quantidade de medicamentos em comparação a outros grupos etários, aumentando a ocorrência de interações medicamentosas, com o número de medicamentos em uso e com o número de prescrições provenientes de vários médicos que cuidam do mesmo indivíduo.

Um fato de grande importância, é estratégia terapêutica para compensar as alterações sofridas com o processo de envelhecimento ou visando controlar doenças crônicas bastante frequentes na terceira idade, como apresentado na pesquisa realizada.

Portanto, existe a necessidade de trabalhos coletivos dos profissionais de saúde, mesmo que esse grupo são minorias que fazem partes de uma instituição da melhor idade e que acabam tendo um pouco de conhecimento. Porém, é necessário mais programas específicos de atenção ao idoso, que podem atuar como programas educativos para os

cuidadores, para os familiares e para o próprio idoso, para que esses possam utilizar os medicamentos de maneira segura e garantir uma melhor qualidade de vida, utilizando incentivo a medidas não-farmacêuticas, meios com ênfase nas ações educativas para mudança no estilo de vida, prática de atividade física e mudar os hábitos alimentares.

## REFERÊNCIA

ANDRADE, F.B; et al. **Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária.** Florianópolis – SC, Brasil; 2010.

BUSO, A.L.Z; **Adequação medicamentosa aos critérios de beers e condução do tratamento medicamentoso por idosos atendidos em um ambulatório de geriatria do interior de minas gerais.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Uberaba – MG, Brasil, 2016.

CANTÃO, L.; et al; **Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas.** *Rev. Rene*; Universidade Federal de São João del Rei. Divinópolis, MG, Brasil; 2015.

CRUZ, Francisca C. A.; **O alcoolismo na mulher idosa: Consequências nos Aspectos Comportamentais.** Fortaleza – CE, Brasil, 2007.

GOMES, H.; CALDAS, C.; **Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos.** *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*; Rio de Janeiro, RJ, 2008.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T.N.; TOMASI, E.; **Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional;** *Rev. Ciênc. saúde coletiva*; Brasil; 2016.

NÓBREGA, O.; KARNIKOWSKI, M.; **A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação;** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*; 10(2), p. 309-313; 2005.

OLIVEIRA AM.; FRANCISCO BSMP.; COSTA SK.; BARROS ABM.; **Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados.** Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil, 2012.

OLIVEIRA A. M; **Fatores de risco associados à polifarmácia no idoso.** Universidade Federal de Minas Gerais; Campos Gerais-MG, Brasil, 2013.

OLIVEIRA, A.C.; et al; **Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática.** *Rev. bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro - RJ, Brasil; 13(2):301-312; 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS); **Depressão:** Organização Pan-Americano da Saúde. Disponível em: < [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)> Acesso em: 16/08/2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS); **Doença cardiovascular:** Organização Pan-Americano da Saúde. Disponível em: < [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)> Acesso em: 16/08/2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS); **Tabaco**: Organização Pan-Americano da Saúde. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097)> Acesso em: 15/08/2019.

PEREIRA GK.; PERES AM.; IOP D.; *et al.*; **Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional**. I Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil, 2017.

PILLON, Sandra C.; et al; Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. **Rev: RESEARCH – INVESTIGACIÓN**; Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP. Brasil; 2010.

SÁ, F. C.; **Substâncias psicoativas no contexto da enfermagem hospitalar: Prazer que suscita e sofrimento que produz**; Universidade Federal Fluminense; Niterói – RJ, Rio de Janeiro, Brasil;2016.

SECOLI RS.; **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos**. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. São Paulo, SP, 2010.

TEIXEIRA, S.; et al; **Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade**. Estudo interdisciplinar envelhecência; Porto Alegre – RS; Vol.20, n. 2, p. 503-515, 2015.

ZENI, A. L.; et al; **Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*; Universidade Regional de Blumenau (FURB); Santa Catarina – SC, Brasil; vol. 22(8); 2017.

# CAPÍTULO 8

## AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM UMA ESCOLA DO ENSINO MÉDIO DE BELÉM-PA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 20/05/2020

### **Sabinaluz Natal Malheiros da Silva**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/9194375007324093>

### **Sarah Maria de Lima Faro**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0001-7863-4677>

### **Adalberto Tavares Von Paumgarten Filho**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/9793783138295741>

### **Ralf Cardoso Mudesto Oliveira**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0001-6806-7242>

### **Gabriel Silva Novais**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0002-5420-0337>

### **Arthur Henrique Rodrigues Leite**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/0423834264735166>

### **Juliana de Moraes Silva**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/6968841897093082>

### **Dalila Pinheiro Diniz Tavares**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/5161996123977365>

### **Hyvina Paula Peres Duarte**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/4806651456786877>

### **Victória Gabriele Broni Guimarães**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<http://lattes.cnpq.br/5179252955430737>

### **Greice de Lemos Cardoso Costa**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0002-8916-0283>

### **Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto**

Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina.  
Belém - Pará  
<https://orcid.org/0000-0003-1408-8384>

**RESUMO:** O estresse na adolescência e no processo de orientação profissional, assim

como mudanças físicas, psicológicas e elementos como cobrança relacionada à escolha da profissão, ter êxito na aprovação no vestibular, consolidação de uma carreira e administração de seus próprios anseios, bem como de seus familiares, são fatores que contribuem para gerar distúrbios de ansiedade que podem permanecer por vários anos ou, mesmo, por toda vida. A atividade objetivou abordar e esclarecer o transtorno de ansiedade, debater as dificuldades, sobretudo, emocionais, encontradas pelos discentes em sua busca pela aprovação, as suas consequências na saúde mental e os meios de lidar com este mal e preveni-lo nos jovens em preparação para o vestibular. A ação foi realizada em dois momentos com um total de 55 alunos do primeiro ao terceiro ano do ensino médio, de ambos os sexos, com idades entre 14 a 17 anos, de um pré-vestibular e escola privada, da cidade de Belém-PA e 16 voluntários do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, capacitados previamente por uma profissional psicóloga. Para a coleta de dados, realizada na atividade, foram entregues e respondidos Inventários de Ansiedade Frente a Provas adaptados. Os dados dos questionários foram repassados para o Google® Formulário e as análises percentuais foram realizadas no Microsoft® Excel 2007 e as demais análises foram realizadas no BioEstat 5.3. O nível de significância foi 5% ( $p < 0,05$ ) em todas as análises. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes eram mulheres ( $n=32$ ), sendo, estas, as mais afetadas pela ansiedade em provas. Portanto, constata-se a relevância dessa temática nos processos de orientação profissional, dado que distúrbios de ansiedade, se não administrados corretamente, podem trazer danos psicológicos, sociais e acadêmicos ao indivíduo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno de ansiedade generalizada, vestibular, pré-vestibulandos.

## EVALUATION OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN A HIGH SCHOOL OF BELEM-PA

**ABSTRACT:** Stress in adolescence and in the professional guidance process, in addition to physical, psychological changes and elements such as charges related to the choice of profession, success in passing the entrance exam, consolidating a career and managing your own desires, as well as your family members, are factors that can contribute to generating anxiety disorders that can remain for several years or even for a lifetime. The activity aimed to address and clarify anxiety disorder, discuss the difficulties, especially emotional, encountered by students in their search for approval, its consequences on mental health and ways to deal with this disease and how to prevent it for young people in preparation for the entrance exam. The action was carried out in two moments with a total of 55 students from the first to the third year of high school, of both sexes, aged between 14 and 17 years old, from a pre-university entrance exam and private school, from the city of Belém-PA and 16 volunteers from the medical course at the Federal University of Pará, previously trained by a professional psychologist. For data collection, carried out in the activity, adapted Anxiety Inventories Against Evidence were delivered and answered. The questionnaire data were transferred to Google® Form and the percentage analyzes were performed on Microsoft® Excel 2007 and the other analyzes were performed on BioEstat 5.3. The significance level was 5% ( $p < 0,05$ ) for all the analysis. The results indicated that majority of participants were woman ( $n=32$ ), showing that they were more affected by anxiety in tests. Therefore, the relevance of this theme in professional guidance processes is verified, given that anxiety disorders, if not properly managed, can bring psychological, social and academic damage to

the individual.

**KEYWORDS:** Generalized anxiety disorder, college entrance examination, pre-college students

## INTRODUÇÃO

O vestibular é um exame que qualifica os estudantes a ingressar na universidade e, portanto, tem prerrogativas seletivas e classificatórias. Dessa forma, a busca por uma profissão e a inserção social dela decorrente têm levado uma grande parcela de indivíduos a investir relevante parte de seu tempo, além de recursos financeiros, no processo (ANDRADE; DE SOUZA; DE CASTRO, 2018; SOARES, 2010). Assim, a exigência que o jovem domine sua conduta a ponto de realizar importantes escolhas é criada, sem espaço para reflexão a respeito de tais expectativas (MEDEIROS; SOUZA, 2017).

A competição, as cobranças pessoal e social e a fase de preparação para a avaliação são alguns dos fatores que podem tornar a situação de prova um evento estressante e gerador de ansiedade (KARINO, 2010). O estresse correlaciona eventos fisiológicos neuroendócrinos e psicológicos, envolvendo hipotálamo, hipófise, tireoide e glândulas suprarrenais em um complexo mecanismo de autorregulação. A frequência de altos níveis de estresse pode levar à perda da homeostasia, prejudicando o sistema imunológico e favorecendo quadros de disfunção orgânica (PEREIRA; SANTANA FILHO; SANTOS, 2019).

Na perspectiva de Sadock, Sadock e Ruiz (2017), a ansiedade é um sinal de alerta que decorre de uma antecipação do perigo, a qual pode ser desconhecida, interna, vaga ou conflituosa, que capacita a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça. Quanto mais intensa e persistente a condição de ansiedade, o quadro passa a ser patológico, o que desencadeia diversos tipos de transtornos de ansiedade (TA). Os TAs compartilham características de medo e de ansiedade excessiva, assim como perturbações comportamentais (Guimarães, 2015). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência do transtorno de ansiedade no Brasil, está presente em 9,3% da população, possuindo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo (World Health Organization, 2017).

Entre os tipos de ansiedade excessiva está o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), que é um dos transtornos psiquiátricos mais subdiagnosticados (Zuardi, 2017). É caracterizado por preocupação exagerada e duradoura em relação a vários eventos ou atividades, podendo apresentar sintomas físicos relacionados à hiperatividade autonômica e à tensão muscular, sendo, estas, expressões frequentes do estado de ansiedade (Brentini, 2018). Comumente, é acompanhado por outros transtornos psiquiátricos, principalmente pela depressão.

Adultos com TAG comumente se preocupam com situações rotineiras nos âmbitos financeiro, profissional e da saúde, sendo que crianças e adolescentes tendem a perturbar-

se com o desempenho escolar e suas competências (Brentini, 2018). Com isso, dada a necessidade que adolescentes possuem em cumprir prazos, seguir regras, prosseguir com os estudos e ter bom desempenho em suas atividades, muitos jovens apresentam quadro de TAG.

A ansiedade desses indivíduos eleva-se proporcionalmente à proximidade da prova, repercutindo de forma cada vez mais importante em fatores como qualidade do sono e hábitos nocivos, tal qual a ingestão de psicotrópicos e de bebidas alcoólicas de forma negligente (LINS; VIANA, 2016). Estudos apontam que pré-vestibulandos são um grupo de risco no que tange a distúrbios que podem afetar sua saúde mental. Logo, identificar indícios de sobrecarga de estresse torna-se imprescindível para a inserção de intervenções precoces, prevenindo maiores desequilíbrios (SANTANA, 2019).

## **OBJETIVO GERAL**

Promover o debate e o aprimoramento em saúde mental do vestibulando, estimulando os alunos a lidarem de uma melhor forma com os desafios típicos dessa fase.

## **METODOLOGIA**

O Projeto foi divulgado, principalmente, por meio das mídias sociais da IFMSA Brazil UFPA. Além disso, a instituição parceira do projeto, o colégio no qual foi realizada a ação, colaborou com a propagação nas turmas do ensino médio, com ênfase nas classes dos alunos pré-vestibulandos.

A capacitação dos mediadores ocorreu no dia 14 de setembro de 2018 no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Nesta, a psicóloga Niamey Granhen Brandão da Costa orientou os acadêmicos envolvidos no projeto sobre as ansiedades fisiológica e patológica, controle, prevenção e tratamentos/terapêuticas, além de abordagens com alunos e pais que vivenciam a tensão do pré- vestibular.

A ação aconteceu no dia 15 de setembro de 2018 na escola, com seus alunos de ensino médio e 16 graduandos voluntários. A atividade contou com a entrega dos Inventários de Ansiedade Frente a Provas (IAP) adaptados, compostos de 35 perguntas objetivas cujas alternativas eram “sempre”, “boa parte do tempo”, “de vez em quando” e “nunca”. Seu conteúdo tinha caráter exploratório para quantificação de quatro dimensões da ansiedade: preocupação, emoção, distração e falta de confiança antes e durante a realização de uma prova.

Em seguida, os alunos foram divididos em grupos sob a responsabilidade de dois mediadores, que escutaram, orientaram e compartilharam a respeito de situações estressantes do vestibular. Foi abordado o papel da escola em relação à saúde mental dos alunos, como a competição por uma classificação em simulados, o que pode provocar quadros de



ansiedade exagerada.

Ao final, foi realizada a palestra explicando as situações de ansiedade fisiológica e patológica, indícios para diagnóstico, como buscar ajuda, assim como as terapêuticas não medicamentosas envolvidas no combate ao TAG, como a meditação.

Em relação ao IAP, foram analisados 55 questionários, os quais continham dados acerca de gênero e da idade dos participantes. Atribuiu-se valores às alternativas do inventário, sendo eles: preocupação, emoções e distração, como as respostas sempre = 4, boa parte do tempo = 3, de vez em quando = 2 e nunca = 1. Para o item confiança, a análise foi decrescente.

Os dados dos questionários foram repassados para o Google® Formulário para tabulação de dados e as análises percentuais foram realizadas no Microsoft® Excel 2007. As demais análises estatísticas foram realizadas no BioEstat 5.3 por meio do teste Qui-quadrado. O nível de significância foi de 5% ( $p < 0.05$ ) para todas as análises.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos componentes sociodemográficos (**Tabela 01**), percebe-se que as mulheres foram as que mais participaram do estudo e que os jovens de 16 anos foram a maioria. Os resultados dos IAP estão contidos na **Tabela 02**.

| Gênero       | n  | %     |
|--------------|----|-------|
| Masculino    | 23 | 41,8  |
| Feminino     | 32 | 58,2  |
| TOTAL        | 55 | 100,0 |
| Idade (anos) |    |       |
| 14           | 1  | 1,8   |
| 15           | 17 | 30,9  |
| 16           | 29 | 52,7  |
| 17           | 8  | 14,5  |
| TOTAL        | 55 | 100,0 |

Tabela 01 – Dados sociodemográficos dos discentes participantes.

Fonte: autores

| Pergunta  |   | Sempre | Boa Parte do tempo | De vez em quando | Nunca |
|---|---|--------|--------------------|------------------|-------|
| PREOCUPAÇÃO COM AS PROVAS   |   |        |                    |                  |       |
| 1. Fico me perguntando se o meu desempenho vai ser bom o suficiente | n | 29     | 17                 | 7                | 2     |
|   | % | 52,7   | 30,9               | 12,7             | 3,6   |

|   |   |      |      |      |      |
|---|---|------|------|------|------|
| 2. Frequentemente penso sobre o quanto a prova está difícil             | n | 16   | 13   | 24   | 2    |
|   | % | 29,1 | 23,6 | 43,6 | 3,6  |
| 3. Fico preocupado com a possibilidade de reprovação                    | n | 24   | 9    | 13   | 9    |
|   | % | 43,6 | 16,4 | 23,6 | 16,4 |
| 4. Fico pensando na quantidade de conteúdo que será cobrada             | n | 20   | 20   | 10   | 5    |
|   | % | 36,4 | 36,4 | 18,2 | 9,1  |
| 5. Penso sobre o que pode acontecer se eu não for bem na prova          | n | 28   | 15   | 8    | 4    |
|   | % | 50,9 | 27,3 | 14,5 | 7,3  |
| 6. Fico pensando sobre as consequências no caso de eu ir mal            | n | 25   | 20   | 7    | 3    |
|   | % | 45,5 | 36,4 | 12,7 | 5,5  |
| 7. Me preocupo se conseguirei ser aprovado                              | n | 33   | 7    | 8    | 7    |
|   | % | 60,0 | 12,7 | 14,5 | 12,7 |
| 8. Fico preocupado com a possibilidade de ter entendido mal o enunciado | n | 16   | 15   | 16   | 8    |
|   | % | 29,1 | 27,3 | 29,1 | 14,5 |
| 9. Tenho pensamentos relacionados a um mau desempenho                   | n | 18   | 14   | 18   | 5    |
|   | % | 32,7 | 25,5 | 32,7 | 9,1  |
| 10. Fico pensando no quanto as outras pessoas estão preparadas          | n | 21   | 10   | 15   | 9    |
|   | % | 38,2 | 18,2 | 27,3 | 16,4 |
| <b>EMOÇÕES DURANTE AS PROVAS</b>  |   |      |      |      |      |
| 11. Sinto um “frio na barriga”  | n | 19   | 8    | 18   | 10   |
|   | % | 34,5 | 14,5 | 32,7 | 18,2 |
| 12. Sinto meu estômago embrulhado (náusea)                              | n | 10   | 5    | 15   | 25   |
|   | % | 18,2 | 9,1  | 27,3 | 45,5 |
| 13. Fico com o coração batendo acelerado                                | n | 16   | 4    | 23   | 12   |
|   | % | 29,1 | 7,3  | 41,8 | 21,8 |
| 14. Me sinto apreensivo   | n | 19   | 13   | 14   | 9    |
|   | % | 34,5 | 23,6 | 25,5 | 16,4 |
| 15. Me sinto angustiado   | n | 16   | 9    | 18   | 12   |
|   | % | 29,1 | 16,4 | 32,7 | 21,8 |
| 16. Me sinto pressionado  | n | 17   | 15   | 12   | 11   |
|   | % | 30,9 | 27,3 | 21,8 | 20,0 |
| 17. Me sinto agitado  | n | 17   | 12   | 14   | 12   |
|   | % | 30,9 | 21,8 | 25,5 | 21,8 |
| 18. Sinto meu corpo tremendo  | n | 7    | 7    | 16   | 25   |
|   | % | 12,7 | 12,7 | 29,1 | 45,5 |
| 19. Sinto minha boca seca   | n | 8    | 5    | 15   | 27   |
|   | % | 14,5 | 9,1  | 27,3 | 49,1 |
| 20. Sinto dores de cabeça   | n | 13   | 5    | 13   | 24   |
|   | % | 23,6 | 9,1  | 23,6 | 43,6 |
| 21. Fico com meus músculos tensos (rígidos)                             | n | 5    | 11   | 15   | 24   |
|   | % | 9,1  | 20,0 | 27,3 | 43,6 |

|   |   |      |      |      |      |
|---|---|------|------|------|------|
| 22. Sinto a necessidade de ir ao banheiro mais vezes do que o de costume      | n | 10   | 4    | 11   | 30   |
|   | % | 18,2 | 7,3  | 20,0 | 54,5 |
| 23. Sinto dor no estômago   | n | 6    | 4    | 15   | 30   |
|   | % | 10,9 | 7,3  | 27,3 | 54,5 |
| 24. Me sinto estressado   | n | 16   | 12   | 15   | 12   |
|   | % | 29,1 | 21,8 | 27,3 | 21,8 |
| <b>DISTRAÇÃO DURANTE AS PROVAS</b>  |   |      |      |      |      |
| 25. Fico “viajando” (disperso)  | n | 21   | 10   | 18   | 6    |
|   | % | 38,2 | 18,2 | 32,7 | 10,9 |
| 26. Facilmente perco minha linha de raciocínio                                | n | 18   | 9    | 21   | 7    |
|   | % | 32,7 | 16,4 | 38,2 | 12,7 |
| 27. Me distraio facilmente com o que está acontecendo ao meu redor            | n | 18   | 14   | 17   | 6    |
|   | % | 32,7 | 25,5 | 30,9 | 10,9 |
| 28. Comumente fico pensando em coisas não relacionadas ao que vai ser cobrado | n | 12   | 18   | 17   | 8    |
|   | % | 21,8 | 32,7 | 30,9 | 14,5 |
| 29. Fico pensando em eventos cotidianos                                       | n | 15   | 16   | 13   | 11   |
|   | % | 27,3 | 29,1 | 23,6 | 20,0 |
| 30. Eu me distraio com pensamentos de eventos que acontecerão                 | n | 19   | 13   | 13   | 10   |
|   | % | 34,5 | 23,6 | 23,6 | 18,2 |
| <b>CONFIANÇA EM SI MESMO DURANTE AS PROVAS</b>                                |   |      |      |      |      |
| 31. Confio no meu desempenho  | n | 11   | 12   | 27   | 5    |
|   | % | 20,0 | 21,8 | 49,1 | 9,1  |
| 32. Me sinto confiante  | n | 9    | 14   | 25   | 7    |
|   | % | 16,4 | 25,5 | 45,5 | 12,7 |
| 33. Fico satisfeito comigo mesmo  | n | 5    | 15   | 23   | 12   |
|   | % | 9,1  | 27,3 | 41,8 | 21,8 |
| 34. Acho que vou ter sucesso  | n | 8    | 16   | 23   | 8    |
|   | % | 14,5 | 29,1 | .8   | 14,5 |
| 35. Tenho confiança de que farei uma boa prova                                | n | 7    | 14   | 29   | 5    |
|   | % | 12,7 | 25,5 | 52,7 | 9,1  |

Tabela 02 – Resultados em valor absoluto e em porcentagem das respostas do IAP.

Fonte: autores

Considerando que foram atribuídos valores às alternativas de resposta ao inventário, o máximo de pontos conseguidos seria de 140 pontos e esse máximo representaria a pessoa mais ansiosa, enquanto o mínimo de pontos conseguidos seria de 35 pontos, representando a menos ansiosa e a média desses valores seria de 87,5 pontos. A análise dos dados mostrou que 67,3% (n=37) alunos obtiveram pontuação maior que a média, com Desvio Padrão de 20,5.

De acordo com a pesquisa de Felício (2019) realizada no estado de Sergipe, a maioria dos 334 estudantes da amostra demonstrou possuir sintomas do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Tal fato também se verificou no presente estudo, pois a maior parte dos estudantes pontuou mais de 90 pontos no IAP. Os fatores que mais os atingiram durante a realização das provas foram: a preocupação em ter um desempenho bom o suficiente; o pensamento sobre as consequências possíveis caso o desempenho obtido não fosse capaz de conquistar o objetivo; a preocupação com a repercussão de sair mal na prova e o medo de não conseguir ser aprovado. As variáveis relacionadas à autocobrança e aos questionamentos sobre o desempenho na prova também afetaram a maioria dos estudantes entrevistados no estudo sergipano.

No que tange às emoções e à distração durante as provas, os resultados deste estudo mostraram que grande parte dos pré-vestibulandos experienciaram momentos em que se sentiram pressionados, angustiados, dispersos e distraídos durante as provas. Essa situação também pode ser vista nos estudos de Felício (2019) e de Karino (2010), este último realizado com 1,727 estudantes do Distrito Federal, o que corrobora o questionamento de que a ansiedade pode afetar diretamente os pensamentos e os sentimentos do pré-vestibulando antes durante e após a prova.

Segundo Karino (2010), o fator confiança atua de forma oposta dos outros fatores e que juntamente com o fator distração tem menos correlação em relação aos outros fatores. De acordo com essa análise esse fator pode ser melhor entendido quando o mesmo é abordado como falta de confiança. Os dados demonstraram que os entrevistados mais escolheram a opção “de vez em quando” para todas as perguntas, demonstrando a baixa segurança desse público o que impacta diretamente na chance de sucesso nas provas e no controle dos níveis de ansiedade.

| Gênero        | Feminino |               | Masculino |               | Geral |               |
|---------------|----------|---------------|-----------|---------------|-------|---------------|
|               | Média    | Desvio Padrão | Média     | Desvio Padrão | Média | Desvio Padrão |
| Seções do IAP |          |               |           |               |       |               |
| Preocupação   | 32       | 3,30          | 25        | 7,30          | 29    | 6,41          |
| Emoções       | 36       | 9,03          | 25        | 7,94          | 31    | 10,31         |
| Distração     | 16       | 4,90          | 15        | 5,31          | 16    | 5,07          |
| Confiança     | 13       | 3,36          | 11        | 4,28          | 12    | 3,82          |
| Total         | 100      | 14,75         | 78        | 20,77         | 90    | 20,47         |

Tabela 03 – Medidas da relação entre gênero e as respostas do IAP

Ao comparar a média das respostas da pesquisa por sexo (**Tabela 3**), observou-se que as mulheres são estatisticamente mais afetadas por ansiedade em provas, com uma média de 100 pontos nas respostas do IAP, enquanto que os homens tiveram uma média

de 78 pontos. Ao teste estatístico de qui-quadrado para avaliar a possível aleatoriedade dos resultados, o valor de  $p$  é menor que 0,05, refletindo num resultado estatisticamente significativo. Tal resultado é corroborado com os achados na literatura, em Karino (2010), em Soares (2010), em Gonzaga (2017) e em Felício (2019), nos quais, também, foi observada que a ansiedade em geral e frente a provas mais frequente no sexo feminino.

Segundo Marques (2015), entre os fatores que contribuem para um maior índice de estresse e de ansiedade em alunos do ensino médio, as atividades acadêmicas e ser do gênero feminino aumentam os indicadores de estresse, e segundo Felício (2019) entre estratégias de enfrentamento voltadas para a fuga do problema (como fingir que o problema não existe) e utilizar a autodepreciação para não enfrentar a situação estressora, o fator mais relevante para maiores índices de estresse e ansiedade foi ser do gênero feminino. Neste estudo, a diferença dos resultados entre os gêneros foi substancial, pois as mulheres apresentaram uma pontuação média de 100 pontos dos 140 possíveis (10 pontos acima da média geral do estudo) enquanto os homens apresentaram uma média de 78 pontos, sendo 12 pontos abaixo da média geral do estudo.

Segundo o estudo de Bezerra et al. (2019), verificou-se relação entre a ansiedade e a prática de atividade física na adolescência, fortalecendo que a prática de atividade física pode ser uma estratégia de enfrentamento de ansiedade na adolescência. Ainda neste estudo, verificou-se, também, que os indivíduos do sexo masculino além de menor prevalência de sintomas de ansiedade, também são mais fisicamente ativos.

| Idade | Média em relação à Idade | Média no sexo Feminino | Média no sexo masculino |
|-------|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| 14    | 62                       | 0                      | 62                      |
| 15    | 93                       | 109                    | 83                      |
| 16    | 90                       | 95                     | 76                      |
| 17    | 88                       | 99                     | 76                      |

Tabela 04 – Idade e média geral e específica para cada sexo de pontuação no IAP.

O teste qui-quadrado mostrou-se estatisticamente significante no que diz respeito à relação entre idade e média no IAP, o que podemos comprovar na literatura. Borges et al. (2008), os resultados apresentam que os níveis de ansiedade são maiores no sexo feminino, tendo um aumento do nível de ansiedade de acordo com a idade. A ansiedade tende a mostrar-se aumentada de acordo com a idade, pois ela é necessária para que os adolescentes se adaptem a situações novas e inesperadas, sendo uma atividade comum e transitória. Contudo, tal ansiedade pode se mostrar como um medo exagerado de insucesso. O estudo demonstra que o nível de ansiedade tende a crescer de acordo com a idade, apresentando maior significância no público feminino, contudo, abrangendo

ambos os sexos.

A despeito do número amostral desse estudo, os resultados se encontram de acordo com outros estudos encontrados na literatura. Contudo, deve-se considerar a realização de mais estudos envolvendo os estudantes, tanto do sistema privado quanto do sistema público de ensino a fim de se compreender o impacto socioeconômico nas escalas de ansiedade dos alunos.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, conclui-se que as dinâmicas realizadas para esclarecer sobre ansiedade e sua prevenção foram eficazes, promovendo maior conhecimento sobre essa condição e ensinando métodos de evitar o seu grau patológico, sobretudo para estudantes do ensino médio.

O estudo mostrou que grande parte dos alunos já apresentava algum grau de ansiedade patológica e que precisavam de cuidados. Dessa forma, a atividade traz um retorno para a escola ao mostrar os dados coletados a fim de que tenham conhecimento acerca da atual situação psicológica dos alunos e, assim, possam adotar medidas que colaborem com a saúde mental dos estudantes, além das técnicas e conhecimentos já ensinadas a eles durante a atividade.

Para os acadêmicos, a ação foi positiva por proporcionar uma vivência prática de aproximação à condição do paciente e facilitar a percepção dele como um ser biopsicossocial. Em especial nessa fase da vida, a atividade trouxe a oportunidade de compartilhar experiências e conhecimentos úteis para auxiliar os vestibulandos a terem outras percepções de como lidar com essa etapa de forma mais saudável. Portanto, é fundamental continuar realizando tais atividades em escolas e outros ambientes acadêmicos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Thatiana Mucci; DE SOUZA, Vitoria das Neves; DE CASTRO, Nelimar Ribeiro. **Nível de ansiedade e estresse em adolescentes concluintes do ensino médio**. ANAIS SIMPAC, v. 8, n. 1, 2018.

Bezerra, A. A.A., Julião, J. F., Bezerra, G. G.O., Lopes, C. R., & Botcher, L. B. (2019). **Ansiedade, estresse e níveis de atividade física em escolares**. Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências, 2(1), 462-475. Recuperado de <http://fvs.edu.br/riec/index.php/riec/article/view/56/42>. doi: 10.1000/riec.v2i1.56.g42.

BORGES, A.I, et. Al. **Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e gênero**. Análise Psicológica. v. 26. n. 4. p; 551-561. Lisboa. 2008

BRENTINI, Brenda Cardoso et al. **Transtorno de ansiedade generalizado no contexto clínico e social: revisão de literatura**. Nucleus, v. 15, n. 1, p. 237-248, 2018.

FELICIO, Andréia Santana. **Ansiedade, estresse e estratégias de enfrentamento em adolescentes de instituições particulares que irão prestar vestibular.** 2019. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2019.

GONZAGA, Luiz Ricardo Vieira, et al. **“Ansiedade de Provas Em Estudantes Do Ensino Médio.”** Psicologia Argumento, vol. 34, no. 84, Nov. 2017. DOI.org (Crossref), doi:10.7213/psicol.argument.34.084.AO07.

GUIMARÃES, Ana Margarida Voss et al. **Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica.** Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 3, n. 1, p. 115-128, 2015.

KARINO, Camila Akemi. **Avaliação do efeito da ansiedade no desempenho em provas.** 2010.

LINS, Max Felipe Neri; VIANA, Marcelo Tavares. **Vestibular e as repercussões associadas à ansiedade dos candidatos.** 2016.

MARQUES, Claudio Portilho, GASPAROTTO, Guilherme da Silva e COELHO, Ricardo Weigert. **Líquen plano oral: reconhecendo a doença e suas características básicas.** SALUSVITA, Bauru, v. 34, n. 1, p. 99-108, 2015.

MEDEIROS, Fernanda Pereira; DE SOUZA, Vera Lúcia Trevisan. **Psicologia Histórico-Cultural e orientação profissional: vivências de jovens mobilizadas pela arte.** Revista Brasileira de Orientação Profissional, v. 18, n. 2, p. 155-165, 2017.

PEREIRA, Murilo Kaíque de F.; SANTANA FILHO, Paulo Henrique S.; SANTOS, Vitor R. **Avaliação do nível de estresse entre alunos do primeiro ano do ensino médio e de curso pré-vestibular.** Diálogos Interdisciplinares, v. 8, n. 5, p. 91-99, 2019.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTANA, Claudiomar. **Saúde mental: depressão, ansiedade e estresse de estudantes de pré-vestibular para o curso de medicina.** 2019.

SOARES, Adriana Benevides; MARTINS, Janaína Siqueira Rodrigues. **Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular.** Paidéia (Ribeirão Preto), v. 20, n. 45, p. 57-62, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** World Health Organization, 2017.

ZUARDI W. A. **Características básicas do Transtorno de Ansiedade Generalizada.** Medicina (Ribeirão Preto, online.) 2017

# CAPÍTULO 9

## CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: FRAGILIDADES E DESAFIOS EM SUA UTILIZAÇÃO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 18/05/2020

### Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante

Universidade Federal de Jataí (UFJ), Curso de  
Enfermagem  
Jataí – Goiás

Link currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5595466048191090>

### Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Universidade Federal de Jataí (UFJ), Curso de  
Enfermagem  
Jataí – Goiás

Link currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3510200077622218>

**RESUMO:** A caderneta de saúde da criança tem se mostrado como uma ferramenta estratégica para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Tanto os profissionais de saúde e a família, podem acompanhar o estado de saúde da criança por meio de seu conteúdo e pelos dados registrados nesse documento, o que resulta na promoção da saúde da criança. Trata-se de um estudo com caráter qualitativo-exploratório-descritivo realizado em um município do Sudoeste de Goiás. Aplicou-se a entrevista semiestruturada, gravada e analisada pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados mostraram as fragilidades e os desafios referentes à utilização da CSC por parte da família e pelos profissionais da saúde que acompanham a criança, o que nos leva a

defender o cuidado integral ao público infantil que ultrapasse o modelo assistencialista/curativista que tende a prevalecer nos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Criança; Crescimento e Desenvolvimento; Enfermagem.

### CHILD'S HEALTH BOOK: FRAGILITIES AND CHALLENGES IN THEIR USE

**ABSTRACT:** The child health handbook has proved to be a strategic tool for monitoring child growth and development. Both health professionals and the family can monitor the child's health status through its content and the data recorded in this document, which results in promoting the child's health. This is a qualitative-exploratory-descriptive study carried out in a municipality in the southwest of Goiás. A semi-structured interview was applied, recorded and analyzed by the content analysis technique, thematic modality. The results showed the weaknesses and challenges related to the use of CSC by the family and by health professionals who accompany the child, which leads us to defend comprehensive care for children that goes beyond the care / curative model that tends to prevail health services.

**KEYWORDS:** Child Health; Growth and Development; Nursing.

### 1 | INTRODUÇÃO

A porta de entrada aos serviços de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) das crianças é a Atenção Primária. Nesse nível, a Estratégia de Saúde da



Família cumpre o eixo norteador para a organização do sistema com um conjunto de ações voltadas para a vigilância da saúde infantil e integralidade da assistência. Uma equipe comprometida com a saúde da criança, se torna uma forte aliada, na promoção e prevenção de agravos relacionados à infância (BRASIL, 2004).

Atualmente, o acompanhamento do CD na Atenção Primária, acontece por meio da Caderneta de Saúde da Criança (CSC): Passaporte da Cidadania implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005, em substituição ao Cartão da Criança (CC), seu antigo precursor. A partir de então, a criança pode ser acompanhada do nascimento até os nove anos de idade. Esta contém em sua primeira parte informações e orientações para quem cuida da criança, e sua segunda parte é destinada aos profissionais da saúde (BRASIL, 2013). A CSC contribui significativamente para o acompanhamento do CD infantil, e para que ela se apresente como um instrumento de comunicação, vigilância e promoção da saúde, é essencial sua adequada utilização, tanto pelos profissionais de saúde como pela família (GOULART et al., 2008). Este estudo objetivou analisar a percepção das mães sobre a Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de dois anos.

## **2 | METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo com caráter qualitativo-exploratório-descritivo. Das 21 mães abordadas na unidade de saúde, apenas 10 se enquadraram a participar do estudo. Aplicou-se a entrevista semiestruturada, gravadas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. A pesquisa foi desenvolvida seguindo os critérios dispostos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta a pesquisa em seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, recendo o parecer nº 042100/15.

## **3 | RESULTADOS/DISCUSSÃO**

Desde a implantação da CSC, se percebem falhas gravíssimas em sua utilização, tanto por parte dos profissionais de saúde como pela família. A precariedade no preenchimento dos dados pelos profissionais de saúde e o pouco envolvimento da família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento refletem a qualidade da atenção que se tem dado à criança nos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2005).

Como se pôde analisar nesta pesquisa, a forma de como a caderneta é apresentada para a família influenciará ou não a sua utilização ao longo do CD da criança. As mães, ao lembrarem o momento em que receberam a caderneta, relataram a necessidade de maior divulgação de seu conteúdo ainda na maternidade, o que está evidenciado nas seguintes falas:

Elas [profissionais da saúde] só entrega [CSC] e pronto e a gente só pega e guarda, eu acho que se elas pegassem mais no pé, falassem não gente, tem que ler porque lá ensina, lá tem bastante coisa, acho que a gente ficava curioso e lia. (E5).

Eu não sabia que tinha que ler a caderneta, mas se eu soubesse: "oh mãe você tem que ler essa caderneta pra saber os procedimentos do crescimento do seu filho, a mais eu ia ler com certeza. (E8).

A gente não tem incentivo, por isso que eu não tenho interesse [na CSC], vou ter interesse pra que, porque não tem incentivo nenhum. (E9).

Ao serem questionadas sobre como utilizam a caderneta no cotidiano, uma parte significativa das mães relataram que o faz somente para vacinas e nas datas de consultas, demonstrado nas seguintes falas:

[...] Só a vacina mesmo, só pego ela [CSC] quando eu tô lá no postinho e como tá demorando, aí eu vou lendo. (E5).

[...] Para te falar a verdade aqui em casa ninguém pega a caderneta, só na vacina. (E6).

Estudos entram em consonância com a presente pesquisa evidenciando a utilização da caderneta apenas para a parte das vacinas e dados antropométricos. O uso específico da caderneta, voltado apenas para a imunização, dificulta a continuidade da assistência e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelas famílias e diferentes profissionais que assistem a criança (ABUD, GAIVA, 2014; ALVES et al., 2009; ANDRADE, REZENDE, MADEIRA, 2014; GOULART et al., 2008; VIEIRA et al., 2005; CARVALHO et al., 2008).

Estudo recente que analisou os registros da criança referente ao CD, afirma também, que esses dados vêm sendo negligenciadas. A maioria das cadernetas pesquisadas apresentaram informações e dados das crianças incompletos e/ou ausentes (ABUD, GAIVA, 2015). Por sua vez, estudo realizado em municípios do semiárido brasileiro (Piauí) também demonstrou a precariedade nos registros de dados importantes na caderneta, revelando assim, fragilidades no serviços de puericultura oferecido às crianças (COSTA et al., 2014).

A criança é o único sujeito que sofre com a falta ou incompletude dos registros. Um acompanhamento efetivo do crescimento e desenvolvimento requer informações corretas e completas realizadas pelos profissionais de saúde (SILVA, GAIVA, MELLO, 2015). Em contrapartida, estudos apontam para a falta de compromisso da mãe/família em levar a caderneta aos serviços de saúde, dificultando as anotações e a continuidade do acompanhamento, sendo poucas mães que a utiliza e a leva durante os atendimentos de saúde (ABREU, VIANA, CUNHA, 2012; PALOMBO et al., 2014). Em consonância com os estudos citados, uma mãe referiu o fato de não levar a caderneta aos atendimentos de

saúde, configurando a desvalorização do instrumento, o que está demonstrado na seguinte fala:

A gente vai no posto, eu sempre olho não tem vacina, aí eu penso assim, é só uma consulta, então eu não preciso de levar a caderneta, aí eu sempre deixo em casa. (E6).

Concomitantemente, estudos revelam que a falta de informação sobre a caderneta influencia diretamente na compreensão e utilização do instrumento. A ação de incluir e incentivar a família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança possibilitará a construção de vínculo com os serviços de saúde e a apropriação da caderneta pelos profissionais de saúde e pela família (GOULART et al., 2008; SILVA, GAIVA, MELLO, 2015; ANDRADE, REZENDE, MADEIRA, 2014).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revela as fragilidades e os desafios referentes à utilização da CSC por parte da família e pelos profissionais da saúde que acompanham a criança. Observou-se que a (des)valorização da caderneta pelo profissional de saúde desde o nascimento da criança influenciará o (de)uso do instrumento pela família.

Essas fragilidades encontradas no cuidado à criança devem ser superadas por meio de estratégias que também ultrapasse o modelo assistencialista que tende a prevalecer nos serviços de saúde. Sendo um direito da criança e uma conquista social por meio das Políticas Públicas de saúde voltadas ao público infantil, o acompanhamento do CD, deve ser realizado periodicamente, possibilitando a diminuição dessas fragilidades e o aumento da participação da família nesse processo. Entende-se que os desafios são enormes, exercer o princípio da integralidade e humanização é uma necessidade atual.

## REFERÊNCIAS

ABREU, T.G.T; VIANA, L.S; CUNHA, C.L.F.C; Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **J manag Prim health Care**, v. 3, n. 2, p. 80-3, 2012.

ABUD, S. M; GAIVA, M.A.M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 97-105, 2015.

ABUD, S.M; GAIVA, M.A.M. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. **Rev. Eletr. Enf**, v. 16, n. 1, p. 61-7, 2014.

ALVES, C.R.L et al. Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 03, p. 583-95, 2009.

ANDRADE, G.N; REZENDE, T.M.R.L; MADEIRA, A.M.F. Caderneta de saúde da criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 857-64, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica de Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança Menino**. 7ª edição. Brasília-DF, 2013.

CARVALHO, M.F et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.

COSTA, J.S.D et al. Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 14, n. 3, p. 219-227, 2014.

GAIVA, M.A.M; SILVA, F.B. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 3, p. 742-9, 2014.

GOULART, L.M.H.F et al. Caderneta de saúde da criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 2, p. 106-12, 2008.

PALOMBO, C.N.T et al. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp., p. 60-7, 2014.

SILVA, F.B; GAIVA, M.A.M; MELLO, D.F. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. **Texto Contexto de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 407-14, 2015.

VIEIRA, G.O et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 5, n. 1, p. 177-84, 2005.

# CAPÍTULO 10

## CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: BREVE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE EXPERIÊNCIA REALIZADA EM ANGRA DOS REIS

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 19/06/2020.*

### **Mayara Athanázio Diogo**

UNESA, Universidade Estácio de Sá – campus  
Angra dos Reis - RJ  
Volta Redonda – RJ  
<http://lattes.cnpq.br/7788358119211832>

### **Marcelo Paraiso Alves**

UniFOA, Programa de Mestrado Profissional  
em Ensino em Ciências da Saúde e Meio  
Ambiente  
Cidade – Estado  
<http://lattes.cnpq.br/4907435299665814>

**RESUMO:** O objetivo do artigo foi discutir os impactos da capacitação para Agentes Comunitários de Saúde no município de Angra dos Reis. A ideia deste trabalho surgiu dos conflitos e diálogos com coordenadores, enfermeiros e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). A metodologia desenvolvida na construção do referido curso utilizou a pesquisa de dissertação – período 2011 e 2012 -, realizada a partir da abordagem qualitativa por intermédio dos seguintes instrumentos: grupo focal, caderno de campo e o questionário semiestruturado. Ficou evidenciado no processo de validação do curso que a organização do tempo (Escala de Coelho) facilita a classificação de risco nas visitas domiciliares. Observou-se que o cronograma e o gráfico desenvolvidos se mostraram eficientes ferramentas de organização do tempo para

os ACS. Podemos observar que a pesquisa contribuiu para uma mudança no processo de inserção desse profissional na ESF no município investigado, assim como nas políticas de capacitação desse profissional.

**PALAVRAS CHAVE:** agentes comunitários de saúde, planejamento, organização.

### TRAINING FOR COMMUNITY HEALTH WORKERS: A BRIEF ASSESSMENT OF THE IMPACT OF EXPERIENCE HELD IN ANGRA DOS REIS

**ABSTRACT:** The objective of the article was to discuss the impacts of training for Community Health Agents in the city of Angra dos Reis. The idea of this work arose from conflicts and dialogues with coordinators, nurses and professionals from the Family Health Strategy (ESF). The methodology developed in the construction of the referred course used the dissertation research - period 2011 and 2012 -, carried out from the qualitative approach through the following instruments: focus group, field notebook and the semi-structured questionnaire. It was evidenced in the course validation process that the organization of time (Rabbit Scale) facilitates the risk classification in home visits. It was observed that the developed schedule and graph proved to be efficient tools for organizing time for CHWs. We can observe that the research contributed to a change in the process of inserting this professional in the FHS in the investigated municipality, as well as in the training policies of this professional.

**KEYWORDS:** community health workers, planning, organizing.

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo discutir os impactos da capacitação para Agentes Comunitários de Saúde no município de Angra dos Reis. Esta produção foi parte integrante de um estudo maior realizado sob a forma de dissertação no Programa de Pós Graduação de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências e do Meio Ambiente do UniFOA-VR.

A ideia deste trabalho surgiu a partir de problemas, conflitos, tensões e conversas informais com coordenadores da Atenção Básica, enfermeiros e profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF e de Programas de Agentes Comunitários - PACS, bem como os usuários dos respectivos serviços do município de Angra dos Reis no transcorrer do ano de 2011. É relevante salientar que a Saúde da Família é a estratégia que o Ministério da Saúde do Brasil escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1997, p. 12).

Assim, identificamos, a partir dos conflitos mencionados, a convergências de algumas inquietações: a sobrecarga de atividades e a ausência de capacitação para os agentes.

É importante que se compreenda que as diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b) enfatizam a necessidade de que, face o novo perfil de atuação para o Agente Comunitário de Saúde, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica, pois segundo Oliveira e Valla (2001) “as condições de vida apontam para uma realidade que conforma uma determinada situação social e econômica” (p 80).

Para os autores são essas condições que determinam a origem e o agravamento de situações problemas em múltiplos aspectos da sociedade, principalmente para a classe popular: saúde, saneamento, educação, transporte, dentre outros.

Considerando que para Oliveira e Valla (2001) às condições de vida se configuram como o campo de ação onde os atores se movem e atuam e pensando a necessidade de buscar formas de enfrentamento destes problemas e de suas determinações como um todo é que percebemos o ACS como um cidadão que emerge da comunidade e se integra a equipe de saúde sem conhecimento prévio.

Portanto, exigindo, a capacitação que deve ser conferida pela instituição executora das políticas públicas de saúde, dando-lhe acesso ao conhecimento científico e a novas práticas, mediante treinamento e cursos de capacitação (BACHILLI ET AL, 2008).

Dessa forma, a educação do ACS surge do reconhecimento da necessidade de sistematizar e socializar os saberes fundamentais à formação desses profissionais, saberes estes que transcendem o nível local e confrontam uma base comum ao trabalho.

A busca de alternativas que propiciasse a construção de programas de ensino com

tais características levou à incorporação do conceito de competência, cuja compreensão passa, necessariamente, pela relação de duas questões centrais: educação e trabalho (BRASIL, 1999b, p.4). O conceito de competência é expresso no documento como “a capacidade pessoal de articular conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho” (p.4).

Trazer a tona essa questão – a relação educação-trabalho e o conceito de competência - torna-se fundamental para visualizar os pressupostos que estão na base deste documento que direciona a formação dos profissionais na área da saúde na sociedade atual.

No entanto, na intenção de evitar que os processos de formação se direcionem na perspectiva reducionista da mera certificação profissional, ele precisa vislumbrar uma abordagem política articulada a uma aprendizagem significativa, estimulando a capacidade criativa, bem como produzir sentidos, auto-análise e reflexão. Para Vasconcelos (2004) torna-se imperioso levar a democratização da assistência aos aspectos micro da operacionalização dos serviços de saúde. O autor considera que a participação dos usuários e “seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral” (p. 75).

Pensando nisso buscamos vários caminhos para desenvolver uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se aplicasse ao seu cotidiano, tornando sua prática mais dinâmica, participativa e dialógica, pois como menciona Valla (2003), a questão informacional (incluímos neste cenário o curso de capacitação) pelo qual o “diálogo, a disputa, o estranhamento e o compartilhamento entre diversas formas de saber podem produzir matéria informal e interação comunicacional para que os diferentes saberes sociais se convertam em cultura” (p. 11). Partindo da ótica do autor, consideramos que o curso mencionado permite que o os modos de saber e agir no cotidiano ao fortalecer as identidades coletivas, adquire o potencial para promover transformações na sociedade.

Assim, as atividades educativas foram organizadas e desenvolvidas com objetivo de alcançar as expectativas dos ACS de Saúde de Angra dos Reis, podendo ser adaptada e implantada em outros municípios.

## **APRESENTAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO**

A construção do conteúdo do Curso de Capacitação se desenvolveu articulado a pesquisa realizada na cidade de Angra dos Reis, mais especificamente no primeiro e segundo distrito sanitário do referido município.

Cabe ressaltar que o curso foi construído de forma coletiva, pois partimos do pressuposto de que toda ação educativa se desenvolve por intermédio da participação e do diálogo. Para Freire (1987) o diálogo entre os saberes formais (conhecimento científico) e

informais constroem e viabilizam a auto-reflexão dos sujeitos. Para o autor, o ato de educar é um processo relevante para construção e socialização dos saberes.

Nesse sentido, ao pensar na criação do curso consideramos a importância de criar situações que possibilitassem o diálogo, permitindo que o sujeito em foco (ACS), recebesse a capacitação, participando ativamente do processo de construção do saber. Esse movimento se tornou possível ao permitirmos aos sujeitos ouvir a si próprio e percebendo a origem dos problemas locais, na intenção de promover a intervenção por intermédio do enfrentamento na tentativa de solucionar tais questões. Nessa trajetória, o ACS deveria romper com as barreiras da aprendizagem bancária: “Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou construção” (FREIRE, 1996 p.21).

Dessa forma, buscamos a participação dos sujeitos envolvidos na ESF por meio da apreensão dos dados empíricos que auxiliaram na construção do curso. Os instrumentos utilizados foram: Primeiro, observações sistemáticas documentadas diariamente em caderno de campo durante a prática profissional. A atuação como enfermeira gerente da Unidade de Saúde do bairro Areal, ao longo dos anos de 2011 e 2012, permitiu utilizar tal instrumento.

Outro instrumento utilizado foi o grupo focal (MINAYO, 2007) com a participação de quatro enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Angra dos Reis. Esse procedimento permitiu o debate entre diversas questões que entravam o trabalho dos ACS na Educação Básica. Os debates auxiliaram a formulação do conteúdo ministrado no curso para os agentes.

A perspectiva dialógica de Freire (1987) emergia nos debates e discussões a respeito das temáticas. A intenção foi problematizar os conflitos estimulados para que coletivamente os sujeitos encontrassem as respostas para os problemas indicados por eles.

O questionário contendo vinte perguntas semiestruturadas (MINAYO, 2007), foi aplicado para os agentes do I e II distrito de Angra dos Reis na tentativa de obter dados relacionados às dificuldades no cotidiano de suas atividades na ESF. Esses dados permitiram acessar pontos fundamentais que deveriam esclarecer os referidos profissionais quanto a sua prática e simultaneamente possibilitou encontrar indícios (GINZBURG, 1989) de equívocos de gerenciamento das atribuições dos agentes na ESF.

Outro questionário foi aplicado após o curso (VALIDAÇÃO DO CURSO), na intenção de captar indícios de sua efetiva implementação e superação dos problemas encontrados na dinâmica da ESF. Na etapa seguinte, de sistematização desse conteúdo, foi realizada uma revisão de literatura para garantir a fundamentação científica necessária ao diálogo com os dados empíricos.

Os módulos do curso foram desenvolvidos a partir da identificação dos principais problemas observados por meio da análise dos instrumentos mencionados.

Para que o curso se tornasse inovador, motivador e revigorante foram utilizadas algumas estratégias como: dinâmicas e estratégias criativas, atividades em grupo, vídeos



de motivação, com recursos de fácil acesso de maneira que os ACS pudessem reproduzi-los em suas equipes ou comunidades.

Se acreditarmos que a ESF possui a potencialidade de atuar na promoção da saúde, superando a prática tradicional, que coloca o usuário do sistema de saúde em uma posição passiva diante dos serviços, vamos compreendê-la como um processo educativo crítico, capaz de intervir na realidade, precisamos de profissionais capacitados para promover seus princípios com excelência.

Assim, percebemos a possibilidade de construir a metodologia do curso por meio do diálogo, nos aproximando do princípio da participação popular mencionado por Vasconcelos (2004), pois é comum que se pense que “tal princípio se opera quase espontaneamente, uma vez assegurados legalmente os espaços formais de sua implementação: a saber, os conselhos e as conferências de saúde” (p.75). No entanto, a discussão e diálogo, na perspectiva freiriana, se constrói para além destes espaços instituídos, pois apenas o espaço coletivo é capaz de problematizar questões que individualmente o agente não conseguiria superar.

O curso se desenvolveu a partir das etapas sequenciais dos módulos conforme disposto a seguir:

Módulo I: A primeira parte do curso centra suas ações na Evolução do Sistema Público de Saúde Brasileiro. A segunda parte na Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.

Módulo II: Agente Comunitário de Saúde um agente de mudanças. Através dos discursos dos agentes comunitários podemos observar dificuldade destes profissionais e entender suas atribuições, sua inserção no serviço de saúde e a dimensão de suas contribuições nesse cenário de mudança no contexto das políticas em saúde.

Módulo III: A primeira parte (Comunicação oral e escrita) está foca a comunicação oral com bastante dinâmicas e vídeos, mostrando aos agentes os fatores que influenciam e interferem na comunicação. A segunda parte (Organização do Trabalho e Gerenciamento do tempo) volta-se para a questão de organização das atividades dos agentes e planejamento do tempo das visitas domiciliares, aplicando-se a escala de coelho.

Módulo IV: A primeira parte (Liderança e Transferência de responsabilidade) foi abordada a liderança e as responsabilidades. A segunda parte Relacionamento interpessoal e Motivação, dirigiu-se ao relacionamento entre a equipe e a comunidade e a motivação para o trabalho, realizando-se várias dinâmicas de grupo.

Módulo V: Apresentação dos trabalhos realizados durante o curso e dinâmicas de grupo. Este módulo foi criado com objetivo de avaliar a compreensão dos agentes comunitários dos conteúdos ministrados que foram aplicados na prática diária do trabalho nas unidades de saúde.

Diante do exposto, apresentaremos no item a seguir os resultados apreendidos com o desenvolvimento do curso no município de Angra dos Reis

## RESULTADOS

O principal objetivo do curso foi a orientação dos ACS em relação à organização do tempo e o planejamento de suas atividades, baseando em conceitos de gerenciamento do tempo. Utilizamos a Escala de Coelho para orientar o mapeamento de risco, dinamizando as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde.

A Escala de risco de Coelho é um instrumento simples, onde podemos captar os riscos familiares por intermédio da ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica, logo na primeira visita domiciliar dos ACS. Segundo Coelho e Savassi (2004) a escala demonstrou ser um instrumento simples e eficiente de análise do risco familiar, não necessitando de criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

Os dados da ficha A do SIAB, que já faz parte dos procedimentos da rotina na visita domiciliar, auxiliaram no estabelecimento do escore de pontuação de risco da Escala de Coelho, servindo como parâmetro a classificação das famílias.

As narrativas a seguir revelam a importância da Escala de Coelho (2004), para o planejamento e organização do serviço do ACS:

Ela não só facilita as visitas, mas fica melhor na hora de passar para equipe **(ACS 14)**.

Assim posso está dando mais atenção as famílias necessitadas **(ACS 33)**.

Quando se conhece a causa a ser trabalhada, facilita a nossa forma de agir **(ACS 22)**.

A escala de Coelho facilita no direcionamento das visitas **(ACS 01)**.

Facilita na sinalização das famílias que precisa de mais atenção e intervenção da equipe **(ACS 34)**.

A Escala de Coelho me preparou melhor para uma visita domiciliar mais produtiva **(ACS11)**.

Depois desse curso eu estou aprendendo a usar melhor a escala de Coelho, isso facilita muito minhas vistas **(ACS 32)**.

Observamos nos relatos dos agentes que a Escala de Coelho representou um instrumento facilitador da organização do seu trabalho, pois por intermédio desta escala os ACS perceberam a possibilidade de planejar suas ações e direcionar sua atenção as famílias de risco. A escala trouxe para o ACS uma segurança ao auxiliar-los na classificação das famílias de riscos que necessitam de um cuidado mais apurado e uma atenção maior. Esta segurança é observada nas narrativas dos agentes, que mencionam ser a escala

facilitadora do processo de visitação, bem como na comunicação do caso específico de um usuário para equipe da unidade básica.

Outro instrumento utilizado foi o cronograma de visita estabelecido a partir do escore. O cronograma possibilitou que os agentes pudessem planejar suas atividades diárias, prevendo feriados ou eventualidades. O instrumento permitiu ao agente planejar a quantidade de visitas diárias. A ação de constituição do cronograma foi simples: o ACS dividiu o número de famílias a serem visitadas no mês pelo número de dias disponíveis para visitas. Este cronograma foi dado para todos os ACS no momento da aplicação do curso sendo orientado que ele fizesse seu planejamento diário para o mês em vigência, lembrando-se de anotar as reuniões, feriados, dias em que precisa sair para ir ao médico ou a reunião dos filhos, pois tudo isso influencia no tempo disponível para a realização das tarefas diárias.

Após a confecção do cronograma, onde o agente identificou o número de vistas que deveria realizar no mês planejado, contendo a quantidade de dias disponíveis, ele desenvolveu o gráfico (fig. 1). O gráfico deve ser atualizado mensalmente de forma individual por todos os agentes. Este instrumento servirá de termômetro para que estes profissionais possam acompanhar a realização de suas visitas de forma dinâmica.

Por exemplo: Um ACS que deve realizar 242 vistas domiciliares (entre visitas de rotina, retorno e entrega de referência), tendo 22 dias para cumprir sua meta. O agente deverá realizar 11 visitas diárias, evitando sua sobrecarga no final do mês e realizando as visitas de forma tranquila e com qualidade.



Figura 01. Gráfico de Quantidade Diária de Visitas Domiciliares (eixo x – representa o número de visitas no mês; eixo y – os dias da semana que o agente deve realizar as visitas)

Todos os dias os ACS deve registrar a quantidade de visitas realizadas no gráfico, a linha tracejada significa que o ACS atingiu o objetivo desejado (está atingindo sua meta).

Caso o agente encontre alguma dificuldade, passando a constar na área vermelha

do gráfico (está atrasado em suas visitas), deverá reprogramar suas visitas para que termine suas atividades mensais com o atendimento pretendido para o referido mês.

Ao serem perguntados sobre a utilização do cronograma e do gráfico, os ACS relataram ser este, uma ferramenta que permite a organização do tempo como podemos observar:

Através do cronograma, **realizo as devidas atividades** tendo como apoio a equipe multidisciplinar e organização e planejamento para as visitas domiciliares. (ACS 01)

Depois que aprendemos a utilizar o cronograma e gráfico ficou mais objetivo e mais bem dividido minhas atividades, assim como dando mais **qualidade** as visitas **(ACS02)**

Através do curso aprendemos a fazer o cronograma que me deu mais **direcionamento em meu trabalho. (ACS12)**

Ficou **mais organizado**, consigo cobrir toda além de outras atividades **(ACS27)**

Após fazer o curso me sinto mais preparada e com mais facilidade em me **organizar nas visitas** domiciliares. Consegui me desenrolar bem nas visitas dando atenção melhor e com mais qualidade. **(ACS34)**

Os depoimentos revelam sinais, indícios (GINZBURG, 1989) da avaliação do produto, ao descrever que o cronograma e o gráfico se configuraram como importantes ferramentas para a organização das atividades, principalmente a visita domiciliar.

Com o uso dos instrumentos citados foi possível observar um aumento na produtividade destes profissionais, pois estes conseguiram organizar melhor suas atividades. Em muitos relatos observamos que a qualidade do atendimento destes profissionais também melhorou, pois se sentiam menos sobrecarregados ao realizar sua atividade de maneira planejada sabendo que daria tempo para completá-la no prazo determinado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos observar na análise dos dados, indícios que revelam a importância da classificação de risco para organização do tempo e planejamento de suas ações durante a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

Portanto o curso de capacitação realizado com os ACS dos distritos I e II no município de Angra dos Reis – RJ, no ano 2012, atingiu seus objetivos ao tornar a visita mais eficiente e simultaneamente permitindo maior segurança no encaminhamento dos casos para a equipe da Unidade Básica de Saúde.

Outro aspecto importante a ser ressaltado foi com relação a importância da

Escala de Coelho utilizada no curso permitindo a classificação prévia dos usuários e o estabelecimento do cronograma das famílias a serem visitadas no decorrer do mês. Os relatos apresentados demonstram que a escala permite a classificação de risco e direciona as visitas, facilitando atividades e evitando desperdício de tempo.

É importante frisar que os instrumentos apresentados como ferramentas (cronograma e o gráfico) de organização do tempo se mostraram eficientes para o desenvolvimento e planejamento das atividades diárias dos agentes.

Devemos destacar que essa pesquisa contribuiu para uma mudança no processo de inserção desse profissional nas unidades de saúde no município de Angra dos Reis, assim como nas políticas de capacitação desse profissional, destacando a importância da educação Permanente no contexto de mudanças no perfil e desempenho do agente comunitário.

Para finalizar, é importante enfatizar os impactos da pesquisa no referido município em relação à atividade do Agente Comunitário de Saúde: com relação ao discurso dos ACS ao longo da pesquisa - que no município de Angra dos Reis havia um número de agentes comunitários inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, fato que levava a sobrecarga desses profissionais. Após a realização desse estudo e intervenção no município com o referido curso, houve uma mudança significativa desse cenário, pois o município realizou um processo seletivo, por meio de concurso público para que as unidades completassem seu quadro de agentes comunitários. Esse processo seletivo representou uma grande mudança no processo de inserção desses profissionais, dando a legitimidade de assumir essas vagas por intermédio de um processo democrático.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997. Disponível em< [http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09_16.pdf)>Acessado: 05/08/12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/ SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 1999b. Disponível em< [http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/cd09_16.pdf)> Acessado: 05/08/12.

COELHO, Flávio Lucio G; SAVASSI, Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n 2, 2004. Disponível em: <URL:www.rbmf.org.br> Acessado em: 07/08/12

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 17ªed. Rio de Janeiro, Paz na Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. – Coleção Leitura p.21

GINZBURG, Carlo. Mitos, Emblemas , Sinais. Morfologia e História. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

MEDEIROS, C.da S. **O processo ensino- aprendizagem do agente comunitário de saúde: a interface entre a teoria e a prática.** Rio de Janeiro- Estácio de Sá, 2008.110p. Dissertação (mestrado) – Programa de pós-graduação em saúde da família. Unoversidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em < [http://www.ebookcult.com.br/produto/O\\_processo\\_ensino\\_aprendizagem\\_do\\_agente\\_comunitario\\_de\\_saude\\_a\\_interface\\_entre\\_teorica\\_e\\_pratica-7333](http://www.ebookcult.com.br/produto/O_processo_ensino_aprendizagem_do_agente_comunitario_de_saude_a_interface_entre_teorica_e_pratica-7333)> Acessado:12/12/12.

MINAYO, M.C.S, DESLANDES, S. F. e GOMES, R. **Pesquisa Social.Teoria Método e Criatividade.** 26º ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, R. M.;VALLA,V.V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.p77-88, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17s0/3883.pdf>. Acessado 10-08-13.

VASCONCELO, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1,p.67- 83, 2004. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf> Acessado 13-08-13.

MARTELETO,R.M; VALLA V.V.Informação e educação popular – o conhecimento social no campo da saúde. Ver. Perspect. Ciênc..inf,Belo Horizonte. n. especial, p.8-21, jul/dez2003. Disponível em: [portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/648/721](http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/648/721). Acessado: 13-08-13.

# CAPÍTULO 11

## CONTENÇÃO MECÂNICA: CONDUTAS ADOTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 06/05/2020

### **Anderson Afonso do Amaral**

Universidade do Estadual do Pará (UEPA)  
Belém-Pará

Link Lattes:<http://lattes.cnpq.br/7249681727544631>

### **Alex Brendo Gonçalves Costa**

Universidade da Amazônia (UNAMA)  
Belém-Pará

Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7797535489322605>

### **Luan Caio Amaral Pimentel da Silva**

Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)  
Belém-Pará

Link Lattes:<http://lattes.cnpq.br/3933738239457301>

### **Gabryel Henryk Nunes Lôbo**

Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)  
Belém-Pará

Link Lattes :<http://lattes.cnpq.br/1092537375583657>

### **Emerson Cardoso Carvalho**

Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)  
Belém-Pará

Link Lattes:<http://lattes.cnpq.br/8233860247290761>

### **Gleivison Cunha Teles**

Universidade da Amazônia (UNAMA)  
Belém-Pará

Link Lattes:<http://lattes.cnpq.br/0442371779957638>

### **Daniela da Silva Soares**

Faculdade Maurício de Nassau (UNINASSAU)  
Belém-Pará

<http://lattes.cnpq.br/1169054082622352>

### **José Helessandro do Amaral Ferreira**

Faculdade Pan Amazônica (FAPAN)  
Belém-Pará

Link Lattes:<http://lattes.cnpq.br/7827042969538154>

**RESUMO:** O estudo objetivou compreender as condutas adotadas pela equipe de enfermagem em uma unidade de emergência psiquiátrica na realização da contenção mecânica. Estudo de natureza exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista individual semiestruturada e analisadas segundo a análise de conteúdo. Participaram 05 enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem. Através desse estudo foi possível identificar que a equipe de enfermagem não está preparada para atuar na contenção mecânica, uma vez que não realizam o procedimento seguindo as recomendações do protocolo de contenção estabelecido pela instituição. Desta forma, compromete a segurança do paciente e dos profissionais que estão diretamente envolvidos no procedimento de atenção emergencial ao paciente com transtorno mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipe de Enfermagem; Psiquiatria; Saúde mental; Segurança do paciente.

## MECHANICAL CONTAINMENT: BEHAVIORS ADOPTED BY THE NURSING TEAM IN A PSYCHIATRIC EMERGENCY UNIT.

**ABSTRACT:** The study aimed to understand the behaviors adopted by the nursing team in a psychiatric emergency unit when performing mechanical restraint. Exploratory and descriptive study with a qualitative approach. Data collection took place through a semi-structured individual interview and analyzed according to content analysis. 05 nurses and 33 nursing technicians participated. Through this study it was possible to identify that the nursing team is not prepared to work in mechanical containment, since they do not perform the procedure following the recommendations of the containment protocol established by the institution. In this way, it compromises the safety of the patient and the professionals who are directly involved in the emergency care procedure for patients with mental disorders.

**KEYWORDS:** Nursing team; psychiatry; mental health; patient safety.

### 1 | INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto as condutas da equipe de enfermagem no processo de contenção mecânica em uma unidade de emergência psiquiátrica. Segundo Quevedo e Carvalho (2014, p.333) a contenção mecânica é a utilização de meios físicos externos que interferem na possibilidade do paciente movimentar seu corpo, tendo por objetivo impedir que o mesmo possa vir a praticar atos violentos de hétero ou autoagressão.

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, e de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica (SCHWIDERSKI et. al, 2015).

Segundo o Cofen (2012), a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimento científico e técnico, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Sendo uma profissão comprometida com a saúde e qualidade da vida da pessoa, família e coletividade.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes psiquiátricos, tornando o trabalho da equipe de enfermagem amparado legalmente (COFEN, 2012).

Para Castro (2013), realizar este estudo se fez necessário para demonstrar as condutas adotadas pelos profissionais de enfermagem na realização da técnica de contenção mecânica. Uma vez que a enfermagem está ligada diretamente a este procedimento, sua preparação para o manejo do paciente psiquiátrico é de fundamental importância, visto que é a responsável direta pelo cuidado e assistência ao paciente, a fim de minimizar possíveis danos que o uso da contenção mecânica pode gerar ao mesmo.

A realização da contenção mecânica não pode ser concebida como prática específica da enfermagem, tendo em vista que preconiza-se o trabalho em saúde mental por uma equipe multidisciplinar, fazendo parte de um projeto terapêutico, havendo o registro prévio



de todas as ações terapêuticas que serão utilizadas no tratamento do paciente psiquiátrico internado, a fim de sua recuperação (PAES et. al, 2009).

Segundo Marcolan (2013), é necessário ter bom senso e conhecimento científico que embase a realização da contenção mecânica, buscando alcançar sempre o melhor benefício e o menor risco ao portador do transtorno mental.

A partir desse contexto, buscou-se resposta para as seguintes questões: Qual o perfil sociodemográfico dos profissionais da equipe de enfermagem que realizam a prática da contenção mecânica na unidade de emergência psiquiátrica? Que condutas são adotadas para a realização da contenção mecânica no atendimento ao paciente com transtorno mental em unidade de emergência psiquiátrica? A equipe de enfermagem da unidade de emergência psiquiátrica recebe treinamento para a execução da contenção mecânica? De quem é a responsabilidade em definir o momento de se aplicar a contenção mecânica? As condutas adotadas atendem o que está no protocolo de procedimentos da clínica psiquiátrica?

Para responder as questões levantadas traçamos o seguinte objetivo: Compreender como são realizadas as condutas adotadas pela equipe de enfermagem em uma unidade de emergência psiquiátrica na realização da contenção mecânica.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade de Emergência Psiquiátrica de um Hospital de Referência em Psiquiatria na cidade de Belém, Estado do Pará, e tiveram como participantes cinco enfermeiros e trinta e três técnicos de enfermagem.

Como critérios de inclusão adotaram-se os critérios: atuantes nos turnos da manhã, tarde e noite na Unidade de Emergência Psiquiátrica (UEP), independentemente do sexo, idade, tempo de atuação profissional, vínculo e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados se deu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado dividido em duas partes: a primeira contendo os dados dos participantes: tais como sexo, idade, função, tempo de atuação na unidade de emergência psiquiátrica e vínculo institucional. E a segunda parte contendo 05 (cinco) questões abertas semiestruturadas, diretamente relacionadas com a pesquisa. Para a análise da caracterização sociodemográfica, os dados encontrados foram apresentados de forma descritiva. Para análise da segunda parte do roteiro de entrevista foi feita através da Análise de Conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo segundo Bardin (2012), é uma técnica de investigação das comunicações, visando obter por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que possibilitem a inferência do conhecimento relativo às condições das mensagens.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Viana, sob CAAE: 52932516.7.0000.0016.

## **2.1 Caracterização dos participantes**

A pesquisa teve a participação de cinco (05) enfermeiros e trinta e três técnicos de enfermagem (33). Em relação à escolaridade, os 05 enfermeiros possuem o nível superior com especialização em diversas áreas tais como Saúde Mental e Justiça, Terapia Intensiva, Administração da Assistência de Enfermagem e Administração Hospitalar. Entre os técnicos de enfermagem, 05 possuem além do nível médio o superior completo em diversas áreas como Graduação em Enfermagem, Biologia, Serviço Social, Educação Física, História e Pedagogia, outros 06 estão cursando o nível superior, 04 possuem o superior completo mais especialização, 03 possuem a formação de auxiliar e técnico de enfermagem e os outros 14 possuem somente o nível médio.

Em relação ao tempo de atuação na instituição, os 05 enfermeiros possuem média de 22,2 anos. Já os 33 técnicos de enfermagem a média é de 9,9 anos e em relação ao tempo de atuação na emergência psiquiátrica a média é de 8,9 anos.

## **3 | DISCUSSÃO**

As entrevistas foram gravadas por um aparelho de telefonia celular pertencente ao autor da pesquisa, e de acordo com aceitação do participante, e algumas foram registradas look um diário (caderno) específico para esta finalidade quando o participante não concordou com a entrevista gravada, e depois foram transcritas na íntegra para melhor compreensão dos resultados. Após a leitura detalhada do material e sua inferência, surgiram as seguintes categorias: Aspectos relacionados à imobilização como prevenção de risco; Aspectos relacionados à equipe de enfermagem e a responsabilidade do procedimento de contenção mecânica; Aspectos relacionados à percepção dos entrevistados na realização da contenção mecânica na unidade de emergência psiquiátrica; Aspectos relacionados à educação continuada na unidade de emergência psiquiátrica.

### **3.1 Categoria 1- Aspectos relacionados à imobilização como prevenção de risco**

Nesta categoria, ao serem questionados em relação ao que entendiam sobre o procedimento de contenção mecânica, as respostas dos participantes foram unânimes em afirmar que trata-se de um procedimento que tem como objetivo e finalidade principal a manutenção da integridade física do paciente, da equipe profissional que realiza os atendimentos e de terceiros que estão presentes, que na maioria das vezes é o familiar do paciente, e dessa forma previne risco de acidentes que o paciente em crise psicótica pode causar, tanto autoagressão quanto heteroagressão. Sendo destacado nas falas de GE3, AS5, AS8 e AS15:

A contenção mecânica é um procedimento feito diretamente ao paciente com transtorno mental, que tem como principal objetivo a proteção do paciente, protegendo ele mesmo em caso de autoagressividade, de automutilação, contra possíveis agressões em relação a agressividade a outros pacientes, heteroagressividade, então ela é um procedimento que visa a proteção do paciente, o objetivo principal é esse. (GE3).

*Contenção mecânica é o procedimento que a gente adota quando o paciente oferece algum tipo de risco, risco de homicídio, suicídio ou uma agressividade muito intensa, aí é necessário a gente fazer uma contenção mecânica. (AS5).*

*Contenção mecânica consiste em conter os pacientes que precisam ser contidos, com faixas de pano, contendo os pacientes que apresentam riscos de agressão e podem agredir tanto a si quanto a terceiros. (AS8).*

É a contenção física do paciente que se apresenta agressivo e apresenta risco de agressão com o familiar, com o funcionário e contra ele mesmo. (AS15).

De acordo com Silva, Tonelli e Braga (2006), a realização de imobilização do paciente desde a contenção física até a farmacológica é o procedimento de mais alto risco da medicina comportamental, podendo ocorrer riscos de trauma físico para o paciente e para a equipe. A imobilização do paciente deve ser feita com as técnicas corretas, o que irá otimizar tempo e segurança na realização. A partir do momento que se inicia a imobilização, obrigatoriamente deve ser executada a contenção física e a farmacológica respectivamente, devendo ser obedecidos essa ordem.

Nos relatos dos participantes GE4, AS1 e AS9 ressaltaram que mesmo visualizado a necessidade de um paciente ser contido mecanicamente, tenta-se estabelecer um diálogo para de alguma forma acalmar o paciente e evitar que o mesmo seja contido, explicando que será bem melhor que ele tente não agredir ninguém e que colabore com a equipe, isso evitará consequências mais drásticas por parte da equipe (contenção mecânica) e amenizará possíveis danos físicos que o paciente possa vir a sofrer por conta de sua agitação, e uma vez que o diálogo não surta efeito, parte-se então para a contenção mecânica. Descrevemos abaixo as falas dos participantes.

*[...] olha, é só agora enquanto você não está bem, enquanto você pode se machucar, pode machucar outras pessoas, mas depois que você melhorar, depois de uma medicação a gente te descontem. (GE4).*

*[...] pacientes que é a primeira internação, está com quadro depressivo, está meio isolado, a gente conversa mais um pouco, explica a situação e não precisa conter. (AS1).*

*[...] mantemos o diálogo, não funcionou, mandamos pra psicologia, agitou lá, bateu na mesa, então qual é a iniciativa, nossa atitude, conter o paciente que já é o último recurso depois de um diálogo que a gente mantém primeiro. (AS9).*

Paes et. al. (2011), concordam com as falas dos participantes pois dizem que nos últimos anos criaram-se mecanismos que redirecionaram o atendimento ao portador de transtorno mental no Brasil, como a lei 10.216/01 e o Programa Nacional de Avaliação

do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), tendo-se então uma nova maneira de utilizar técnicas de abordagem e comunicação verbal, dando um novo olhar a prática de saúde mental e assim diminuir a frequência do uso de métodos mais restritivos ou até mesmo eliminá-los, ficando somente seu uso aos casos mais extremos, em consonância com o que é preconizado.

Dentre as respostas dos entrevistados encontramos como dissonante a fala do participante GE4 que diz que a supervisão direta do enfermeiro na realização da contenção mecânica se faz necessária sempre, seja para orientar a melhor abordagem da equipe, para estabelecer o momento de se fazer a contenção, supervisionar o trabalho dos técnicos de enfermagem, principalmente na maneira como os mesmos executam a contenção e assim evitar possíveis excessos na hora da ação, evitando dessa forma que os técnicos não contenham um paciente por ter sido agredido ou de alguma forma ameaçado. Conforme a descrição abaixo, a fala é destacada.

[...] tem uns que entram mais para proteger, outros já porque “ah ele me agrediu, eu vou amarrá-lo”, então a gente tem que ter o enfermeiro sempre por perto, pra evitar esse tipo de abordagem, não ser agressivo. (GE4). (DISSONÂNCIA).

Segundo a Resolução 427/12 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2012), estabelece nos seus artigos que a realização do procedimento de contenção mecânica deve ser sob supervisão direta do enfermeiro, bem como o emprego da técnica somente em caso de necessidade e veda a sua utilização como forma de punição ou disciplina:

**Art. 1º** Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

**Art. 2º** A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

**Art. 3º** É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Categoria 2: Aspectos relacionados à equipe de enfermagem e responsabilidade do procedimento da contenção mecânica.

Em relação a esta categoria damos destaque aos depoimentos dos participantes GE3 e AS7 segundo eles a responsabilidade em realizar o procedimento da contenção mecânica é da equipe interdisciplinar, uma vez que o trabalho ocorre em equipe envolvendo diversas profissões, logo, cada profissional tem uma finalidade específica na realização do procedimento e todos devem estar presentes no momento da contenção, citam que deve ter o envolvimento de uma equipe interdisciplinar.

A contenção mecânica não é especificamente de um profissional, porque nós

trabalhamos com uma equipe multiprofissional, então ela é de responsabilidade de todos. (GE3).

Na minha opinião todos os profissionais que trabalham na saúde mental ... todos os profissionais tem que estar envolvidos. (AS7).

Para Waidman e Elsen (2005) o trabalho interdisciplinar ainda é um desafio e está longe de se conseguir fazer este tipo de trabalho, uma vez que os profissionais estão mais empenhados em desenvolver o que lhes compete individualmente no todo, e em boa parte das situações as condutas a serem tomadas para determinado paciente não são discutidas em equipe, de maneira que cada profissional faz sua parte de forma isolada.

Notou-se nos discursos dos participantes GE4, AS7, AS8, AS9, AS11, AS15 e AS21 que o médico pouco se envolve e participa da realização da contenção mecânica, e que dificilmente há a prescrição médica no prontuário do paciente indicando a necessidade de contenção. Dizem também que quando existe a necessidade iminente de conter o paciente o fazem através de uma orientação verbal, e quando não existe nenhuma orientação nem verbal e nem prescrita, mas existe a necessidade de realização do procedimento, tomam a iniciativa de conter o paciente e depois cobram do médico a inclusão da contenção mecânica no prontuário do mesmo, para os participantes essa é uma forma de garantir um respaldo legal. Destacamos abaixo as falas dos participantes AS7 e AS9.

[...] a contenção mecânica ela é orientada verbalmente, não tem uma ordem de prescrição por exemplo para o procedimento. Não tem prescrição, é a orientação verbal pra ação. (AS7).

[...] como ele é o responsável pela medicação, ele tem que se responsabilizar em prescrever a contenção do paciente, porque na hora de uma lesão ou um dano maior com o paciente, o médico diz assim "ah mas eu não mandei", [...] então muita das vezes passa pra nós essa responsabilidade, mas que deveria ser do médico em questão de prescrever, porque é nosso respaldo, está escrito. (AS9).

Na Resolução nº 1598/00 do Conselho Federal de Medicina (2015) em seus artigos 3º - parágrafo único, Art: 5º, Art: 10º e Art: 11º, é descrito sobre as competências e responsabilidades médicas quanto ao tratamento com o portador de transtorno mental, onde dizem que:

**Art. 3º** - Diretores técnicos e diretores clínicos são também responsáveis pela harmonia e integração da equipe multiprofissional envolvida na assistência aos enfermos psiquiátricos.

Parágrafo único – A participação em uma equipe multiprofissional não justifica a delegação de procedimentos específicos de cada profissão, nem isenta a responsabilidade profissional de cada agente diante dos organismos de fiscalização.

**Art. 5º** - Os médicos que atuam em estabelecimentos de assistência psiquiátrica são responsáveis pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e

reabilitadores em seu âmbito de competência. São de competência exclusiva dos médicos a realização de diagnósticos médicos, indicação de conduta terapêutica, as admissões e altas dos pacientes sob sua responsabilidade.

**Art. 10** - Qualquer tratamento administrado a um paciente deve ser justificado pela observação clínica e registrado no prontuário médico.

**Art. 11** – Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado, por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido.

Quando questionados sobre a existência do protocolo de contenção mecânica na unidade de emergência psiquiátrica do hospital referência, entre os participantes que afirmaram haver o protocolo na unidade, destacaram-se as falas de GE1, AS7, AS17 e AS31. Entretanto, nas falas de AS17 e AS31 mostra-se dissonante dos demais, pois apesar de conhecerem o protocolo, esses participantes queixam-se de não terem chamados os técnicos de enfermagem para participar da elaboração do mesmo.

O protocolo existe, temos um protocolo aqui na unidade sobre a contenção mecânica, fica no posto de enfermagem, todos tem acesso a ele. (GE1).

Sim, eu já tive acesso ao protocolo de contenção e já participei de uma reunião para reelaborar o protocolo. (AS7).

[...] de um tempo pra cá que já fizeram um protocolo, a realização do protocolo mas que a enfermagem, digamos assim, não foi muito ouvida, porque quem está diretamente com o paciente é a enfermagem 24 horas. (AS17). (DISSONANCIA)

Eu tenho uma cópia do protocolo da emergência psiquiátrica, [...] mas a maioria dessa elaboração não foram chamados os envolvidos, geralmente fica no nível superior, mas na grande maioria quem se envolve com as ações de imobilizar os pacientes e conter são os técnicos de enfermagem, é raro você encontrar o nível superior, [...] e a gente fica sempre de fora, ninguém pergunta o que a gente acha ou deixa de achar, então quando a gente vê o protocolo já saiu [...]. (AS31). (DISSONANCIA)

Fillipi et. al. (2011, p. 573-578) diz que o uso de protocolo institucional serve para que o profissional atue de maneira favorável ao paciente, uma vez que esse protocolo estará baseado em evidências científicas atualizadas sobre os componentes do cuidado em saúde. A instituição de protocolos gerais de segurança minimiza possíveis agressões que possam surgir contra os profissionais e ofertam segurança também aos pacientes (MANTOVANI et. al, 2010, p. 02)

Contraopondo-se ao que foi falado pelos participantes acima, as respostas de AS15 e AS28 foram destacadas ao afirmarem que não existe o protocolo de contenção mecânica na unidade de emergência psiquiátrica do hospital referência.

Se tem um protocolo? Não, não tem. [...] inclusive nós sempre cobramos da chefia geral de psiquiatria um protocolo para nossa psiquiatria que não tem, faz tempo, aí já tiveram várias conversas com o pessoal, enfermeiro e próprio médico que é a chefia da nossa clínica e eles falam que vai sair esse protocolo, que é um manual como tem no COREN, o que a gente pode ou não fazer, como deve ser feito, nós não temos isso, e nós sempre estamos cobrando, mas até agora nada. (AS15).

Não tem, eu sei que existe pra psiquiatria o protocolo, mas aqui não tem [...]. (AS28).

De acordo com Peres *et. al.*(2014) estes protocolos têm como objetivos principais orientar os profissionais de saúde sobre a indicação da utilização da contenção mecânica; oferecer assistência adequada e humanizada que mantenha a proteção do paciente com alterações de comportamento contra lesões e traumas provocados por ele mesmo ou a outros e que gere a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido; manter a integridade física e psíquica dos pacientes e profissionais de saúde que prestam a assistência aos mesmos.

### **3.2 Categoria 3: Aspectos relacionado à percepção dos entrevistados na realização da contenção mecânica na unidade de emergência psiquiátrica**

Nesta categoria os participantes expõem a sua opinião quanto à percepção sobre a maneira como se executa o procedimento de contenção mecânica na unidade de emergência psiquiátrica, e para os participantes GE5, AS4, AS5, AS18, AS19, AS22 e AS24 avaliam que a maneira que se realiza o procedimento está dentro da normalidade, seguindo as regras estabelecidas pelo protocolo. Damos destaque para as falas dos participantes GE5 e AS5.

[...] eu acho que a maneira que está sendo feita aqui se faz de maneira correta, não vejo nada de extraordinário [...] (GE5).

Segue as técnicas, primeiro a abordagem, a tentativa de convencer o paciente a não precisar da contenção mecânica, mas a gente segue as técnicas direitinho. (AS5).

Para Brischialiari *et. al.*(2008) o processo de educação continuada proporciona reflexões e mudanças nas atitudes da equipe de enfermagem ao realizarem seus procedimentos e na maneira de se relacionar com seus membros, dessa forma, a continuidade de espaços que visem o debate e as reflexões sobre as condutas que são adotadas pela equipe de enfermagem carecem de acontecer de forma constante e que possam integrar as demais profissões.

E para os participantes AS9, AS28 e AS29 acreditam que não está sendo feito da maneira correta a contenção mecânica dos pacientes na unidade.

Bem, falando por mim, tem contenção que eu pelo menos olho e vejo que não está correta, [...] então eu vejo dessa forma, ter uma contenção é necessária, mas tem que saber como a gente vai fazer isso, pro paciente não sair lesado. (AS9).

Não está sendo correto e nem segue as normas, até porque as normas preconizam

uma equipe de pessoas pra fazer a contenção, nunca tem esse quantitativo aqui [...] (AS28).

Já não é o ideal porque não participa toda a equipe, geralmente só o técnico de enfermagem e o enfermeiro, mais o técnico mesmo. (AS30).

Castro (2013) considera que diversos fatores interferem na boa realização de uma assistência adequada aos pacientes psiquiátricos, uma vez que cada paciente tem suas singularidades, e dessa forma necessitam ser assistidos de forma completa, e para realizar isso deve-se ter profissionais capacitados para saber agir em cada situação. Pontua também que se não houver estabelecimento de protocolos nas unidades e constantes discussões sobre as problemáticas enfrentadas no dia a dia, a assistência de enfermagem continuará frágil e com lacunas a serem cobertas.

### **3.3 Categoria 4: Aspectos relacionados a educação continuada na unidade de emergência psiquiátrica**

Essa categoria abordou-se os aspectos relacionados à capacitação da equipe atuante na unidade de emergência psiquiátrica. Os participantes AS1, AS6, AS21, AS25, AS26 e AS33 afirmam ter participado de curso de capacitação sobre contenção mecânica para atuarem na unidade. Destacamos as falas de AS1, AS6 e AS21.

Aqui eles oferecem a priori um curso de contenção mecânica onde eles explicam o porquê da contenção, falam em que situação conter o paciente, a avaliação que é dada pela equipe de enfermagem, pelos enfermeiros, pelos técnicos, pra ver se realmente há necessidade de conter o paciente, [...] é oferecido um curso que a gente se capacita, aprende a conter pra não garrotear o membro do paciente, pra que não fique edemaciado. (AS1).

Com certeza, recebemos toda capacitação, porque a unidade ela precisa de pessoas que sejam capacitadas tanto profissionalmente como psicologicamente [...] (AS6).

*A capacitação geralmente nós aprendemos logo quando entramos, nós passamos por um treinamento rápido e foi passado pelo enfermeiro daqui, passou sobre contenção, nós tivemos também depois outro profissional, mas aí já foi mais pra esclarecer pra gente técnicas de como abordar o paciente, de imobilização. (AS21).*

Lessmann et. al.(2012) dizem que o processo de educação continuada em enfermagem oferece perspectivas de melhora no trabalho interdisciplinar e reforça o atendimento humanizado, e que cada vez mais com as pressões que os profissionais sofrem em se adaptar as novas realidades do mundo do trabalho, torna-se imprescindível que os mesmos estejam afinados e subsidiados em sua prática diária. Reforçam ainda que os profissionais devem buscar sempre ampliar os conhecimentos de forma constante, combinando sempre a prática diária alicerçada na interdisciplinaridade e dando sempre um enfoque multidimensional.

Já os participantes AS3, AS5, AS7, AS8, AS10, AS13, AS15, AS17, AS18, AS23, AS31 e AS32 dizem que não passaram por nenhum tipo de capacitação para realizar o



procedimento de contenção mecânica, e que as técnicas que utilizam no procedimento foram aprendidas na prática diária, ao longo dos anos, com outros colegas mais antigos e sempre errando e acertando, mas não foram treinados para isso. Damos destaque nas falas de AS3, AS5 e AS7.

Na verdade essa capacitação, ser capacitado, isso não ocorre, porque ninguém aqui recebeu um treinamento adequado para fazer, para realizar essa contenção, na verdade a gente vai aprendendo isso no dia a dia, um com o outro, errando e acertando. (AS3).

Nada, nada, capacitação nenhuma, o que eu aprendi de abordagem de contenção foi aqui com os funcionários de antigamente, no dia a dia. (AS5).

Vou te ser sincera, eu não tive, quando eu entrei aqui eu fui treinada a parte teórica sobre a contenção mecânica, o que eu aprendi foi na pratica diária [...]. (AS7).

Os profissionais que atuam na saúde mental devem estar aptos e qualificados para exercerem tais atividades com os pacientes que possuem transtornos mentais, pois a necessidade de cada paciente é variável de acordo com sua patologia psíquica, exigindo dos profissionais habilidades para que possam saber contornar cada tipo de intercorrências que aparecerem, e mais especificamente a equipe de enfermagem está sujeita a sofrer maior interferência negativa devida ser a profissão que lida mais diretamente na assistência ao paciente, à família e junto à equipe interdisciplinar<sup>18</sup> (MONTEIRO ACP; CRUZ LML da; DIAS ACP, 2013).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo foi possível vivenciar uma realidade que poucos conhecem, uma vez que desde antigamente a sociedade procurou sempre tirar de seu convívio as pessoas consideradas “loucas” e que de alguma forma poderiam causar perturbação na ordem pública, são essas pessoas que diariamente chegam a uma unidade de emergência psiquiátrica e ali iniciam um longo processo de tentativas de recuperar a já fragilizada saúde mental, o que infelizmente nem sempre é possível, podendo inclusive sair com mais sequelas psicológicas e traumáticas, ocasionadas pelas condutas diante da contenção mecânica.

A equipe de enfermagem desempenha um papel importante no processo de assistência na emergência psiquiátrica, uma vez que são esses profissionais que de fato estão sempre na supervisão e são os primeiros a identificar possíveis agitações que os pacientes possam apresentar. A equipe de enfermagem ainda não tem o devido esclarecimento sobre suas reais funções na realização da contenção mecânica e acabam por assumir quase que de forma isolada esse procedimento e conseqüentemente são os únicos presentes no momento de se conter o paciente.

Os profissionais técnicos de enfermagem estão suscetíveis a várias situações cotidianas, pois para eles já tornou-se natural e imutável a maneira de se fazer a contenção

mecânica, cabendo tão somente a eles realizar essa tarefa, e que muitas vezes nem mesmo recebem a supervisão de um profissional do nível superior como o enfermeiro, e a fazem sem um devido respaldo legal. Isso gera revolta e frustração na equipe de técnicos, e justificam que de alguma forma essa falta de conhecimento está no fato de a instituição não subsidiá-los com o conhecimento específico sobre a contenção mecânica.

O protocolo de contenção existe na unidade, contudo por algum motivo nem todos conhecem ou tiveram acesso, e cabe a chefia de enfermagem e aos enfermeiros assistentes, disponibilizar e fazer treinamentos baseados nesses protocolos, pois a existência desse tipo de documento é justamente para respaldar o trabalho da equipe de saúde. Percebe-se que essa equipe se mostra desmotivada, fato este que pode estar relacionado a desvalorização sofrida pela enfermagem, os baixos salários, jornadas excessivas de trabalho, superlotação da unidade de emergência psiquiátrica, alta demanda de atendimentos e procedimentos e até mesmo pela falta de colaboração de outros profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar, deixando a enfermagem ainda mais sobrecarregada.

Ficou claro a falta de integração da equipe interdisciplinar no processo de atendimento emergencial, pois a enfermagem trabalha de forma isolada no que se refere ao momento da realização da contenção mecânica, pois a presença dos outros membros da equipe interdisciplinar é rara ou nunca aparecem.

Através desse estudo foi possível verificar que a equipe de enfermagem não está preparada para atuar na contenção mecânica, uma vez que não realizam o procedimento seguindo as recomendações do protocolo de contenção estabelecido pela instituição, fazendo-o, portanto a boa maneira que aprenderam no dia a dia, com os colegas mais antigos ou como se expressaram, na “marra”. Esse despreparo interfere na compreensão desses profissionais entre o certo e o errado no momento do procedimento. Desta forma, por não haver uma uniformidade de conduta na contenção mecânica, aumenta o risco de danos em relação a segurança do paciente e dos profissionais que estão diretamente envolvidos no procedimento de atenção emergencial ao paciente com transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Editora 70. Lisboa, 2012.

BRISCHIALIARI, A.; MAFTUM, M.A.; WAIDMANN, M.A.P.; MAZZA, V.A.

**Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas**. Ver. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10(4) : 1080-90. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a21.htm>>. Acesso em: 10 de Junho de 2015.

CASTRO, A.R.S. **Cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo**. 2013. 89 f. [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**–

Resolução COFEN N. 311/2007 [Internet]. 2012. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-31107-aprova-a-reformulacao-do-codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem\\_128.html](http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-31107-aprova-a-reformulacao-do-codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_128.html)>. Acesso em: 11 de jun de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N. 427/2012 [Internet]. 2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html)>. Acesso em: 12 jun de 2015

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM N. 1598/2000 [Internet]. 2000. Disponível em:< Acesso em 12 de junho de 2015.

FILLIPI, J.; FLORES, A.; BETTINELLI, L.A.; POMATTI, D.M. **A equipe multiprofissional ao uso da contenção mecânica.** Revista Contexto & Saúde- Ijuí – Editora UNIJUÍ – v.10 n.20 Jan/Jun. 2011 p. 573-578.

LESSMANN, J.C.; LANZONI, G.M.M.; GUBERT, E.; MENDES, P.X.G.; PRADO, M.L.;

BACKES, V.M. **Educação profissional em enfermagem: necessidades, desafios e rumos.** Re. Min. Enferm.;16(1): 106-110 jan./mar., 2012.

MANTOVANI, C.; MIGON, M.N.; ALHEIRA, F.V.; DEL-BEM, C.M. **Manejo de paciente agitado ou agressivo.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32. supl.2. São Paulo. Out. 2010.

MARCOLAN, J. F. **Técnica Terapêutica da Contenção Física.** – 1. ed. – São Paulo: Roca, 2013.

MONTEIRO, A.C.P.; CRUZ, L.M.L.; DIAS, A.C.P. **Enfermagem e saúde do trabalhador em instituição psiquiátrica.** Rev Min Enferm. 2013 out/dez; 17(4): 838-845.

PAES, M.R.; BORBA, L.O.; BRUSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, N.A.; MAFTUM, M.A. **Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem.** Ver. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4): 479-84

PAES, M.R.; BORBA, L.O.; MAFTUM, M.A. **Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de enfermagem.** Cienc Cuid Saúde 2011 Abr/Junh; 10(2):240-247.

PERES, A.S.; AMARAL, A. A.; BARROS, E P.; SANTOS, R.N. **O conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção de traumas durante a contenção mecânica em uma unidade psiquiátrica.** Trabalho de Conclusão de Disciplina- Escola de Enfermagem Magalhães Barata- Universidade do Estado do Pará, 2014.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A.F. **Emergências psiquiátricas.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.333 p.  
SILVA, A.A.; TONELLI, H.A.; BRAGA, M.C. **Atendimento e manejo de emergências do comportamento.** 1o Congresso da Rede Nacional do SAMU – 192; 20 mar-23 2006; Brasília.

SCHWIDERSKI, A. C.; TCHAIKOVSKI, O.; MANZARRA, S. Protocolo de **Procedimentos de Contenção Mecânica** – Hospital Colônia Adauto Botelho. Revisado em out de2013[Internet].2015.Disponivelem:<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contenco\\_mecanica.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contenco_mecanica.pdf)>. Acesso em: 24 ago de 2015.

WAIDMAN, M.A.P.; ELSEIN, I. **O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização.** Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3): 341-9.

# CAPÍTULO 12

## DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS EM SAÚDE COLETIVA: DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE DA REGIÃO CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de Submissão: 11 /05/2020*

### **Mariana Costa Ferreira Righi Rodrigues**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais -  
Acadêmica de Medicina  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2286197054482813>

### **Luiza Mara Vieira Rocha**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais -  
Acadêmica de Medicina  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8646796255441409>

### **Sara Peixoto Rabelo**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais -  
Acadêmica de Medicina  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/47458670463051>

### **Felipe Gildin**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais -  
Acadêmico de Medicina  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/9011894558275763>

### **Pedro Henrique Mota Alfredo**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais -  
Acadêmico de Medicina  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3671835330975840>

### **José Felipe Pinho da Silva**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais -  
Discente do curso de Fisioterapia  
Belo Horizonte, Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8485103035909003>

**RESUMO: Introdução:** Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Hoje, há um consenso quanto à importância dos DSS na situação da saúde, o qual foi sendo gradativamente construído na história, merecendo destaque para tal caminhada a teoria Miasmática, a qual afirma que as condições econômicas e sociais exercem importante efeito sobre saúde e doença. Também os modelos de Dahlgren e Whitehead e de Diderichsen, pois permitem identificar pontos para intervenções políticas, no sentido de minimizar os diferenciais dos DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos, reconhecendo a importância dos DSS. **Objetivo(s):** Identificar os Determinantes Sociais de Saúde que são peculiares à comunidade Cafezal e analisar seus desdobramentos na saúde e na qualidade de vida dos moradores. **Métodos:** Trata-se de uma análise descritiva que utilizou a técnica de estimativa rápida com entrevistas com informantes chaves e observação do território como forma de coleta de dados. **Resultados:** Partindo da observação do cenário atual da comunidade Cafezal, foi possível perceber a presença de um relevo acidentado, restrição do acesso à alimentos naturais, baixo nível de instrução, altas taxas de desemprego, habitações precárias, falta de água potável e saneamento básico, dificuldade de acesso aos serviços públicos e criminalidade ostensiva. **Conclusão:** Apesar da comunidade do cafezal estar localizada na região centro sul de Belo Horizonte, a comunidade apresenta

diversos determinantes sociais de saúde que contribuem para uma maior vulnerabilidade dos moradores a doenças e a um maior prejuízo funcional diante dos problemas relacionados à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública; Educação em Saúde Pública, Saneamento Básico.

## CONTEMPORARY CHALLENGES IN COLLECTIVE HEALTH: SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTH IN A COMMUNITY IN THE REGION SOUTH CENTER OF BELO HORIZONTE

**ABSTRACT: Introduction:** Social Determinants of Health (DSS) are the social, economic, cultural, ethnic, psychological and behavioral factors that influence the occurrence of health problems and their risk factors in the population. Today, there is a consensus regarding the importance of SDH in the health situation, which has been gradually built in history, and the Miasmatic theory, which affirms that economic and social conditions have an important effect on health and disease deserves special mention. Also the models of Dahlgren and Whitehead and Didericksen, as they allow the identification of points for political interventions, in order to minimize the differentials of the DSS originated by the social position of individuals and groups, recognizing the importance of the DSS. **Objective (s):** To identify the Social Determinants of Health that are peculiar to the Cafezal community and to analyze their consequences on the health and quality of life of residents. **Methods:** This is a descriptive analysis that used the technique of rapid estimation with interviews with key informants and observation of the territory as a form of data collection. **Results:** Based on the observation of the current scenario of the Cafezal community, it was possible to perceive the presence of a rugged relief, restricted access to natural foods, low education levels, high unemployment rates, precarious housing, lack of drinking water and basic sanitation, difficulty in accessing public services and overt crime. **Conclusion:** Although the coffee plantation community is located in the south central region of Belo Horizonte, the community presents several social determinants of health that contribute to a greater vulnerability of residents to diseases and to a greater functional impairment in the face of health-related problems.

**KEYWORDS:** Public Health; Public Health Education, Basic Sanitation.

### 1 | INTRODUÇÃO

Existem diversos modelos e definições que buscam explicar e exemplificar o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Estes estão com diferentes graus de detalhamento, mas na maior parte das vezes abordam e conceituam o tema de forma generalizada. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Já para a comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

O conflito na saúde pública entre os enfoques biológico e social do processo saúde e doença esteve no centro do debate por muito tempo até que, em 1948, por meio da nova

definição constitucional da OMS de saúde ( "Um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"), ficou claro o novo enfoque na concepção de saúde pública. Essa definição expressa a intenção de atacar as causas primárias das doenças e os mecanismos pelos quais as condições do contexto social afetam a saúde e podem ser modificadas por ações específicas sobre os determinantes.

O fato é que hoje, há um consenso quanto à importância dos DSS na situação da saúde, o qual foi sendo gradativamente construído na história.

Merece destaque nesse contexto a Teoria Miasmática, a qual afirma que as condições econômicas e sociais exercem importante efeito sobre saúde e doença. E também os modelos de Dahlgren e Whitehead e de Diderichsen e Hallqvist, que permitem identificar pontos para intervenções políticas, no sentido de minimizar os diferenciais dos DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos, reconhecendo a importância dos DSS.

De toda forma observase um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Como consequência, as intervenções sobre os DSS no Brasil receberam importante impulso. Principalmente em virtude da criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 13 de março de 2006 em resposta ao movimento global em torno dos DSS iniciado décadas antes pela OMS.

Nos dias de hoje o mundo avança para a perspectiva de focalizar nas populações por meio de ações direcionadas às sociedades. Por isso, esse artigo busca descrever os determinantes sociais da saúde particulares da Comunidade Cafezal, determinados a partir da observação da realidade socioeconômica em que os indivíduos que compõe a comunidade estão submetidos.

## **2 | OBJETIVOS**

Identificar os Determinantes Sociais de Saúde que são peculiares à comunidade Cafezal e analisar seus desdobramentos na saúde e na qualidade de vida dos moradores.

## **3 | MÉTODOS**

Foram utilizados os métodos de estimativa rápida com entrevistas com informantes-chaves (agentes de saúde, comerciantes locais, moradores da região, profissionais do posto de Saúde e funcionários da creche local) por meio de um questionário semi-estruturado (Anexo 1) aplicado durante as visitas domiciliares realizadas na comunidade Cafezal e a observação do território realizado no mesmo momento. Ambos os métodos, efetuados durante o mês de abril de 2018, funcionaram como forma de coleta de dados

para uma análise descritiva dos determinantes sociais de saúde que afetam a localidade.

## 4 | RESULTADOS

Parte das análises foram realizadas a partir dos questionários aplicados em 26 informantes da região (Anexo 2-Tabela 1), sendo 23% dos entrevistados do sexo masculino e 77% do sexo feminino. A média de idade foi de 54.33 anos, 86.4% tinham pelo menos 1 filho e 57.7% dos entrevistados apresentava algum problema de saúde. Quanto à percepção subjetiva do estado de saúde, 57.69% viam a própria saúde com regular, 34.61% ótima e 3.84% péssima. No que se refere à maior preocupação dos entrevistados em relação a sua saúde e a de seus familiares, 33.3% responderam Diabetes/HAS/Doença Renal/Colesterol, 9.5% alterações de visão, 23.8% Dengue e Febre Amarela, 4.7% micose, 4.7% doença mental.

Além disso, os participantes foram questionados em relação ao seu conhecimento sobre a estrutura do sistema de saúde (Anexo 3- Tabela 2). 54.5% dos entrevistados relatam ter conhecimento acerca da estrutura do Sistema Único de Saúde, entretanto somente 22.7% receberam informações sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde. No que diz respeito à principal fonte de informações sobre saúde, 77.2% responderam ser o posto de saúde, 18.1% os agentes comunitários de saúde e 4.5% a internet. Em relação à comissão local de saúde, 11.5% dos entrevistados tinham conhecimento sobre as ações desenvolvidas por essa estrutura e, apenas 3.8% participavam da comissão local de saúde. Ademais, quando questionados sobre o conhecimento relacionado os serviços prestados pelo anexo do posto intitulado “Casa Verde”, 57.7% dos entrevistados responderam que conheciam a estrutura e 42.3% já tinha utilizado algum serviço disponibilizado pelo anexo.

Os participantes também foram questionados quanto aos porquês da não utilização dos equipamentos públicos de atividade física (anexo 4). 50% responderam que não sentem motivação, 32% responderam não possuir tempo para tal, 8% responderam que o entrave era a distância e 8% disse não praticar por conta das suas condições de saúde.

A outra fonte de análise foi a observação do cenário atual da comunidade Cafezal. Com base nela, foi possível perceber a presença de um relevo acidentado, restrição do acesso à alimentos naturais, baixo nível de instrução, altas taxas de desemprego, habitações precárias, falta de água potável e saneamento básico, dificuldade de acesso aos serviços públicos e criminalidade ostensiva (taxa de homicídios por 100 mil habitantes na região = 41).

## 5 | DISCUSSÃO

Podemos observar através da análise dos resultados obtidos na pesquisa de campo que mais da metade dos entrevistados (61,53%), quando indagada a avaliar subjetivamente

a própria saúde, não a vê como boa, mas sim, como regular (57,6%), ou péssima (3.84%). Esses números são preocupantes uma vez que apenas 54.5% dos entrevistados tinham conhecimento da estrutura do centro de saúde referência de sua região, evidenciando uma falha no sistema que, se corrigida com campanhas para popularização do posto, tem potencial para melhorar a autopercepção de saúde dessas pessoas.

Vale ressaltar que, como a presente pesquisa teve enfoque sobre os determinantes sociais em saúde, possui um caráter predominantemente observacional, havendo assim uma carência de dados concretos. Dentre as observações realizadas foi notório que a comunidade possui um relevo muito acidentado e o próprio centro de saúde se localiza em uma área de difícil acesso por estar no topo do morro. Observamos também um grande contraste quanto ao fluxo de pessoas entre o período da manhã (pouco movimento) e da tarde (intenso movimento), fato que corrobora com a grande taxa de desemprego da região. Ao visitarmos as casas do complexo observamos severos atrasos estruturais, tanto da demanda pública (falta de saneamento e água potável) quanto da demanda particular (alvenaria).

Deixando o campo da subjetividade e analisando as pessoas que possuem um patologia já diagnosticada, pouco mais da metade dos entrevistados (57,7%) possuíam alguma condição, na maioria das vezes crônica. Uma das hipóteses para esses números está ligada à amostra, pois a média de idade dos participantes foi de 54.33 anos.

## 6 | CONCLUSÃO

A comunidade do Cafezal apresenta elevada densidade populacional, principalmente de baixa renda, o que favorece seu contraste social com a região em que está localizada, a centro sul da capital mineira, que possui altos níveis socioeconômicos. Ademais, a comunidade sofre com determinantes sociais que são fatores importantes para a compreensão da saúde coletiva dessa população, dentre os quais se destacam a falta de saneamento básico, baixo nível de instrução dos moradores, a criminalidade ostensiva, o terreno acidentado e a dificuldade de acesso a serviços de saúde. Esses pontos, observados a partir da pesquisa de campo realizada na região, contribuem para a vulnerabilidade dos moradores à doença e prejuízo funcional diante dos problemas relacionados à saúde.

## REFERÊNCIAS

ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health**, October 23- 24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland. Disponível em: <http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>. Acesso em: 01/05/18.

Buss, Paulo Marchiori, and Alberto Pellegrini Filho. “**A saúde e seus determinantes sociais.**” *Physis: revista de saúde coletiva* 17 (2007): 77-93.



COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br). Acesso em: 01/05/18.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. **Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, Jan. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. et al. **Práticas de saúde pública**. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - Questionário semiestruturado

| Questões  |
|---|
| Idade do entrevistado   |
| Sexo (0) FEMININO (1) MASCULINO   |
| Voce possui filhos? (0) NÃO (1) SIM   |
| Voce apresenta algum problema de saúde (0) NÃO (1) SIM  |
| Atualmente como você considera sua saúde? (0) PÉSSIMA (5) REGULAR (10) ÓTIMA  |
| Na sua opinião quais fatores observados na comunidade podem contribuir para o surgimento de problemas de saúde?   |
| Hoje qual é a sua maior preocupação em relação a sua saúde e de seus familiares?  |
| Voce conhece a estrutura do serviço único de saúde (SUS)? (0) NÃO (1) SIM   |
| Alguma vez você já teve oportunidade de ler algo ou alguém lhe explicou com funciona o SUS? (0) NÃO (1) SIM   |
| Quando você necessita de alguma informação sobre saúde qual é sua principal fonte? (P) posto de saúde (I) internet (D) outros                                 |
| Qual é o grau de satisfação com a estrutura do posto de saúde cafezal? (0) muito pouco satisfeito (5) satisfeito mas pode melhorar (10) totalmente satisfeito |
| Quando você vai ao posto, quanto tempo em média você aguarda para o atendimento? (colocar tempo aproximado)   |
| Quantas vezes você precisou ir ao posto no último mês? (colocar quantidade de vezes conforme descrito pelo entrevistado sem citar números)                    |
| Com qual frequência você consegue ter suas necessidades atendidas ao ir até o posto de saúde? (0) Nenhuma; (5) Em algumas vezes (10) todas as vezes           |
| Voce considera que há profissionais de saúde suficientes para atender as necessidades do posto? (0) NÃO (1) SIM   |
| Qual especialidade disponível no posto de saúde você mais utiliza?  |
| Na sua opinião qual especialidade deveria existir no atual posto de saúde que ainda não é disponibilizada?  |
| Caso fosse feita uma reforma no posto de saúde, o que você considera mais importante melhorar?  |
| Voce conhece as ações desenvolvidas pela comissão local de saúde? (0) NÃO (1) SIM   |
| Voce participa das reuniões da comissão local de saúde? (0) NÃO (1) SIM   |
| Voce acha que as ações da comissão local de saúde são devidamente divulgadas? (0) NÃO (1) SIM   |
| Qual é a forma que você considera mais eficiente para a divulgação de ações da comissão local de saúde?   |
| (1) Cartazes no comércio (2) divulgação pelos agentes de saúde (3) outras formas de divulgação (Qual?)  |
| Voce conhece os serviços prestados pelo anexo "casa verde"? (0) NÃO (1) SIM   |
| Voce já utilizou algum serviço disponibilizado no anexo casa verde? (0) NÃO (1) SIM   |
| Voce participa de alguma associação/igreja ou grupos comunitários (0) NÃO (1) SIM   |
| Voce utiliza os equipamentos de ginástica disponibilizados na comunidade? (0) NÃO (1) SIM   |
| Se não, qual o motivo de não utilizar?  |

### ANEXO 2

| Dados  | ENTREVISTADOS   |       |
|--|---|-------|
|  | Média ± DP  | n (%) |
| Idade (anos)   | 54,33 ± 6,11  | N=26  |
| Genero   | MAS. 6 (23%) - FEM. 20 (76%)  | N=26  |
| Voce possui filhos?  | 19 (86,4%) sim  | N=22  |
| Apresenta algum problema de saúde.                             | 15 (57,7%) sim  | N=26  |
| Percepção subjetiva do estado de saúde.                        | 6,34 ± 0,59<br>1 (3,84%) PÉSSIMA<br>15 (57,69%) REGULAR<br>9 (34,61%) ÓTIMA   | N=25  |
| Maior preocupação em relação a sua saúde e de seus familiares. | 7 (33,3%) Diabetes/H.A./Rins/Colesterol<br>2 (9,5%) Alterações de Visão<br>5 (23,8%) Dengue/Febre amarela<br>1 (4,7%) Micose<br>*1 (4,7%) Doença mental<br>5 (24%) Nenhum | N=21  |

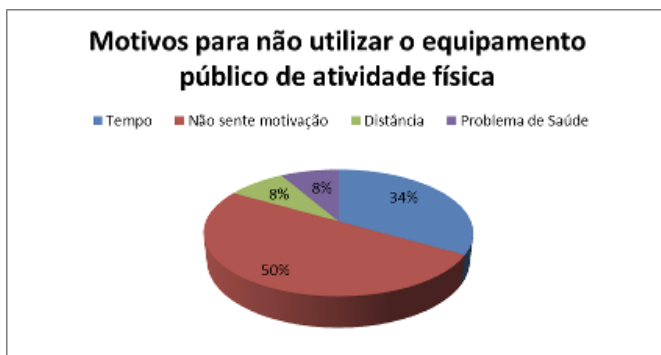
Tabela 1- Perfil dos entrevistados

## ANEXO 3

| Dados   | ENTREVISTADOS |                           |
|---|---------------|---------------------------|
|   | Média ± DP    | n (%)                     |
| Relatam conhecer a estrutura do serviço único de saúde (SUS)                  | 12 (54,5%)    | sim N=22                  |
| Receberam informações sobre o funcionamento do SUS                            | 5 (22,7%)     | sim N=22                  |
| Principal fonte de informação sobre saúde.                                    | 17 (77,2 %)   | Posto de Saúde N=22       |
|   | 1 (4,5%)      | Internet                  |
|   | 4(18,1%)      | ACSS                      |
| Conhecimento sobre as ações desenvolvidas pela comissão local de saúde        | 3 (11,5 %)    | sim N=26                  |
| Participação nas reuniões da comissão local de saúde                          | 1 (3,8%)      | sim N=26                  |
| Acham que há uma divulgação adequada da comissão local de saúde.              | 3 (11,5 %)    | sim N=26                  |
| Forma de divulgação ações da comissão local de saúde que julga eficiente.     | 11 (50%)      | Cartazes no comércio N=22 |
|   | 10 (41 %)     | *ACSS                     |
|   | 1 (4,5%)      | Outros                    |
| Conhece os serviços prestados pelo anexo "casa verde"                         | 15 (57,7 %)   | sim N=26                  |
| Já utilizou algum serviço disponibilizado no anexo casa verde.                | 11 (42,3 %)   | sim N=26                  |
| Participa de alguma associação/igreja ou grupos comunitários                  | 13 (59,1 %)   | sim N=22                  |
| Utiliza os equipamentos Públicos de atv física disponibilizados na comunidade | 9 (40,9 %)    | sim N=22                  |

Tabela 2 - Conhecimento em relação à estrutura dos serviços de saúde

## ANEXO 4



# CAPÍTULO 13

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A MELHORA NA PERCEPÇÃO DE AUTOCUIDADO EM PACIENTES DIABÉTICOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 04 /05/2020

### **Yasmin Renata Soares de Lima**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/0638192986500159>

### **Agnes Cristy de Mesquita**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/1820285269882649>

### **Ana Paula de Moura Galle**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/3413017510741317>

### **Caroline Senábio Mendes**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/7116460506167192>

### **Laura Beatriz Oliveira Ferreira**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/1734187324802699>

### **Ana Karolina Franzim Garcia**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/5459690820363996>

### **Adriele Faria Onning**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/2140439138308299>

### **Beatriz Nogueira de Araújo**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/0422363486715539>

### **Walkiria Shimoya-Bittencourt**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/8479171642259186>

### **Tiago Henrique Souza Nobre**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/1205014744362652>

### **Lorena Frange Caldas**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/5680996181961023>

### **Ariane Hidalgo Mansano Pletsch**

Universidade de Cuiabá, Faculdade de  
Fisioterapia  
Cuiabá-MT

Lattes <http://lattes.cnpq.br/6658394988670069>

**RESUMO:** O diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) é uma doença crônica, sendo considerado um

problema de saúde pública que leva a diversas complicações. A educação em saúde é fundamental para o êxito de intervenções preventivas, principalmente com relação a DM-2. Objetivo foi avaliar a percepção de autocuidado em diabéticos assistidos na atenção básica em saúde de forma que minimizem as complicações. Estudo transversal, de caráter descritivo, realizado na Unidade de Saúde da Família João Bosco Pinheiro em Cuiabá, MT, submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade de Cuiabá. Foi composto por diabéticos na faixa etária de 40 a 70 anos acima de 5 anos com DM-2. Realizado em três momentos: avaliação, intervenção e reavaliação, na avaliação e reavaliação foi realizado coleta de dados clínicos e aplicação do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). A parte educativa foi realizada em grupo com abordagem de roda de conversa com orientações multidisciplinares de autocuidados em DM, uma vez por semana, durante 60 minutos com duração de três meses. Conforme as recomendações da Organização Pan Americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde, que ressaltam a importância do comportamento da pessoa com diabetes em relação a sua saúde é fundamental para evitar as complicações da doença. Analisou-se a distribuição dos dados pelo teste Shapiro-Wilk, para as variáveis que apresentaram distribuição normal foi aplicado o teste T (Paired Samples Test) para as comparações ao longo do tempo (pré e pós-intervenção). Foi considerado um nível de significância de 5% e o processamento dos dados foi realizado por meio do software BioEstat, versão 5.3. Os voluntários apresentaram sintomas moderados de polineuropatia diabética. As características demográficas e clínicas foram apresentados na tabela 1 e tabela 2, apresentou resultado QAD pré e pós intervenção. Evidenciou-se que a maioria eram mulheres idosas, com sintomas moderados de polineuropatia diabética, cronicidade da doença, obesidade grau I, baixa escolaridade. O Ministério da Saúde referência que a educação em saúde baseada na troca de saberes e experiências favorecendo o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre o saber científico e popular A educação em saúde é fundamental para o êxito de intervenções preventivas no âmbito comunitário principalmente com relação às doenças crônicas dentre elas destaca-se a diabetes mellitus, pois são enfermidades com alta prevalência e morbimortalidade, sendo consideradas problemas de saúde pública (Ministério da Saúde, 2001). Podemos concluir que o grupo educativo apresentou boa adesão com moderada assiduidade e houve diferença significativa no pré e pós intervenção na percepção autocuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus tipo 2, autocuidado, atenção básica.

### HEALTH EDUCATION FOR BETTER PERCEPTION OF SELF-CARE IN DIABETIC PATIENTS ASSISTED IN BASIC CARE

**ABSTRACT:** Type 2 diabetes mellitus (DM-2) is a chronic disease, being considered a public health problem that leads to several complications. Health education is fundamental to the success of preventive interventions, especially with regard to DM-2. Objective was to evaluate the perception of self-care in diabetics assisted in primary health care in order to minimize complications. Cross-sectional, descriptive study, carried out at the João Bosco Pinheiro Family Health Unit in Cuiabá, MT, submitted to the research ethics committee of the University of Cuiabá. It was composed of diabetics in the age group of 40 to 70 years old over 5 years with DM-2. It was carried out in three moments: evaluation, intervention and reassessment, in the evaluation and reassessment, clinical data were collected and the Diabetes Self-Care

Activities Questionnaire (PAF) was applied. The educational part was carried out in a group with a conversation wheel approach with multidisciplinary guidelines for self-care in DM, once a week, for 60 minutes lasting three months. According to the recommendations of the Pan American Health Organization and the World Health Organization, which emphasize the importance of the behavior of people with diabetes in relation to their health, it is essential to avoid the complications of the disease. The data distribution was analyzed using the Shapiro-Wilk test, for the variables that showed normal distribution, the T test (Paired Samples Test) was applied for comparisons over time (pre and post-intervention). A significance level of 5% was considered and the data processing was performed using the BioEstat software, version 5.3. The volunteers showed moderate symptoms of diabetic polyneuropathy. Demographic and clinical characteristics were shown in Table 1 and Table 2, with pre- and post-intervention PAF results. It was evidenced that the majority were elderly women, with moderate symptoms of diabetic polyneuropathy, chronic disease, obesity grade I, low education. The Ministry of Health mentions that health education based on the exchange of knowledge and experiences favoring the understanding of the health promotion process and the exchange between scientific and popular knowledge Health education is fundamental for the success of preventive interventions at the community level especially with regard to chronic diseases, among them diabetes mellitus stands out, as they are diseases with high prevalence and morbidity and mortality, being considered public health problems (Ministério da Saúde, 2001). We can conclude that the educational group showed good adherence with moderate attendance and there was a significant difference in the pre and post intervention in the perception of self-care.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus type 2, self-care, basic care.

## AGRADECEMOS

A equipe de saúde da USF João Bosco Pinheiro, NASF Norte a Secretaria Estadual e Saúde do Mato Grosso e a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, a FUNADESP pela bolsa de iniciação científica e a Universidade de Cuiabá.

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Thais Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2189-2197, 2008.

CISNEROS, Ligia de Loliola; GONÇALVES, Luiz Alberto Oliveira. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, p. 1505-1514, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, **Ministério da Saúde**; 2001.

| Grupo Educação (GE)            | GE pré-intervenção | GE pós-intervenção | P VALOR |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|---------|
| Gênero (feminino) <sup>a</sup> | 15                 | 15                 | ----    |

|  |                |           |        |
|--|----------------|-----------|--------|
| Frequência no tratamento (sessões) <sup>b</sup>            | -----          | 6,1(3,81) | 0.001* |
| Escolaridade (anos) <sup>b</sup>                           | 4,54 (4,19)    | -----     | 0.090  |
| Tempo Diagnóstico (anos) <sup>b</sup>                      | 7,28 (5,88)    | -----     | 0.010  |
| Idade (anos) <sup>b</sup>                                  | 60,95 (8,43)   | -----     | 0.150  |
| Estatura (m) <sup>b</sup>                                  | 1,59 (0,10)    | -----     | 0.117  |
| Massa (kg) <sup>b</sup>                                    | 78,89 (21,88)  | -----     | 0.002* |
| Índice de massa corporal (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>b</sup> | 30,88 (7,76)   | -----     | 0.001* |
| Pressão arterial sistólica (mmHg) <sup>b</sup>             | 127,42 (18,47) | -----     | 0.692  |
| Pressão arterial diastólica (mmHg) <sup>b</sup>            | 82,08 (11,41)  | -----     | 0.216  |
| Glicemia capilar (mg/dL) <sup>b</sup>                      | 188,44 (75,26) | -----     | 0.012  |

Tabela 1. Características demográficas e clínicas dos voluntários, na avaliação inicial do Grupo Educação ( n= 24).

<sup>a</sup>valores apresentados em números absolutos; <sup>b</sup>valores apresentados em média (desvio padrão); realizado teste Shapiro-Wilk, \* p<0,05 em relação ao respectivo pré-intervenção.

| Grupo       | QAD (escore)    |                 |
|-------------|-----------------|-----------------|
|             | Pré-intervenção | Pós-intervenção |
| GE (n = 27) | 15,33 (4,49)    | 27,75 (6,02)*   |

Tabela 2. Comparação da variável do escore do Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), grupo Educação (n=24).

Escore QAD; Valores apresentados em média (desvio padrão); \*Diferença significativa entre os tempos (teste T Paired Samples Test p<0,05) em relação ao respectivo pré-intervenção.



Figura 1 – Grupo de orientações autocuidado, tema abordado orientações do cuidado com o pé diabético, local UBS João Bosco Pinheiro.



Figura 2 – Grupo de orientações autocuidado, tema abordado orientações alimentares no controle do diabetes, local UBS João Bosco Pinheiro.



# CAPÍTULO 14

## EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 04/05/2020

### **Anna Karla Nascimento Lima**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0003-0912-0888>

### **Daniele Knopp Ribeiro**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0002-7302-2601>

### **Fábio da Costa Carbogim**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0003-2065-5998>

### **Elaine Cristina Dias Franco**

Universidade Federal de São João Del-Rei  
(UFSJ), Faculdade de Enfermagem  
São João Del-Rei - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-8744-7726>

### **João André Tavares Álvares da Silva**

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais (ESP-MG)  
Belo Horizonte - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-9208-7278>

### **Edith Monteiro de Oliveira**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0001-8034-6383>

### **William Ávila de Oliveira Silva**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/0064440973557268>

### **Denise Barbosa de Castro Friedrich**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),  
Faculdade de Enfermagem  
Juiz de Fora - Minas Gerais  
<https://orcid.org/0000-0002-3321-1707>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi analisar a Educação Permanente como dispositivo de gestão dos profissionais de saúde nas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais, evidenciando em como concebem a educação permanente como dispositivo de gestão. Adotou-se a abordagem qualitativa, do tipo descritiva, baseando-se na hermenêutica-dialética. Participaram do estudo profissionais de saúde que trabalham na gestão de projetos e programas desenvolvidos nas superintendências e gerências junto aos municípios de área de abrangência de 28 Superintendências e Gerências Regionais de Saúde do estado de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico de outubro de 2018 a abril de 2019. Para análise do material coletado apoiou-se na Hermenêutica Dialética, tendo como resultado três categorias: compreensões sobre a educação permanente em saúde; a gestão em saúde como prática profissional cotidiana nas superintendências e gerências; a gestão em saúde no contexto da

formação profissional. Foi possível inferir que os participantes deste estudo compreendem a educação permanente em saúde como um processo de ensino-aprendizado de elevada importância no desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Entretanto, demonstram dificuldades em delimitar com clareza, o conceito e a aplicação da educação permanente em seus contextos de trabalho. Evidenciou-se também, as dificuldades estruturais e de gestão que limitam a consolidação da educação permanente em saúde como dispositivo de gestão, bem como, a necessidade de se repensar os modelos pedagógicos relacionados à temática, postos na atualidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde. Sistema Único de Saúde. Organização e Administração.

## PERMANENT EDUCATION AS A HEALTH SYSTEM MANAGEMENT DEVICE

**ABSTRACT:** the present study aims to analyze Permanent Education as a management device for health professionals in the administrative departments and Regional Health Managements of Minas Gerais, Brazil. Evincing how they conceive permanent education as a management device. This is a qualitative, descriptive study, based on the theoretical-methodological framework of hermeneutics-dialectics. The study scenario was the 28 administrative departments and regional health departments in the state of Minas Gerais. The participants were health professionals who work in the management of projects and programs developed in the administrative offices close to the municipalities in the area covered. Data collection took place through a questionnaire, prepared using a free electronic form platform, between October 2018 and April 2019. Dialectical Hermeneutics supported data analysis. The results were organized into three categories: understandings about continuing education in health; health management as a daily professional practice in administrative offices and management and health management in the context of professional training. It was possible to infer that the participants of this study understood permanent health education as a teaching-learning process, of high importance in the development of their daily activities, however they demonstrated difficulties in clearly defining the concept and its application in their work contexts. It was also evident the structural and management difficulties that limit the consolidation of permanent health education as a management device, as well as the need to rethink the pedagogical models related to the theme, put in place today.

**KEYWORDS:** Health Education . Unified Health System. Organization and Administration.

## LA EDUCACIÓN PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

**RESUMEN:** el presente estudio tiene como objetivo analizar la Educación Permanente como un dispositivo de gestión para profesionales de la salud en los departamentos administrativos y las Administraciones Regionales de Salud de Minas Gerais, Brasil. Poniendo de manifiesto cómo conciben la educación permanente como un dispositivo de gestión. Este es un estudio cualitativo, descriptivo, basado en el marco teórico-metodológico de la hermenéutica-dialéctica. El escenario del estudio fue los 28 departamentos administrativos y departamentos de salud regionales en el estado de Minas Gerais. Los participantes eran profesionales de la salud que trabajan en la gestión de proyectos y programas desarrollados en las oficinas administrativas

cercanas a los municipios del área cubierta. La recopilación de datos se realizó a través de un cuestionario, preparado utilizando una plataforma electrónica gratuita, entre octubre de 2018 y abril de 2019. La hermenéutica dialéctica apoyó el análisis de datos. Los resultados se organizaron en tres categorías: entendimientos sobre educación continua en salud; gestión de la salud como práctica profesional diaria en oficinas administrativas y gestión y gestión de la salud en el contexto de la formación profesional. Fue posible inferir que los participantes de este estudio entendieron la educación permanente en salud como un proceso de enseñanza-aprendizaje, de gran importancia en el desarrollo de sus actividades diarias, sin embargo, demostraron dificultades para definir claramente el concepto y su aplicación en sus contextos de trabajo. También fue evidente las dificultades estructurales y de gestión que limitan la consolidación de la educación sanitaria permanente como un dispositivo de gestión, así como la necesidad de repensar los modelos pedagógicos relacionados con el tema, implementados hoy en día.

**PALABRAS CLAVE:** Educación en Salud. Sistema Único de Salud. Organización y Administración.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o dever constitucional de ordenar a formação de trabalhadores na área da saúde e vem investindo nisso desde a sua promulgação, destacando-se momentos importantes em sua história, como a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Além desse desafio, visa empregar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de gestão para a reorganização do sistema de saúde. A EPS atua como uma ferramenta de aproximação entre o cotidiano dos trabalhadores e as necessidades da população.

A EPS é uma das alternativas para realizar mudanças no trabalho, servindo para a reflexão e execução da formação e o desenvolvimento pessoal, profissional e das equipes de saúde. Propõe transcender ao tecnicismo e às capacitações pontuais, cogitando formas diferenciadas de educar e aprender, as quais instigam a participação ativa dos educandos no processo, bem como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos. Tem como objetivo trabalhar os elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde e transformar o mundo do trabalho e o próprio sujeito (RODRIGUES, 2016).

Neste trabalho, será adotado a caracterização da EPS como processo de educação dos profissionais de saúde, mediado pela problematização do processo de trabalho, pela necessidade dos trabalhadores, da população e da gestão. (BRASIL, 2007)

No que diz respeito a gestão, atua como orientadora no âmbito da EPS, considerando a responsabilidade da coordenação dos processos de trabalho e da organização dos sistemas de saúde, a partir dos princípios da administração, planejando, organizando, direcionando, controlando e avaliando os recursos e os meios, para que os objetivos propostos sejam alcançados (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

Não se faz rara, a constatação de que a gestão em saúde brasileira, ainda esteja

alicerçada em modelos tradicionais e burocráticos de administração, fazendo com que as ações e políticas públicas, se distanciam das demandas sociais de saúde, estabelecendo assim, um grande entrave no sistema.

Neste sentido, evidencia-se a necessidade de uma reflexão sobre novas propostas de gestão e gerência em saúde, as quais centralizam o processo de trabalho, o trabalhador e o usuário, bem como estejam pautadas em princípios éticos e democráticos (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

O Ministério da Saúde (MS), norteado pelos princípios organizativos do SUS, e fundamentado nas concepções da PNEPS, utiliza-se da estratégia de descentralização e regionalização coordenadas para alcançar uma gestão eficiente, que atenda as demandas locais e respeite as especificidades de cada região (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Neste contexto, as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e as Gerências Regionais de Saúde (GRS), denominadas de “Unidades Regionais de Saúde”, encontram-se vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde (SES), tendo por finalidade garantir em âmbito regional, a gestão do Sistema Estadual de Saúde, implementação de políticas estaduais de saúde, assessorando, coordenando, monitorando e avaliando os serviços de saúde no estado, incluindo a gerência e execução das atividades de gestão de pessoas (MINAS GERAIS, 2019).

Frente a tal desafio, e tendo em vista, o importante papel que estes espaços desempenham na gestão dos serviços de saúde, justifica-se a relevância do presente estudo, na formulação de discussões relacionadas à temática e na formulação de estratégias mais ajustadas à prática cotidiana destes profissionais.

Desta forma, o presente estudo objetiva analisar a Educação Permanente como dispositivo de gestão dos profissionais de saúde nas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais.

## 2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, a qual através relação entre os fatos e o contexto, permite-nos maior familiaridade com o problema evidenciado (MINAYO, 2014).

O cenário do estudo, foi composto pelas 28 SRS e GRS do estado de Minas Gerais. Inicialmente, foi realizada a apresentação da pesquisa para a SES de Minas Gerais, a qual após a análise de sua viabilidade, autorizou o contato com os possíveis participantes.

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde, com nível superior de educação, que trabalham nas SRS e GRS do estado, na gestão de projetos e programas desenvolvidos junto à Atenção Primária à Saúde (APS), nos municípios compreendidos na área de abrangência destas instâncias.

Foram adotados como critérios de inclusão, ser trabalhador de saúde com nível

de formação superior, contratado ou efetivo, atuante na gestão de projetos e programas desenvolvidos junto à APS nos municípios compreendidos na área de abrangência das SRS e GRS.

Como critério de exclusão, foi utilizado, o fato do trabalhador encontrar-se de férias ou licença no período de coleta dos dados. Os participantes foram convidados a participar do estudo via e-mail da SES de Minas Gerais. Mediante a anuência, foram encaminhados por meio da plataforma Google Forms, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário online que tratava de suas experiências com a EPS.

Com o intuito de preservar a identidade dos respondentes, sem perder a riqueza expressa pelos textos, foi adotado um pseudônimo alfanumérico para cada um dos participantes, sendo “R” de respondente e um numeral conforme a ordem de resposta do formulário. Em consonância com a Resolução nº 466 (2012), o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo aprovado sob o parecer de número 1.520.068.

Para a operacionalização do processo de coleta de dados, optou-se pela utilização de um formulário on-line, construído a partir de um prospecto em formato Word (RIBEIRO *et al.*, 2019), aplicado de outubro de 2018 a abril de 2019.

Foi realizado um pré-teste com pequeno grupo de participantes, que permitiu verificar a pertinência e clareza das questões propostas, bem como avaliar as discrepâncias, ambiguidades e formulações equivocadas das questões, o que indicou a necessidade de correção de três questões, além de permitir a estimativa sobre os futuros resultados da mesma (SILVA, 2018).

Para a análise dos dados empíricos foi utilizada a orientação metodológica da hermenêutica-dialética, tendo como referência os princípios do “método de interpretação de sentidos” proposto por Minayo (2014), que preconiza a interpretação do contexto, das razões e da lógica das falas e das ações.

A partir dessa perspectiva, foram seguidos os seguintes passos: (I) ordenação dos dados – através dos questionários, releitura do material e organização dos relatos; (II) classificação dos dados – leitura compreensiva e repetida dos questionários, leitura de cada corpo com recorte de unidade de registro, identificação das regularidades e vivências singulares, por meio dos sentidos subjacentes às ideias descritas; (III) análise final – elaboração das sínteses interpretativas, realizada com base nos objetivos da pesquisa e nos sentidos que emergem dos depoimentos. Desta forma, os textos coletados a partir dos questionários foram organizados em categorias de estudo a partir das ideias essenciais e analisados à luz da literatura (MINAYO, 2014).

### 3 | RESULTADOS

Dos 151 formulários eletrônicos enviados para os profissionais das GRS e SRS,

obteve-se retorno de 26,5% (40 formulários). Por meio da leitura aprofundada dos 41 formulários, constatou-se a ocorrência da saturação dos dados no trigésimo primeiro, a saturação dos dados. Para a constatação do adensamento teórico, foram avaliados além do ponto de saturação, mais 09 formulários, os quais confirmaram a reincidência das informações já coletadas.

Dos 28 municípios contatados, 22 retornaram formulários, um participante não citou o município de atuação. Houve predominância do sexo feminino (82,5%), com idade compreendida entre 27 e 61 anos, e com tempo de atuação no cargo/função entre 05 meses e 31 anos.

Dos 40 respondentes, 22 possuem formação em instituições públicas de ensino, e 18 em instituições privadas, sendo estes 23 da Enfermagem; 04 da Odontologia; 02 do Serviço Social; 03 da Nutrição; 01 da Psicologia; 01 da Pedagogia; 01 da Ciências Biológicas; 01 da Ciências Econômicas; 01 da Medicina Veterinária, 01 da Letras e 02 pessoas não responderam, dos quais 33 afirmam possuir pós graduação, sendo 05 Stricto Sensu e Lato Sensu, 23 Lato Sensu, 05 Stricto Sensu e 07 não mencionaram o tipo de pós graduação.

Da análise interpretativa dos dados empíricos emergiram três categorias principais e seus respectivos núcleos de sentido conforme Figura 1 a seguir:

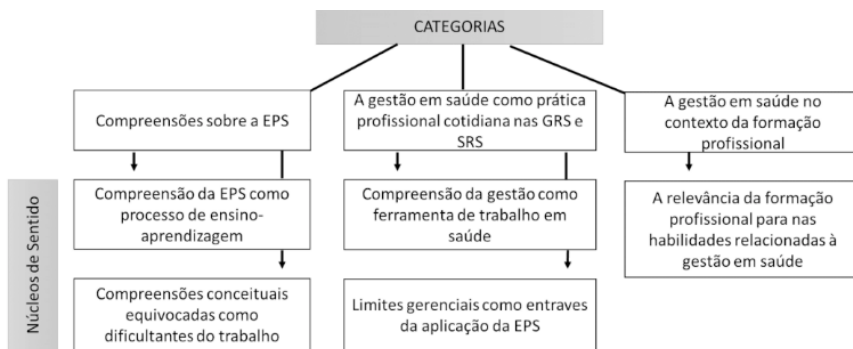


Figura 1 – Categorias de análise e núcleos de sentido do Corpus do Estudo

Fonte: Elaborado pelos autores

### 3.1 Categoria 01: Compreensões Sobre a EPS

#### 3.1.1 Núcleo de Sentido: Compreensão da Eps como Processo de Ensino-Aprendizado

Ao tratar de suas compreensões acerca da EPS, os participantes a relacionam como

um processo de ensino-aprendizado que insurge a partir das vivências individuais e de trabalho dos indivíduos, conforme relatos a seguir:

Educação permanente em saúde é um tipo de prática de ensino e aprendizagem, pautada no contexto do serviço, que tem como objetivo identificar instrumentos e formas de enfrentamento dos problemas existentes na prática profissional [...]. (R 14).

Processo ensino aprendizagem que considera as vivências cotidianas do profissional em serviço[...]. (R 29).

As falas convergem ao proposto por Góes (1991), o qual afirma que o processo ensino aprendizado extrapola a lógica da reprodução vazia de conhecimentos ou experiências, devendo ser compreendido como a interação dialógica entre os planos inter e intrapsíquicos dos indivíduos.

Todavia, frente ao desafio de uma prática educativa inovadora, capaz de ir ao encontro das necessidades individuais dos aprendizes e das dificuldades postas pelas demandas sociais na atualidade, educadores e estudiosos da pedagogia inquietam-se em propor modelos pedagógicos que valorizem as relações interpessoais, tendo na EPS, um dispositivo de superação das obsoletas e massivas práticas de reprodução alienada de conteúdo.

Freire (1983) apreende que a significação do aprendizado pelos indivíduos pode ter caráter individual e/ou coletivo, de acordo com os interesses para qual é proposta, exigindo desta forma, mediações significativas para que ocorra.

No campo da saúde, as mediações são indispensáveis no construto do saber coletivo através de novos conhecimentos socializados, problematizados, correlacionados e sintetizados, para que se tornem propriedade comum entre os trabalhadores, passíveis de internalização por todo o grupo (SPOHR, GARCIA, SANTAROSA, 2019).

Sob este pressuposto, deve-se continuamente estimular que as instituições de saúde, transformem-se e estabeleçam processos educativos cotidianos que, dentre outros atributos, valorizem as relações interpessoais existentes no processo de trabalho, em prol da qualidade e da eficiência da assistência.

Entretanto, o rompimento com as antigas amarras do processo educativo socialmente estabelecido traz consigo inúmeros desafios, os quais perpassam desde a necessidade latente de se repensar as relações humanas pertinentes ao processo, até às dificuldades estruturais e burocráticas do sistema.

### *3.1.2 Núcleo de Sentido: Compreensões Conceituais Equivocadas, Como Dificultantes do Trabalho*

A seguir, os participantes discorrem sobre a relevância das ações de educativas por eles desenvolvidas:

[...] são ações do tipo oficinas, encontros e que às vezes acontecem até mesmo através telefonemas, whatsapp e e-mail [...]. (R 1).

Desenvolvemos ações de educação continuada com os municípios da jurisdição da SRS P(protegido). Reuniões técnicas, oficinas, cursos e capacitações direcionadas aos profissionais técnicos de saúde dos municípios [...]. (R 23).

Pode-se perceber na respostas dos participantes, dificuldades na dissociação entre os termos “Educação Continuada” e “Educação Permanente”, embora estes não se apresentem de maneira oposta, necessitam ser compreendidos a partir de suas especificidades, uma vez que possuem finalidades distintas (SENA *et al.*, 2017).

Transpondo a atribuição de juízo de valor as compreensões dos participantes, neste estudo suas respostas foram interpretadas considerando o quanto se aproximam ou afastam das diretrizes da PNEPS.

Embora os profissionais investigados compreendem a relevância e a necessidade do desenvolvimento de atividades educativas aplicadas ao cotidiano de trabalho em saúde, em seus relatos eles não delimitam com clareza, se as ações por eles desenvolvidas correspondem a práticas de “Educação Continuada” e “Educação Permanente”.

A dificuldade de delimitação conceitual sobre EPS guarda relação com a ausência de uma unidade entre os autores ao dissertarem sobre a temática. Nas várias literaturas disponíveis, cada autor discorre sobre o processo de educação no trabalho de acordo com suas reflexões, podendo ou não, ter a PNEPS como fonte primária (SARDINHA PEIXOTO *et al.*, 2013).

Para Farah (2003) os processos de educação para profissionais de saúde modificam-se e evoluem de acordo com o momento sócio-econômico-político vivenciado no país, e desta forma conceitos que outrora foram utilizados como sinônimos, devem na atualidade serem compreendidos de forma complementar, tendo sua utilização adaptada à cada realidade em que será empregada.

Outra possível compreensão, para a ausência de clareza evidenciada nas respostas, diz respeito às possíveis lacunas na formação destes profissionais, todavia, tal discussão será aprofundada na categoria 03 deste estudo.

## **3.2 Categoria 02: A Gestão em Saúde como Prática Profissional Cotidiana nas GRS e SRS**

### *3.2.1 Núcleo de Sentido: Compreensão da Gestão como Ferramenta de Trabalho em Saúde*

Nas unidades de sentido expostas abaixo, podemos compreender como os participantes concebem e aplicam o conceito de gestão em saúde em suas atividades cotidianas:



Gestão em saúde diz respeito a forma de condução dos serviços de saúde, compreendendo sua complexidade e a dinâmica dos processos de trabalho, utilizando ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação de ações, indicadores[...]. (R 14).

Ações gerenciais no âmbito da saúde, planejamento nos níveis municipal, regional, estadual, federal. Pensar políticas públicas em saúde, executar políticas já existentes. Trabalhar com planejamento orçamentário e financeiro[...]. (R 29).

Percebe-se que os participantes entendem a relevância da gestão como ferramenta facilitadora do trabalho em saúde, pois ao serem interpelados sobre a temática, a destacaram como uma estratégia de alcance de metas, redução de desigualdades e aprimoramento do SUS, indo desta forma, ao encontro da PNEP e de autores como Campos e Campos (2008), e Silva, Flausino e Gondim (2017).

A PNEPS, descreve a gestão, como um dos componentes do já mencionado quadrilátero da EPS, a qual busca democratizar os espaços de trabalho ao articular as habilidades gerenciais às especificidades do campo da saúde (BRASIL, 2004).

No campo da assistência à saúde, a gestão tem por objetivo organizar os processos de trabalho, assegurar as condições para implementação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da população e, contribuir com a qualidade assistencial (SILVA; FLAUSINO; GONDIM, 2017).

No contexto do SUS, para que as políticas e programas de saúde sejam realmente efetivas, suas ações devem abranger toda a rede de serviços e esferas administrativas do sistema, bem como as SRS e GRS (CAMPOS; CAMPOS, 2008), e neste sentido a EPS pode revelar-se como um importante dispositivo gerencial.

Para Lorenzetti *et al.* (2014), o mais complexo dos desafios da gestão aplicada ao campo da saúde na atualidade, está em construir ou reconstruir para as próximas gerações serviços de saúde que venham a ser efetivamente centrados nas pessoas, grupos, comunidades e suas demandas de saúde.

Desta forma, lançar mão de estratégias tais como a EPS, que possam contribuir com o fortalecimento da gestão do SUS e com a qualidade da assistência por ele ofertada, caracteriza-se como uma missão para os gestores.

### *3.2.2 Núcleo de Sentido: Limites Gerenciais como Entraves da Aplicação da Eps*

A seguir, as unidades de sentido, evidenciam os principais limites gerenciais apontadas pelos participantes como fatores limitantes para a implementação e efetivação da EPS, nos cenários do estudo:

Disponibilização de recursos financeiros e materiais[...]. (R 26).

Falta de percepção da gestão local da importância da EPS [...]. (R 15).

Falta de Recurso Humano[...]. (R 16).

Embora tenham descrito a relevância dos processos gerenciais como ferramentas de singular importância no cotidiano de trabalho em saúde, os participantes reconhecem que existem em seus cenários de atuação, dificuldades gerenciais para a aplicação efetiva da EPS.

Dentre os principais entraves evidenciados pelos participantes, destaca-se a falta de adesão dos gestores e trabalhadores às ações de EPS, justificada pela falta de incentivo e visibilidade às ações já implementadas. Sob a ótica destes trabalhadores, há um distanciamento entre a PNEPS e a realidade de trabalho por eles vivenciada nas SRS e GRS.

Estudos mostram que, tal distanciamento advém das dificuldades das esferas superiores de gestão do SUS, de alicerçar o desenvolvimento da PNEPS, articulando a formação, trabalho e a gestão de forma integrada às reais necessidades dos atores envolvidos (PEDUZZI *et al.*, 2009; PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Em consonância ao exposto, os participantes destacam também, que a escassez de recursos financeiros, materiais e estruturais, são fatores que provocam desmotivação em gestores e trabalhadores das GRS e SRS estudadas, caracterizando-se como limitadores das ações de EPS em suas realidades de trabalhos. Tais achados também puderam ser evidenciados em cenários semelhantes ao deste estudo, reforçando assim a relevância de reflexão sobre a temática (CARDOSO, 2012; D'ÁVILA *et al.*, 2014; LORENZETTI *et al.*, 2014; PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

O exposto condiz também com o proposto por Campos, Sena e Silva (2017), que ressaltam acerca da necessidade da superação da burocracia e da lentidão na liberação dos recursos, atualmente centralizados no MS, como um grande desafio para a efetivação das estratégias de EPS.

As dificuldades apontadas associam-se à alta rotatividade dos profissionais atuantes nestes espaços, fator que se caracteriza como um impedimento para o fortalecimento dos vínculos profissionais e para a implementação de estratégias de médio e longo prazo (PINHEIRO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018).

Ainda na vertente dos recursos humanos, foi relatado pelos participantes que o reduzido número de trabalhadores nestas instâncias, não faz jus ao grande volume de atividades que desenvolvem, impedindo-os de atenderem as demandas específicas dos serviços e conseqüentemente de operacionalizar a EPS como uma estratégia de gestão, justificando assim, a falta de tempo, como mais um dos entraves para a consolidação da EPS.

Tais achados são endossados por Silva, Matos e França (2017), que destaca a

readequação do quadro profissional às necessidades do serviço, como um dos grandes desafios para o sucesso das ações de EPS.

### 3.3 Categoria 03: A Gestão em Saúde no Contexto da Formação Profissional

#### 3.3.1 Núcleo de Sentido: A Relevância da Formação Profissional, para nas Habilidades Relacionadas À Gestão em Saúde

Através das unidades destacadas neste núcleo, pode-se perceber o valor atribuído pelos participantes ao conhecimento gerencial, construído durante a formação profissional:

A minha formação profissional desde a finalização da graduação tem contribuído na gestão em saúde nos momentos de encontros com os atores envolvidos nos vários momentos, desde a aplicabilidade de alguns programas até a negociação de situações que envolvam a realização de novas ações ou a melhoria das já existentes [...]. (R 15).

Contribui bastante na compreensão da gestão a partir do olhar assistencial. Minha formação na graduação foi mais focada na administração e assistência de enfermagem do que nas questões de saúde pública - hoje o currículo do curso já mudou, mas a prática profissional é que me atualiza e me agrega mais conhecimento [...]. (R 33).

Desde a implantação do SUS, o modelo brasileiro de formação em saúde, vem transformando-se significativamente, e os currículos dos cursos da saúde que até então priorizava as ações curativas, tendo por base o modelo flexneriano, biomédico e hospitalocêntrico, passaram a contemplar o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e administrativas sob a luz dos princípios de integralidade, equidade e universalidade (PADOVANI; CORREA, 2017).

O contato desde o ambiente acadêmico com as reais necessidades e carências da população assistida, desperta no futuro profissional sua capacidade de questionamento e transformação do meio, por intermédio de suas ações (MORAES; COSTA, 2016).

Reconhece-se, entretanto, que apesar dos esforços públicos, das políticas e das diretrizes, que embasadas por conhecimentos científicos, ressaltam sobre a relevância do contato precoce dos discentes com os saberes do campo da gestão, esta ainda não é uma realidade para todos os estudantes.

Através das sínteses das respostas obtidas neste estudo, pudemos perceber que os profissionais que não se aproximaram desses saberes ao longo da graduação e pós-graduação, demonstraram maiores dificuldades em expressar a definição do conceito de gestão, bem como sua aplicação em seu cotidiano de trabalho.

Tal inferência, nos permite reafirmar que para a superação das dificuldades evidenciadas pelos participantes nas categorias anteriores, bem como para a construção de habilidades relacionadas à gestão em saúde, faz necessário não somente a formulação

de novas diretrizes e/ou políticas, mas se repensar o modelo de formação dos profissionais responsáveis por sua condução nas mais variadas frentes de atuação do SUS.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes deste estudo compreendem a educação permanente em saúde como um processo de ensino aprendido, de elevada importância no desenvolvimento de suas atividades cotidianas, entretanto demonstram dificuldades em delimitar com clareza, o conceito e a aplicação dela em seus contextos de trabalho. Evidenciou-se as dificuldades estruturais e de gestão que limitam a consolidação da educação permanente em saúde como dispositivo de gestão, bem como, a necessidade de se repensar os modelos pedagógicos relacionados à temática, postos na atualidade. Os fatores limitantes deste estudo, relacionam-se com a especificidade de sua natureza qualitativa que não podem ser generalizados para outros contextos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, p. 37, 16 fev. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, p. 34, 22 ago. 2007.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, [2012]. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, S. T. O. **Gestão em Saúde.** In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R.R; SILVA, K. L. Educação profissional permanente em serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <Permanent professional education in healthcare services>. Acesso em 23 abr. 2020.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Revista de Ciência em Saúde Coletiva**, v. 21, supl. 1, p.18-28, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500002&script=sci_abstract&tlng=pt)> . Acesso em 23 abr. 2020.

D’ÁVILA, L.S. *et al.* Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Revista de Ciência em Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 401-416, 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200401&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200401&script=sci_abstract&tlng=pt)> . Acesso em 23 abr. 2020.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?. **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez 2003. Disponível em:< EDUCAÇÃO EM SERVIÇO, EDUCAÇÃO CONTINUADA, EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: SINÔNIMOS OU DIFERENTES CONCEPÇÕES?> . Acesso em: 29 Abr. 2020.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983, 93p.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747–763, 2016. Disponível em: <Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas>. Acesso em 23 abr. 2020.

GÓES, M. C. R. A natureza social do desenvolvimento psicológico. **Caderno CEDES**, Campinas, n. 24, p. 17-24, 1991.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014. Disponível em: <Health management in Brazil: dialogues with public and private managers>. Acesso em: 28 abr. 2020.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 45.812, de 14 de Dezembro de 2019**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, [2019]. Disponível em: <Norma: Decreto 47769> . Acesso em 23 abr. 2020.

MINAYO M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, B. A.; COSTA, N. M. S. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 50, n. spe, p. 9-16, Jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016001100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016001100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 abr. 2020.

PADOVANI, O.; CORRÊA, A. K. Currículo e Formação do Enfermeiro: Desafios das Universidades na Atualidade. **Saúde & Transformação Social**, v. 8, n. 2, p. 112–119, Mai/Ago 2017. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3841/4990>> . Acesso em 23 abr. 2020

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**, v. 13, n. 30, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>> Acesso em 23 abr. 2020.

PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**. v. 42, n. 4, p. 187-197, 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000800187&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800187&tlng=pt)> . Acesso em 23 abr. 2020.

RIBEIRO, D. K. *et al.* Educação permanente em saúde: relato de experiência do desenvolvimento de questionário avaliativo online. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 18, e1644, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1644/1043>> . Acesso em 23 abr. 2020.

RODRIGUES, T. M. Integração ensino-serviço e políticas de educação profissional em saúde: Projeto Larga Escala e Educação Permanente em Saúde. **Espaç. saúde (Online)**, v. 17, n. 1, p. 138–144, 2016. Disponível em: <(PDF) Integração ensino-serviço e políticas de educação profissional em saúde: projeto larga escala e educação permanente em saúde.>. Acesso em 23 abr. 2020.

SARDINHA PEIXOTO, L. *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**. n. 29, 2013. Disponível em: <Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos>. Acesso em 23 abr. 2020.

SENA, R. R. *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 38, n. 2, e64031, 2017. Disponível em: <Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil>. Acesso em 23 abr. 2020.

SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G.M.M. **Rede de Frio**: fundamentos para compreensão do trabalho. 22ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery*, v. 21, n. 04, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400204&script=sci\\_abstract&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400204&script=sci_abstract&tIng=pt)> . Acesso em 23 abr. 2020.

SILVA, W. Á. O. **A educação permanente como dispositivo de gestão do Sistema Único de Saúde: teste de instrumento e procedimentos**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

SPOHR, C. B.; GARCIA, I. K.; SANTAROSA, M. C. P. Asserção de Processos de Ensino e Aprendizagem como um Campo Conceitual. **Revista Dynamis**, v. 25, n. 3, p. 138 – 152, 2019. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/view/8516/4398>> . Acesso em 23 abr. 2020.

# CAPÍTULO 15

## ESTUDO POR AMOSTRAGEM: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE MARABÁ

*Data de aceite: 01/07/2020*

**Maurícia Macedo Ramalho**

**Thais Thimoteo Santos**

**Antonio Carlos de Sousa Gomes Junior**

**Rafael Oliveira Chaves**

**RESUMO:** O direito ao transporte tem papel imprescindível para melhoria de condições de mobilidade urbana, e, conseqüentemente, aumentar o acesso democrático das pessoas à cidade, diminuindo dessa forma as desigualdades sociais, principalmente em relação aqueles com menos recursos financeiros, na perspectiva de que necessitam de condições mínimas de subsistências, a exemplo, das pessoas vivendo com HIV/AIDS hipossuficientes. **Objetivo:** Identificar os meios de transporte utilizados pelos clientes que vivem com HIV/AIDS do Centro de Testagem e Aconselhamento de Marabá, elencar suas principais dificuldades em relação aos meios de transportes públicos e sugerir medidas para melhoria do acesso aos serviços de saúde do CTA. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo, na qual foi aplicado um questionário aos clientes que vivem com HIV/AIDS no Centro de Testagem e Aconselhamento de Marabá (CTA). Aplicado de forma aleatória no período do mês de Março de 2019, durante o atendimento diário. **Resultado:** Identificou que as paradas de ônibus

em sua maioria apresenta uma boa estrutura, no entanto a segurança praticamente não existe. Outro fator que dificulta o acesso é o tempo transcorrido entre um coletivo e outro para acesso a cidade, além da distância que é percorrida até o centro, e na maioria das vezes esses transportes apresentam condições precárias para circulação. Lamentavelmente essas problemáticas identificadas contribuem para desistência do tratamento dos usuários do CTA/SAE. **Conclusão:** Evidencia-se que o atual modelo de mobilidade urbana do Município de Marabá provoca situações que dificultam a garantia de acesso a direitos essenciais. Faz-se necessário o reconhecimento dessa realidade, pois ela denota a urgência da constituição de processos voltados à mudança dos espaços urbanos, incluindo as ruas, em locais mais igualitários que criem oportunidades reais às parcelas excluídas da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mobilidade urbana; paciente vivendo com HIV/AIDS; Dificuldades de acesso.

**ABSTRACT:** The right to transport has an essential role to improve conditions of urban mobility, and, consequently, increase people's democratic access to the city, thus reducing social inequalities, especially in relation to those with less financial resources, in the perspective that they need minimum conditions of subsistence, for example, of people living with hyposufficient HIV / AIDS. **Objective:** To identify the means of transport used by clients living with HIV / AIDS at the Marabá Testing and Counseling Center, to list their main difficulties in relation to the means

of public transport and to suggest measures to improve access to CTA health services. Methodology: The study was developed through field research, in which a questionnaire was applied to clients living with HIV / AIDS at the Marabá Testing and Counseling Center (CTA). Applied randomly in the period of March 2019, during daily care. Result: He identified that most bus stops have a good structure, however security is practically non-existent. Another factor that makes access difficult is the time elapsed between one collective and another to access the city, in addition to the distance that is traveled to the center, and most of the time these transports present precarious conditions for circulation. Unfortunately, these identified problems contribute to the abandonment of treatment by CTA / SAE users. Conclusion: It is evident that the current model of urban mobility in the municipality of Marabá causes situations that make it difficult to guarantee access to essential rights. It is necessary to recognize this reality, as it denotes the urgency of creating processes aimed at changing urban spaces, including the streets, in more egalitarian places that create real opportunities for the excluded sections of the population.

**KEYWORDS:** Urban mobility; patient living with HIV / AIDS; Difficulties of access.

## INTRODUÇÃO

Atualmente as pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento e com supressão da Carga viral do HIV (CV-HIV) tem expectativa de vida semelhante à da população geral, desde que mantidos continuamente sob terapia antirretroviral (TARV). Segundo Boletim Epidemiológico (2016) o Brasil tem em média 41,1 mil casos de AIDS nos últimos cinco anos. De 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 136.945 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Apesar do Ministério da saúde sinalizar uma estabilização do número de casos desse agravo, o que se observa é um aumento significativo do número de casos na região norte 61.4%, nos revelando assim, que a estabilização da doença está longe de ser alcançada.

O atual perfil epidemiológico desse agravo requer uma política de saúde bem estruturada e de amplo alcance, que envolva serviços de prevenção, tratamento e acompanhamento cada vez mais eficazes.

Assim, uma das principais dificuldades identificadas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Marabá no Estado do Pará é a dificuldade de acesso, ou seja, a mobilidade urbana, que os clientes vivendo com HIV/AIDS enfrentam para receber seus antirretrovirais mensalmente, e a mobilidade urbana estão intimamente relacionadas a essa dificuldade de acesso, pois na maioria das vezes esses clientes residem em outros municípios, em bairros longínculos ou na zona rural de difícil acesso.

Segundo Boareto (2008) o processo de urbanização em curso propicia a fragmentação do espaço urbano, criando bairros residenciais cada vez mais distantes dos locais de trabalho e de lazer, além de expulsar a população mais carente para a periferia.

Além disso, observa-se que essa urbanização fragmentada gera vazios urbanos e a infraestrutura construída para a circulação de automóveis ou mesmo para o transporte



coletivo gera áreas degradadas física e economicamente, dificultando assim, a vida da população em geral. No caso específico do CTA/SAE, observa-se que o Município possui três núcleos principais, além da área de zona rural que é bastante ampla, e municípios circunvizinhos, os quais têm o Município de Marabá como polo, contribuindo assim para dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é identificar os meios de transporte utilizados pelos clientes que vivem com HIV/AIDS do Centro de Testagem e Aconselhamento de Marabá, elencar suas principais dificuldades em relação aos meios de transportes públicos e sugerir medidas para melhoria para o acesso aos serviços de saúde do CTA.

Visando assim, a melhoria do acesso aos serviços do CTA/SAE e a mobilidade urbana no Município de Marabá, através de um olhar apropriado dos profissionais de saúde, do planejamento e da gestão municipal, enfatizando a atenção integral para esse grupo, considerando as características e necessidades subjetivas, socioculturais e demográficas específicas, confirmando que, o cuidado ultrapassa indicação adequada de regimes terapêuticos e acesso a exames laboratoriais, pois, há uma necessidade urgente de reestruturação no atendimento desse grupo específico, e para isso, se torna fundamental para que os profissionais preste uma assistência adequada, com diagnóstico precoce, e acompanhamento do cliente que vive com HIV/AIDS, buscando uma integração intersetorial e intrassetorial.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa de campo, na qual foi aplicado um questionário aos clientes que vivem com HIV/AIDS no Centro de Testagem e Aconselhamento de Marabá (CTA). Aplicado de forma aleatória no período do mês de Março de 2019, durante o atendimento diário dos referidos clientes. Na pesquisa utilizou como método de inclusão os clientes que já estavam em acompanhamento com diagnóstico de HIV/AIDS há mais de um ano, e que residam em Marabá ou nos municípios circunvizinhos de Marabá e que fazem parte do 11º Centro Regional de Saúde (CRS), o método de exclusão foi, os clientes que tem menos de um ano de tratamento, os que vieram transferidos de outros estados ou de municípios do Estado do Pará que não sejam do 11º CRS.

Para início da pesquisa foi enviado um ofício para a Secretária Municipal de Saúde solicitando autorização para aplicar um questionário para os pacientes do CTA/SAE, no qual esses não seriam identificados (Ofício e questionário anexo I). O questionário com as seguintes perguntas: Sexo? Escolaridade? Renda familiar? Situação atual de emprego? Município e bairro de residência? Meio de transporte utilizado? Próprio ou coletivo? Se coletivo responder se é confortável, bom, regular, ruim ou péssimo? Intervalo de tempo que passa o transporte coletivo na parada mais próxima da sua casa? O percurso da residência

do entrevistado até o CTA? A situação das instalações e segurança das paradas de ônibus? E por último a quantidade de vez que vão ao CTA/SAE no período de um ano?

Para análise bibliográfica dos resultados, foram obedecidos os descritores: Mobilidade urbana; paciente vivendo com HIV/AIDS; Dificuldades de acesso. Para tanto, perquirindo-se a estrita relação entre os direitos do cliente vivendo com HIV/AIDS e a mobilidade urbana, os quais constituem instrumentos de fomento para pesquisas e desenvolvimento, bem como para a disseminação do conhecimento, os dados foram analisados através de tabela Excel, para melhor visualização das informações.

## **DIFICULDADES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DO CTA/SAE E O DIREITO AO TRANSPORTE**

A Constituição Federal (1988) no seu art. 196, nos trás que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No art. 6º, da Constituição Federal (1988) diz que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”

Buscando atender esses direitos, o Centro de Testagem e Aconselhamento de Marabá CTA/SAE atende toda demanda social espontânea e provocada, levando em consideração a privacidade, a ética, o respeito às diferenças e as necessidades diariamente trazidas. No qual, uma equipe multiprofissional qualificada realiza os atendimentos e buscam priorizar os segmentos populacionais mais vulneráveis.

No entanto, apesar desse trabalho de prevenção e controle, verifica a necessidade de planejar ações não apenas nessa perspectiva, mais também de acompanhamento dos casos positivos, principalmente no que tange ao acesso ao serviço tanto para identificação como também para continuação do tratamento, pois ainda se perde muitas vidas para HIV/AIDS, uns por demorar identificar os sintomas da doença e outros por dificuldades de acesso aos serviços para dar continuidade ao acompanhamento.

Nesse sentido, a Emenda Constitucional nº90/2015 transformou o Direito ao transporte, como Direito Social estabelecido pela Constituição Federal. Essa inserção consiste na exigência individual ou coletiva de meios públicos ou privados adequados ao deslocamento na área urbana ou rural (RAMOS, 2018, p.831) e representa uma grande conquista para toda sociedade cidadina que há muito se clamou por políticas públicas voltadas a mobilidade urbana.

O direito ao transporte tem papel imprescindível para melhoria de condições de mobilidade urbana, e, conseqüentemente, aumentar o acesso democrático das pessoas à cidade, diminuindo dessa forma as desigualdades sociais, principalmente em relação

aqueles com menos recursos financeiros, na perspectiva de que necessitam de condições mínimas de subsistências, a exemplo, dos pacientes soropositivos hipossuficientes.

Sendo assim, esse direito não pode ser visto como mero acesso a cidade, nem tampouco, como “novo direito”, vez que não há de se falar em direito a saúde para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, por exemplo, se não existir condições mínimas de transporte público urbano que permita o acesso a eles aos hospitais ou postos de saúde.

Ao referir-se a importância desse Direito Social, Melo destaca que:

Os meios de transporte coletivo urbano são de essencial importância para a manutenção da dinâmica cidadã e no cotidiano das pessoas, pois, através deles parcela significativa da população desloca-se de um lugar para o outro, dessa forma, esse meio de transporte é fundamental principalmente para aquelas pessoas que residem longe do local de trabalho e estudo e que não dispõem de recursos financeiros para gastar com outros modos de transporte que exija um investimento maior. (MELO, 2012, p.01)

Portanto, observa-se que o direito social ao transporte está intimamente ligado a efetividade de vários outros direitos fundamentais que geram demandas de deslocamento. Nesta perspectiva, foi editada, em 2012, a Lei nº 12.587 que instituiu as diretrizes da política Nacional de Mobilidade Urbana com a finalidade de proporcionar melhoria da eficiência e qualidade da prestação de serviços.

Esta lei faz parte de um rol de normas de políticas de desenvolvimento urbanas criadas para concretização da construção de um espaço urbano democrático e incluyente de forma que todos possam ter acesso à centralidade urbana, onde estão contidas a maioria dos equipamentos estatais essenciais para manutenção de uma vida digna. No entanto, infelizmente, após vários anos as diretrizes instituídas tanto na lei de mobilidade urbana quanto em outras normas não são implementadas na prática, o que ocasiona prejuízos imensuráveis, sobretudo para pessoas que ganham entre um a três salários mínimos e que não está de forma expressa, amparados por norma infraconstitucional que garanta a gratuidade ou descontos nas passagens de transporte coletivo, a exemplo das pessoas portadoras de doenças graves, tal qual HIV/AIDS.

Nesse cenário, objetivando facilitar o acesso, o Ministério Público Federal instaurou inquérito em 2018 para apurar a eventual interpretação equivocada e limitada por parte dos Ministérios dos Transportes, que estaria discriminando os portadores de Esquizofrenia e HIV, por não considerá-los pessoas com deficiência para fins de concessão da gratuidade no transporte interestadual.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

| Sexo |    | Idade |         |         |       |       |     | Situação de emprego |              |
|------|----|-------|---------|---------|-------|-------|-----|---------------------|--------------|
| M    | F  | 12-20 | 21 - 30 | 31 – 40 | 41-50 | 51-60 | >61 | Empregado           | Desempregado |
| 105  | 67 | 23    | 66      | 35      | 25    | 18    | 5   | 109                 | 63           |

Tabela 01: Perfil do cliente vivendo com HIV/AIDS

Para esta análise, foram aplicados questionários de forma aleatória durante o mês de Março de 2019, período no qual foi possível entrevistar 172 clientes que vivem com HIV/AIDS.

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá/PA

Na tabela 01 observa-se que o número de casos com HIV/AIDS ainda é predominante no sexo masculino, pois culturalmente o homem se expõe mais que a mulher, ele tem mais liberdade e se previne menos. Outro fator que contribui para esse número de casos é o sexo anal, o qual é uma das principais fontes de transmissão do vírus HIV/AIDS.

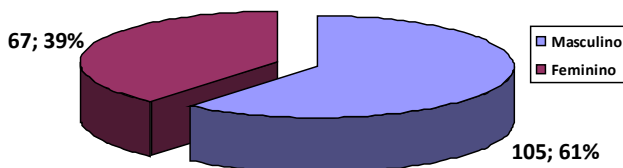


Gráfico 01: Números de pessoas entrevistados com HIV/AIDS por sexo

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Em relação à idade, observa-se que o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS são maiores na faixa etária de vinte e um (21) a trinta (30) anos, acredita-se que tal fato ocorra devido, essas pessoas serem infectadas com a doença na adolescência entre quinze e dezenove anos. E de acordo com o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, essa faixa etária explodiu entre 2006 a 2015, entretanto, o diagnóstico ocorre na maioria das vezes em média de dois a quatro anos após, quando começam a manifestar os sinais e sintomas da infecção. Os resultados apontam para a necessidade de planejar ações de prevenção e identificação dos casos o mais precoce possível com foco nas populações de maior vulnerabilidade. Assim, muitos desafios precisam ser enfrentados, no que tange a identificação precoce e acompanhamento dos pacientes que

vivem com HIV/AIDS.

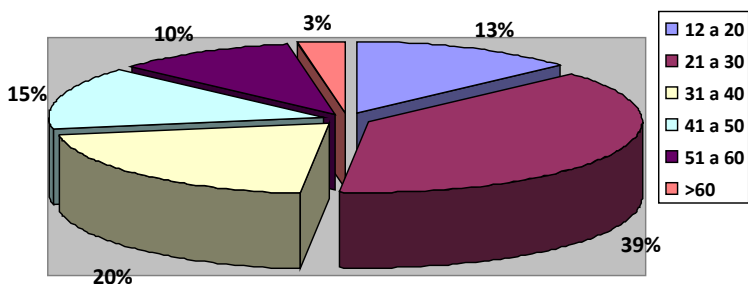


Gráfico 02: Número de pessoas vivendo com HIV/AIDS dos entrevistados de acordo com a faixa etária

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Outro fator importante é a situação de emprego. Nesse aspecto, observa-se que 36% das pessoas entrevistadas encontram-se desempregadas. Essa informação é de extrema relevância, pois uma das grandes preocupações no momento atual em que vivemos está relacionada à família e a questão do desemprego, que cada vez mais está desestruturando os lares brasileiros. Assim, cabe a equipe do CTA/SAE identificar os casos de vulnerabilidade social para que possa de forma articulada, interdisciplinar, apresentando propostas criativas, inovadoras que contribuam para o melhor atendimento ao usuário, bem como facilitar o acesso do mesmo aos serviços de saúde da instituição.

O desemprego é um fator importante para a desigualdade social, elevando os índices de pobreza, fazendo com que parte expressiva de sua população não tenha acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania, ficando assim, à margem da sociedade.

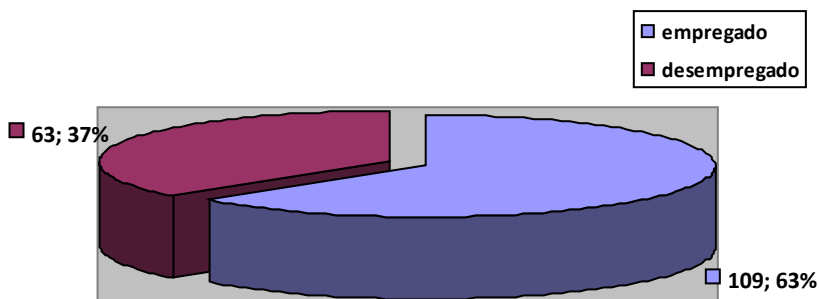


Gráfico 03: Situação de emprego dos entrevistados

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Segundo Sikorski (2013) o desemprego leva as pessoas, a agir de maneiras diferentes: algumas aceitam como um fato passageiro, outros se acomodam com a ajuda de parentes e amigos, e muitos não se conformam, chegando a se revoltar e não aceitam esta situação degradante da necessidade, da fome, e recorrem a caminhos errados, como alcoolismo, droga, violência e até mesmo ao mundo do crime, e nos pacientes que vivem com HIV/AIDS essa relação ainda é mais preocupante, pois geralmente esses pacientes já sofrem com o estigma e o preconceito, e a ociosidade muitas vezes os leva a um quadro de depressão grave, o que agrava significativamente esses casos.

| Qual a faixa salarial de sua família? |            |               |               |                |
|---------------------------------------|------------|---------------|---------------|----------------|
| -salário Mínimo                       | Um salário | Dois Salários | Três Salários | +Três Salários |
| 60                                    | 62         | 23            | 18            | 09             |

Tabela 02: Faixa salarial do cliente vivendo com HIV/AIDS

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Na tabela 2, fica evidente a situação socioeconômica dos entrevistados, na qual dos 172 entrevistados 70% recebem um ou menos de um salário mínimo, sendo que 34% (60) dos entrevistados recebem menos de um salário mínimo e 36% (62) recebem um salário mínimo e apenas 29% (50) pessoas entrevistadas recebem acima de dois salários mínimos, destes 13% recebem em média dois salários mínimos, 10% (18) recebem a cima de três salários mínimos e apenas 5.2% (09) recebem a cima de três salários mínimos.

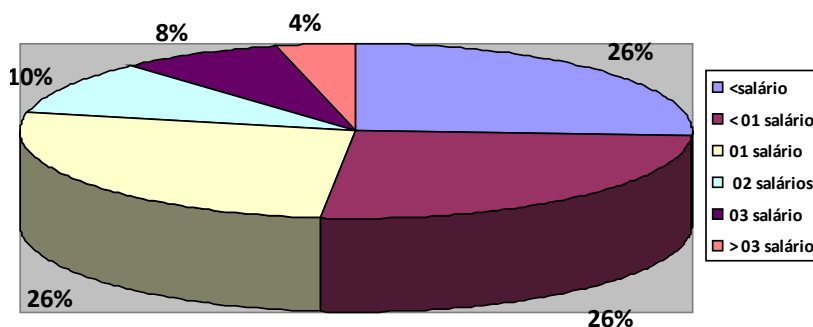


Gráfico 04: Situação econômica dos entrevistados

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

A questão socioeconômica é um dos principais problemas evidenciados nos clientes que vivem com HIV/AIDS, os quais estão em um estado de vulnerabilidade social e precisam de atendimento, no campo saúde pública a intervenção profissional é fundamental para a

identificação e conduta frente às dificuldades desses clientes, no entanto, o que muito se vê é uma atuação de maneira mediatizada por uma política de saúde fragmentada, tem ações restritas e marcadas por um contexto de desresponsabilização por parte do Estado. Assim, a falta de informação sobre a doença e aos direitos que os assiste é um dos fatores que contribui para a não adesão e continuidade do acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

| Próprio |              |      | Público   |          |            |
|---------|--------------|------|-----------|----------|------------|
| Carro   | Táxi lotação | Moto | Bicicleta | Coletivo | Ambulância |
| 42      | 23           | 35   | 12        | 52       | 08         |

Tabela 03: Meio de transporte utilizado para ter acesso aos serviços do CTA/SAE

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Observa-se que o número de pessoas que ainda utilizam o transporte coletivo chega a 30% (52) das pessoas entrevistadas. Apesar de outros transportes alternativos, esse meio de transporte ainda é bastante utilizado.

Faz mister observar-se também que 40% (70) dos entrevistados utilizam transporte alternativos, tais como: taxi de lotação, moto ou bicicleta, não por opção, mas por necessidade, pois não há transporte público suficiente para suprir suas demandas.

Diante desse panorama, é de suma importância a reestruturação dos transportes públicos, pois as dificuldades de acesso devido descentralização desorganizada da cidade de Marabá e as dificuldades de acesso da zona rural para zona urbana ainda são fator preocupante para deslocamento desses clientes e da comunidade em geral.

Nesse sentido, o Plano diretor, Lei municipal obrigatória para cidades com mais de 20 mil habitantes, estabelece as regras básicas sobre o uso e ocupação do solo urbano, ou seja, é uma norma que traça os caminhos efetivos para o planejamento, desenvolvimento e execução da expansão urbana, dentro de um contexto harmônico com o que dispõe a Carta Magna, Lei n.º 10.257/2001 (Estatuto da Cidade) e a lei 12.587/2012.

Todavia, apesar da existência de todo um arcabouço jurídico com a finalidade de dar eficiência para a administração das cidades, percebe-se que há uma parcela da sociedade que sofre com as mazelas do estado, principalmente, no que diz respeito ao transporte público. Transporte esse que não suprem as necessidades de seus usuários, que por vezes são obrigados a optarem por transportes particulares comprometendo parte de seu orçamento familiar.

| Classificação      | Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Péssimo |
|--------------------|-------|-----|---------|------|---------|
| Confortável        | 00    | 03  | 04      | 30   | 15      |
| Intervalo de tempo | 02    | 02  | 10      | 15   | 23      |

|                        |    |    |    |    |    |
|------------------------|----|----|----|----|----|
| Tempo de percurso      | 02 | 03 | 06 | 18 | 23 |
| Instalação das paradas | 10 | 30 | 05 | 02 | 05 |
| Segurança nas paradas  | 02 | 02 | 10 | 07 | 31 |

Tabela 04: Avaliação do transporte público

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Na tabela 04, do total de cinquenta e dois (52) entrevistados que utiliza o transporte público para locomoção, é possível visualizar que, 57% consideram o transporte coletivo ruim, 28.8% péssimo. Em relação ao intervalo de tempo, 44.4% consideram péssimos e 28.8% ruim. Ao serem questionados sobre o tempo de percurso da residência até ao CTA/SAE 44.2% péssimo e 34.6% ruim. Quanto às instalações das paradas para acesso ao transporte público 57.6% boas e 19.2% ótimas. No quesito segurança nas paradas do transporte coletivo 59.6% péssimo e 19.2% regular.

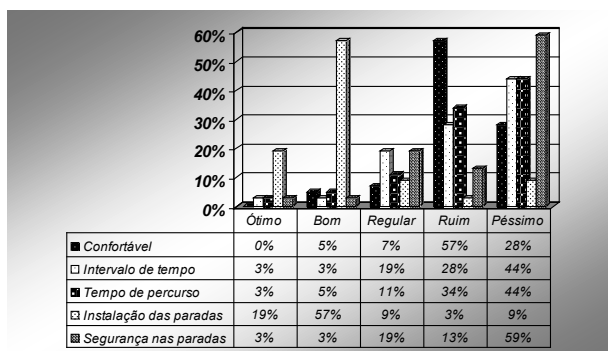


Gráfico 05: Classificação do transporte coletivo

Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Assim, segundo Lima e Ferraz (1995) a qualidade em transporte público urbano é definida com a adequação dos fatores críticos gerenciais e seus resultados aos requisitos dos clientes da prestadora dos serviços, que são: usuários, poder público, acionistas das empresas, funcionários e comunidade.

O transporte coletivo exerce papel importante na atual configuração dos deslocamentos como meio de transporte que propicia a interligação entre as diversas regiões das cidades, constituindo-se numa alternativa para a redução de graves problemas encontrados nas cidades (RODRIGUES, 2006).



| Quantas vezes vão ao CTA/SAE por Ano | Total | Possui Passe livre |     |
|--------------------------------------|-------|--------------------|-----|
|                                      |       | Sim                | Não |
| 01 a 03 X                            | 10    | 00                 | 10  |
| 03 a 06 X                            | 14    | 02                 | 12  |
| 06 a 12 X                            | 50    | 00                 | 50  |
| 12 ou mais X                         | 98    | 36                 | 62  |

Tabela 05: Percurso percorrido  
Fonte: CTA/SAE/2019 – Marabá-PA

Na tabela 5 visualiza o número de vezes que os clientes entrevistados freqüentam o CTA/SAE de Marabá por ano e se possui a carteirinha de passe livre. Observa-se que 56.9% procuram esse serviço mais de doze (12) vezes ao ano e destes 36.7% possui a carteirinha de passe livre e 63.2% não possui. Observa-se que muitos entrevistados aos questionados sobre a carteirinha de passe livre demonstraram surpresos, pois os mesmos desconheciam esse direito.

Em relação a esse direito à gratuidade foi garantido pela Lei nº 8.899/94 e regulamentado pelo Decreto nº 3.691/2.000. Para tanto, este normativo dispõe que a concessão do benefício observará outras leis e decretos, entre estes estão a Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social) e o Decreto nº 6.214/2007, que definem contornos mais amplos de deficiência, abrangendo também pessoas com doenças graves, critérios que vêm sendo ignorado pelos responsáveis pela análise e autorização do passe livre (PROCESSO Nº 5022144-61.2018.4.03.6100), site Justiça Federal.

Outro aspecto verificado junto à equipe do CTA/SAE foi que o passe livre intermunicipal (Modelo em anexo II) é fácil de adquirir no Município de Marabá, no entanto muitas pessoas vivendo com HIV/AIDS não conhecem esse direito, outros já ouviram falar, no entanto não procuraram por ele, pois tem medo que no passe livre estivesse escrito o motivo desse direito, assim eles entendem que as pessoas ficariam sabendo do diagnóstico da infecção em questão. Observa-se assim, uma falta de comunicação entre a pessoa vivendo com HIV/AIDS e a equipe multiprofissional do CTA/SAE.

Quanto ao passe livre interestadual é quase impossível adquirir esse direito, pois a pessoa que vive com HIV/AIDS deve obedecer a critérios muito rigorosos, tais como perda de visão, perda da mobilidade entre outros (modelo para solicitação em anexo III). Mais fica o questionamento se o acompanhamento deve ser integral, universal e equânime, porque esperar o paciente agravar o seu estado geral? Para só então o favorecer com o seu direito já garantido por Lei.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, observa se de acordo com o estudo realizado que, o atual modelo de mobilidade urbana do Município de Marabá provoca situações que dificultam a garantia de acesso a direitos essenciais. Faz-se necessário o reconhecimento dessa realidade,

pois ela denota a urgência da constituição de processos voltados à mudança dos espaços urbanos, incluindo as ruas, em locais mais igualitários que criem oportunidades reais às parcelas excluídas da população. Na problemática em questão, observa-se que essas pessoas já sofrem com o estigma e o preconceito da sociedade o que agrava a situação socioeconômica desse grupo em específico, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pode complicar significativamente a situação de saúde do paciente vivendo com HIV/AIDS.

Portanto, faz-se necessário que haja a implementação na prática das diretrizes contidas nas legislações, sobretudo o que dispõe lei de mobilidade urbana para que assim, as cidades possam ser geridas de forma justa e democrática, pensadas para todos os cidadãos, objetivando, minimizar as segregações causadas. Pensar a mobilidade urbana de maneira a ir muito além de somente o deslocamento casa/trabalho, mas também nas necessidades triviais que a população tem durante os dias, quando não está ao dispor dos seus trabalhos; sobre as formas de chegar aos locais em que são oferecidos os bens e serviços.

Além disso, deve-se desenvolver políticas públicas voltadas à orientação clara e abrangente sobre o direito ao passe livre intermunicipal e interestadual, objetivando, auxiliar essas pessoas que vivem com HIV/AIDS na identificação, adesão e continuidade no acompanhamento desse agravo.

Em relação às dificuldades relacionadas ao transporte coletivo, observa-se que as paradas de ônibus em sua maioria apresenta uma boa estrutura, no entanto a segurança praticamente não existe. Outro fator que dificulta o acesso é o tempo transcorrido entre um coletivo e outro para acesso a cidade, além da distância que é percorrida até o centro, e na maioria das vezes esses transportes apresentam condições precárias para circulação. Lamentavelmente esse tipo de transporte vem perdendo passageiros devido a esses fatores identificados, onde cada dia mais esses passageiros buscam por transportes alternativos tais como: moto táxi, táxi de lotação, bicicleta entre outros. Buscando assim, por mais segurança e celeridade.

Assim, os incentivos a esses transportes alternativos são altamente regressivos, isto é, beneficiam mais quem tem mais e menos, ou nada, quem tem menos. Nesse sentido o serviço precisa adquirir a capacidade de se comunicar com a sociedade em geral, propiciando e ampliando o conhecimento e entendimento sobre a natureza e a importância do transporte público.

## REFERÊNCIAS

BOARETO, Renato. **A política de mobilidade urbana e a construção de cidades sustentáveis.** Ciência & Ambiente, Santa Maria: UFSM, n. 37, p. 73-92, 2008.

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

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº90/2015

BRASIL. Lei 10.257. Estatuto das Cidades. Brasília, 2001.

BRASIL. Decreto nº 6.214/2007

BRASIL. Lei nº 17.846, DE 29 DE MARÇO DE 2018.

BRASIL. Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social)

BRASIL. Boletim Epidemiológico 2016. Ministério da Saúde.

OLIVEIRA, Elisa Resende. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Revista do Laboratório de Estudos de Violência da UNESP**. Marília, nº 9, Maio/2012.

MELO, Maria do Socorro Ribeiro. **Transporte Coletivo Urbano e Acessibilidade na Área Central de Teresina**: um instrumento na (re) organização do espaço. Seminário Regional Norte e Nordeste de Pós-Graduação de Geografia. João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba, 2012;

BRASIL. **PROCESSO Nº 5022144-61.2018.4.03.6100** site Justiça Federal – Passe Livre;

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 5. Ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2018;

RODRIGUES, Mauricio Olbrick. **Avaliação da qualidade do transporte coletivo da cidade de São Carlos**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em file:///C:/Users/rose/Downloads/dissertacaomauricio.pdf. Acesso em 17/04/2019;

SIKORSKY, Daniela. **Oficina de formação: questão social**. São Paulo: Peason Education do Brasil, 2013.

# CAPÍTULO 16

## ESTUDO SOBRE CONSUMO DE ÁLCOOL E CAUSAS DE ETILISMO, DE IDOSOS FREQUENTADORES DA UNIVERSIDADE DA MELHOR IDADE

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 02/06/2020*

### **Milciana Urbiêta Barboza**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande – MS  
<http://lattes.cnpq.br/4094945222148116>

### **Fasila de Nazaré Lobato Pinheiro**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande - MS  
<http://lattes.cnpq.br/8723674680528927>

### **Patrícia Lira Bizerra**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande – MS  
<http://lattes.cnpq.br/7164199875316654>

### **Lizandra Alvares Félix Barros**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande - MS  
<http://lattes.cnpq.br/6418857605076896>

### **Luana Silva Soares**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande - MS  
<http://lattes.cnpq.br/2202562939112570>

**RESUMO:** Estima-se que parte considerável dos idosos brasileiros consuma bebidas alcoólicas, e tal comportamento na terceira idade pode aumentar os riscos de complicações da saúde e mortes, especialmente quando excessivo e frequente. O uso abusivo do álcool pode trazer outras consequências como o aparecimento de doenças cardíacas (insuficiência, arritmias),

gastrointestinais e hepáticas; e também de alguns tipos de câncer, quedas e aumento de pressão arterial. E o desenvolvimento de doenças cognitivas como demência e Alzheimer ampliam-se em até oito vezes. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar e rastrear os níveis e causas do etilismo em idosos participantes do Projeto Social UMI (Universidade da Melhor Idade) realizado na UCDB, em Campo Grande, MS. E também avaliar a autopercepção de felicidade e saúde dos entrevistados. Esse é um estudo transversal do tipo descritivo -observacional, realizado no ano de 2019. A população estudada incluiu 50 idosos, frequentadores da UMI - UCDB. Aplicou-se questionários, sendo um para avaliar o perfil socioeconômico, e outro relacionado à saúde e felicidade. Para a avaliação do consumo de álcool foi aplicado o AUDIT, um instrumento desenvolvido pela OMS. O resultado da pesquisa, verificou-se que 100% dos 50 entrevistados, afirmaram ser abstêmios. 82% se consideraram feliz ou muito feliz, e 74% relataram ter a saúde boa, ou muito boa. Os resultados obtidos neste estudo revelaram que existem muitos pontos positivos, em comum, entre os participantes da pesquisa. Todavia, é importante salientar que, estes idosos estão em atividade, o que difere da condição de passividade em que muitos se encontram atualmente. Os depoimentos revelaram que o envelhecimento pode ser vivido de forma positiva. Entretanto, é necessária qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do idoso, Universidade para Melhor Idade, Alcoolismo na velhice.

## STUDY ON ALCOHOL CONSUMPTION AND CAUSES OF ALCOHOLISM, OF ELDERLY ATTENDERS AT THE UNIVERSITY OF THE BEST AGE

**ABSTRACT:** It is estimated that a sizeable part of elderly Brazilian people consumes alcoholic drinks, and such a behavior in advanced years can increase risks of health complications and death, specially when often and excessively. The over use of alcohol may carry consequences, such as heart, gastrointestinal and hepatic diseases as well as cancer, and increase and decrease in blood pressure. Also, the chances of developing cognitive illness increases 800 per cent. Thus, the aim of the study was to identify and track the levels and causes of alcoholism in elderly people who attend the social project University of the Best Age at Dom Bosco Catholic University (UCDB) in Campo Grande - MS and evaluate the perception of happiness and health of those who were interviewed. This is an observational descriptive cross sectional study, prepared in 2019. The studied population consisted in 50 elderly people, who are frequenters of the social project. Questionnaires were applied: one for evaluating social and economical profile and another one, about health and happiness. For the alcohol consumption's evaluation, it was applied AUDIT - an instrument developed by the World Health Organization (WHO). The survey revealed that 100% of the 50 people who took part in it stated to be abstemious. 82% of them consider themselves happy or very happy. 74% affirm to have a good or very good health. The results obtained in this study emerged that there are several good aspects in common among those in this survey. However, It is important to emphasize that these elderly who took part in this study have active lives, which differ them from the condition of passiveness great part of elderly people live. The testimonies affirmed ageing can be lived in a positive way, yet quality of life is necessary .

**KEYWORDS:** elderly health; University for the Best Age; Alcoholism in old age

### 1 | INTRODUÇÃO

Analisando os aspectos históricos, o álcool tem sido uma das substâncias psicoativas de maior uso pelo homem. Desde a antiguidade, a cerveja e o vinho serviam como fonte diária de líquidos, de nutrientes e calorias, além de possuírem um teor alcoólico baixo. Quatro mil anos antes de Cristo, as populações do antigo Oriente Médio, já faziam uso de bebidas fermentadas, que eram um elemento pelo qual as elites emergentes controlavam a produção de bens (incluindo os recipientes), estabeleciam símbolos de *status* e praticavam o comércio entre populações distantes (JOFFE, 1998). A partir da Idade Média, as bebidas destiladas, que apresentam uma maior concentração de álcool, tiveram sua produção em grande escala (VALLE, 1998). Assim, os problemas relacionados com o álcool tornaram-se socialmente relevantes nos últimos séculos (BERRIDGE, 1990).

O álcool é hoje a droga mais consumida no mundo, por todas as faixas etárias e econômicas. Sendo assim a dependência ao álcool, mostra-se, nos tempos atuais, como um dos fatores que mais agravam diversos problemas sociais, econômicos e de saúde (EDWARDS, MARSHALL & COOK, 1999). O alcoolismo é uma doença prevalente que está fortemente relacionada a 50% dos casos de morte em acidentes de trânsito, 50% dos homicídios e 25% dos suicídios e violência sexual. Entre a população brasileira adulta,

segundo os dados epidemiológicos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) referentes aos levantamentos brasileiros de 2001 e 2005, foi detectado um aumento de 11% para 12,3% da prevalência da síndrome de dependência alcoólica (NOGUEIRA 2008). Ações em Saúde Pública têm direcionado o reconhecimento do alcoolismo como o mais importante e que mais acomete adultos jovens, porém os resultados negativos tanto físicos, sociais, psicológicos e cognitivos do álcool também atingem os idosos.

Do ponto de vista da Saúde Pública, o álcool está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), juntamente com o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável, entre outros (NELSON & KOLLS, 2002). O Brasil está muito longe de conseguir ter um tratamento eficiente para pacientes etilistas. Observa-se que eles não são identificados no setor de cuidados primários de saúde, e também não são atendidos pelos poucos serviços especializados existentes e, além disso, a grande maioria dos profissionais não recebeu capacitação adequada em como fazer um aconselhamento básico (LARANJEIRA, 1998). A grande dificuldade em compreender o alcoolismo em suas variadas facetas é associada ao fato de que o alcoolismo é uma doença condenada e estereotipada pela sociedade. O dependente de álcool não deve ser estigmatizado como alguém que cometeu uma infração moral, mas como vítima de uma doença (VARGAS E LABATE, 2005).

Até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos no planeta (World Health Organization - WHO, 2005). Estima-se que parte considerável dos idosos brasileiros consuma bebidas alcoólicas, de maneira semelhante a idosos de outras nacionalidades, e este comportamento na terceira idade pode aumentar os riscos de complicações da saúde e mortes, especialmente quando excessivo e frequente (GRANT, *et al* 2004).

Mesmo que não exista um consenso quanto à presença ou não de um quadro clínico do alcoolismo característico da população idosa; o reconhecimento e diagnóstico do problema, levando à busca por tratamento adequado, deste transtorno neste grupo etário, se tornam cada vez mais importantes (BEE, 1997). O alcoolismo em pessoas acima de 60 anos amplia em até oito vezes o desenvolvimento de doenças cognitivas como demência e Alzheimer. Além disso, pode trazer outras consequências como o aparecimento de doenças cardíacas (insuficiência, arritmias), gastrointestinais e hepáticas; e também de alguns tipos de câncer, quedas e aumento de pressão arterial (OLIVEIRA, 2013).

A possibilidade em diminuir a incidência e gravidade das complicações físicas e psicossociais, juntamente a uma redução ou abandono do uso de álcool e drogas entre indivíduos com idade superior aos 60 anos, propõe que o diagnóstico e o tratamento desses pacientes devem ser uma das prioridades no manejo clínico desse grupo vulnerável da população quase sempre desprovido de direitos (HULSE, 2002).

Os grupos de convivência têm sido uma alternativa estimulada em todo o Brasil. De maneira geral, inicialmente os idosos buscam, nesses grupos, melhoria física e mental, por

meio de exercícios físicos. Posteriormente, as necessidades aumentam, e as atividades de lazer, como viagens, também ganham espaço, além do desenvolvimento de outras atividades, sempre promovendo atividades ocupacionais e lúdicas. A percepção de uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional do indivíduo (SOUSA, 2003).

Com mais de trezentos idosos matriculados na Universidade da Melhor Idade/UMI atualmente, o programa de extensão universitária iniciou suas ações no espaço da Universidade Católica Dom Bosco no ano de 1998, com a participação de 30 idosos, nas dependências do Bloco B. Com uma equipe formada por diferentes profissionais, a UMI procura proporcionar aos seus participantes com mais de 50 anos de idade uma melhor qualidade de vida, ressaltando aspectos intelectuais, físicos e coletivos. Os idosos que participam do programa possuem diferentes identidades, culturas e saberes. Elementos esses todos em construção (MELLO, 2018).

Na UMI, durante dois anos são desenvolvidas atividades “em quatro grandes eixos articuladores (...), são eles: saúde, nutrição e qualidade de vida; cultura e arte; esporte e lazer; políticas públicas, empoderamento e cidadania” (Projeto político pedagógico da UMI, p.17). Os participantes da UMI ainda realizam viagens para fóruns, congressos da terceira idade, apresentações culturais e jogos da terceira idade, contribuindo para o entrosamento com pessoas dessa idade e trocaram experiências nos diversos grupos e universidades abertas a terceira idade (MELLO, 2018).

Dessa forma o objetivo do presente trabalho foi avaliar o consumo de álcool por idosos participantes da UMI, por meio das seguintes análises: observação do comportamento de idosos quanto ao consumo de álcool (aplicação de questionário específico), avaliação da quantidade de idosos consumidores de álcool, mensurar a frequência da ingestão de bebidas alcoólicas, avaliar a quantidade de álcool ingerido, analisar possíveis consequências físicas, cognitivas e comportamentais. E ainda investigar a motivação dos idosos que fazem uso frequente de álcool, visando entender o perfil de idosos etilistas, E com base nos resultados, se necessário elaborar um plano de intervenção.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Caracterização da amostra**

O presente estudo foi realizado em 50 indivíduos, com idades compreendidas entre 60 e 85 anos de idade. A amostra estava inserida em idosos frequentadores da Universidade da melhor Idade (UMI). O Programa de Ação Comunitária – Universidade da Melhor Idade teve seu início em 1998 com a participação de 30 idosos, hoje conta com mais de 200

participantes. As atividades desenvolvidas para os idosos participantes deste programa se estruturam em quatro módulos: Iniciante, Básico, e Integrado com duração de dois anos, e o Permanente, que é o último a ser realizado. Os módulos são organizados em aulas, atividades pedagógicas diversas, atividades físicas e culturais.

## 2.2 Instrumentos

Esta pesquisa é um estudo transversal do tipo descritivo-observacional. A população estudada incluiu pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, participantes da UMI (Universidade da Melhor Idade) na Universidade Católica Dom Bosco UCDB, Campo Grande MS, Brasil.

Os critérios de inclusão considerados foram: a) ter idade maior ou igual a 60 anos; b) ser aluno da UMI; c) concordar voluntariamente em participar da pesquisa e assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram aplicados questionários, sendo um número de amostra de 50 entrevistados, entre homens e mulheres, usando como prevalência de referência 3,2% para o “padrão de consumo de álcool por dia de 5 ou mais doses” obtido na pesquisa entre idosos de Lima et al. (2009). Aos participantes potenciais, realizou-se o convite para participação do estudo, seguindo em caso de aceite para o esclarecimento da pesquisa e solicitação da assinatura ou aposição do TCLE.

Os instrumentos de coleta de dados foram questionários, elaborados e estruturados, sendo um deles para avaliar o perfil socioeconômico dos idosos entrevistados, e outro com aspectos relacionados à saúde, sobre o autopercepção da saúde, autocuidado e morbidades previamente diagnosticadas. Também foi acrescentado o AUDIT que é um instrumento de rastreamento do uso problemático de álcool que foi desenvolvido pela OMS (PILLON e CORRADI-WEBSTER, 2006), e esta organização preconiza seu uso como instrumento de rastreamento em serviços de saúde (MORETTI-PIRES e CORRADI-WEBSTER, 2011). É composto por dez questões, e as respostas são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de uso problemático da substância. Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência).

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis sociodemográficas, situação familiar, e econômicas dos idosos entrevistados estão descritos na tabela 1. Das 50 pessoas entrevistadas, 80% são mulheres, a maioria tem entre 60 e 69 anos. O estado civil da maioria era casado (40,00%), e viúvos constituíam 24% da amostra. Do total 58% se declararam brancos.



Uma informação interessante é o fato de que, apenas 5 pessoas se declararam negras. O nível de escolaridade mais constatado foi o de ensino médio (42,00%) seguido por ensino superior (32,00%) e fundamental (24,00%). O resultado sobre escolaridade chama atenção, 32% dos idosos, participantes desta pesquisa, possuem o ensino superior. Já que a média nacional de idosos que possuem diploma universitário é de apenas 12%. Somente 1 indivíduo declarou -se analfabeto. Apenas 10% afirmaram possuir renda menor que 1 salário mínimo, sendo predominante o número de idosos que recebiam de 1 a 5 salários mínimos. A renda familiar das pessoas entrevistadas também é diferente da realidade da grande maioria da população idosa do Brasil. Um total, de 44% afirmaram possuir renda familiar maior que três salários mínimos. Sendo que desse total 18% tem ganho mensal maior que cinco salários mínimos. Nenhum entrevistado relatou não possuir fonte de renda. O total de 7 pessoas (14,00%) ainda estavam no mercado de trabalho e predominou o percentual de idosos que moravam acompanhados de familiares (80,00%).

| Variáveis Sociodemográficas | Frequência |       |
|-----------------------------|------------|-------|
|                             | N          | %     |
| Sexo                        |            |       |
| Feminino                    | 40         | 80,00 |
| Masculino                   | 10         | 20,00 |
| Faixa Etária                |            |       |
| 60-69                       | 26         | 52,00 |
| 70-79                       | 21         | 42,00 |
| ≥80                         | 3          | 6,00  |
| Raça                        |            |       |
| Branco                      | 29         | 58,00 |
| Pardo                       | 15         | 30,00 |
| Negro                       | 5          | 10,00 |
| Estado Civil                |            |       |
| Casado                      | 20         | 40,00 |
| Solteiro                    | 7          | 14,00 |
| Viúvo                       | 12         | 24,00 |
| Divorciado                  | 8          | 16,00 |
| Outros                      | 3          | 6,00  |
| Escolaridade                |            |       |
| Esino Fundamental           | 12         | 24,00 |
| Ensino Médio                | 21         | 42,00 |
| Ensino Superior             | 16         | 32,00 |
| Analfabeto                  | 1          | 2,00  |
| Renda                       |            |       |
| menor 01 salário mínimo     | 5          | 10,00 |
| 01 a 03 salários mínimos    | 23         | 46,00 |
| 03 a 05 salários mínimos    | 13         | 26,00 |
| ≥05 salários mínimos        | 9          | 18,00 |
| Trabalha Atualmente         |            |       |
| Sim                         | 7          | 14,00 |
| Não                         | 43         | 86,00 |
| Filhos                      |            |       |
| Sim                         | 4          | 8,00  |
| Não                         | 46         | 92,00 |
| Reside                      |            |       |
| Sozinho                     | 10         | 20,00 |
| Acompanhado                 | 40         | 80,00 |

Tabela 1. Caracterização da população estudada quanto às variáveis sociodemográficas.

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados clínicos coletados estão descritos na tabela 2. A maioria dos idosos (54,00%) relatou não possuir plano de saúde privado. A maioria afirmou possuir pelo menos uma doença crônica, sendo hipertensão (58,00%) e osteoporose (32,00%) as mais prevalentes. Um número expressivo de idosos relatou praticar atividade física de forma

regular (82,00%). O valor surpreendente, de 92% dos entrevistados declararam realizarem alimentação saudável e adequada.

A avaliação do estado de saúde de idosos, em todos os países, é de maneira geral, realizada com base em indicadores de condições de saúde e mobilidade física e autonomia. Entre os indicadores amplamente utilizados estão a autoavaliação do estado global de saúde, o número de doenças ou condições crônicas e a capacidade funcional (CAMPOS NOB,2009). Os questionários utilizados para coleta de dados foram realizados baseados nessas informações.

| Dados Clínicos                   | Frequência |       |
|----------------------------------|------------|-------|
|                                  | N          | %     |
| Possui Plano de Saúde            |            |       |
| Sim                              | 23         | 46,00 |
| Não                              | 27         | 54,00 |
| Exercícios Físicos               |            |       |
| Sim                              | 41         | 82,00 |
| Não                              | 9          | 18,00 |
| Alimentação Adequada             |            |       |
| Sim                              | 46         | 92,00 |
| Não                              | 4          | 8,00  |
| Sente Alguma Dor Crônica         |            |       |
| Sim                              | 26         | 52,00 |
| Não                              | 24         | 48,00 |
| Hospitalizado nos últimos 2 anos |            |       |
| Sim                              | 13         | 26,00 |
| Não                              | 37         | 74,00 |
| Quedas Recentes                  |            |       |
| Sim                              | 14         | 28,00 |
| Não                              | 36         | 72,00 |

|                      |    |       |
|----------------------|----|-------|
| Doenças Crônicas     |    |       |
| Diabetes             |    |       |
| Sim                  | 6  | 12,00 |
| Não                  | 44 | 88,00 |
| Hipertensão Arterial |    |       |
| Sim                  | 29 | 58,00 |
| Não                  | 21 | 42,00 |
| Osteoporose          |    |       |
| Sim                  | 16 | 32,00 |
| Não                  | 34 | 68,00 |
| Outras               |    |       |
| Sim                  | 34 | 68,00 |
| Não                  | 16 | 32,00 |
| Faz uso de medicação |    |       |
| contínua             |    |       |
| Sim                  | 40 | 80,00 |
| Não                  | 10 | 20,00 |

Tabela 2. Hábitos de vida e condições de saúde

Fonte: Dados da pesquisa

Auto percepção de saúde e felicidade, foram descritas na tabela 3. A auto-avaliação da saúde como muito boa, boa, razoável e/ou ruim foi relatada por 14 (23%), 23 (46%) e 14 (23%) participantes, respectivamente. As prevalências do sentimento de felicidade foram ainda maiores, 82% afirmaram serem felizes ou muito felizes.

| Percepção de saúde      | Frequência |       |
|-------------------------|------------|-------|
|                         | N          | %     |
| Ruim                    | 1          | 2,00  |
| Razoável                | 13         | 26,00 |
| Boa                     | 23         | 46,00 |
| Muito Boa               | 14         | 28,00 |
| Percepção de felicidade |            |       |
| Às Vezes é Feliz        | 5          | 10,00 |
| Pouco Feliz             | 4          | 8,00  |
| Feliz                   | 23         | 46,00 |
| Muito Feliz             | 18         | 36,00 |

Tabela.3 Autoavaliação de saúde e felicidade

Fonte: Dados da Pesquisa

Autonomia, capacidade para realizar atividades da vida diária, vida social e familiar dos indivíduos pesquisados, foram descritos na tabela 4. Outro dado constatado pela pesquisa, é o número relevante de idosos que dirigem o próprio carro (48%), e os que, transitam pela cidade, utilizando transporte público, sem ajuda de terceiros (40%). O percentual que utiliza carona, é formado por idosos que preferem usar o transporte compartilhado, por opção, e não por algum motivo de limitação. A grande maioria (74%), seguem alguma religião, e são membros ativos de suas comunidades religiosas. Os idosos participantes da UMI, habitualmente frequentam festas, reuniões familiares, e, ou eventos sociais. No caso dos idosos entrevistados, participantes da UMI, não houve nenhum relato que pudesse ser identificado como um caso de isolamento social. Mesmo aqueles 20% do total que declararam morar sozinhos, afirmaram frequentar igrejas, festas familiares ou eventos sociais. Apenas 8% relataram não sentirem segurança em realizar atividades da vida diária com autonomia.

| Atividades sociais e Autonomia                         | Frequência |       |
|--|------------|-------|
|  | N          | %     |
| <b>Meio de Locomoção</b>                               |            |       |
| Dirige veículo   | 24         | 28,00 |
| Utiliza Transporte Público                             | 20         | 20,00 |
| Carona   | 6          | 12,00 |
| <b>Frequenta igrejas, e/ou Centros Religiosos</b>      |            |       |
| Raramente  | 5          | 10,00 |
| Às Vezes   | 8          | 16,00 |
| Sempre   | 37         | 74,00 |
| <b>Frequenta Festas, Eventos sociais ou Familiares</b> |            |       |
| Raramente  | 5          | 10,00 |
| Às Vezes   | 13         | 26,00 |
| Sempre   | 32         | 64,00 |
| <b>Realiza Atividades Sozinho</b>                      |            |       |
| Raramente  | 1          | 4,00  |
| Às Vezes   | 2          | 4,00  |
| Sempre   | 47         | 92,00 |

Tabela.4

Fonte: Dados da pesquisa

O resultado obtido pela coleta de dados, utilizando o AUDIT, rastreamento do uso problemático de álcool está descrito na tabela 5. Da amostragem de 50 idosos, 100% apresentaram pontuação inferior a 7 pontos. Sendo assim, nenhum idoso foi classificado em zona como dependente ou faz uso de álcool de maneira prejudicial à saúde, Pesquisas

apontam que algumas características como morar sozinho e/ou ser divorciado, vivenciar situações de isolamento social e dispor de pouco tempo para o lazer, podem favorecer o consumo de risco de álcool para evitar o tédio e a solidão (BLOW et al., 2000; BOYLE & DAVIS, 2006). Tendo em vista a qualidade de vida, que os 50 idosos entrevistados apresentam, a alta incidência de proatividade e autonomia entre eles, a autopercepção positiva tanto de saúde, como de felicidade, é possível afirmar que o consumo de álcool nessa população é inexistente. Houve alguns depoimentos de pessoas, que afirmaram consumir uma dose mínima ocasionalmente, não atingindo a pontuação necessária, dentro do teste AUDIT, que possa sugerir preocupação.

| RESULTADO DA<br>APLICAÇÃO DO<br>TESTE AUDIT                                  | FREQUÊNCIA |        |
|--|------------|--------|
|  | N          | %      |
| Zona I (0 a 7 pontos):<br>Abstinência ou<br>consumo sem risco                | 50         | 100,00 |
| Zona II (8 A 15<br>pontos): Consumo de<br>risco                              | 0          | -      |
| Zona III (16 a 19<br>pontos): Consumo<br>prejudicial ou mesmo<br>dependência | 0          | -      |
| Zona IV (20 a 40<br>pontos): Dependência                                     | 0          | -      |

Tabela.5 Questionário AUDIT

Fonte: Dados da pesquisa

## 4 | CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo revelaram que existem muitos pontos positivos, em comum, entre os participantes da pesquisa. Todavia, é importante salientar que, estes idosos estão em atividade, o que difere da condição de passividade em que muitos se encontram atualmente. Os depoimentos revelaram que o envelhecimento pode ser vivido de forma positiva. Entretanto, é necessária qualidade de vida. A qualidade de vida é considerada, de acordo com Rolim e Forti (2004), uma condição para que haja um envelhecimento bem-sucedido.

Características como o estado de saúde e o histórico de beber na vida adulta, parecem direcionar muito mais a trajetória de beber entre idosos do que aspectos como aposentadoria, que outrora foi considerada como importante evento traumático em idosos

e que predisporia o uso/abuso de álcool (BRIDEVAUX et al., 2004).

O idoso como um ser de relações sociais precisa viver em grupo e na sociedade para desenvolver-se como pessoa, tendo assim condições para sua promoção como cidadão participativo no âmbito social, cultural e político. A pessoa idosa em permanente construção busca novos conhecimentos, sentidos e significados para a vida.

Envelhecimento não implica necessariamente em doença e afastamento. O idoso tem potencial para mudar as situações de sua vida e a si mesmo, e tem muitas reservas inexploradas. Os idosos podem se sentir felizes, realizados e atuantes em seu meio social. Muitos estudiosos de diversas áreas, e as pessoas, de um modo geral, têm-se interessado por buscar formas de se chegar a um envelhecimento bem-sucedido e satisfatório (FREIRE, 2000).

## REFERÊNCIAS

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas (1997).

BERRIDGE V. **Dependence: historical concepts and constructs**, pp. 1-18. In G Edwards & M Lader (orgs.). *The nature of drug dependence*. Oxford University Press, Nova York, 1990.

BOYLE, ANDREA RENWANZ; DAVIS, HARVEY. **Early screening and** assessment of alcohol and substance abuse in the elderly: clinical **implications**. *Journal of Addictions Nursing*. n. 17, p. 95-103, 2006.

BRIDEVAUX IP, BRADLEY KA, BRYSON CL, MCDONELL MB, FIHN SD. **Alcohol Screening Results in Elderly Male Veterans**: Association with Health Status and Mortality. *Am Geriatr Soc* 2004.

CAMPOS NOB. **Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida**. Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

CEBRID - **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**.

**Bebidas alcoólicas**. Disponível em [http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool\\_.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm)

EDWARDS, G., MARSHALL, E. J., & COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1999.

FREIRE, S. A. **Envelhecimento bem sucedido e bem-estar psicológico**. In A. L. Neri & S. A. Freire. *E por falar em boa velhice*. São Paulo: Papirus 2000.

GRANT BF, HASIN DS, CHOU SP, STINSON FS, DAWSON DA. **Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions**. *Archives of General Psychiatry* 2004.

HULSE, G. K. **Álcool, drogas e muito mais entre idosos**. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 24, 2002.

LARANJEIRA, R. **O álcool na clínica médica.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.44, n.4, São Paulo, 1998.

LIMA, MARIA CRISTINA PEREIRA et al. **Uso de álcool e quedas entre os idosos na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2009.

MELLO, A. C. N. VIEIRA, C. M. N. **Conhecimentos dos idosos da UMI e sua contribuição acadêmica. 2018. (Seminário).** Anais eletrônicos da III Jornada Brasileira de Educação e Linguagem/ III Encontro dos Programas de Mestrado

Profissionais em Educação e Letras e XII Jornada de Educação de Mato Grosso do Sul/2018 ISBN: 978-85-99540-88-6.

MORETTI-PIRES, RODRIGO OTÁVIO; CORRADI-WEBSTER, CLARISSA MENDONÇA. **Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.497-509, mar.2011.

NELSON S, KOLLS JK. **Alcohol, host defence and society.** Nat Rev Immunol v2, 2002.

NOGUEIRA SL, GERALDO JM, MACHADO JC, ET AL. **Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico.** Rev Bras Estud Pop. 2008 Jun. 25(1):195-98.

OLIVEIRA, B.DE, GONÇALVES, C.M.D AS. & LODOVICI, F.M.M. **Idosos etilistas crônicos: indicações para uma mudança de clave em seu atendimento.** Revista Kairós Gerontologia, 2013.

PILLON, SANDRA CRISTINA; CORRADI-WEBSTER, CLARISSA MENDONÇA. **Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários.** Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.325-332, jul./set. 2006. VALLE BL. Alcohol in the western world. Scientific American 278:62-67. 1998.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA UNIVERSIDADE DA MELHOR IDADE-UMI UCDB, 2017

ROLIM, F. S., & FORTI, V. A. M. **Envelhecimento e atividade física auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida.** In M. J. D. Diogo, A L. Neri & M. Cachioni. Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea 2004.

SOUSA L, GALANTE H, FIGUEIREDO D. **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa.** Rev Saúde Pública, 2003 ;37(3):364-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866>.

VALLE BL. **Alcohol in the western world.** Scientific American 278:62-67. 1998

VARGAS, D.; LABATE, C. R. **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.59, n.1, Brasília, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan -Americana da Saúde 2005.



# CAPÍTULO 17

## IMPORTÂNCIA DA MONITORIA NA DISCIPLINA GENÉTICA HUMANA PARA OS ALUNOS DE BIOMEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data da submissão: 12/05/2020*

### Vítor Gabriel Felipe

Curso de Biomedicina, Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Jataí - UFJ Jataí, GO, Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/3344543376093457>

### Wagner Gouvêa dos Santos

Curso de Biomedicina, Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Jataí - UFJ Jataí, GO, Brasil.  
Orcid. 0000-0001-9110-6350

**RESUMO:** Os programas de monitoria existentes em muitas universidades desempenham um papel importante no processo de ensino aprendizagem. Monitores de disciplinas específicas podem auxiliar estudantes de graduação de inúmeras maneiras auxiliando na assimilação e melhor compreensão de conteúdos mais difíceis. Consequentemente os índices de reprovação e retenção podem diminuir significativamente. O presente trabalho teve como objetivo elucidar a importância, os benefícios e os novos métodos de aplicação da monitoria na disciplina de Genética Humana oferecido na Regional Jataí da Universidade Federal de Goiás - UFG. São descritos os recursos utilizados pelo monitor para seu aprendizado e sua preparação para as atividades de monitoria no intuito de melhorar o aprendizado dos alunos. Ao final da monitoria foi aplicado um questionário diagnóstico para avaliar

a contribuição da monitoria de genética humana no processo de aprendizagem e a percepção da disciplina de acordo com o ponto de vista dos alunos do curso de Biomedicina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Monitoria, Genética humana, Biomedicina, Graduação.

### IMPORTANCE OF TEACHING ASSISTANTSHIP IN HUMAN GENETICS TO THE BIOMEDICINE STUDENTS FROM A PUBLIC UNIVERSITY

**ABSTRACT:** Existing Teaching Assistantships Programs at many universities play an important role in the teaching-learning process. Discipline-specific teaching assistants can assist undergraduate students in several ways by helping them to assimilate and better understand more difficult content. Consequently, failure and retention rates can decrease significantly. The present work aimed to elucidate the importance, the benefits and the new methods of application of the teaching assistantship in the discipline of Human Genetics offered in the Regional Jataí of the Federal University of Goiás - UFG. The resources used by the teaching assistant for its learning and preparation for teaching activities to improve student learning are described. At the end of the teaching assistantship in human genetics, a diagnostic questionnaire was applied to evaluate the contribution of this activity to the learning process and the perception of the discipline according to the point of view of the students enrolled in the Biomedicine course.

**KEYWORDS:** Teaching assistantship, Human Genetics, Biomedicine, Undergraduate

## INTRODUÇÃO

Tanto no cenário mundial como no Brasil existem vários desafios a serem vencidos no âmbito da formação profissional em saúde. Pode-se citar como exemplos o distanciamento dos profissionais da realidade social e da saúde dos indivíduos, dificuldade dos profissionais em construir um pensamento crítico e a aplicação frequente de métodos pedagógicos tradicionais que acabam por reproduzir modelos assistenciais também conservadores<sup>(1,2)</sup>. Neste sentido a formação das competências e habilidades do profissional da saúde passam pelas práticas pedagógicas utilizadas e a eficiência do processo ensino-aprendizagem. Os programas de monitoria existentes nas universidades são dessa forma instrumentos que contribuem nesse processo<sup>(3)</sup>.

A monitoria acadêmica foi instituída no Brasil na década de 60 e se consolidou nas universidades brasileiras com a implementação da Lei nº 5.540/68, art. 41<sup>(4)</sup>. Por meio dessa lei a potencialidade pedagógica da monitoria foi reconhecida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Foi estabelecido que as universidades deveriam criar as funções de monitor para alunos dos cursos de graduação que se submeterem a provas específicas, nas quais demonstrem capacidade de desempenho em atividades técnico-didáticas de determinada disciplina.<sup>(5)</sup>

A disciplina Genética Humana é um componente curricular da formação dos alunos do curso de Biomedicina da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí. Essa disciplina é relatada pelos alunos como uma disciplina de conteúdo extenso e complexo, na qual, os alunos, por mais que já tenham cursado a disciplina pré-requisito Genética básica, apresentam dificuldades durante o período. Diante desse contexto torna-se evidente a necessidade e o papel do monitor como um suporte fundamental no processo de ensino aprendizagem. O presente trabalho trata de um relato de experiência de monitoria na disciplina de Genética humana, no curso de biomedicina da Universidade Federal de Goiás, no campus regional Jataí no semestre de 2017/1.

*Conforme o Edital nº 01 , de 25 de abril de 2017 da UFG são atribuições do monitor:*

- a) Desenvolver o Plano de Trabalho elaborado em conjunto com o professor orientador;
- b) Auxiliar os estudantes que estejam apresentando baixo rendimento na aprendizagem da disciplina;
- c) Auxiliar o professor orientador nas tarefas didático-científicas;
- d) Cumprir a carga horária semanal de doze (12) horas; Preencher, em conjunto com o professor orientador, o relatório final de monitoria.<sup>(6)</sup>

## OBJETIVO

Relatar a experiência do monitor e a relação dos alunos com a disciplina de Genética Humana.

## **METODOLOGIA**

A monitoria foi aplicada seguindo o planejamento semanal de horas e as atribuições do monitor; o mesmo utilizou-se de livros de genética, internet e as aulas do professor-orientador para a aplicação de plantões de dúvidas, discussões de listas de exercício e revisão de conteúdos de difícil compreensão com os alunos que frequentaram a monitoria. Os horários dos plantões foram adaptados quando possível para atender as necessidades e dificuldades dos alunos. O monitor auxiliou o docente na aplicação de provas e durante as práticas laboratoriais, bem como assistiu na preparação e organização do espaço, tanto para facilitar a didática como o aprendizado.

Ao final da disciplina e conjuntamente da monitoria foi aplicado um questionário diagnóstico contendo 7 questões objetivas onde o aluno indica seu interesse na disciplina e sua percepção, nível de relevância da monitoria e outros fatores que influenciaram a aprendizagem de Genética Humana.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A aplicação do questionário diagnóstico foi feita com 22 dos 23 alunos inicialmente matriculados, sendo uma desistência. No questionário notou-se que 21 alunos cursavam a disciplina por ser uma disciplina obrigatória e 1 por reprovação.

Segundo o relato dos alunos as razões para a dificuldade no bom desempenho na disciplina de genética humana incluíam em sua maioria o excesso de disciplinas no semestre que interferiu no aprendizado (82%), seguido de falta de atenção (9%), desinteresse (5%) e falta de base (5%). Este resultado evidencia um ponto importante a ser observado pela coordenação e colegiado do curso de Biomedicina para a adequação e reestruturação da grade curricular do curso bem como do projeto pedagógico, visando uma reorganização dos horários e da carga horária, pois esse fator parece ser comum nas demais disciplinas. O excesso de disciplinas por semestre alerta para a dificuldade de obtenção de um melhor desempenho na vida acadêmica do graduando de biomedicina e provavelmente a eficiência no aprendizado (Figura 1).

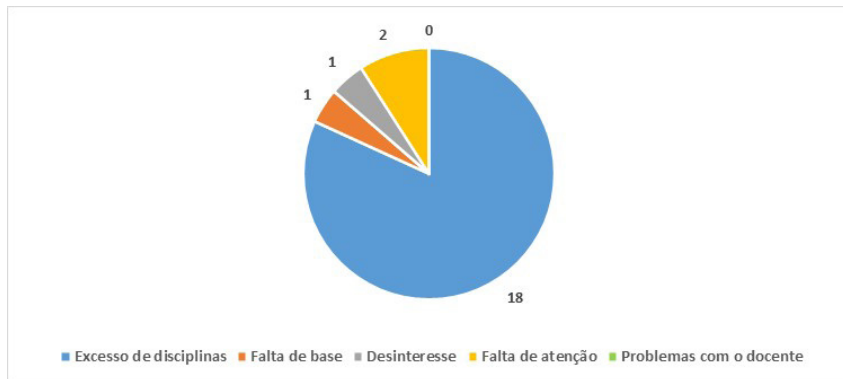


Figura 1 Dificuldades no desempenho de atividades relacionadas a disciplina de Genética Humana

Apesar das dificuldades, o aproveitamento na disciplina se apresentou satisfatório ao fim do semestre. Quando perguntado sobre a utilização da monitoria, dos 22 alunos, 10 se utilizaram desse recurso e desses 100% confirmou que a monitoria atendeu a suas expectativas. Dos 12 alunos que não utilizaram foi questionado a razão da não procura, e os dados foram os seguintes: 7 alunos (58%) não tinham tempo disponível, 4 alunos (33%) responderam que as aulas foram suficientes para a sua compreensão, 1 aluno (8%) não foi necessário. Desse grupo nenhum aluno se declarou muito fraco ou que desconhecia a existência de monitoria (Figura 2)

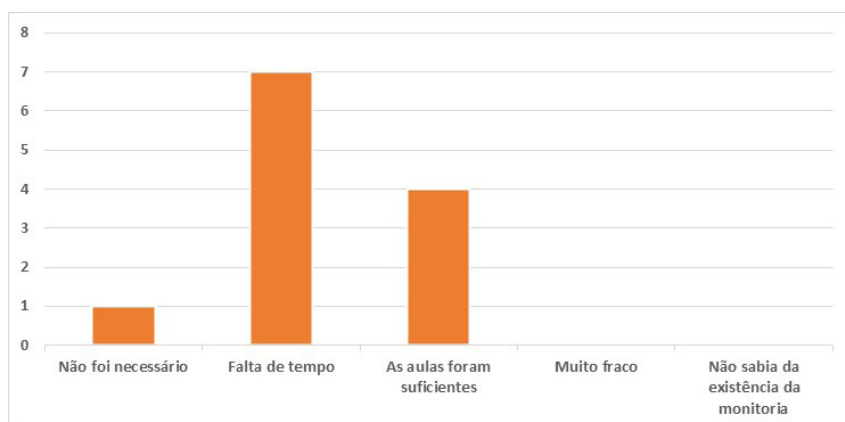


Figura 2. Motivos da não utilização do recurso de monitoria disponibilizado para a disciplina de Genética humana por parte de alguns alunos.

Novamente é relatado a falta de tempo pela maioria dos estudantes que não utilizaram a monitoria, como fator importante para aproveitamento dos recursos de

monitoria disponibilizado aos graduandos de Biomedicina na instituição analisada. Por outro lado, fica claro que apenas uma minoria possui habilidades de estudo suficiente para acompanhamento da disciplina de maneira satisfatória. As aulas ministradas pelo docente responsável foram suficientes para o aproveitamento da disciplina para uma parcela dos alunos que não utilizaram a monitoria.

Quando solicitados para fazerem uma autoavaliação sobre o nível de conhecimento em genética humana numa escala compreendendo muito fraco, fraco, razoável, bom e muito bom; comparado com o início da disciplina, 4 alunos (18%) consideraram muito bom, 10 alunos (45%) consideraram ter um nível bom, 8 alunos (36%) razoável e nenhum aluno considerou fraco ou muito fraco (Figura 3).

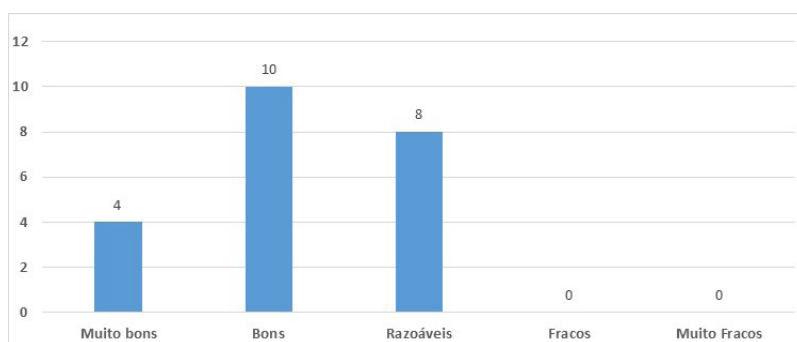


Figura 3. Percepção do nível de conhecimento dos alunos sobre genética humana ao final do semestre comparado com o início do curso.

Por fim foi questionado se os alunos achavam importante e necessário o programa de monitoria em Genética Humana e 100% concordaram que sim. A disponibilidade e presença do monitor em parceria com o docente responsável pela disciplina foi avaliado como tendo um impacto positivo no processo ensino-aprendizagem da disciplina, além de criar um vínculo e aproximação dos envolvidos com área de Genética e despertar maior interesse na área.

## CONCLUSÃO

O programa de monitoria é fundamental para o processo de ensino-aprendizagem tanto para o monitor quanto para os alunos que utilizam este recurso. A monitoria além de contribuir para a aprendizagem prepara e desperta o interesse para docência. O monitor atua como um elo entre docente e discente que facilita o aprendizado do conteúdo ministrado.

Conclui-se que é de extrema importância a utilização da monitoria como recurso didático adicional, bem como revisar a realidade acadêmica dos envolvidos a fim de facilitar

o acesso de todos que necessitam de modo a amplificar a assimilação do conteúdo por estes, o que permite o sucesso nas taxas de aprovação na disciplina, diminuição das taxas de retenção e a formação de um profissional da saúde mais competente.

## REFERÊNCIAS

Costa MV, Borges FA. **O pró-PET frente ao processo de formação profissional de saúde.** Interface. 2015;19(Suppl.1):753-63. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1057>

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. **Health professionals for a new century: transforming educations to strengthen health systems in na interdependent world.** Lancet. 2010;376(9756):1923-58. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

Frison LMB. **Monitoria: uma modalidade de ensino que potencializa a aprendizagem colaborativa e autorregulada.** ProPosições. 2016;27(1):133-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201607908>

Brasil. **Lei nº 5.540, 1968:**[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5540.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5540.htm). Acesso em maio de 2020.

Brasil. República Federativa do Brasil. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9394.htm).

UFG–Regional Jataí. Programa de monitoria. Edital de Monitoria 2016/1. Disponível em: [https://cograd.jatai.ufg.br/up/388/o/EDITAL\\_MONITORIA\\_2017\\_1\\_com\\_assinaturas.pdf?1493150846](https://cograd.jatai.ufg.br/up/388/o/EDITAL_MONITORIA_2017_1_com_assinaturas.pdf?1493150846). Acesso em setembro de 2017.

# CAPÍTULO 18

## O ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A DOR NOS ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE DA MELHOR IDADE

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de Submissão: 01/05/2020*

### **Alana Furtado Hefler**

Universidade Católica Dom Bosco,  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul  
Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3247184401581648>

### **Patrícia Lira Bizerra**

Universidade Católica Dom Bosco,  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul  
Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7164199875316654>

### **Lizandra Alvares Felix Barros**

Universidade Católica Dom Bosco,  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul  
Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6418857605076896>

### **Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski**

Universidade Católica Dom Bosco,  
Campo Grande, Mato Grosso do Sul  
Link do currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3442596287246765>

**RESUMO:** O início da terceira idade se dá a partir dos 60 anos, onde as ações de prevenção e promoção de saúde sejam dos níveis primário, secundário ou terciário não se encerram, permanecem assim como em todas as demais idades e faixa etárias, e sim elas se intensificam. As pessoas de maior idade são constituintes de um grupo heterogêneo, ou seja, somente a idade

não pode ser o fator principal para definir as necessidades de cada um, e sim como um conjunto de fatores, sendo estes as diferenças fisiológicas, cronológicas, psicológicas, sociais e espirituais. A cronicidade e a complexidade também estão presentes no processo de envelhecer e uma de suas especificidades podemos citar a dor, um sintoma subjetivo, que não pode ser visualizado por terceiros, mas que esta presente em todas as fases da vida, principalmente na velhice, e só pode ser relatado por quem sente, tornando-se então um enigma desafiador a todos profissionais de saúde. A dor é constituinte do grupo dos sinais vitais, como o quinto sinal vital, e na idade maior necessita ser estudada de forma diferenciada e sensível, devido a sua vulnerabilidade emocional, social e psicológica vivenciada neste grupo. A população idosa brasileira está constantemente crescendo, dessa forma, necessita ser estudada continuamente, principalmente por sua heterogeneidade. Um dos objetivos do envelhecimento ativo consiste na manutenção da capacidade funcional e autonomia deste idoso, promovendo a este indivíduo uma melhoria na qualidade de vida. E a Universidade da Melhor Idade (UMI) da Universidade Católica Dom Bosco, proporciona aos seus acadêmicos atividades que contribuam positivamente no processo de envelhecimento ativo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento, dor, idoso.

**ABSTRACT:** The beginning of the third age occurs from the age of 60, where the actions of prevention and health promotion, whether at the primary, secondary or tertiary levels do not end,

they remain the same as in all other ages and age groups, but they do. intensify. Older people are part of a heterogeneous group, that is, age alone cannot be the main factor to define the needs of each one, but as a set of factors, these being the physiological, chronological, psychological differences, social and spiritual. Chronicity and complexity are also present in the aging process and one of its specificities is pain, a subjective symptom that cannot be viewed by others, but which is present in all stages of life, especially in old age, and it can only be reported by those who feel it, making it a challenging puzzle for all health professionals. Pain is part of the group of vital signs, as the fifth vital sign, and in older age needs to be studied in a different and sensitive way, due to its emotional, social and psychological vulnerability experienced in this group. The elderly Brazilian population is constantly growing, so it needs to be studied continuously, mainly because of its heterogeneity. One of the objectives of active aging is to maintain the functional capacity and autonomy of this elderly person, promoting an improvement in the quality of life for this individual. And the University of the Best Age (UMI) at the Catholic University Don Bosco, provides its students with activities that positively contribute to the active aging process.

**KEYWORDS:** Aging, pain, elderly.

## 1 | INTRODUÇÃO

A população brasileira vem passando por um processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da população idosa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, a população idosa de 60 a 64 anos foi contabilizada no ano de 2018, separadas por sexo, obteve o resultado de: homens 1,96% e mulheres 2,26%. Comparando há 10 anos a porcentagem era de homens 1,58% e mulheres 1,80%. Já em relação ao estado do Mato Grosso do Sul (MS), o público idoso foi contabilizado também no ano de 2018, separados também por sexo, obteve o resultado de: homens de 1,91% e mulheres de 2,09% e comparando há 10 anos a porcentagem era de homens 1,53% e mulheres 1,60%.

Assim como a nível nacional, a porcentagem do estado do MS demonstrou que a população idosa vem aumentando nos últimos 10 anos, o que muda a estimativa de vida, ou seja, prolongando os dias de vida para os idosos. Vale ressaltar que nesta comparação foi utilizada apenas a população de 60 a 64 anos, porém no site no IBGE 2019, estão disponíveis todas as tabelas que demonstram todas as demais idades e seus percentuais.

Essa transição da estrutura etária é de grande preocupação no sistema de cuidados de saúde brasileiro, que tradicionalmente foi orientado para a doença, e na atualidade passa a dar ênfase na saúde e sua promoção. Para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades; a promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da



saúde desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida (BRASIL, 2007).

A qualidade de vida na terceira idade como a manutenção da saúde em seu melhor nível de bem estar possível, incluindo os seus aspectos, fisiológico, psicológico, social e espiritual.

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002).

Para tanto, é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Portanto, as diferenças fisiológicas, cronológicas, psicológicas, sociais e espirituais também interferem no envelhecimento. Assim sendo, só a idade não é suficiente para determinar as necessidades de cada pessoa. Frente a essas diferenças devem ser considerado as especificidades da idade maior, onde a cronicidade e complexidade permeiam esta fase da vida, no caso, a dor. Ela é tida como um enigma, apesar de ser o sintoma mais pesquisado em todos os ciclos de vida, continua desafiando os profissionais de saúde.

Assim, vale ressaltar, a importância de reconhecer o quinto sinal vital a dor de maneira sensível e diferenciada na idade maior, pela vulnerabilidade emocional, social e psicológica vivenciada neste grupo. Desta forma, é importante obter dados essenciais para avaliar os fatores de risco de ordem social, psicológicos e familiares do idoso tendo em vista a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno crescente que necessita ser mais estudado, a fim de assegurar uma melhor qualidade de vida para essa população. O objetivo desta pesquisa consiste em identificar a presença da dor na idade maior utilizando a avaliação comportamental da dor em acadêmicos da Universidade da Melhor Idade da Universidade Católica Dom Bosco.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (CARVALHO & GARCIA, 2003).

No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (BELTRÃO, CAMARANO E KANSO, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (CAMARANO; et al, 1999).

Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (CAMARANO; et al, 2004).

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. Vale ressaltar, o censo demográfico realizado em 2010, onde foi constatado 10,5% da população brasileira eram de 60 anos e acima, com 20.590.599 pessoas, distribuída por regiões ficando a maior concentração nas regiões Sudeste, 46,3% e Nordeste, 26,5% seguido das regiões Sul, Centro-Oeste e Norte (16,0%, 6,0% e 5,2%) respectivamente. Mato Grosso do Sul apresenta nessa faixa etária, 19,3% em relação ao Centro-Oeste. De 2000 a 2010 houve um incremento de quase 30% nessa faixa etária da população brasileira (BRASIL, 2011).

Hoje a estimativa da população acima de 60 anos é de 12,69% em Mato Grosso do Sul, e Campo Grande concentra em torno 125.000 pessoas em idade maior (BRASIL, 2018).

Debert (1999, p. 12) ainda enfatiza que “a preocupação da sociedade com o processo de envelhecimento deve-se, sem dúvida, ao fato de os idosos corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa do ponto de vista numérico” e assim passa ser hoje tema de debates de políticas públicas e de momentos eleitorais.

Não se pode deixar de ressaltar que todo esse processo recebe influência social a qual tem se tornado um dos maiores determinantes à saúde mental nos últimos tempos. O equilíbrio entre as consciências das perdas ocorridas no processo de envelhecimento e o conhecimento de suas potencialidades e ganhos que alcançou no decorrer da vida é que se pode considerar como uma velhice satisfatória (DIETRICH, 2002 e VILELA, 2017).

Neste sentido, a OMS, (2015) indica que as pesquisas de população de adultos maiores regular em diversos setores e atores podem influenciar o Envelhecimento Saudável,

em uma abordagem coordenada para a política e a prática, onde coloca as necessidades e as aspirações das pessoas em idade maior em seu centro, será fundamental. E identifica três abordagens que atravessam quase todos os setores como prioridades para a serem implementadas. São elas: Combater a discriminação etária; Permitir a autonomia; Apoiar o Envelhecimento Saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo.

Para tal, estas três abordagens serão cruciais para melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão. E destaca: 1. Acordo sobre métricas, medidas e abordagens analíticas para o Envelhecimento Saudável; 2. Melhorar a compreensão do status de saúde e as necessidades de populações em idade maior e quão bem as suas necessidades estão sendo atendidas; 3. Aumentar a compreensão das trajetórias do Envelhecimento Saudável e o que pode ser feito para melhorá-las (OMS, 2015).

É comum encontrarmos síndromes dolorosas crônicas, que acarretam outras repercussões ao indivíduo idoso, como isolamento social, ansiedade, transtornos depressivos, alterações no sono e memória, distúrbios funcionais e risco de quedas. O idoso com dor crônica apresenta comprometimento significativo na qualidade de vida devido ao prejuízo da funcionalidade global, aumenta a demanda por serviços de saúde, tem risco aumentado de polifarmácia e processos iatrogênicos, maior risco de institucionalização e aumento na mortalidade (COMISSÃO DA DOR SBGG, 2018).

Neste sentido, as informações sobre a saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais são fundamentais para o planejamento da atenção e promoção da saúde. Portanto, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa fase da vida.

### 3 | POPULAÇÃO E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória – descritiva, do tipo transversal e de natureza quali-quantitativa, que será realizado no período compreendido de agosto de 2018 à agosto de 2019 em acadêmicos da Universidade da Melhor Idade (UMI) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Essa investigação foi realizada na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), localizado na Avenida Tamandaré, 6000, Bairro Jardim Seminário, em Campo Grande, MS, com os acadêmicos da Universidade da Melhor Idade (UMI) que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa (Apêndice A). Este trabalho é parte do projeto Compreendendo a influência do modo de vida no processo de envelhecimento pela pesquisa-ação interdisciplinar: Envelhescência e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer número 3.185.956, de 07/03/2019.

A UMI contribui com o processo do envelhecimento humano saudável dando

oportunidades para que os cidadãos idosos possam desenvolver diversas atividades com o intuito de promoverem saúde e educação de qualidade. Sendo um programa de extensão promovido pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, destinado às pessoas acima de 55 anos, sem nenhuma restrição quanto ao nível de escolaridade do indivíduo. É uma estratégia que propõe uma renovação de saberes, a busca de novos encontros, a reflexão interior, estimulando a sua reinserção social (UCDB, 2017) .

Foram entrevistados 46 idosos, tendo como critérios inclusão ter a idade igual ou maior de 60 anos e ser acadêmicos da UMI e de exclusão ter a idade menor de 60 anos. Para obtenção dos dados foram aplicados três questionários, um para serem coletadas as informações com dados sociodemográficos e clínicos (nome, idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, realização de atividades físicas, doenças crônicas, alergias), o segundo questionário com perguntas direcionadas a dor (frequência de dor durante a semana, intensidade da dor, local da dor) e o terceiro questionário sobre a dor no momento da entrevista sendo utilizado uma escala numérica de 0 à 10 e uma escala de expressões faciais (ANEXO 01). Os dados foram tabulados em planilhas no Excel e apresentados de forma descritiva, sendo as variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%).

## 4 | RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 46 acadêmicos da UMI com a média de idade de 70 anos, sendo n=37(80%) do sexo feminino e n=9(20%) do sexo masculino, destes n=21(46%) são casados, n=18(39%) possuem o ensino médio completo, n=44(96%) dizem serem praticantes religiosos, n=28(61%) referiram algum tipo de alergia, sobre doenças crônicas n=37(80%) afirmaram terem, dentre elas Hipertensão Arterial com n=29(63%) e Diabetes Mellitus com n=7(15%), uso de medicamentos para tratamentos de doenças não relacionadas às dores são de n=39(85%).

A figura 01 revela que a maior parte dos entrevistados referiu sentirem dores todos os dias com n=22(48%), os que responderam sentirem dores 01 vez na semana foram n=13(28%), os que sentem dores apenas 02 vezes na semana foram n=5(11%), n=04(9%) relataram não sentirem dores e por fim os que sentem 03 vezes na semana n=02(4%).

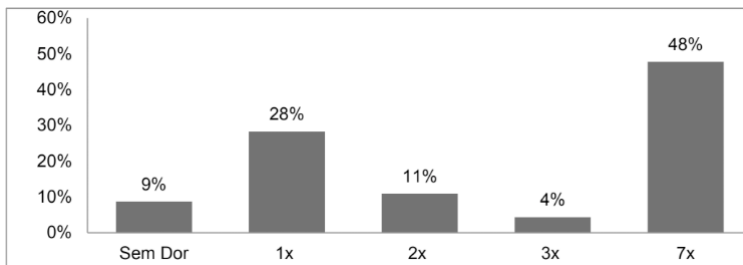


Figura 01: Frequência semanal da dor, referida pelos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

O aparecimento da dor ao longo da vida pode se derivar por alguns fatores, tais como o aumento das doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes (DELLAROZA, 2008). Não podendo esquecer os transtornos mentais, derivadas relacionadas à emocional, como por exemplo, a depressão (JÚNIOR; GOMES, 2014).

As doenças crônicas elas são classificadas segundo Associação Internacional para Estudos da Dor (2011) que dores de duração maior de seis meses ou as dores contínuas e recorrentes de três episódios em três meses. A figura 01 apresenta um percentual preocupante, que entre os entrevistados revelou que a prevalência das dores na semana foi de que são todos os dias da semana, não podendo afirmar que são dores crônicas, devido ao tempo de coleta da pesquisa, que deveria ter um acompanhamento por um tempo maior para tal definição, mas que sim poderia afirmar que há uma predisposição maior em relação às outras populações (MERSKEY, 1994).

A dor crônica como definida anteriormente, diz respeito a uma dor contínua, mas, a pergunta é, de que forma pode afetar a vida dos idosos pesquisados? Pode afetar a qualidade de vida, a dependência de medicamentos, as dificuldades ou limitações nas atividades diárias, as dificuldade no sono, as interações sociais, etc., ressaltando que há necessidade de conhecer a causa da dor para que possa trabalhar em cima disso para melhorar vida destes idosos que sofrem de dores crônicas (STEFANE, et al. 2013).

Ao serem questionados sobre a intensidade das dores que frequentemente costumam sentir n=22(47%) referiram dor de intensidade moderada, n=13(28%) intensidade leve, n=9(19%) intensidade intensa e n=3(6%) relataram não sentir dor. Na figura 02 é possível verificar que a intensidade que prevaleceu entre os pesquisados foi à dor moderada, como o próprio nome diz significa a metade de dois extremos, não podendo ter um resultado bom ou ruim de dor, pois pode ser considerado um resultado positivo em comparação a intensidade intensa, mas ao mesmo tempo negativo comparado aos sem relato de dor.

Quando se relaciona à frequência das dores, prevaleceu à resposta de sete vezes por semana e em relação à intensidade prevaleceram as respostas das dores moderadas, de acordo com os relatos coletados durante a entrevista pode se dizer que é um progresso,

pois grande parte dos entrevistados relataram sofrerem de dores contínuas e intensas, antes de frequentarem a Universidade da Melhor Idade (UMI).

Conforme o resultado anterior a respeito da intensidade foi abordado sobre a prática de exercício físico e n=38(83%) responderam realizar exercícios físicos, esses dados sugerem que a prática de exercícios físicos tem sido benéfico para os acadêmicos da UMI, e de forma indireta a UMI pode ser a responsável pela redução da intensidade das dores como pode ser visualizado na tabela 01.

| REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS | Frequência Absoluta (n) | Frequência Relativa (%) |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sim                              | 38                      | 83%                     |
| Não                              | 08                      | 17%                     |
| Total                            | 46                      | 100%                    |

Tabela 01: Realização de atividades físicas referida pelos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

Conforme relatado a UMI contribui positivamente para estes idosos em relação às dores, sendo assim a atividade física contribuiu para um envelhecimento ativo entre os idosos entrevistados, atuando de forma benéfica, pois permitem que este público aumente seu potencial no seu bem-estar físico, ou seja, diminuído suas dores ou suas intensidades. O conceito de envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (BRASIL, 2005).

Em suma as dores relatadas dizem a respeito ao desconforto, a tabela 02 apresenta os resultados obtidos pela escala numérica da dor, com valores de 0 a 10 para a avaliação da dor utilizada para detectar o valor (número) da dor no momento da entrevista. A nota de dor no momento da entrevista revelou que n=19(41%) sentia de zero a 01, n=15(33%) dois, n=01(02%), n=04(09%) três, n=0(0%) cinco, n=03(07%) seis, n=01(02%) sete, n=03(07%) oito e n=0(0%) para nove e dez para a intensidade de sua dor.

| ESCALA NUMÉRICA DA DOR | Valor Absoluto (n) | Valor Relativo (%) |
|------------------------|--------------------|--------------------|
| Zero a Um              | 19                 | 41%                |
| Dois                   | 15                 | 33%                |
| Três                   | 1                  | 2%                 |
| Quatro                 | 4                  | 9%                 |
| Cinco                  | 0                  | 0%                 |
| Seis                   | 3                  | 7%                 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| Sete | 1 | 2% |
| Oito | 3 | 7% |
| Nove | 0 | 0% |
| Dez  | 0 | 0% |

Tabela 02: Nota da dor referida pelos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

A escala de avaliação numérica é atualmente considerada um dos meios mais importantes para obtenção do mais próximo da nota da dor sofrida, pois a dor está sendo considerada como o quinto sinal vital, sendo os outros quatro sinais vitais: pulsação cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, é um método utilizado para a mensuração da dor e é constituída de valores numéricos 0 a 10, sendo divididas em 04 modalidades, de 0 à 03 ela definida como leve, de 04 a 06 dores moderadas, de 07 à 09 dores intensas e de 10 dor insuportável (GOUVÊA, 2017).

Os dados obtidos foram contraditórios, pois quando questionados de forma verbal sobre a intensidade das dores os idosos referiram dores constantes e de média intensidade, já da forma numérica e visual revelaram sentirem dores de intensidade leve, pois até o número 03 é considerado leve. E para que a avaliação numérica fosse mais fidedigna foi utilizada uma escala de expressões faciais (FIGURA 02) em que 0 correspondesse a um rosto sem dor e o 10 um rosto com a expressão de choro e dor para auxiliar os pesquisados a responder, pois no momento da aplicação alguns diziam se confusos para responder.



Figura 02: Escala visual da dor utilizada nos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

Outro item questionado foi o local do corpo onde eles costumam sentirem as dores (TABELA 03), e a maior parte dos entrevistados responderam que o local mais frequente

da dor é região lombar e membros inferiores (MMII) ambos com n=17(37%), logo após está os membros superiores (MMSS) com n=13(28%), a região da cervical com n=11(24%), sem relato de dor n=06(13%) e a região torácica com n=03(07%).

| <b>LOCAL DO CORPO MAIS FREQUENTE DA DOR</b> | <b>Valor Absoluto (n)</b> | <b>Valor Relativo (%)</b> |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Cervical                                    | 11                        | 24%                       |
| MMSS  | 13                        | 28%                       |
| Torácica                                    | 03                        | 7%                        |
| Lombar                                      | 17                        | 37%                       |
| MMII  | 17                        | 37%                       |
| Sem Relato                                  | 06                        | 13%                       |

Tabela 03: Local da dor referida pelos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

A região lombar (composta por 05 vértebras e 05 discos intervertebrais, localizada entre o final da região torácica e o início do sacro) está interligada diretamente com os membros inferiores (composto pelas coxas, joelhos, pernas e os pés) por estar envolvida no sistema locomotor (MARASCHIN; et al., 2013).

Um enigma sua causa/etiologia, devido ser multifatorial, ou seja, podendo ser geradas por inúmeros fatores: intrínsecos como, por exemplo, o desgaste natural do corpo ou da diminuição das atividades diárias; fatores extrínsecos como, por exemplo, um acidente automobilístico ou por queda, que ocasionou prejuízos e fraturas e por fim outro fator importantíssimo são os vícios posturais ou comportamentais, como por exemplo, maneiras inadequadas de sentar, ficarem horas em pé sem descanso. Todos estes fatores devem ser observados para chegar o mais próximo da causa, sendo estas dores consideradas como um fator biológico, devido à idade (FIGUEIREDO, 2013).

Sabe-se que estes idosos sentem dores, seja ela leve, moderada, intensa ou insuportável, então foi questionado a eles se na presença da dor eles percebiam se havia algum impedimento em suas atividades diárias, a tabela 03, mostra o resultado obtido: Liderando com n=35(76%) os que não são se sentem impedidos, n=08(17%) os que são impedidos e que não relataram ou não souberam informar com n=03(07%).

| <b>IMPEDIMENTO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS PELA DOR</b> | <b>Valor Absoluto (n)</b> | <b>Valor Relativo (%)</b> |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Sim  | 08                        | 17%                       |



|            |    |     |
|------------|----|-----|
| Não        | 35 | 76% |
| Sem Relato | 03 | 07% |

Tabela 04: Impedimento das atividades diárias por conta da dor referida pelos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

A porcentagem aqui encontrada mostra o alto índice de que a dor não os impedem, isto é, os idosos exercem suas atividades do cotidiano sem nenhuma barreira, sim com adaptações pelo avanço da idade, mas nada que os deixem parados e isolados. Uma das metas fundamentais entre os indivíduos e governantes é preservar durante o envelhecimento a autonomia e independência (BRASIL, 2005).

| MÉTODO DE ALÍVIO DAS DORES        | Valor Absoluto (n) | Valor Relativo (%) |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| Medicação                         | 24                 | 52%                |
| Outros Métodos                    | 10                 | 22%                |
| Associação de Medicamentos/Outros | 8                  | 17%                |
| Sem Relato                        | 04                 | 09%                |
|                                   |                    |                    |
| ANALGÉSICOS                       | Valor Absoluto (n) | Valor Relativo (%) |
| Sim                               | 32                 | 70%                |
| Não                               | 10                 | 22%                |
| Sem Relato                        | 04                 | 09%                |

Tabela 05: Método de alívio das dores referida pelos idosos frequentadores da Universidade da Melhor Idade – UCDB. Campo Grande, MS, 2019.

Existem inúmeras formas de aliviar ou acabar com as dores, seja ela qual for, então ciente disso foi perguntado qual o método utilizado que eles utilizam para tal situação (TABELA 05): Com n=24(52%) o uso de medicamentos industrializados, sendo destes n=32(70 %) são os analgésicos, classe de fármaco próprios para alergia, n=10(22%) estão os outros métodos alternativos, que seriam massagens, repouso, terapias, alongamentos, etc., a associação dos medicamentos com métodos alternativos está com n=08(17%) e os sem relato, que são os que não utilizam nenhum dos métodos apresentados acima ou que não souberam responder com n=04(09 %). A automedicação entre os idosos como pode ser visualizado na tabela 05, indicou um elevado percentual, devido à dor enfrentada e utilizado com intuito de aliviar, não sendo indicada a automedicação devido aos imensos perigos em fazer o uso incorreto, como por exemplo, a interação medicamentosa. “O termo “automedicação” é definido como a iniciativa

do indivíduo ou de seu responsável de obter ou usar um produto que trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas sem a indicação de um prescritor, que pode ser o médico ou odontólogo” (SECOLI, 2019 apud PAULO; ZANINI, 1988).

O consumo/utilização dos fármacos mais utilizados entre os idosos prevaleceu foi à classe dos analgésicos, que tem como indicação principal para a algia, isto é, para a dor, (TABELA 05). “O consumo de analgésicos por automedicação costuma ocupar efetivamente um lugar de destaque entre os idosos, considerando que o seu consumo está relacionado ao tratamento da dor e inflamação, sintomas comuns nessa fase” (ELY, 2015).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos são um grupo heterogêneo, isto é, cada um possui sua própria característica/ natureza, dessa forma, este grupo de estudo não pode ser analisado e compreendido da mesma maneira, e sim analisado na sua singularidade, levando em consideração todas as variáveis de cada idoso.

Nesta pesquisa constatou-se, que todos os idosos possuem algum tipo de dor, seja ela de baixa, mediana e alta intensidade, então a dor está presente entre os acadêmicos da UMI sim, mas, o que foi observado é como a dor foi compreendida neste grupo etário.

Observou-se que a participação desses indivíduos na UMI tem papel fundamental nos resultados encontrados quando se refere às dores de baixa intensidade, que promove o incentivo à prática de exercícios, ressaltando a importância da convivência social e mostrando o quanto eles podem ser independentes, com ou sem limitações ou dificuldades.

Os idosos assim como qualquer outro grupo de pessoas, precisam de atenção, apoio e o mais importante a compreensão de suas necessidades e prioridades, com ações de promoção e prevenção de saúde destinadas às suas realidades.

## REFERÊNCIAS

Andrade, F. A.; Pereira, L. V.; Sousa, F. A. E. F. **MENSURAÇÃO DA DOR NO IDOSO: UMA REVISÃO**. Rev. Latino-am Enfermagem, v.14, n.2, p.271-6, 2006.

ALMEIDA, P. R. **Perfil epidemiológico dos pacientes com doença de Parkinson atendidos no Hospital Universitário da UFMS no período de 1999 a 2004**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2007.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para discussão, 1034).

Bottega, F. H.; Fontana, R. T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. Florianópolis, 2010.

BRASIL, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/>

projecao/> Acesso em 16 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília. 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf)> Acesso em: 02 jun. 2011.

BRASIL, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010. 2011**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 02 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento\\_ativo.pdf?sequence=1](http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1)> Acesso em: 05 ago. 2019.

Camarano, A. A., et al. 1999. **Como vive o idoso brasileiro?** In: Camarano, A A (org). Os novos idosos brasileiros: Muito Além dos 60?. Rio de Janeiro, IPEA, 1999.

Camarano, A. A.(org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004, 604p.

Carvalho J. A. M. & Garcia R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, n.3, p.725-733.

Debert, G. G. **Velhice e o Curso da Vida Pós-Moderno**. Revista USP, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 70-83, 1999.

Dellaroza, M. S. G.; et al. **Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade**. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v.54, n.1, 2008.

Dietrich, S. H. C. **Identificação de determinantes de barreiras e de adesão à prática de atividade física: o caso dos frequentadores do programa de apoio à pessoa idosa (PAPI)**. 2002. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2002.

Ely, L. S.; et al. **Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendida na estratégia saúde da família**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 475-485, 2015.

Figueiredo, V. F.; et al. **Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos**. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 26, n. 3, p. 549-557, 2013.

Franco, S. C.; Kipel, A. G. B.; Muller, L. A. **Práticas de enfermagem para o manejo da dor em hospitais de um município de Santa Catarina**. Joinville-SC, 2013.

Freitas, E. F. et al. **Manual prático de geriatria**. 2ed. Guanabara Koogan, 2017.

Garcia, E. S. S.; Saintrain, M. V. L. **Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família**. Rev. Enferm. UERJ. v. 17, n. 1, p. 18 -23.

Gouvêa, A. L. **Avaliação e mensuração da dor. Programa de educação continuada em fisiopatologia e terapêutica da dor.** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/avalia%C3%A7%C3%A3o-e-mensura%C3%A7%C3%A3o-da-dor.pdf>> Acesso em: 05 ago. 2019.

Júnior, J. A. S. H.; Gomes, G. **Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade.** Rev. SBPH. Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2014.

Maraschin, R.; et al. **Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosos: etiologia em revisão.** Fisioter. mov. (Impr.), Curitiba, v. 23, n. 4, 2010.

Merskey, N. B. **Classification of chronic pain: descriptions f chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain.** 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial De Envelhecimento E Saúde.** 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2019.

Pedroso, R. A.; Celich, K. L. S. **Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem.** Florianópolis, 2006.

Pereira, R. J.; Cotta, R. M. M.; Franceschini, S. C. C.; Priori, S. E. **Características da saúde do idoso brasileiro.** Rev. Med. Minas Gerais. v. 19, n.1, p. 44-50, 2009.

Ribeiro, N. C. A.; et al. **O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital.** Rev. Esc. Enferm. USP. v. 45, n. 1, p. 146-52, 2011.

Silva, J. A.; Ribeiro-Filho, N. P. **A dor como um problema psicofísico.** Rev. Dor. São Paulo, v. 12, n. 2, p.138-51, 2011.

Secoli, S. R.; et al. **Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010: Estudo SABE.** Rev. bras. epidemiol. vol. 21, n. 2, São Paulo, 2018. Epub 2019. Apud Paulo, G. L.; Zanini, A. C. Automedicação no Brasil. Rev. Ass. Med. Brasil, v. 34, n. 2, p. 69-75, 1988.

Sociedade Brasileira De Geriatria E Gerontologia, **dor: o quinto sinal vital, Abordagem pratica do idoso, Comissão de Dor da SBGG.** 2018. STEFANE, T.; Santosa. M.; Marinovic, A.; Hortense, P. **Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida.** Acta Paul. Enferm. vol. 26, n. 1, São Paulo, 2013.

THÉ, K. B. et al. **Avaliação de dor em idosos dementados: validação da versão brasileira da escala PACSLAC.** Einstein, v. 14, n. 2, p.152-7, 2016.

UCDB. Universidade Católica Dom Bosco. **Universidade da Melhor Idade.** 2007. Disponível em: <[http://www.uces.br/ucs/tplEventoUnti/extensao/unti/evento/download\\_palestras/forum\\_leiner.pdf](http://www.uces.br/ucs/tplEventoUnti/extensao/unti/evento/download_palestras/forum_leiner.pdf)> Acesso em: 02 jun. 2019.

Vecchia, R. D.; Ruiz, T.; Brocchi, S. C. M.; Corrente, J. E. **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo.** Rev. Bras. Epidemiol. v. 8, n. 3, p. 246 – 252, 2005.

# CAPÍTULO 19

## PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E O DESCONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE O SUS EM UMA COMUNIDADE NO CENTRO DE BELO HORIZONTE

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 02/05/2020*

### **Rafael Fagundes dos Anjos Araújo**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/4575245139350627>

### **Maria Fernanda Amaral Carvalho**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2816136814940953>

### **Júlia de Castro Bolina Filgueiras**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2543626428520223>

### **Mariana Prates Camilo**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/0417488887535253>

### **Tayrone Rodrigues Gonçalves**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/4503074973987958>

### **José Felipe Pinho da Silva**

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina Belo Horizonte - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8485103035909003>

**RESUMO:** Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada e universalista de saúde, composta por princípios, diretrizes e dispositivos jurídicos que orientam as ações governamentais, de modo a garantir o acesso da população a bens e serviços que promovam sua saúde e seu bem-estar. Assim, o SUS representa a materialização de uma expectativa ampliada e contextualizada de saúde, pela possibilidade de transcender a lógica biologicista e conceber a saúde como um bem social. No entanto, percebe-se, paralelamente, uma cultura de descrédito e de desvalorização das questões que dizem respeito ao SUS, tanto por parte de gestores e profissionais que nele atuam quanto por parte de usuários/população, em geral, que dele usufruem. Essa percepção, em muitos casos, está relacionada à desinformação sobre os princípios e diretrizes que regem o SUS e, em outros, pela supremacia do modelo biomédico, ainda centrado na atenção secundária e terciária. Objetivo(s): O objetivo deste trabalho é investigar os fatores que constituem barreiras para universalidade observadas na efetividade do SUS na comunidade do Cafezal, localizada no bairro da Serra em Belo Horizonte. Métodos: Foram realizadas visitas nos domicílios com acompanhamento dos agentes comunitários de saúde com aplicação de questionário semiestruturado, consultas aos agentes comunitários de endemias e informantes-chaves como agentes de saúde, comerciantes locais, profissionais do posto de saúde e funcionários da creche local. Resultados: Somente 12% dos moradores relatam conhecer a estrutura do SUS

sendo que somente 5% alegam ter recebido informações sobre o SUS em alguma ocasião e a principal fonte de informação sobre saúde é o posto de saúde local. Além disso, há uma baixa participação nas reuniões promovidas pelas comissões locais de saúde. Conclusão: A universalidade continua sendo um desafio, principalmente pelo conhecimento precário dos usuários em relação à estrutura do SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Educação em Saúde Pública.

## PRINCIPLE OF UNIVERSALITY AND USERS UNFAMILIARITY ABOUT SUS IN A COMMUNITY IN THE CENTER OF BELO HORIZONTE

**ABSTRACT:** Introduction: The Unified Health System (SUS) is a State policy that is based on an expanded and universalist concept of health, composed of principles, guidelines and legal devices that guide governmental actions, in order to guarantee the population's access to goods and services that promote your health and well-being. Thus, SUS represents the materialization of an expanded and contextualized expectation of health, due to the possibility of transcending the biological logic and conceiving health as a social good. However, a culture of discredit and devaluation of the issues related to SUS is perceived, both by managers and professionals who work in it and by users / population, in general, who enjoy it. This perception, in many cases, is related to the lack of information about the principles and guidelines that govern SUS and, in others, by the supremacy of the biomedical model, still centered on secondary and tertiary care. Objective (s): The objective of this work is to investigate the factors that constitute barriers to universality observed in the effectiveness of SUS in the Cafezal community, located in the Serra neighborhood in Belo Horizonte. Methods: Home visits were carried out with the monitoring of community health agents with the application of a semi-structured questionnaire, consultations with community agents of endemics and key informants such as health workers, local traders, health clinic professionals and local daycare staff. Results: Only 12% of residents report knowing the structure of SUS, and only 5% claim having received information about SUS at some time and the main source of health information is the local health post. In addition, there is a low participation in meetings promoted by local health commissions. Conclusion: Universality remains a challenge mainly due to the poor knowledge of users in relation to the SUS structure.

**KEYWORDS:** Unified Health System; Public health; Public Health Education.

## 1 | INTRODUÇÃO

A saúde pública passou a ser uma prioridade política do governo brasileiro na década de 1920. À época, a base de provedores de serviços de atenção médica individual no Brasil era essencialmente constituída de estabelecimentos privados e filantrópicos. O Estado dedicava-se apenas a segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública, como os portadores de doenças mentais e infecciosas (IBGE, 2003). O setor caritativo, por meio das Misericórdias, assumia o cuidado dos pobres (Gerschman e Borges, 2006).

Apoiados pela Fundação Rockefeller, uma fundação criada em 1913 nos Estados

Unidos da América que define sua missão como sendo a de promover, no exterior, o estímulo à saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia, eminentes sanitaristas da época que refutavam a ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento brasileiro (Castro Santos, 2004; Lima e Hochman, 1996), lideraram a criação de um programa nacional de profilaxia rural, com a instalação de dezenas de postos sanitários em áreas não urbanas do país (Gerschman e Borges, 2006). Este programa de saneamento rural estabelecia uma clara distinção entre ações relacionadas à saúde pública e a proteção médico-assistencial individual até então predominante (Gerschman e Borges, 2006; Hochman e Fonseca, 1999), e representou uma mudança de paradigma na atenção à saúde no Brasil.

Paralelamente, a partir dos anos 1920 assistiu-se à ascensão de uma agenda nacional de assistência médica individual (Gerschman e Borges, 2006; Nunes, 2000). Com a perspectiva de um projeto desenvolvimentista e de fortalecimento do Estado nacional, o governo federal, na era Vargas, incorporou novas atribuições e alianças (Gerschman e Borges, 2006). Como recurso estratégico para a perseguição do projeto do Estado de promotor e ator da industrialização, aliado à organização de trabalhadores institucionalizados como atores políticos (D'Araújo, 2000), o Estado passou a patrocinar o fortalecimento de um sistema previdenciário, baseado em Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizado segundo a categoria profissional, que oferecia coberturas variadas de atenção à saúde individual (Braga e Paula, 1981; Lima e Hochman, 1996; Gerschman e Borges, 2006).

Em relação aos provedores de serviços de atenção à saúde, até 1950 ainda predominavam entidades privadas sem fins de lucro, mutualistas e filantrópicas, que suplementavam as redes estatais (Cordeiro, 1984). Com o aumento do grau de sofisticação tecnológica e dependência de capital na atenção à saúde, no entanto, paulatinamente se fez notar a incorporação de novos provedores privados, com fins lucrativos, de maneira que em 1960 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% já com fins lucrativos (Braga e Paula, 1981).

Ainda na década de 50, apareceram as primeiras empresas de medicina de grupo, inicialmente pequenas e descapitalizadas. O desenvolvimento inicial da medicina de grupo não dependeu de qualquer planejamento governamental. No entanto, com a unificação da Previdência, algumas dessas empresas foram chamadas pelo governo para atuar na prestação suplementar de serviços médicos a instituições previdenciárias (Salm, 2005).

Com o golpe de 1964 e o conseqüente afastamento dos trabalhadores da arena política, ocorreu uma quebra do padrão corporativo estatal da prestação de serviços de saúde (Braga e Paula, 1981). Neste cenário, a unificação da Previdência em 1967 configurou uma tentativa de mudança de trajetória na política de saúde, uma vez que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões, acabando com os benefícios diferenciados por categoria ocupacional e limitando, assim, o poder político dos sindicatos. A centralização

dos recursos na Previdência possibilitou o seu direcionamento para a compra de serviços privados de assistência médica (Gerschman e Borges, 2006).

Na década de 1970, a política de saúde implementada de forma mais estruturada no governo Geisel, abrangia dois elementos principais: um processo de expansão da cobertura, pela compra de serviços ao setor privado e por programas como o Programa Nacional de Imunização, e projetos alternativos ao modelo hegemônico, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

A criação do SUS ocorre durante o processo de redemocratização do país, que surgiu após o interregno autoritário. As bases do Sistema Único de Saúde (SUS) foram geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A proposta de atenção universal baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais; a Declaração de Alma-Ata, no ano de 1978, havia estabelecido, em plano mundial, a participação efetiva dos Estados na promoção da saúde dos seus cidadãos, por meio de práticas de saúde que primem pelo bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes (Souza, 2014).

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 garante a todo cidadão brasileiro o direito à atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, prestada por um sistema nacional de saúde (Backes e cols, 2009). Com base nessa garantia, originou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com características únicas na América Latina (Gerschman e Borges, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada e universalista de saúde, composta por princípios, diretrizes e dispositivos jurídicos que orientam as ações governamentais. Os princípios são: universalidade, igualdade e integralidade, de modo a garantir o acesso da população a bens e serviços que promovam sua saúde e seu bem-estar, sendo que a iniciativa privada participa desse sistema de maneira complementar (Teixeira, C. et al, 2014).

Esse sistema de saúde pública apresenta subsistemas: o SUS estadual e o SUS municipal, funcionando como uma rede regionalizada e hierarquizada. No caso do nível municipal, suas ações podem ser desenvolvidas pelas unidade estatais ou privadas, de modo a garantir o acesso dessa população aos serviços e disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

O funcionamento do SUS faz com que a área da saúde esteja entre as mais democráticas, com alto grau de participação social e com um modelo de descentralização que possui maior êxito entre os serviços públicos brasileiros. Ademais, a rede do SUS é organizada de forma regionalizada e com nível de complexidade crescente. Cada município pode desenvolver ações e prestar serviços que estejam sob suas responsabilidades, permitindo uma direção do sistema única em cada nível de governo. (BRÁSÍLIA- DF, 2000).

Assim, o SUS representa a materialização de uma expectativa ampliada e contextualizada de saúde, pela possibilidade de transcender a lógica biologicista e



conceber a saúde como um bem social. A sua criação foi, portanto, o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil. A partir de então se vive, no Brasil, um movimento de intensos e crescentes avanços no setor da saúde, mas, também, de grandes e importantes desafios tanto na área de gestão quanto na área dos processos e cuidados. Percebe-se, paralelamente, uma cultura de descrédito e de desvalorização das questões que dizem respeito ao SUS, tanto por parte de gestores e profissionais que nele atuam quanto por parte de usuários/população, em geral, que dele usufruem. Essa percepção, em muitos casos, está relacionada à desinformação sobre os princípios e diretrizes que regem o SUS e, em outros, pela supremacia do modelo biomédico, ainda centrado na atenção secundária e terciária.

O presente trabalho teve como público alvo os moradores residentes na comunidade do Cafezal, uma das ocupações que compõem o Aglomerado da Serra, na região Centro Sul de Belo Horizonte. A comunidade é assistida majoritariamente pelo Centro de Saúde do Cafezal, que cobre um contingente de 11 mil usuários, por meio da atuação de quatro equipes de saúde. A região conta com territórios de média e alta periculosidade e os fortes declives e variações de relevo dificultam o acesso da população, por exemplo, no deslocamento até o centro de saúde. Desse modo, as entrevistas que serviram de base para a formulação dessa obra foram aplicados tanto dentro da unidade de saúde, como em outros pontos da comunidade, dentro da área de abrangência do posto de saúde, a fim de garantir que o resultado refletisse a realidade de um percentual significativo daquela população.

## **2 | OBJETIVOS**

O objetivo deste trabalho é investigar os fatores que constituem barreiras para a universalidade observadas na efetividade do SUS na comunidade do Cafezal, localizada no bairro da Serra em Belo Horizonte - MG.

## **3 | MÉTODOS**

Foram realizadas visitas nos domicílios da comunidade do Cafezal com acompanhamento dos agentes comunitários de saúde para aplicação de questionário semiestruturado (Anexo 1), consultas aos agentes comunitários de endemia e informantes-chaves como os agentes de saúde, comerciantes locais, profissionais do posto de saúde e funcionários da creche local. A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2018. A partir disso foi realizada a análise gráfica das respostas fornecidas pelos participantes da pesquisa, elencando pontos importantes para a compreensão da realidade da saúde pública daquela comunidade.

## 4 | RESULTADOS

Foram analisadas 26 entrevistas (Anexo 2 - Tabela 1); dentre os participantes, 23% eram do sexo masculino e 77% do sexo feminino. A média de idade do grupo foi de 54,33 anos de idade. 84,6% dos entrevistados têm pelo menos 1 filho. No que se refere à condição de saúde, 57,7% relataram ter algum problema de saúde. Em relação à percepção subjetiva do estado de saúde, 4% consideravam a sua saúde péssima, 60% regular e 36% ótima. De acordo com o grupo de doenças que mais preocupavam os entrevistados, 33,3% relataram ser diabetes, hipertensão arterial, doenças renais e colesterol, 23,8% dengue e febre amarela, 9,5% alterações de visão, 4,8% micoses, 4,8% doença mental e 23,8% relataram não ter preocupação com nenhum grupo.

Ademais, os entrevistados foram questionados acerca dos seus conhecimentos em relação à estrutura do serviço de saúde (Anexo 3 - Tabela 2). 54,5% das pessoas entrevistadas relataram conhecer a estrutura do Serviço Único de Saúde (SUS), mas apenas 22,7% delas receberam informações sobre o funcionamento do SUS. Ao serem questionados a respeito da principal fonte de informação sobre a saúde, 77,3% informaram ser o próprio posto de saúde, 18,2% os agentes comunitários de saúde (ACSs) e 4,5% alegaram obter informações pela internet. Quando indagados se tinham conhecimento sobre as ações desenvolvidas pela comissão local de saúde, 11,5% responderam que sim e afirmaram ter uma divulgação adequada por essa comissão. Em relação à participação dos entrevistados nas reuniões da comissão local de saúde, 3,8% afirmaram participar. Sobre as formas mais efetivas de divulgação das ações da comissão local de saúde, 50% deles consideravam ser cartazes no comércio, 45,5% a partir dos agentes comunitários de saúde e 4,5% achavam que deveria ser por algum outro meio. Quanto ao anexo “Casa Verde” (centro de combate às endemias), 55,7% deles relataram conhecer os serviços prestados e 42,3% disseram que já utilizaram algum serviço disponibilizado por esse anexo. Do total de entrevistados, 59,1% participavam de alguma associação/igreja ou grupo comunitário. Ademais, 40,9% deles disseram utilizar os equipamentos públicos de atividade física disponibilizados na comunidade.

Em relação ao serviço de saúde prestado pelo posto (Anexo 4 - Tabela 3), 34,6% se mostraram totalmente satisfeitos, 53,9% satisfeitos mas pode melhorar e 11,5% muito pouco satisfeitos. O tempo médio para atendimento foi de 44,81 minutos e a média de frequência de visitas ao posto de saúde no mês foi de 1,57 vezes. Quando avaliamos se as necessidades foram atendidas pelo posto de saúde, 7,7% responderam nenhuma vez, 50% em algumas vezes e 42,3% todas as vezes. Por fim, 19,2% consideram haver profissionais de saúde suficientes para atender as necessidades da comunidade.

Por fim, existe uma variação muito pouco significativa no N de respostas em algumas perguntas do questionário, resultado expresso nas tabelas de resultado. Isso se deve ao fato de que alguns participantes não foram capazes de responder todas as perguntas

do instrumento, seja por obstáculo de compreensão ou por interrupção da aplicação do instrumento.

## 5 | DISCUSSÃO

Conforme exposto pelos resultados da presente pesquisa, pouco mais que a metade (54,5%) dos entrevistados afirmaram conhecer a estrutura de funcionamento e os serviços prestados pelo SUS, o que denota uma realidade preocupante, uma vez que 57,7% dos participantes dessa mesma amostra alegaram apresentar algum problema de saúde, sendo então, dependentes diretos ou indiretos da rede pública de saúde. Outro ponto alarmante é a baixa adesão da população aos serviços e propostas da atenção primária da rede pública de saúde, realidade denunciada pelo fato de que apenas 1 dos entrevistados afirmava participar das reuniões da comissão local de saúde e somente 3 dos entrevistados afirmavam conhecer as ações desenvolvidas pela comissão de saúde local. Infere-se, então, uma incoerência notável na avaliação do comportamento da população, tendo em vista que mais da metade dos entrevistados alegava conhecer a estrutura de organização do SUS, enquanto uma porcentagem ínfima da amostra relatava participar das atividades locais do sistema de saúde.

Parte dessa discrepância pode ser resultado de um déficit informacional, premissa reforçada pelo fato de que apenas 5 participantes da pesquisa disseram receber informações sobre o funcionamento local do SUS, defasagem reiterada pelo dado de que apenas 3 dos entrevistados achavam a divulgação das ações do sistema local adequada. Esse hiato informacional é tido como um óbice que distancia a população dos agentes locais e de uma intervenção funcional em saúde, visão ilustrada, por exemplo, pela baixa adesão dos entrevistados às academias públicas da comunidade. Essa divulgação das ações de saúde da equipe local concentrava-se principalmente em duas modalidades: 50% por meio cartazes e 41% através do trabalho dos agentes comunitários de saúde, o que pode explicar o alcance limitado da informação, sendo, talvez, a diversificação desses meios de propagação uma alternativa a ser considerada.

De modo geral, esse desconhecimento e a baixa adesão da população às ofertas de seu próprio sistema público de saúde, junto a outros fatores como influência midiática, dogmas sociais e outros fatores culturais, nutre a imagem negativa que a população cultiva em relação ao SUS e aos serviços de saúde locais, visto que 66,3% dos entrevistados disseram não estar plenamente satisfeitos com o atendimento de saúde que recebem na rede pública. Seja por deficiência na difusão da informação, ou por qualquer outra limitação ou particularidade local, o conhecimento precário por parte da população da comunidade do Cafezal em relação à dinâmica do SUS se apresenta como um desafio à garantia da universalidade. Vale destacar, ainda, que esse recorte não é exclusivo de um território específico ou restrito a apenas um grupo populacional, o que sugere que o conhecimento

escasso por parte da população em relação ao sistema público de saúde se opõe à garantia de seus princípios e ao seu próprio funcionamento.

## 6 | CONCLUSÃO

A garantia da universalidade, um dos três princípios bem definidos do SUS, continua sendo um grande desafio para o sistema público de saúde. O conhecimento precário dos usuários em relação à estrutura e aos serviços prestados pelo Sistema Único Saúde mostra-se como um dos fatores determinantes para tal dificuldade. Dessa forma, as frentes de ação do serviço acabam por nem sempre atingirem seus objetivos com plenitude.

## REFERÊNCIAS

Backes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. **O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários.** *Ciência Saúde Coletiva.* 2009;14(3):903-10.

BRAGA, José Carlos Souza & PAULA, Sérgio Góesde (1981), **Saúde e previdência: estudos de política social.** São Paulo, Cebes/Hucitec

BRASÍLIA- DF. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Sistema Único de Saúde: Princípios e Conquistas. 2000.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 01 maio 2018.

Castro Santos LA. “**Poder, ideologia e saúde no Brasil na Primeira República: ensaio de sociologia histórica**”, in G. Hochman e D. Armus (orgs.), **Cuidar, controlar, curar**, Rio de Janeiro, Fiocruz 2004 (col. História e Saúde)

CORDEIRO, Hésio. (1984), **As empresas médicas.** Rio de Janeiro, Graal.

D'ARAUJO, Maria Celina. (2000), **O Estado Novo.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do Século XX.** 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/107/10706110/>>. Acesso em: 01 maio 2018.

HOCHMAN, Gilberto & FONSECA, Cristina M. O.(1999), “**O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-1945**”, in Dulce Pandolfi (org.), **Repensando o Estado Novo**, Rio de Janeiro, Editora da FGV.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2003), **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.** Rio de Janeiro, IBGE

Lima NT; Hochman G. “**Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República**”, in Marcos C. Maio e Ricardo V. Santos, **Raça, ciência e sociedade**, Rio de Janeiro, Fiocruz (1996)

NUNES, Everardo Duarte. (2000), “**Sobre a história da saúde pública: idéias e autores**”. Ciência e Saúde Coletiva, 5 (2): 251-264

SALM, Cláudio. (2005), “Introdução”, in Lígia Bahia, Ludmila Antunes, Thereza Cristina Cunha e William Martins (orgs.), **Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias**. Rio de Janeiro, Leps/Ministério da Saúde.

Souza MHT, Marchiori MTC, Colomé JS, Backes MTS, Lunardi Filho WD. **O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem**. Revista Latino-Americana Enfermagem; 2014. 22(6):1026. DOI: 10.1590/0104-1169.0040.2512 <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>

Teixeira CF, Souza LEPP, Paim JS. **Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira**. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-138.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - Questionário semiestruturado

| Questões   |
|--|
| <p><b>Idade do entrevistado</b><br/> <b>Sexo (0) FEMININO (1) MASCULINO</b><br/> <b>Você possui filhos? (0) NÃO (1) SIM</b><br/> <b>Você apresenta algum problema de saúde (0) NÃO (1) SIM</b></p>   |
| <p><b>Atualmente como você considera sua saúde? (0) PÉSSIMA (5) REGULAR (10) ÓTIMA</b><br/> <b>Na sua opinião quais fatores observados na comunidade podem contribuir para o surgimento de problemas de saúde?</b><br/> <b>Hoje qual é a sua maior preocupação em relação a sua saúde e de seus familiares?</b><br/> <b>Você conhece a estrutura do serviço único de saúde (SUS)? (0) NÃO (1) SIM</b><br/> Alguna vez você já teve oportunidade de ler algo ou alguém lhe explicou com funciona o SUS? (0) NÃO (1) SIM</p>   |
| <p>Quando você necessita de alguma informação sobre saúde qual é sua principal fonte? (P) posto de saúde (I) internet (O) outros</p>   |
| <p><b>Qual é o grau de satisfação com a estrutura do posto de saúde cafezal? (0) muito pouco satisfeito (5) satisfeito mas pode melhorar (10) totalmente satisfeito</b><br/> Quando você vai ao posto, quanto tempo em média você aguarda para o atendimento? (colocar tempo aproximado)<br/> Quantas vezes você precisou ir ao posto no último mês? (colocar quantidade de vezes conforme descrito pelo entrevistado sem citar números)<br/> Com qual frequência você consegue ter suas necessidades atendidas ao ir até o posto de saúde? (0) Nenhuma; (5) Em algumas vezes (10) todas as vezes<br/> Você considera que há profissionais de saúde suficientes para atender as necessidades do posto? (0) NÃO (1) SIM<br/> Qual especialidade disponível no posto de saúde você mais utiliza?<br/> Na sua opinião qual especialidade deveria existir no atual posto de saúde que ainda não é disponibilizada?<br/> Caso fosse feita uma reforma no posto de saúde, o que você considera mais importante melhorar?</p> |
| <p><b>Você conhece as ações desenvolvidas pela comissão local de saúde? (0) NÃO (1) SIM</b><br/> Você participa das reuniões da comissão local de saúde? (0) NÃO (1) SIM<br/> Você acha que as ações da comissão local de saúde são devidamente divulgadas? (0) NÃO (1) SIM<br/> Qual é a forma que você considera mais eficiente para a divulgação de ações da comissão local de saúde?<br/> (1) Cartazes no comércio (2) divulgação pelos agentes de saúde (3) outras formas de divulgação (Qual?)</p>   |
| <p><b>Você conhece os serviços prestados pelo anexo "casa verde"? (0) NÃO (1) SIM</b><br/> <b>Você já utilizou algum serviço disponibilizado no anexo casa verde? (0) NÃO (1) SIM</b><br/> <b>Você participa de alguma associação/igreja ou grupos comunitários (0) NÃO (1) SIM</b><br/> <b>Você utiliza os equipamentos de ginástica disponibilizados na comunidade? (0) NÃO (1) SIM</b><br/> Se não, qual o motivo de não utilizar?</p>  |

## ANEXO 2

| Dados   | ENTREVISTADOS                           |       | N    |
|---|---|-------|------|
|   | Média ± DP                              | n (%) |      |
| Idade (anos)  | 54,33 ± 6,11                            |       | N=26 |
| Gênero  | MAS. 6 (23%) - FEM. 20 (77%)            |       | N=26 |
| Você possui filhos?   | 22 (84,6%) sim                          |       | N=26 |
| Apresenta algum problema de saúde?                            | 15 (57,7%) sim                          |       | N=26 |
| Percepção subjetiva do estado de saúde                        | <b>6,15±0,63</b>                        |       | N=25 |
|   | 1 (4%) PÉSSIMA                          |       |      |
|   | 15 (60%) REGULAR                        |       |      |
|   | 9 (36%) ÓTIMA                           |       |      |
| Maior preocupação em relação a sua saúde e de seus familiares | 7 (33,3%) Diabetes/H.A./Rins/Colesterol |       | N=21 |
|   | 2 (9,5%) Alterações de Visão            |       |      |
|   | 5 (23,8%) Dengue/Febre amarela          |       |      |
|   | 1 (4,8%) Micose                         |       |      |
|   | *1 (4,8%) Doença mental                 |       |      |
|   | 5 (23,8%) Nenhum                        |       |      |

\* Contexto de segurança pública pode ter influência no dado; H.A hipertensão arterial.

Tabela 1- Perfil dos entrevistados

## ANEXO 3

| Dados   | ENTREVISTADOS |                      |
|---|---------------|----------------------|
|   | Média ± DP    | n (%)                |
| Relatam conhecer a estrutura do serviço único de saúde (SUS)                  | 12 (54,5%)    | sim N=22             |
| Receberam informações sobre o funcionamento do SUS                            | 5 (22,7%)     | sim N=22             |
| Principal fonte de informação sobre saúde                                     | 17 (77,3%)    | Posto de Saúde N=22  |
|   | 1 (4,5%)      | internet             |
|   | 4 (18,2%)     | ACSSs                |
| Conhecimento sobre as ações desenvolvidas pela comissão local de saúde        | 3 (11,5%)     | sim N=26             |
| Participação nas reuniões da comissão local de saúde                          | 1 (3,8%)      | sim N=26             |
| Acham que há uma divulgação adequada da comissão local de saúde               | 3 (11,5%)     | sim N=26             |
| Forma de divulgação das ações da comissão local de saúde que julga eficiente  | 11 (50%)      | Cartazes no comércio |
|   | 10 (45,5%)    | *ACSSs               |
|   | 1 (4,5%)      | Outros               |
| Conhece os serviços prestados pelo anexo "casa verde"                         | 15 (57,7%)    | sim N=26             |
| Já utilizou algum serviço disponibilizado no anexo "casa verde"               | 11 (42,3%)    | sim N=26             |
| Participa de alguma associação/igreja ou grupos comunitários                  | 13 (59,1%)    | sim N=22             |
| Utiliza os equipamentos Públicos de atv física disponibilizados na comunidade | 9 (40,9%)     | sim N=22             |

\*ACSSs- Agentes Comunitários de Saúde

Tabela 2 – Conhecimento em relação à estrutura dos serviços de saúde

## ANEXO 4

| Dados   | ENTREVISTADOS |                              |
|---|---------------|------------------------------|
|   | Média ± DP    | n (%)                        |
|   | 6,15±0,63     |                              |
| Grau de satisfação com a estrutura do posto de saúde cafezal                                  | 9 (34,6%)     | totalmente satisfeito        |
|   | 14 (53,9%)    | satisfeito mas pode melhorar |
|   | 3 (11,5%)     | muito pouco satisfeito       |
| Tempo em média que aguarda para o atendimento (minutos)                                       | 44,81±5,60    | N=26                         |
| Frequência de visitas ao posto de saúde/mês   | 1,57±0,24     | N=26                         |
| Frequência na qual consegue ter as necessidades atendidas no posto de saúde                   | 2 (7,7%)      | nenhuma                      |
|   | 13 (50%)      | em algumas vezes             |
|   | 11 (42,3%)    | todas as vezes               |
| Considera haver profissionais de saúde suficientes para atender as necessidades da comunidade | 5 (19,2%)     | sim N=26                     |

Tabela 3 - Satisfação em relação ao serviço prestado pelo posto de saúde

# CAPÍTULO 20

## SAÚDE MENTAL: ESTRESSE EM ACADÊMICOS DE PSICOLOGIA

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 20/05/2020*

### **Ana Karolina Ibanhes**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/2005511549732967>

### **Angelina de Fátima Sesper Nogueira**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/6958394256606544>

### **Ester Katyane Rodrigues Torres**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/3256679998725424>

### **Laura Beatriz da Silva**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/9013343194487156>

### **Karla de Toledo Candido Muller**

Universidade Católica Dom Bosco  
Campo Grande, MS  
<http://lattes.cnpq.br/4802739381481846>

**RESUMO:** Os distúrbios relacionados à saúde mental são constantes na vida dos universitários, entretanto, pouco se investiga sobre o quanto afetam os discentes de psicologia, uma vez que eles são os grandes observadores da psique humana. O presente estudo visou identificar o perfil de estresse dos acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco e

compreender como o mesmo afeta sua vivência no âmbito social e universitário. Com caráter quantitativo descritivo transversal, 30 discentes do citado curso participaram através do instrumento de pesquisa disponibilizado (questionário). Foi analisado o estilo de vida dos alunos, assim como os fatores e alterações fisiológicas relacionados ao estresse que consideraram presentes em sua rotina. Constatou-se que, conforme relatado, todos julgam a vida acadêmica como estressante por conta de situações como a sobrecarga de atividades, metodologia dos professores, a necessidade de boas notas em todos as avaliações, entre outros. Além disso, observa-se o desencadeamento de sintomas que repercutem de forma negativa no desempenho destes e afetam o seu bem-estar biopsicossocial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental. Estresse em acadêmicos. Psicologia. Vida universitária. Qualidade de vida.

### MENTAL HEALTH: STRESS IN PSYCHOLOGY ACADEMICS

**ABSTRACT:** Disorders related to mental health are frequent in college students' lives although little has been investigated on how much they affect Psychology ones, since they are great human psyche observers. The present study aims to identify the stress profile of Psychology students at Universidade Católica Dom Bosco and understand how does it affect their experience in social and university environment. Through a cross-sectional quantitative character, 30 students from the mentioned course too part on the available research instrument (questionnaire).



Students' lifestyle was analyzed, as well as factors and physiological changes related to stress that they considered relevant in their routine. It was found that, as reported, everyone considers academic life as stressful due to situations such as overload of activities, teachers' methodology, the need for good grades in all assessments, among others. In addition, there is the onset of symptoms that have a negative impact on their performance and affect their biopsychosocial well-being.

**KEYWORDS:** Mental health. Stress in academics. Psychology. University life. Quality of life.

## 1 | INTRODUÇÃO

A saúde mental é caracterizada como um bem-estar do indivíduo consigo mesmo e com situações pelas quais passam no seu cotidiano. Dentro dessa área, atualmente, discute-se muito sobre o estresse que tem sido utilizado de forma corriqueira e automática para justificar reações inesperadas e explosivas que atingem o sujeito de forma direta, afetando sua saúde física.

Durante a nossa vida passamos por inúmeros momentos em que sofremos pressões biopsicossociais que levam a um desequilíbrio e prejudicam nosso desempenho em variadas circunstâncias. Essas pressões que geram o estresse são vistas em oportunidades diversas tanto na vida pessoal, social, profissional e, não menos importante, durante a faculdade, na qual o acadêmico se depara com novas ocasiões, escolhas e sentimento de frustração, medo e angústias (FREITAS et al., 2007).

Os distúrbios relacionados à saúde mental chegam ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Atenção Básica (AB), sendo comum que muitos busquem ajuda para seu sofrimento mental, queixando-se de tristeza e/ou ansiedade (relacionados ao estresse). Conforme a CID-10, em pesquisa realizada no Brasil, uma em cada quatro pessoas que procuram a AB, acabam tendo algum transtorno mental diagnosticado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com Figueiredo e Oliveira (1995), em ambientes como as Universidades, o estresse, comumente visto como desencadeador da ansiedade e depressão, se faz constante na vida dos acadêmicos, o que pode prejudicar o seu bem-estar biopsicossocial.

O estresse é responsável por uma série de problemas que podem surgir durante a vida acadêmica, como o mau desempenho no curso, devido, muitas vezes, às atividades extracurriculares excessivas, a dificuldade de se relacionar com colegas e professores e, principalmente, a carga horária exaustiva; bem como o descontentamento com o curso escolhido e em casos mais graves, a evasão escolar/universitária (ANDRADE et al., 2016).

Vale ressaltar que este último se caracteriza pelo abandono ao curso por parte do estudante, motivado, na maioria das vezes, por situações que vulnerabilizam, debilitam o mesmo, desmotivando-o a continuar a graduação. Os distúrbios da saúde mental são os que mais afetam o cotidiano dos acadêmicos, principalmente dos cursos da área da saúde, que exigem um alto grau de empenho (BASSITT et al., 2015).

Sendo assim, seu estudo é importante para identificar a relação do aluno com o curso e com a instituição de ensino na qual está inserido. Permite um conhecimento maior sobre os fatores de ansiedade e preocupação, que dizem respeito à formação superior, possibilitando que as instituições adotem medidas de intervenção, como por exemplo, a criação de espaços de discussão e solução de problemas, para que haja uma articulação entre alunos, professores e instituição, onde todos possam contribuir para uma vivência melhor, evitando assim o aumento no número de desistências e contribuindo para uma melhor satisfação com o curso e com a futura profissão.

Nota-se, especialmente, nos acadêmicos de psicologia, estudantes da psique humana, que também sofrem como vítimas de estresse. Tendo em vista a importância descrita, o presente estudo tem como objetivo identificar o perfil de estresse dos acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

## 2 | POPULAÇÃO E MÉTODO

Participaram deste estudo 30 discentes de ambos os sexos, entre 18 e 34 anos de idade, matriculados do 1º ao 5º ano do curso de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). O referido estudo foi feito durante os meses de abril e maio de 2018. A coleta dos dados foi feita por meio de questionário. A abordagem aos participantes ocorreu durante o intervalo das aulas, onde as pesquisadoras explicaram sobre o estudo. Quanto ao consentimento, foi obtido por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue aos mesmos juntamente com o instrumento de coleta dos dados. Os que concordaram em participar, assinaram o TCLE e responderam ao questionário.

Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva de abordagem quantitativa realizada por meio de questionário. O instrumento utilizado continha 13 questões, sendo as quatro primeiras sobre os dados socioeconômicos dos participantes (idade, sexo e renda), a quinta sendo dicotômica (sim ou não) e semiaberta, onde os participantes, se assinalassem sim, escreviam qual atividade de lazer praticavam; a sexta, a nona, a décima segunda e a décima terceira sendo somente dicotômicas; a sétima sendo de única escolha (escala Likert); a oitava, a décima e a décima primeira sendo de múltipla escolha com a opção “outros”, na qual os participantes podiam escrever outros fatores (relacionados ao estresse) que não estivessem dentre as alternativas propostas.

Os dados foram apresentados de forma descritiva em média, desvio padrão e porcentagem, dispostos em gráficos e tabelas.

## 3 | RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 30 alunos do curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) de Campo Grande, sendo 26 mulheres (86,67%) e quatro homens (13,33%). De forma geral, a idade dos acadêmicos variou de 18 a 34 anos, sendo

a média de 21,37±4,25 (média±desvio padrão da média).

A média da renda geral foi de 9533,33±8445,34 reais; tendo a renda per capita uma variável de 2543,79±2294,83 reais e média de pessoas que dependem dessa renda de 3,53±0,97.

Através das perguntas respondidas no questionário, 13 alunos (43,33%) afirmaram não realizar nenhuma atividade de lazer e 17 (56,67%) realizam; destes, três fazem academia (10%), três saem com os amigos (10%) e três fazem caminhada e/ou corrida (10%). Quanto à alimentação, 13 acadêmicos (43,33%) consideram boa e 16 (53,33%) ruim.

Com relação aos fatores no cotidiano que levam ao estresse, aqueles que mais se destacaram foram a pressão na universidade para 25 discentes (83,33%), o sono ruim para 23 (76,67%) e a relação com familiares e amigos para 20 (66,67%).

Dos 30 entrevistados, 100% concordaram que a faculdade possui fases estressantes. 18 indivíduos (60%) declararam que não fazem o consumo de medicamentos que afetam o SNC; já os outros 12 (40%) fazem; dentre estes 12, todos (100%) possuem uma prescrição médica.

Além disso, 13 acadêmicos (43,33%) não se consideraram estressados, enquanto 17 (56,67%) disseram que sim, denominam-se estressados; e, destes, 15 (88,24%) ainda afirmam que o estresse afeta na graduação e dois (11,76%) discordam.

Os alunos demonstram alterações fisiopatológicas características do estresse, a mais relevante são as preocupações excessivas, relatadas por 23 deles (76,67%), seguida por 19 com irritabilidade (63,33%), 14 que relatam insônia (46,67%), cefaleia por tensão relatada por 11 (36,67%) e oito (26,67%) que relatam alimentar-se exageradamente (Tabela 1).

| <b>Alterações fisiológicas</b> | <b>Frequência absoluta (n)</b> | <b>Frequência relativa (%)</b> |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Preocupações excessivas        | 23                             | 76,67                          |
| Irritabilidade                 | 19                             | 63,33                          |
| Insônia ou sono irregular      | 14                             | 46,67                          |
| Dor de cabeça por tensão       | 11                             | 36,67                          |
| Comer exageradamente           | 8                              | 26,67                          |

Tabela 1 – Alterações fisiológicas relatadas pelos acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande - MS, 2018

Também foi afirmado por 26 acadêmicos (86,67%) que os trabalhos passados pelos professores são um dos fatores que leva ao estresse, assim como a metodologia dos mesmos citada por 20 deles (66,67%); oito (26,67%) citaram as disciplinas propostas, seis alunos (20%) afirmaram que os horários das aulas também o são. Dois (6,67%) consideram

o acúmulo de tarefas e falta de tempo, tal como as provas e suas respectivas notas como um fator de pressão na universidade, um acadêmico (3,33%) relatou a convivência com os colegas de sala, falta de informação e acessibilidade aos acadêmicos que estão adiante no curso (Tabela 2).

| Fatores                             | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Trabalhos                           | 26                      | 86,67                   |
| Metodologia dos professores         | 20                      | 66,67                   |
| Disciplinas                         | 8                       | 26,67                   |
| Horário das aulas                   | 6                       | 20,00                   |
| Acúmulo de tarefas/falta de tempo   | 2                       | 6,67                    |
| Provas/notas                        | 2                       | 6,67                    |
| Colegas de sala                     | 1                       | 3,33                    |
| Falta de informação na universidade | 1                       | 3,33                    |
| Pouca acessibilidade aos veteranos  | 1                       | 3,33                    |

Tabela 2 – Fatores na faculdade que levam ao estresse referidos pelos acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande - MS, 2018

Por fim, os acadêmicos definiram, através de uma escala, a qualidade de seu sono. Assim, prevaleceram os 13 alunos (43,33%) que o classificaram como regular, seguidos de oito (26,67%) que o classificaram bom, seis (20%) como ruim, dois (6,67%) como muito bom e um (3,33%) como péssimo (Gráfico 1).

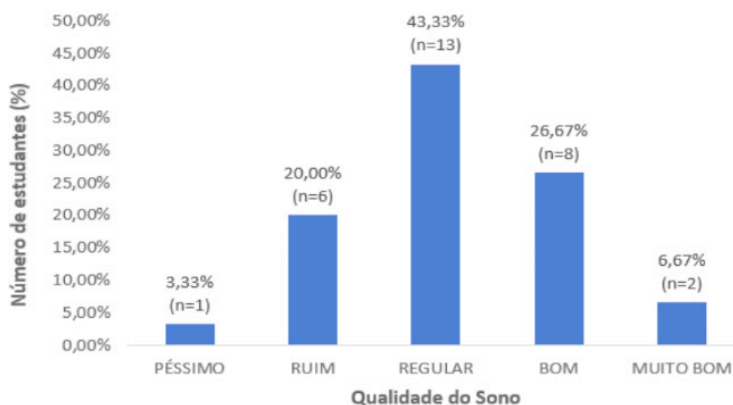


Gráfico 1 – Classificação da qualidade do sono retratada pelos acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande – MS, 2018

## 4 | DISCUSSÃO

Com base nos resultados da pesquisa, nota-se que a maioria dos acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, realizam atividades de lazer, como por exemplo, sair com os amigos, fazer academia, caminhada e/ou corrida, o que é de extrema importância para o bem-estar biopsicossocial. Praticar atividades físicas proporciona uma melhor qualidade de vida, pois é uma ação benéfica para a diminuição diária do nível de estresse sofrido pelos acadêmicos durante a graduação (NAVARRO, 2018).

Por outro lado, a quantidade de participantes que referem ter uma alimentação ruim é maior do que aqueles que referem ter uma boa alimentação; este resultado pode estar relacionado com o fato de muitas pessoas recorrerem ao consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras, na tentativa de se sentir melhor psicologicamente, buscando uma mudança de humor e temperamento (MATTA, 2016).

Quanto aos fatores do cotidiano que levam ao estresse, os que têm mais ênfase, na opinião dos participantes são: a pressão na universidade, relacionada à auto cobrança de ter que fazer todos trabalhos nas datas previstas, ir bem em todas as provas, se adaptar à metodologia dos professores; o sono ruim para alguns por terem que trabalhar e estudar, tendo assim um tempo de descanso limitado e não conseguindo, muitas vezes, manter o foco nas aulas e assim ter dificuldade em entender as matérias passadas em sala de aula; e a relação com os familiares, costumeiramente com cobranças por parte da família os pressionando a obter um diploma, conseguir um bom emprego, ter uma renda estável, e com os amigos por, em determinadas situações, não os entenderem e ao invés de ajudar, acabarem interferindo e influenciando de maneira negativa na vida dos acadêmicos.

Quanto à questão das fases estressantes, o resultado (100%) se deve justamente ao fato dos aspectos citados acima, e entre outros, como o calendário de atividades avaliativas, muitas vezes, exaustivo. Ainda relacionado ao estresse na vida acadêmica, os fatores da faculdade que mais levam a esse distúrbio, segundo o relato dos discentes, são os trabalhos (86,67%) e as metodologias dos professores (66,67%), o que pode estar associado ao desenvolvimento de futuros transtornos/problemas psíquicos, o descontentamento com o curso e até mesmo, a evasão universitária. A evasão está associada, por vezes, às responsabilidades inerentes ao momento que os universitários vivem, onde a escolha da profissão e início de uma nova carreira são tidas como tarefas cruciais (BARDAGI, 2007)

Das alterações fisiológicas propostas, as que mais apareceram foram preocupações excessivas (76,67%), irritabilidade (63,33%) e insônia/sono irregular (46,67%), mostrando que isso pode estar relacionado com a pressão que a Universidade faz nos acadêmicos, por meio de todos os fatores já citados anteriormente, fazendo com que os mesmos desenvolvam tais alterações, e posteriormente, até mesmo, problemas mais sérios.

Sobre o uso de medicamentos que afetam o SNC (Sistema Nervoso Central), 40% o

fazem e os outros 60%, não, mostrando que, apesar de todos os fatores concomitantes, que podem levar ao desenvolvimento de estresse, os acadêmicos ainda não são consumidores de substâncias químicas que podem causar dependência ou proporcionar algum tipo de prazer/relaxamento momentâneo. Porém, dos outros 40% que fazem o uso, todos alegaram possuir prescrição médica, ressaltando a importância da mesma, já que é um dos pilares cruciais que devem ser trabalhados na busca incessante do uso racional de medicamentos, uma vez que podem causar reações adversas e dependência (PORTELA et al., 2010).

Por fim, 56,67% dos discentes entrevistados se denominaram estressados, e a grande maioria destes (n=88, 24%) afirmaram que o estresse afeta na graduação. Isso mostra que este distúrbio atinge os acadêmicos em seu âmbito biopsicossocial, prejudicando seu bem-estar e, conseqüentemente, seu desempenho na graduação, uma vez que todos esses fatores e alterações relatados refletem diretamente no desenvolvimento e comportamento da vida acadêmica.

## 5 | CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre a maneira que o estresse afeta os acadêmicos de psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Através de uma pesquisa de campo para obter dados mais consistentes sobre os fatores dentro e fora da faculdade que levam ao estresse e de que maneira atinge a sua graduação.

O questionário com perguntas objetivas conseguiu mostrar a situação dos discentes em relação a vida social e acadêmica. Para mais, também foi evidenciado que a maioria dos alunos em questão concordam que a faculdade possui fases estressantes, o que ajuda a justificar o uso de medicamentos, a qualidade do sono classificada como regular pela maior parte dos entrevistados e também uma má alimentação.

Dada a importância do assunto, torna-se necessário uma maior atenção aos discentes que se consideram estressados e buscar formas de facilitar a vida acadêmica, com novas metodologias de estudo e horários. Assim como um suporte para aqueles que precisarem de algum atendimento médico.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. S. et al. Vivências acadêmicas e sofrimento psíquico de estudantes de Psicologia; **Psicologia: Ciência e Profissão**, Ribeirão Preto, v. 36, n 4, p. 831-846, out/dez 2016.

BARDAGI, Marúcia Patta. **Evasão e comportamento vocacional de universitários**: Estudos sobre o desenvolvimento de carreira na graduação. 2007. 230 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BASSITT, D. P.; BORINE, R. C. C.; WANDERLEY, K. S. Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 100-118, jun. 2015

FIGUEIREDO, R. M.; OLIVEIRA, M. A. P. Necessidades de estudantes universitários para implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**; Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 5 – 18, jan. 1995.

FREITAS, J. F. M.; MONTEIRO, C. F. S.; RIBEIRO, A. A. P. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Revista de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery**; Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 66 – 72, mar. 2007.

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica nº 34: **Saúde Mental**. Brasília. 2013. 176p.  
NAVARRO, G. et al. Hábitos parafuncionais e sua associação com o nível de atividade física em adolescentes. **BrJP**; São Paulo, v.1, n.1, p. 46-50, 2018.

PENAFORTE, F. R. O.; MATTA, N. C.; JAPUR, C. C. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**; Uberaba, v. 11, n. 1, p. 225-237, 2016.

PORTELA, S. A. et al. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos?. **Ciência e Saúde coletiva**; Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 3526-3528, nov. 2010.

# CAPÍTULO 21

## VALIDAÇÃO DE UM MANUAL EDUCATIVO COMO TECNOLOGIA DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 08/05/2020

### **Percília Augusta Santana da Silva**

Enfermeira Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental pelo Mestrado CIPE pela Universidade do Estado do Pará. Marabá, Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5935717705624234>

### **Hugo Santana dos Santos Junior**

Acadêmico do curso de bacharelado em enfermagem, na Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas – GAMALIEL. Tucuruí, Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2145103910271983>

### **Kecyani Lima dos Reis**

Enfermeira, possui Título de Mestre pelo Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental, pela Universidade do Estado do Pará(UEPA-2018), graduação em Enfermagem pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (2008).

Marabá, Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9111083262413083>

### **Anderson Bentes Lima**

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Pará (2004), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará (2008) e doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará (2016).

Belém, Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3455183793812931>

### **Jofre Jacob da Silva Freitas**

Graduado em Biomedicina pela Universidade

Federal do Para, Doutor em Biologia Celular e Tecidual pela Universidade de São Paulo (2002).

Belém, Pará,

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3455183793812931>

### **Marcus Vinicius Henriques Brito**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1984), Mestrado (1996) e Doutorado (2000) em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo. Belém, Pará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1180984403274256>

**RESUMO:** Introdução: Uma tecnologia educativa só tem validade quando está relacionada a qualidade ou condição de válido, valor, confiável legitimidade e valimento. A validade é a capacidade que o instrumento tem de mensurar com precisão o fenômeno que se deseja medir ASSUNÇÃO (2013). A validação é um processo de examinar a precisão de um instrumento ou a sua inferência a partir de scores de um determinado teste CASSIANI (2012). Objetivo: o presente estudo objetiva validar um Manual de avaliação nutricional para atenção básica como tecnologia de enfermagem, no município de Marabá-PA. Metodologia: trata-se de um relato de experiência e uma pesquisa de desenvolvimento metodológico. A análise teórica é realizada por juízes, os quais avaliam a pertinência dos itens (análise de conteúdo), de acordo com PASQUALI (2012), para que o item seja pertinente, o critério a ser seguido é que exista pelo menos 80% de concordância entre os juízes. A pesquisa



foi realizada durante um período de agosto de 2017 a abril de 2018. A coleta de dados foi realizada em dois ambientes: o ambiente institucional composto pela Secretaria de Saúde de Marabá e o ambiente online. Relato de experiência: O Manual educativo impresso é uma tecnologia que serve como instrumento para ser utilizado nas práticas educativas, a fim de contribuir com as atividades de ensino-aprendizagem, porém deve estar adequado para atender às necessidades da clientela, apresentando uma linguagem adequada ao público para alcançar a informação, de fácil entendimento, objetiva, clara e que permita que o leitor faça uma reflexão crítica. Conclusão: Após as avaliações de conteúdo e aparência pelos juízes o Manual de Avaliação Nutricional da Atenção Básica de Marabá foi validado quanto ao seu conteúdo e à aparência. O propósito deste Manual foi promover autonomia e desenvolvimento técnico e científico para os profissionais da atenção básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tecnologia; Validação; Nutrição.

## VALIDATION OF AN EDUCATIONAL MANUAL AS NURSING TECHNOLOGY FOR NUTRITIONAL ASSESSMENT IN BASIC CARE

**ABSTRACT:** Introduction: An educational technology is only valid when it is related to the quality or condition of valid, value, reliable legitimacy and validity. Validity is the instrument's ability to accurately measure the phenomenon to be measured ASSUNÇÃO (2013). Validation is a process of examining the accuracy of an instrument or its inference from the scores of a given CASSIANI test (2012). Objective: the present study aims to validate a Nutritional Assessment Manual for primary care as nursing technology, in the municipality of Marabá-PA. Methodology: it is an experience report and a methodological development research. Theoretical analysis is performed by judges, who evaluate the pertinence of the items (content analysis), according to PASQUALI (2012), so that the item is relevant, the criterion to be followed is that there is at least 80% agreement among the judges. The research was conducted during a period from August 2017 to April 2018. Data collection was carried out in two environments: the institutional environment composed by the Marabá Health Department and the online environment. Experience report: The printed Educational Manual is a technology that serves as an instrument to be used in educational practices, in order to contribute to the teaching-learning activities, but it must be adequate to meet the needs of the clientele, presenting a language appropriate to the public to reach the information, easy to understand, objective, clear and that allows the reader to make a critical reflection. Conclusion: After evaluating content and appearance by the judges, the Marabá Primary Care Nutritional Assessment Manual was validated for its content and appearance. The purpose of this Manual was to promote autonomy and technical and scientific development for primary care professionals.

**KEYWORDS:** Technology; Validation; Nutrition.

## INTRODUÇÃO

Uma tecnologia educativa só tem validade quando está relacionada a qualidade ou condição de válido, valor, confiável legitimidade, valimento. A validade é a capacidade que o instrumento tem de mensurar com precisão o fenômeno que se deseja medir ASSUNÇÃO (2013). A validação é um processo de examinar a precisão de um instrumento

ou a sua inferência a partir de scores de um determinado teste CASSIANI (2012). É mais que demonstrar o valor de um instrumento de medida, é uma investigação da totalidade do processo. O processo de validação não se esgota, pelo contrário, apresenta uma continuidade e deve ser realizado inúmeras vezes para o mesmo instrumento HENRIQUES (2015).

A determinação da validade de uma ferramenta educativa é facilitada quando múltiplas medidas são utilizadas para responder a uma dada questão da pesquisa. Para que os resultados encontrados sejam válidos e confiáveis, existe uma necessidade de se utilizar diversas técnicas, pois assim, comprova-se que a sua utilização prática estará firmemente apoiada nas evidências detectadas KOERICH (2013).

Para conferir a validade de um instrumento, utiliza-se um modelo trinário que é baseado na validação do conteúdo, de critério e de construto do material. Neste estudo, optou-se por trabalhar a validação de conteúdo e de aparência OLIVEIRA (2013).

A validação de conteúdo é baseada em um julgamento, visto que, informa em que medida o instrumento contém uma amostra apropriada de itens para mensurar o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio. É uma análise detalhada do conteúdo do instrumento com o intuito de identificar se os itens propostos compõem uma amostra representativa do assunto que se planeja medir OLIVEIRA (2013). Para a validação de conteúdo é necessário determinar o número de validadores (juizes especialistas) e analisar a porcentagem de concordância esperada para decidir se o item é válido ou não PASQUALI (1998).

Em contrapartida, a validade de aparência, semântica ou de face é considerada uma forma subjetiva de validar o instrumento, consistindo no julgamento de um grupo de juizes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento PASQUALI (1998).

Neste contexto, percebe-se a necessidade e a relevância do desenvolvimento de tecnologias e de atividades educativas no contexto da avaliação nutricional para atenção básica, como forma de sistematizar a atenção a pacientes com doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e a população infantil com objetivo da prevenção da desnutrição, visando a resolução de questionamentos, tais como: “o que tem sido produzido na literatura nacional e internacional acerca das tecnologias e práticas educativas para prevenção da desnutrição na atenção básica?”

Diante disso, o presente estudo objetiva validar um Manual de avaliação nutricional para atenção básica como tecnologia de enfermagem, bem como responder à questionamentos como o supracitado. Acredita-se que os resultados obtidos possam cooperar para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico por permitir o aperfeiçoamento de um dispositivo, qual seja, um livro de avaliação nutricional para atenção básica no Município de Marabá.

Confirmando esta afirmação, POLIT E BECK (2012) afirmam que o estudo metodológico busca desenvolver, avaliar e aperfeiçoar instrumentos, dispositivos ou estratégias metodológicas. Nesta pesquisa, a abordagem quantitativa permitiu analisar o grau de precisão e objetividade do livro.

Para esta investigação, a proposta metodológica utilizada está baseada no estudo realizado por OLIVEIRA (2013). A mesma utilizou como base o referencial teórico-metodológico proposto por PASQUALI (2012), que consiste na teoria da elaboração de escalas psicométricas aplicáveis à construção de testes psicológicas de fenômenos subjetivos e é formada por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos.

No entanto, como Oliveira discute uma tecnologia educativa, a mesma adaptou a teoria de Pasquali utilizando apenas os procedimentos teóricos. Neste estudo, optou-se por implementar apenas o polo teórico, o qual, trata da teorização do construto de interesse.

Considera-se que o mesmo foi suficiente para o alcance dos objetivos desta pesquisa. No polo teórico, são discutidos os procedimentos para a elaboração do instrumento e a análise teórica dos itens elaborados. Uma vez que o livro a ser validado, nesta pesquisa, foi elaborado previamente, realizou-se apenas a análise teórica dos itens com base em opiniões dos juízes.

A análise teórica é realizada por juízes, os quais avaliam a pertinência dos itens (análise de conteúdo), concluindo assim a etapa dos procedimentos teóricos e a validação do instrumento piloto. De acordo com PASQUALI (2012), para que o item seja pertinente, o critério a ser seguido é que exista pelo menos 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingirem essa taxa podem ser reformulados ou descartados do instrumento-piloto.

### **Ambientes de pesquisa e período de realização do estudo**

A pesquisa foi realizada durante um período de agosto de 2017 a abril de 2018. A coleta de dados foi realizada em dois ambientes: o ambiente institucional composto pela Secretaria de Saúde de Marabá e o ambiente virtual on-line, em que foi criado uma conta no Gmail, em seguida foi elaborado os questionários no formato do Google docs para o envio aos juízes. A coleta de dados dos juízes realizou-se no SMS (Secretaria Municipal de Saúde de Marabá-Pa), na UEPA (Universidade do Estado do Pará), Faculdade dos Carajás e por meio virtual.

A população do estudo foi composta por um grupo de juízes: os especialistas e os docentes da Instituições. Sendo que o grupo dos juízes especialistas foi composto por profissionais da área da saúde, tais como, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas e

psicólogos, que foram responsáveis pela validação do conteúdo e da aparência.

Os critérios para escolha dos docentes prevista Quadro 1. Sabendo que o tipo de validação de aparência é um método que consiste na avaliação da clareza dos itens, facilidade de leitura, boa compreensão e forma de apresentação adequada do instrumento, nesta pesquisa consideramos importante a realização deste tipo de validação pelos profissionais da área da saúde. Esta decisão justifica-se uma vez que os mesmos utilizarão o Livro como ferramenta para reforçar as orientações nutricionais para população contemplada no Manual criança, adolescentes e adultos. Critérios para a seleção dos juízes, no caso dos profissionais da área da saúde foram considerados: ser especialista na área da saúde; atuar na atenção básica; ter mais de dois anos de experiências na atenção básica e estar atuando na docência.

No estudo, a amostra foi constituída de dez juízes sendo desses dois docentes da Universidade. Para a seleção do tamanho da amostra utilizou-se a padronização de no mínimo 9 a 15 avaliadores, o qual deve depender da disponibilidade dos mesmos.

## DESENVOLVIMENTO (RESULTADOS E DISCUSSÕES)

Para melhor compreensão os resultados estão apresentados em três etapas distintas, em conformidade com os objetivos propostos. Na primeira, descrevem-se os resultados relativos ao processo de construção do Manual; na segunda, a caracterização dos dez juízes e a validação de conteúdo do Manual Avaliação Nutricional na Atenção Básica. A terceira etapa se refere à caracterização das variáveis utilizadas para validação pelos juízes descritas nos fluxogramas 1 e 2.

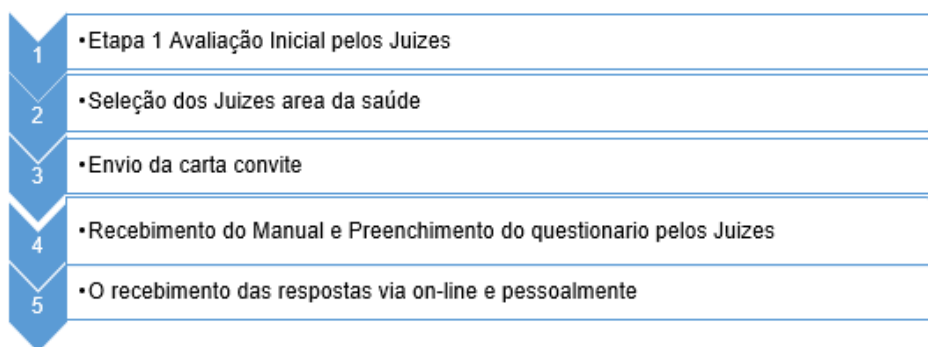


Figura 1- Fluxogramas das Etapas da Coleta e Análise de Dados, Marabá 2018

Fonte: (Autores 2018)

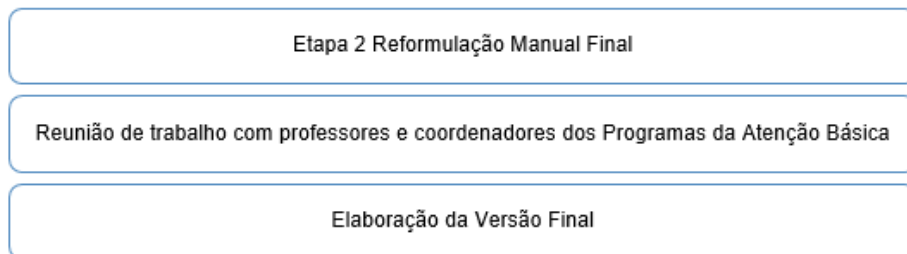


Figura 2- Fluxogramas das Etapas da Elaboração Final do Manual. Marabá 2018

Fonte: (Autores 2018)

Na Tabela 1 foram avaliados os aspectos relativos à organização do material publicado que correspondeu aos itens de 01 a 07 da escala. Em todos os itens houve concordância (concordo plenamente/concordo) superior a 90%, deixando clara a unanimidade quanto à organização geral e estrutura do Manual.

| Variáveis  | Concorda plenamente | Concorda | Neutro | Discorda | IVC |
|--|---------------------|----------|--------|----------|-----|
| As informações estão corretas cientificamente                            | 08                  | 02       |        |          | 1,0 |
| A linguagem está clara e os termos compreensíveis                        | 09                  | 01       |        |          | 1,0 |
| O tamanho do texto está adequado concorda                                | 08                  | 02       |        |          | 1,0 |
| A linguagem está bem estruturada para o público leigo                    | 07                  | 03       |        |          | 1,0 |
| . Aborda os principais tópicos de prevenção de complicações nutricionais | 09                  | 02       |        |          | 1,0 |
| . O conteúdo segue uma sequência lógica concorda plenamente              | 08                  | 02       |        |          | 1,0 |
| Deixa claro o público-alvo   | 08                  | 02       |        |          | 1,0 |

Tabela 1. Variáveis sobre a organização do material do manual

Fonte: (Autores 2018)

Na tabela 2 mostra a etapa onde foram avaliados referente aos assuntos abordados na tecnologia e seus vários aspectos relacionados. Análise do Índice de Validade de Conteúdo das Respostas do Questionário de na avaliação. Ao analisar o IVC das respostas dos itens do questionário de validação de aparência de todos os itens foram validados pois o IVC esteve acima de 0,80, com média de 0,98.

| Variáveis   | n°                  |          |        |          | IVC |
|---|---------------------|----------|--------|----------|-----|
|   | Concorda plenamente | Concorda | Neutro | Discordo |     |
| Aborda a temática de forma efetiva  |                     |          |        |          |     |
| Esclarece sobre a importância do manuseio com pacientes com desnutrição           | 08                  | 02       |        |          | 1,0 |
| Existe clareza nas informações  | 10                  |          |        |          | 1,0 |
| Expressa capacidade de agregar informações  | 07                  | 03       |        |          | 1,0 |
| Retrata aspectos-chave importantes  | 09                  | 01       |        |          | 1,0 |
| Explica corretamente a finalidade dos procedimentos                               | 08                  | 02       |        |          | 1,0 |
| Capacita a realização dos procedimentos   | 10                  |          |        |          | 1,0 |
| As técnicas descritas podem ser reproduzidas                                      | 10                  |          |        |          | 1,0 |
| Reflete os principais cuidados aos pacientes com desnutrição                      | 09                  | 01       |        |          | 1,0 |
| As ilustrações representam os problemas e os procedimentos de forma compreensível | 10                  |          |        |          | 1,0 |

Tabela 2. Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação ao assunto abordado na tecnologia e seus vários aspectos relacionados. Marabá-PA, 2018. (n=10).

Fonte: (Autores 2018)

Considerando os valores do IVC das respostas dos itens do questionário em relação à relevância do material previsto na Tabela 3 pelos profissionais de saúde, percebeu-se que maioria dos itens foram considerados válido.

| N °  |                     |          |        |          |       |
|--|---------------------|----------|--------|----------|-------|
| Variáveis  | Concorda plenamente | Concorda | Neutro | Discordo | Total |
| Enfatiza aspecto-chave que deve ser reforçado  | 08                  | 02       |        |          | 1,0   |
| Permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos (residencial, laboral e de estudos) | 07                  | 03       |        |          | 1,0   |
| Esclarece ao público algumas questões relacionadas à problemática NUTRICIONAL                                      | 09                  | 01       |        |          | 1,0   |
| Incentiva a reflexão sobre o assunto nutrição saudável   | 09                  | 01       |        |          | 1,0   |
| Retrata os aspectos necessários para a realização dos cuidados nutricionais  | 10                  |          |        |          | 1,0   |
| Está adequada e pode ser usado na educação na atenção básica   | 10                  |          |        |          | 1,0   |

Tabela 3 Avaliação do Manual quanto à concordância das juízas em relação à relevância do material. Marabá-PA, 2018. (n=10).

Fonte: (Autores 2018)

Durante a elaboração de uma tecnologia educacional é necessário pensar na relação do ser humano e a informação atentos a características deste receptor como a utilização dos sentidos, percepção, emoções, contextos sociais e culturais para a construção de uma mensagem a fim de demonstrar seu verdadeiro significado.

Foram também sugeridas algumas alterações principalmente com relação à diagramação, layout da página, clareza nas informações e redução de alguns textos. Assim, a tecnologia educativa deve ser elaborada para contribuir no conhecimento do público-alvo, e é considerada não apenas como equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também saberes que gerem produtos que serão utilizados como ferramentas no trabalho do profissional enfermeiro.

O Manual educativo impresso é uma tecnologia que serve como instrumento para ser utilizado nas práticas educativas, a fim de contribuir com as atividades de ensino-aprendizagem, porém deve estar adequado para atender às necessidades da clientela, apresentando uma linguagem adequada ao público para alcançar a informação, de fácil entendimento, objetiva, clara e que permita que o leitor faça uma reflexão crítica para a

construção do seu conhecimento.

O presente Manual foi validado após a sua avaliação e concordância dos juízes, o que foi de grande importância das contribuições dos profissionais de todas as áreas que participaram.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as avaliações de conteúdo e aparência pelos juízes o Manual de Avaliação Nutricional da Atenção Básica de Marabá foi validado quanto ao seu conteúdo e à aparência. O propósito deste Manual foi promover autonomia e desenvolvimento técnico e científico para os profissionais da atenção básica, aprimorando os conhecimentos através dos assuntos abordados e figuras, como também ser utilizado como instrumento de consulta para esclarecimentos de dúvidas. Quanto ao entendimento das informações pelos mesmos, houve um percentual de concordância satisfatório afirmando a importância de uma tecnologia elaborada adequadamente por profissionais de diferentes áreas. Acredita-se que esse estudo poderá contribuir para fortalecer a prática de educação em saúde da enfermagem e, assim, melhorar a qualidade da avaliação nutricional dos pacientes da atenção básica de Marabá. Também mostra outras possibilidades de questões de pesquisa para os profissionais de enfermagem, que permitam o aprimoramento do processo de pesquisa com vistas a melhorar o cuidado da saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A.P.F. et al. Práticas e Tecnologias no Cotidiano de Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line, v.7, n. 11, p. 6329-35, Recife, nov, 2013

CASSIANI, S. H. B. A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem. Estratégias, validade e confiabilidade.2012.156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 15, n. spe, p. 178–185, 2013

HENRIQUES, F. e CASSIA L. C.D. F. Uma proposta de articulação interuniversitária e transdisciplinar voltada para ações de design gráfico inclusivo. Projética Revista Científica de Design. v.6, n.2, pag 9-25, Londrina, Out 2015.

OLIVEIRA, K. C.S. Conhecimento e atitudes de usuários com diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP.2013.Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

PASQUALI, L. A ciência da mente: a Psicologia à procura do objeto. Brasília, DF: Autor. 2012.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. de Psiquiatria Clínica, v.25 n.5, p. 206-213, 1998



PASQUALI, L. *Psicometria: Teoria e Aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2012

PERROCA, M. G; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. *Coeficiente de Kappa. Rev.Esc. Enf.Usp*, v.37, n. 1, São Paulo, mar. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre. Ed. Artmed.2012. 670p.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2012.

TEIXEIRA, E. e MOTA, V.M.S. *Tecnologias Educacionais em Foco*. Editora:Difusão. São Caetano do Sul, SP. 1ª edição.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. Sílvia 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

Adolescentes 15, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 80, 81, 86, 87, 88, 208, 213

Agente Comunitário 95, 98, 102, 103

AIDS 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155

Alcoolismo 52, 54, 76, 151, 157, 158, 159, 168, 169

Atenção Básica 23, 25, 26, 27, 28, 30, 43, 44, 45, 76, 93, 95, 98, 99, 102, 126, 141, 188, 202, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 217

Atenção Terciária 1, 5, 11

Autocuidado 57, 71, 125, 126, 128, 129, 161

Avaliação Nutricional 55, 58, 59, 62, 209, 210, 211, 212, 213, 217

### B

Biomedicina 170, 171, 172, 174, 209

### C

Caderneta de saúde da criança 89, 92, 93

Contenção mecânica 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116

### D

Determinantes sociais 48, 49, 117, 118, 119, 120, 121, 122

Diabetes 55, 56, 57, 61, 62, 73, 74, 120, 125, 126, 127, 128, 129, 165, 181, 195, 217

Drogas psicoativas 67, 69, 70

### E

Educação em saúde 21, 24, 25, 26, 54, 125, 126, 208, 217

Educação permanente 45, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 141, 142, 143

Emergência Psiquiátrica 104, 105, 106, 107, 111, 112, 113, 114, 115

Enfermagem 8, 20, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54, 77, 89, 92, 93, 104, 105, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 130, 135, 140, 142, 143, 169, 178, 187, 188, 189, 198, 208, 209, 211, 217, 218

Ensino Médio 15, 35, 54, 71, 72, 78, 79, 81, 86, 87, 88, 162, 181

Envelhecimento 56, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 75, 157, 167, 168, 169, 176, 178, 179, 180, 183, 186, 188, 189

Envelhecimento ativo 169, 176, 178, 183, 188

Epidemia 13, 14, 15, 17, 18

Equipe de enfermagem 104, 105, 106, 107, 109, 112, 113, 114, 115, 116

Escolares 46, 47, 48, 49, 52, 87

Escuta qualificada 6, 46, 47, 48, 49, 50, 52

Estratégia Saúde da Família 21, 22, 23, 25, 51, 94, 95, 98, 101, 142, 188, 217

Estresse 78, 80, 81, 86, 87, 88, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208

Etilismo 157

## **G**

Genética 69, 170, 171, 172, 173, 174

## **H**

Hemodiálise 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12

HIV 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155

## **I**

Idosos 48, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 219

Instituições de longa permanência 55, 58, 66

## **M**

Monitoria 170, 171, 172, 173, 174, 175

## **P**

Pesquisa Por Amostragem 13

Psicologia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 45, 53, 88, 108, 135, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 217

## **S**

Saúde bucal 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Saúde coletiva 27, 37, 45, 76, 77, 103, 117, 121, 122, 127, 141, 187, 188, 198, 208

Saúde mental 1, 9, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 76, 79, 81, 87, 88, 104, 105, 109, 110, 114, 115, 179, 201, 202, 208

Sífilis 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20

SUS 26, 29, 37, 45, 102, 132, 133, 138, 139, 140, 141, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 202

## **T**

tecnologia de enfermagem 209, 211

Terapia Nutricional 55, 58, 61, 62, 219

Transtorno de ansiedade 79, 80, 87

Transtorno de ansiedade generalizada 78, 79

## U

Universalidade 26, 140, 190, 191, 193, 194, 196, 197

Universidade Pública 170





# Política, Planejamento e Gestão em Saúde

# 3

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# Política, Planejamento e Gestão em Saúde

# 3

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)