

# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 4

---

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

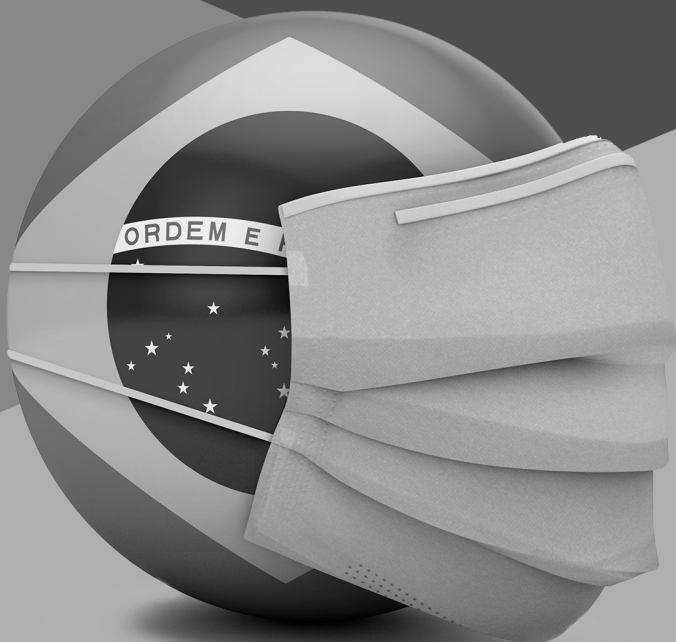


**Atena**  
Editora  
Ano 2020

# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 4

---

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



**Atena**  
Editora  
Ano 2020

**Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

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-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 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. 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 Internazionale 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  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
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. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
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 Alborno – 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  
**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Maria Alice Pinheiro  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadores: ou Autores:** Luis Henrique Almeida Castro  
Fernanda Viana de Carvalho Moreto  
Thiago Teixeira Pereira

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

P962 Problemas e oportunidades da saúde brasileira 4 /  
Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda  
Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. -  
Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-465-8

DOI 10.22533/at.ed.658201610

1. Saúde pública. 2. Brasil. 3. Política de saúde. 4.  
Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II.  
Moreto, Fernanda Viana de Carvalho (Organizadora). III.  
Pereira, Thiago Teixeira (Organizador). IV. Título.

CDD 362.10981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

Dentre as esferas do conhecimento científico a saúde é certamente um dos temas mais amplos e mais complexos. Tal pode ser justificado pela presença diária desta temática em nossa vida. Por esta obra abordar as atualidades concernentes aos problemas e oportunidades da saúde brasileira, um dos tópicos mais visitados em seus capítulos é – não obstante – o estado de pandemia em que se encontra o país devido ao surgimento de uma nova família de coronavírus, o Sars-Cov-2, conhecido popularmente como Covid-19. Com sua rápida disseminação, atingiu diversas regiões pelo globo terrestre, causando uma série de impactos distintos em diversas nações. Se anteriormente o atendimento em saúde para a população no Brasil já estava no centro do debate popular, agora esta matéria ganhou os holofotes da ciência na busca por compreender, teorizar e refletir sobre o impacto deste cenário na vida social e na saúde do ser humano.

Composto por sete volumes, este E-book apresenta diversos trabalhos acadêmicos que abordam os problemas e oportunidades da saúde brasileira. As pesquisas foram desenvolvidas em diversas regiões do Brasil, e retratam a conjuntura dos serviços prestados e assistência em saúde, das pesquisas em voga por diversas universidades no país, da saúde da mulher e cuidados e orientações em alimentação e nutrição. O leitor encontrará temas em evidência, voltados ao campo da infectologia como Covid-19, Leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras doenças virais. Além disso, outras ocorrências desencadeadas pela pandemia e que já eram pesquisas amplamente estabelecidas pela comunidade científica podem se tornar palco para as leituras, a exemplo do campo da saúde mental, depressão, demência, dentre outros.

Espera-se que o leitor possa ampliar seus conhecimentos com as evidências apresentadas no E-book, bem como possa subsidiar e fomentar seus debates acadêmicos científicos e suas futuras pesquisas, mostrando o quão importante se torna a difusão do conhecimento dos problemas e oportunidades da saúde brasileira.

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

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UMA CRECHE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Maria Carolina da Silva Costa  
Alessandra Sousa Monteiro  
Elizyanne Mendes Martins  
Amanda Alves de Alencar Ribeiro  
Márcia Teles de Oliveira Gouveia

**DOI 10.22533/at.ed.6582016101**

### **CAPÍTULO 2..... 6**

#### **A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA**

Maria Caroline Galiza de Moraes  
Amanda Ellen Sampaio Gomes  
Ana Karolliny das Neves Souto Silva  
Andréia Raiane Alves Brandão  
Beatriz Pereira de Freitas  
Bianca Gonçalves Wanderley  
Edmilson Montenegro Fonseca  
Isabelly Moura Nobre  
Renata Raphaela Barbosa do Nascimento Fonseca  
Talita Barbosa Minhoto  
Layza de Souza Chaves Deininger

**DOI 10.22533/at.ed.6582016102**

### **CAPÍTULO 3..... 17**

#### **A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Tamires Oliveira Lima  
Andréa Raquel Fernandes Carlos da Costa  
Brenda Maria Barbosa Diniz  
Gabrielle Fontenele Paiva  
Hemily David de Melo  
José Batista da Mota Neto  
Laís Alcântara Borba  
Lethicia Beatriz Lima de Mesquita  
Luana Christie de Castro Medeiros  
Lucas Albuerne Diniz Bezerra  
Raiza Monielle de Lima Fernandes  
Sarah Belchior Aguiar Viana

**DOI 10.22533/at.ed.6582016103**

**CAPÍTULO 4.....25**

**AÇÃO EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM UMA ESCOLA PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Sabrina Alves Praxedes  
Alexandra Isis Soares de Lima Dantas  
Ana Valéria Dantas de Araújo Góis  
Cyntia Mirelle Costa Lima  
Layla Kathlien Ramos de Carvalho  
Lethicia Beatriz Lima de Mesquita  
Letícia Mariana Duarte dos Santos  
Luana Christie de Castro Medeiros  
Marília Nogueira Firmino  
José Batista da Mota Neto  
Tamires Oliveira Lima  
Vinicius Eduardo Marinho Morais

**DOI 10.22533/at.ed.6582016104**

**CAPÍTULO 5.....30**

**AÇÕES DE HIPERDIA DESENVOLVIDAS NA SEMANA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Andreza Carvalho de Souza  
Alessa Riane Pereira de Oliveira  
João Paulo Domingos de Souza  
Juliana Lívia de Lira Santos  
Luiz Stefson Tavares Pessoa  
Maria Eduarda Marrocos Alves  
Kalina Fernandes Freire

**DOI 10.22533/at.ed.6582016105**

**CAPÍTULO 6.....39**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA QUANTIDADE DE ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRABALHO DE 2010 A 2018: UMA OBSERVAÇÃO A NÍVEL LOCAL E REGIONAL**

Tom Ravelly Mesquita Costa  
Giovanna Stefanne Lópes Barbosa  
João Cesar Lima  
Rafael Santos Correia  
Sandy Alves Pereira  
Andréia Ferreira dos Santos  
Maria Simone Lopes  
Mariana Veras Rocha Borges  
Pedro Henrique dos Santos Silva  
Sara Sabrina Vieira Cirilo  
Victor Trindade da Cruz  
Deodato Narciso de Oliveira Castro Neto

**DOI 10.22533/at.ed.6582016106**

**CAPÍTULO 7..... 49**

**ANTECEDENTES, PERCURSO, PERSPECTIVAS, FINALIDADES E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Vinícius Costa Maia Monteiro  
Isaac Newton Machado Bezerra  
Hedney Paulo Gurgel de Moraes  
Brunno Alves de Lucena  
Aline Erinete da Silva  
Daniela Barbosa Soares de Góis  
Gilmara Michelle Cosmo da Rocha Cachina  
Suiany Kévia Alves Costa  
Newton Chaves Nobre  
Maria Jossylânia de Oliveira Silva  
Raiza Gracielle Nóbrega da Silva  
Kátia Lima Braga

**DOI 10.22533/at.ed.6582016107**

**CAPÍTULO 8..... 65**

**ATUALIZANDO A ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA PEDIÁTRICA**

Dandara Patrícia Oliveira Barreto  
Eweliny Ellen Duarte Menezes de Oliveira  
Fabiana Rebouças de Oliveira  
Dalvaní Alves de Moura  
Luana Adrielle Leal Dantas  
Assis Zomar de Lima Júnior  
Gláucia da Costa Balieiro  
Isabelline Freitas Dantas Paiva Almeida  
Maria das Graças Mariano Nunes de Paiva  
Janaína Fernandes Gasques Batista

**DOI 10.22533/at.ed.6582016108**

**CAPÍTULO 9..... 73**

**AVALIAÇÃO E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES HIPERTENSOS FREQUENTADORES DE UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO**

Adriana Paula Jordão Isabella  
Nayara Teixeira Dias  
Vanessa Queiroz Nogueira  
Evelin Vanessa Barbosa Pereira  
Larissa Bianca Correia Soares  
Claudia Santos de Castro

**DOI 10.22533/at.ed.6582016109**

**CAPÍTULO 10..... 79**

**CUIDADOS REALIZADOS EM DOMICÍLIO POR CUIDADORAS IDOSAS À FAMILIARES DEPENDENTES**

Nildete Pereira Gomes

Larissa Chaves Pedreira  
Juliana Bezerra do Amaral  
Fernanda Cajuhhy dos Santos  
Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira  
Claudia Fernanda Trindade Silva  
Pedro Henrique Costa Silva  
Isabela de Jesus Gonçalves

**DOI 10.22533/at.ed.65820161010**

**CAPÍTULO 11..... 92**

**DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS: USO INAPROPRIADO ENTRE PACIENTES IDOSOS NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE – CE**

Eugenia Cruz Justino  
Poliana Moreira de Medeiros Carvalho  
Cícero Diego Almino Menezes  
Emanuela Machado Silva Saraiva  
Helenicy Nogueira Holanda Veras  
Rogério de Aquino Saraiva  
Sâmia Macedo Queiroz Mota Castellão Tavares

**DOI 10.22533/at.ed.65820161011**

**CAPÍTULO 12..... 101**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Maria Caroline Galiza de Moraes  
Bianca Gonçalves Wanderley  
Edmilson Montenegro Fonseca  
Hilda Maria Silva Lopes Gama  
Renata Raphaela Barbosa do Nascimento Fonseca  
Talita Barbosa Minhoto  
Klenia Felix de Oliveira Bezerra

**DOI 10.22533/at.ed.65820161012**

**CAPÍTULO 13..... 112**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS LESÕES POR ENVENENAMENTO COM SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO ESTADO DO TOCANTINS**

Caio Willer Brito Gonçalves  
Gleiziane Sousa Lima  
Dário Luigi Ferraz Gomes  
Adir Bernardes Pinto Neto  
Kelvin Hamim José Feitosa Reis  
Klícia Martins Reis  
Ellica Cristina Cruz Oliveira  
Ana Vitória Souza Corrêa  
Mateus Vieira Gama  
Carolinne Machado Marinho  
Maria Gabriela Leme de Oliveira  
Julyana Pereira de Andrade

**DOI 10.22533/at.ed.65820161013**

**CAPÍTULO 14..... 119**

**HIPERUTILIZADORES DOS SERVIÇOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO A PARTIR DE REFLEXÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Gerardo Teixeira Azevedo Neto  
Israel Coutinho Sampaio Lima  
Gabriel Pereira Maciel  
Ana Suelen Pedroza Cavalcante  
Ana Carolina Melo Queiroz  
Wallingson Michael Gonçalves Pereira  
Bianca de Oliveira Farias

**DOI 10.22533/at.ed.65820161014**

**CAPÍTULO 15..... 127**

**IMAGEM E REFLEXÃO DE ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE COMUNITÁRIA REVELADAS PELO FOTOVOZ**

Adriana Nunes Moraes Partelli  
Thais Delabarba Marim Birchler  
Marta Pereira Coelho  
Marinete Aparecida Delabarba Marim

**DOI 10.22533/at.ed.65820161015**

**CAPÍTULO 16..... 140**

**INTERPROFISSIONALIDADE: BASES E REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA VIVENCIADAS NO PROGRAMA PET-SAÚDE**

Heloisa Schatz Kwiatkowski  
Angela Makeli Kososki Dalagnol  
Larissa Gabriella Schneider  
Marina Klein Heinz  
Andressa Krindges  
Marta Kolhs  
Débora Tavares de Resende e Silva

**DOI 10.22533/at.ed.65820161016**

**CAPÍTULO 17..... 150**

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLÍNICA MÉDICA AOS PACIENTES COM DOENÇAS RENAI CRÔNICAS**

Isabelle Cerqueira Sousa  
Valéria Maia de Sena  
Thiago Santos Salmito  
Simona Tyncia Monteiro Gama  
Carla Monique Lopes Mourão  
Rodrigo de Moraes Marçal  
Ana Ofélia Portela Lima

**DOI 10.22533/at.ed.65820161017**

**CAPÍTULO 18..... 163**

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS POR SUFOCAMENTO**

Raíssa Isabella Pereira de Souza Madureira  
Amanda Feitosa Pinto  
Ana Milena Bonfim de Araújo  
Angélica Kariny Rodrigues de Miranda  
Rosana Alves de Melo  
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes  
Rachel Mola

**DOI 10.22533/at.ed.65820161018**

**CAPÍTULO 19..... 174**

**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ANÁLISE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE NA BAHIA, NO ANO 2018**

Joanna Falcão de Oliveira  
Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva  
Jamil Musse Netto

**DOI 10.22533/at.ed.65820161019**

**CAPÍTULO 20..... 187**

**NÍVEIS PRESSÓRICOS ALTERADOS EM ADULTOS DO SUBMÉDIO DO VALE DO SÃO FRANCISCO-PE**

Dayenne Cíntia Alves de Lima  
Ana Letícia de Souza Menezes Gomes  
Andrea Marques Sotero  
Diego Felipe dos Santos Silva  
Diego Barbosa de Queiroz  
Iracema Hermes Pires de Melo Montenegro  
Marcos Veríssimo de Oliveira Cardoso  
Michele Vantini Checchio Skrapec

**DOI 10.22533/at.ed.65820161020**

**CAPÍTULO 21..... 199**

**NOVEMBRO AZUL: EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Juliana Ferreira Magalhães  
Letícia Gomes de Moura  
Izabel Cristina Leite  
Taís Caroline Pereira dos Santos  
Gabrielle Nathallie Cardoso Batista  
Isamara Maisa da Silva  
Angela Mara Brugnago Ayala  
Micaelly Lube dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.65820161021**



**CAPÍTULO 22.....204**

**O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PODE PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA?**

Elizângela Márcia de Carvalho Abreu

Tamires Camile Nascimento Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.65820161022**

**CAPÍTULO 23.....216**

**O SABER E O FAZER DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Fernanda Vicenzi Pavan

Judite Hennemann Bertoncini

**DOI 10.22533/at.ed.65820161023**

**CAPÍTULO 24.....228**

**O USO DA TEORIA DE DOROTHÉA OREM PELO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EM UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Valéria Gabriele Caldas Nascimento

Julielen Larissa Alexandrino Moraes

Gabriel de Luca Sousa Bandeira

Pedro Vitor Rocha Vila Nova

Wanderson Santiago de Azevedo Junior

Monique Teresa Amoras Nascimento

Josele de Jesus Quaresma Trindade

Reginaldo Corrêa Ferreira

Amanda Loyse da Costa Miranda

Sammy Adrielly Guimarães Martins

Nathália Oliveira de Souza

Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar

**DOI 10.22533/at.ed.65820161024**

**CAPÍTULO 25.....238**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE, AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA**

Inalda Maria de Oliveira Messias

Adriano Gomes Ferreira

João Ferreira da Silva Filho

Júlio Brando Messias

**DOI 10.22533/at.ed.65820161025**

**CAPÍTULO 26.....244**

**PROMOÇÃO EM SAÚDE: DEBATENDO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS ATRAVÉS DO EXTENSIONISMO**

Sally Andrade Silveira

Talita Claudia Sá da Silva

Mariana Vasconcelos Batista dos Santos

Layane Nunes de Lima

Amanda Caroline da Silva Ferreira

Gerlene Grudka Lira

**DOI 10.22533/at.ed.65820161026**

**CAPÍTULO 27.....247**

**SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR COMO FERRAMENTA FACILITADORA NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Elaine Cristina Pinheiro Viana Pastana  
Danilo Sousa das Mercês  
Edivone do Nascimento Marques  
Paula Karina Soares de Souza  
Ellem Sena Furtado  
Dayanne Souza da Silva  
Andreza de Jesus Sepeda Saldanha  
Eduarda Beatriz de Azevedo Silva  
Jaqueline Eduarda Carvalho dos Santos  
Amanda Carolina Rozario Pantoja

**DOI 10.22533/at.ed.65820161027**

**CAPÍTULO 28.....254**

**VISITA PRÉ- OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES AO PACIENTE CIRÚRGICO**

Isabelle Cerqueira Sousa  
Rafaela Rabelo Costa  
Mikaelly Magno Bastos  
Carla Monique Lopes Mourão  
Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante

**DOI 10.22533/at.ed.65820161028**

**SOBRE OS ORGANIZADORES .....267**

**ÍNDICE REMISSIVO.....269**

# CAPÍTULO 1

## A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UMA CRECHE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 07/07/2020*

### **Maria Carolina da Silva Costa**

Universidade Federal do Piauí  
Teresina - Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/1971349240957580>

### **Alessandra Sousa Monteiro**

Universidade Federal do Piauí  
Teresina – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/7803464485918249>

### **Elizyanne Mendes Martins**

Universidade Federal do Piauí  
Teresina – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0993287545298579>

### **Amanda Alves de Alencar Ribeiro**

Universidade Federal do Piauí  
Teresina – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9564404774003827>

### **Márcia Teles de Oliveira Gouveia**

Universidade Federal do Piauí  
Teresina – Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5250954355389144>

**RESUMO:** Na infância o crescimento e desenvolvimento infantil são avaliados pelos marcos do desenvolvimento por meio das consultas na puericultura. As creches têm um papel importantíssimo na sociedade por desempenhar assistência à criança em tempo integral para que os pais possam cumprir com suas obrigações empregatícias. Dentro da

assistência prestada com o suporte da Atenção Básica é realizado esse acompanhamento. Objetivo: Relatar a experiência na avaliação do crescimento infantil de crianças matriculadas de 2 a 6 anos em uma instituição pública da capital do Estado do Piauí. Metodologia: A avaliação ocorreu em uma creche de período integral na cidade de Teresina – PI. Foram avaliadas 52 crianças do maternal, nível I, II e III, por meio da pesagem e medição da altura e avaliação do IMC (Índice de Massa Corpórea). Resultados: A maioria das crianças estava no peso adequado para a idade, e apenas 7% (4) das crianças apresentaram sobrepeso e a altura estava adequada para a idade de todos. Conclusão: Nas avaliações realizadas não foram encontradas muitas divergências do ideal para cada idade, indicando que a alimentação adequada é um fator de influência direta no crescimento e desenvolvimento infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Criança. Enfermagem Pediátrica. Crescimento Infantil.

### THE PERFORMANCE OF NURSING IN THE EVALUATION OF GROWTH AND CHILD DEVELOPMENT IN A PUBLIC NURSERY: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** In childhood, child growth and development are assessed by developmental milestones through childcare consultations. Nurseries play a very important role in society by providing full-time child care so that parents can fulfill their employment obligations. This assistance is performed within the assistance provided with the support of Primary Care. Objective: To report the experience in the evaluation of child growth of

children enrolled from 2 to 6 years old in a public institution in the capital of the State of Piauí. Methodology: The evaluation took place in a full-time daycare center in the city of Teresina - PI. 52 children from kindergarten, level I, II and III, were assessed by weighing and measuring height and assessing BMI (Body Mass Index). Results: Most children were in the appropriate weight for their age, and only 7% (4) of the children were overweight and the height was appropriate for everyone's age. Conclusion: In the evaluations carried out, there were not many divergences from the ideal for each age, indicating that adequate nutrition is a factor of direct influence on child growth and development.

**KEYWORDS:** Child Health. Pediatric Nursing. Child Growth.

## 1 | INTRODUÇÃO

Um importante indicador da qualidade de vida e saúde de uma população está relacionado diretamente com a infância, por meio da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil que tem início a partir do nascimento até os dez anos de idade por meio da consulta de puericultura (GOES; LEITE, 2017).

Na Atenção Básica o enfermeiro é o profissional capaz de realizar os cuidados essenciais na fase infantil e avaliar seu crescimento e desenvolvimento por meio da consulta de enfermagem, assim como também é capaz de realizar a promoção, prevenção e ações educativas durante a puericultura (GAIVA et al., 2018).

A puericultura tem como um dos seus principais objetivos a detecção precoce de problemas no atraso do desenvolvimento infantil, assim como a busca por informações por meio da avaliação das áreas de desenvolvimento, tendo instrumentos como a Caderneta de Saúde da Criança para auxiliar aos pais e responsáveis à importância do acompanhamento realizado pelo profissional de Enfermagem, com o intuito de que qualquer atraso no desenvolvimento seja percebido e a devida intervenção seja realizada o mais precoce possível (COSTA *et al.*, 2019).

As mudanças no cenário socioeconômico tornaram maior a busca por instituições de assistência pré-escolar em tempo integral, que podem dificultar o acompanhamento integral dos pais aos seus filhos. Diante desta realidade as creches têm um papel importantíssimo na sociedade por desempenhar assistência à criança em tempo integral para que os seus responsáveis possam cumprir com suas obrigações empregatícias (SILVA *et al.*, 2016).

Diante desta realidade, nas Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais juntamente com o Ministério da Saúde existe o Programa de "Assistência Integral à Saúde da Criança" e alguns instrumentos passaram a ser desenvolvidos para dar suporte aos cuidados da primeira infância como o Programa Saúde na Escola (PSE) que atualmente é uma das principais políticas públicas infantis que em conjunto com a equipe da Estratégia Saúde da Família realiza a avaliação clínica, nutricional, promoção da alimentação saudável, avaliação oftalmológica bem como as ações de educação permanente em saúde, atividade física, promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de

educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas. A escola é o local ideal para a promoção da saúde infantil por ser um processo de desenvolvimento permanente com intervenções preventivas eficazes baseadas em evidências científicas (MACHADO *et al*, 2015).

Com o intuito preventivo o PSE realiza o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil por meio dos dados antropométricos (peso e altura) para avaliação das condições de saúde infantil prevenindo o agravamento de doenças prevalentes na primeira infância e redução na taxa de morbimortalidade infantil. Diante do exposto buscamos explicar como é realizado na prática o acompanhamento do crescimento infantil, por meio do Programa Saúde na Escola, realizado pela equipe da Estratégia Saúde da Família com o suporte da Unidade Básica de Saúde em uma creche da capital do Estado do Piauí.

## 2 | OBJETIVO

Relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem na avaliação do crescimento infantil de crianças matriculadas em uma instituição pública da capital do Estado do Piauí.

## 3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência durante o estágio curricular na Atenção Básica com apoio da Estratégia Saúde da Família. A avaliação ocorreu em uma creche pública integral da capital do Estado do Piauí. A creche tem seu funcionamento de segunda a sexta-feira nos horários de 07 às 18 horas. As crianças são acompanhadas por meio do Programa Saúde na Escola que realiza atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, situação vacinal, estado nutricional, entre outras atividades. Foram avaliadas todas as crianças presentes nos dias das visitas que estavam regularmente matriculadas nos níveis: maternal, nível I, II e III. A avaliação consistia em na pesagem, mensuração de altura e o cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea).

A avaliação contou com o suporte de quatro acadêmicas de enfermagem do último ano do curso, uma professora preceptora e a enfermeira da Unidade Básica de Saúde responsável pela área em que a creche está localizada. Utilizou-se para a avaliação: fitas métricas, balanças digitais, calculadoras e alguns brinquedos para entretenimento. Previamente foram agendadas as visitas com a diretora da creche, que disponibilizou três tardes para a realização das pesagens e medições, assim como acompanhamento da situação vacinal, sendo os pais e responsáveis comunicados previamente da avaliação, assim como também os casos que necessitassem de acompanhamento posterior. Foram divididas as duplas das acadêmicas que adentravam as salas de aula após autorização da professora da turma e realizava a mensuração da altura e pesagem, com avaliação

anexada ao cartão de vacina da criança posteriormente. Não houve recusa de nenhuma das crianças.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 52 crianças com idades entre 2 e 6 anos, de cinco turmas do infantil. Houve prevalência do sexo masculino entre as crianças. Durante as avaliações percebeu-se que a maior parte das crianças foram classificadas como eutróficas, tendo 7% (4 crianças) apresentado sobrepeso. Em relação à altura todas estavam adequadas para a idade, dentro da curva de crescimento, sendo marcadas na caderneta de vacina as marcações da curva de crescimento e peso e às crianças que apresentaram alguma modificação foram anexadas um comunicado aos pais e responsáveis para que comparecessem a Unidade Básica de Saúde para a realização do acompanhamento posterior.

A avaliação das crianças na creche é de extrema importância, pois muitos pais não têm a oportunidade de levar as crianças até a UBS para que seja realizada a avaliação das mesmas. Apesar do Programa Saúde na Escola colaborar é essencial que as crianças sejam acompanhadas para a realização da puericultura e atualização do cartão vacinal. Não foram encontradas muitas divergências do peso e altura ideal para cada idade comparando com os padrões adotados pelo Ministério da Saúde, indicando que a alimentação adequada é um fator de influência direta no crescimento, desenvolvimento e estado de saúde infantil.

Somente com a realização do acompanhamento da criança através da puericultura e na escola é possível analisar o crescimento e desenvolvimento infantil, se progride em ascensão ou declínio, se necessita de interferências, podendo indicar sobrepeso ou até mesmo sinais de desnutrição para a realização de ações preventivas para a redução das patologias infantis.

Para avaliação do desenvolvimento infantil algumas dificuldades foram encontradas, pela particularidade de cada criança e seus marcos, não se pode considerar somente o desempenho escolar, outros aspectos devem ser levados em questão como: a idade, o seu meio social, ambiente em que vivem entre outros.

## 5 | CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou refletir sobre o papel do enfermeiro frente à Atenção Básica e sua importância no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, intervindo efetivamente quando necessário em busca de estratégias de prevenção, promoção e manutenção da saúde infantil conforme as necessidades.

## REFERÊNCIAS

COSTA, M.C.S *et al.* **Child growth and development in hospitalized children: nurse's performance.** Rev Enferm UFPI. v. 8, n.4, p. 106 – 109, 2019.

GAIVA, M.A. *et al.* **Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem.** Av Enferm. v. 36, n.1, p. 9-21, 2018.

GOES, A.F.; LEITE, I.S. **A importância do Enfermeiro no Programa do Crescimento e Desenvolvimento Infantil.** Caderno Saúde e Desenvolvimento. v.10, n.6, p.59 – 72, 2017.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* **Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil.** Journal of Human Growth and Development. v.25, n. 3, p.307-312, 2015.

SILVA, A.V. M *et al.* **Ações de extensão para promoção da saúde em creche no município de Belo Horizonte, MG.** Interagir: pensando a extensão. v.2, n. 22, p. 32-45, 2016.

# CAPÍTULO 2

## A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 15/07/2020

### **Maria Caroline Galiza de Moraes**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/6821054529904278>

### **Amanda Ellen Sampaio Gomes**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/2881793547010946>

### **Ana Karolliny das Neves Souto Silva**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/3623656979674252>

### **Andréia Raiane Alves Brandão**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/9321762051747343>

### **Beatriz Pereira de Freitas**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/1799424178882062>

### **Bianca Gonçalves Wanderley**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/4540629749259343>

### **Edmilson Montenegro Fonseca**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/2897930469169388>

### **Isabelly Moura Nobre**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/4158452453671728>

### **Renata Raphaela Barbosa do Nascimento Fonseca**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/4528632208250872>

### **Talita Barbosa Minhoto**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/1015391124410714>

### **Layza de Souza Chaves Deininger**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/7571329923694281>

**RESUMO:** A territorialização é utilizada como instrumento para o planejamento das ações de saúde, a fim de identificar os aspectos sociais, econômicos, ambientais e demográficos de um território, permitindo aos profissionais da saúde entender a rotina dos usuários e agir para a melhoria da qualidade de vida da população. O estudo objetivou apresentar a experiência de acadêmicos de medicina na territorialização em saúde como instrumento de análise do processo saúde/doença. Refere-se a um relato de experiência, realizado por discentes de medicina, a partir de visitas ao território de uma Unidade de Saúde da Família em 2019. Durante a atividade sobre a territorialização em Saúde, observou-se o crescimento vertical crescente no



território, além de discrepâncias entre as microáreas, umas com acúmulo de lixo, ligações clandestinas de água, energia, e população SUS dependente, outras com prédios e casas de alto poder aquisitivo e pouca utilização dos serviços do SUS. Assim, a territorialização permitiu aos discentes conhecer as características do território, da população e possibilitou a compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde/doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Territorialização em saúde. Atenção primária à saúde. Fatores determinantes e condicionantes.

## HEALTH TERRITORIALIZATION AS A TOOL TO ANALYZE THE PROCESS OF HEALTH/ILLNESS

**ABSTRACT:** Territorialization is used as a tool to plan actions at the health system in order to identify social, economic, environmental, demographics aspects of the territory, allowing health professionals to understand the patient's routine and also to act on improving their quality of life. The aim of this paper is to present the experience of medicine students at the health territorialization as a tool to analyze the process of health/illness. It refers to an experienced of a related case, done by medicine students, based on home visits to the territory at a local Family and Community Medicine Unit in 2019. During the activity of health territorialization, was observed a vertical increment, increasing at the territory, also broad differences between local micro areas, one of them with a significant amount of open air litter, illegal portable water connections and electric power and a local population who depends on the Brazilian public health system was known as SUS. In this way, the territorialization allowed students to know local features of the territory, of the local population and also allowed them to understand key determinants and conditions of the process of health/illness.

**KEYWORDS:** Health territorialization. Health primary care. Determinants and conditions factors.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família é a principal estratégia reorientadora do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica. A equipe saúde da família utiliza a territorialização em saúde como instrumento para o reconhecimento do território, de forma que, possibilite o conhecimento sobre o ambiente, a situação de saúde e condição de vida dos indivíduos de um determinado local. Assim, processo de territorialização possibilita aprender sobre o território nos níveis econômicos, políticos sociais, culturais, ecológicos e psicológicos (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

A territorialização é valorosa para delimitar um território de abrangência da equipe saúde da família e reconhecer o perfil epidemiológico, socioeconômico e ambiental da população adscrita. Esse processo busca reconhecer a infraestrutura e os recursos sociais, buscando potencializar os resultados em saúde e aumentar os recursos presentes no território (CASTRO; BARBARÁ; GIMENES, 2018).

Contudo, a territorialização não deve ser vista puramente como uma prática administrativa e de demarcação de uma área, ela é uma técnica que possibilita enxergar

o território “vivo” como um todo e melhorar a atuação das equipes de saúde (COLUSSI; PEREIRA, 2016). Ademais, a importância do processo de territorialização se dá na promoção do acesso a serviços de saúde, na caracterização das necessidades de uma população e na delimitação de um perfil do território, para que os gestores e profissionais de saúde, por meio de informações reais e singulares, tomem as melhores decisões com base nos determinantes e condicionantes de saúde (SILVA, 2018; SANTOS *et al.*, 2020).

Assim, de acordo com a Lei nº 12.864 de setembro de 2013, que altera a Lei nº 8080 de setembro de 1990, deve ser considerado como uma determinante e uma condicionante em saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013).

Dessa forma, verificar os determinantes e condicionantes é uma grande ferramenta para qualificar, planejar, monitorar, avaliar e analisar a situação do território para que se possa contribuir com as políticas públicas e melhorar a condição de vida da população (QUEVEDO *et al.*, 2017).

Diante do exposto, a análise do território de atuação de uma equipe de saúde é obrigatória a todos profissionais da atenção primária, no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada à população do território adstrito, visto que é possível analisar as iniquidades sociais e os determinantes e condicionantes do processo saúde doença.

O presente estudo tem por objetivo apresentar a experiência de acadêmicos de medicina na territorialização em saúde como instrumento de análise do processo saúde/doença.

## 2 | METODOLOGIA

O trabalho apresentado é um relato de experiência realizado pelos acadêmicos de medicina do primeiro período da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba no ano de 2019, trata-se de um estudo descritivo, construído a partir de visitas à Unidade de Saúde da Família: Timbó I, realizada durante as aulas de Atenção à Saúde I. Para tanto, a turma foi dividida em 04 grupos de 10 pessoas e cada um atuou em uma USF: Timbó I, Miramar, Cidade Recreio, Águas Frias, estes foram orientados por docentes distintos, sendo contabilizadas no total 6 visitas, cada uma com objetivos específicos: apresentação da USF, reconhecimento do território, acompanhamento dos profissionais de saúde, ação educativa, coleta de dados e diagnóstico situacional.

O presente artigo foi desenvolvido baseado nas observações dos alunos nos estágios das USF's, concomitante a isso, utilizou-se uma bibliografia de artigos científicos e de livros acadêmicos para aprofundar os conceitos abordados ao longo do desenvolvimento. Ademais, com o intuito de analisar as perspectivas de saúde a partir das idiosincrasias econômico e sociais da unidade, foram esmiuçados assuntos como: territorialização,

microárea e microárea de risco, barreiras de acessibilidade na atenção básica, fatores determinantes e condicionantes da saúde e características epidemiológicas.

Assim, os estágios práticos tiveram como foco as desigualdades nas diferentes microáreas de um mesmo território por meio do entendimento do que são e quais são os fatores determinantes e condicionantes desse, bem como quais suas características epidemiológicas, o que auxiliará no aprofundamento do conhecimento dos discentes a partir da visão crítica e ativa deles. Para que, desse modo, no primeiro período do curso o estudante entenda a importância da Atenção Básica e a valorize.

### 3 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

A palavra território tem sua origem no latim *territorium* que significa 'pertence a'. Além da visão epistemológica, existem definições geográficas, políticas, históricas e no âmbito da saúde. Neste último, descrevem-se as consequências que a cultura, o ambiente e as interações sociais têm sobre a gênese das patologias regionais. Na saúde pública a territorialização objetiva a garantia dos princípios de universalidade, equidade e acessibilidade, além de efetivar a diretriz de descentralização, encontrados no Sistema Único de Saúde (SUS) (GUSSO; LOPES, 2012).

O território área possui como definição a área de alcance de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e o espaço de sua atuação, que é formada por microáreas contendo aproximadamente 2000 a 3500 habitantes e possui como objetivo planejar ações, organizar os serviços e possibilitar os recursos para atendimento das necessidades de saúde das famílias que moram no território, tendo em vista a melhoria dos indicadores e estado de saúde da comunidade (WAGNER, 2015).

Diante disso, na USF Timbó I há 2.465 pessoas cadastradas que são representadas através de um mapa físico do território construído pela equipe de saúde da família (ESF), englobando toda a Unidade de Saúde da Família Timbó I. Essa é uma forma de planejamento em saúde que auxilia o processo de acompanhamento, identificação e diagnóstico do território. Com o auxílio do mapa, são investigados os problemas e necessidades de saúde da população naquela região (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2012).

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do emprego de práticas de cuidado e gestão, através do trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios definidos, onde são assumidas responsabilidades sanitárias, levando em conta a dinamicidade que existe em todo o território onde essa população vive (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2012).

Assim, a territorialização significa o processo de habitar e vivenciar um território a partir da aquisição e análise de informações sobre as condições de vida e saúde da população do local. Esse é um dos trabalhos empreendidos pela equipe de Atenção Básica, onde planejam as ações direcionadas à população, como: definição do território de atuação e população de responsabilidade da USF e da equipe; programação e aplicação das

atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, priorizando as ações clínicas e sanitárias nos problemas e saúde de acordo com os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e realizar a atenção integral, contínua e organizada à população do território (CASTRO; BARBARÁ; GIMENES, 2018).

Vale salientar que essas ações possibilitam o conhecimento dos principais problemas e necessidades de cada área e população, podendo oferecer uma atenção adequada às necessidades de saúde a cada uma delas. Desse modo, a área da saúde onde é incluída a participação de bens e serviços, deve ser aplicada como um sistema de inovação, e sua configuração espacial pode ser uma base para desenvolver sistemas e arranjos produtivos locais, fazendo assim uma lógica de bem-estar relacionada ao desenvolvimento econômico (GADELHA *et al.*, 2011).

De forma contrária, a falta de uma boa gestão nas várias estratégias mobilizadas pela saúde como a geração de tecnologia de ponta e inovação, ocasiona em um espaço globalizado com verticalização acelerada, onde pessoas com menor ou nenhuma renda ocupam áreas desfavoráveis à habitação (loteamentos clandestinos e irregulares), como encostas, margens de cursos d'água, áreas próximas a lixões, dentre outras, enquanto os grupos mais favorecidos moram em áreas valorizadas e com maior infraestrutura como é o caso das microáreas 03 e 05 da região supracitada, gerando um agravamento consequente das diferenças entre os aspectos sociais, econômicos e estruturais dentro de um mesmo território (GADELHA *et al.*, 2011).

Para tanto, há a necessidade de fortalecer uma visão diferenciada de saúde que privilegie o vínculo com o desenvolvimento essencial da cidadania e equidade, servindo como fonte de expansão econômica do país e de seus territórios. Dessa forma, esse processo de verticalização além da desigualdade social também dificulta o acesso dos agentes comunitários de saúde à população. Com isso, o vínculo equipe de saúde/usuários fica fragilizado ou pode não ocorrer, assim, consequentemente a integralidade do cuidado também pode ficar fragilizado ou não ocorrer (GADELHA *et al.*, 2011).

Sendo válido salientar que a microárea é uma subdivisão do território área, com uma zona fronteira, muitas vezes, desigual. Como critério de delimitação, usam-se marcadores sociais, econômicos e estruturais, com o objetivo de que as mazelas comuns se unifiquem entre as microáreas, culminando, assim, em ações interventivas governamentais assertivas e eficazes (ROQUAYROL; SILVA, 2018). Cada microárea é acompanhada por um Agente Comunitário de Saúde; no território área abarcado pela USF do timbó I, existem cerca de 10 microáreas, cada uma delas com suas peculiaridades e necessidades.

De fato, desde o Brasil colônia com as capitânias hereditárias e o embrião do território nacional, observou-se uma disparidade frente aos fatores socioeconômicos e culturais, sendo esse fenômeno nomeado, na linguagem poética do escritor Euclides da Cunha, como os diversos "Brasis" (CUNHA, 2017). Além das distinções no âmbito nacional, essa mazela se estende para as microáreas de saúde, onde, muitas vezes, uma rua separa

um prédio luxuoso de uma moradia de papelão; a fim de entender tal carência territorial da USF do Timbó 1, faz -se necessário delimitar cada microárea e as suas respectivas idiossincrasias.

A primeira microárea possui o acompanhamento de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e está localizada dentro de um condomínio fechado, conhecido como Jaraguá, esse residencial possui uma carência monetária menos evidente, por isso, além dele, a microárea 01 se estende pelo residencial Hibisco, do bloco A ao E.

No que tange o condomínio Hibisco do bloco E até o bloco F, trata-se como microárea 02, em que é acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Além disso, o condomínio faz parte do programa minha casa minha vida, possuindo saneamento básico, água e luz.

Já a terceira microárea é acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), em que apresenta uma condição econômica boa e sua extensão é de aproximadamente um quarteirão. Os prédios são de acordo com a condição econômica, ou seja, estão em boas condições, além de possuir saneamento, água e luz.

Junto a essas, existe a microárea 04, acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), que apresenta as peculiaridades dos equipamentos sociais, como uma cozinha comunitária, uma creche, uma escola e um campo de futebol; entretanto, tais locais estão sucateados e mal utilizados. Desse modo, nota-se que a microárea 04, apesar de ter os serviços de melhoria cidadã, é pouco estruturada e tem sua funcionalidade reduzida, graças à pífia renovação da estrutura desses mecanismos.

Ademais, há a microárea 05, acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), é caracterizada por uma disparidade, em relação às microáreas 08, 09 e 10, econômica e social assombrosa. Localizada em frente à USF, bem como em suas imediações, nela pode ser visto um edifício de 10 andares, com carros no estacionamento e varandas equipadas por ares condicionados, junto ao prédio há casas de design moderno, protegidas por cercas elétricas. Sob esse viés, infere-se que essa microárea assemelha-se a um oásis social, em que há uma clara vantagem socioeconômica, sob as demais regiões.

Outrossim, delimita-se a microárea 06, que é acompanhada por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), percebe-se um ambiente arrodado por zonas de influência (locais em que a USF só realiza o primeiro atendimento, mas não realiza visitas domiciliares, nem atendimento longitudinal), é uma local com uma população de classe média baixa, com pequenos edifícios, que apresenta a extensão de dois quarteirões e uma rua.

Na microárea 07, acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e a microárea 08, gerida por uma outra Agente Comunitária de Saúde (ACS), em que está localizada na zona comercial do Timbó, que é uma avenida considerada principal, onde do lado esquerdo é a microárea 07 e do lado direito é a microárea 08, com grande movimentação, em que os domicílios se mesclam com as lojas. Nelas observam-se, ainda, pequenas ruelas que podem ser utilizadas como esconderijos para o comércio de

narcóticos e outras ilegalidades; consoante a isso, é notado uma grande quantidade de redes elétricas clandestinas.

Por fim, pontua-se as microáreas 09 e 10, acompanhadas, respectivamente por duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS'S), em que são as mais contrastantes com a microárea 05, já que apresentam uma infraestrutura com péssima condição. Essas são áreas com uma grande população que está exposta ao narcotráfico, ao consumo de drogas, à violência (já que se encontra na divisa com a comunidade rival, denominada Timbó 2) e há deslizamento de terras. Como se não bastasse, essas regiões apresentam um elevado risco a doenças infecto parasitárias, graças ao acúmulo de lixo em residências abandonadas e negligenciadas. Ademais, destaca-se a extensa área de influência contida nesse território, que não é acobertada pela equipe de saúde, mesmo sendo um local de alarmante necessidade como foi possível notar.

Diante de tais descrições, relembremos as diferentes facetas que se estendem além da lógica continental do Estado e alcançam a visão micro de uma USF. Sendo, os diferentes “brasis”, mencionados por Euclides da Cunha, reflexo de uma sociedade desigual e falsamente meritocrática (CUNHA, 2017).

Ainda, a microárea de risco é um local de excessiva exposição, em que o cuidado da USF deve ser maior e a sua mazela social deve ser devidamente diagnóstica, para uma possível solução e para evitar acidentes. Essa pode ser uma área de iminente deslizamento, um local sem saneamento ou pavimentação adequada, ou no caso do Timbó 1 um local sujeito ao lixo e a materiais contaminados.

Ademais, os fatores determinantes e condicionantes da saúde implícitos no artigo 3º da Lei Orgânica de Saúde 8.080/1990 constam: o saneamento básico, a alimentação, o meio ambiente, a moradia, a renda, o trabalho, o lazer, a educação, o transporte e o acesso aos serviços essenciais e aos bens (BRASIL, 1990). Diante disso, a Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013 alterou a Lei mencionada acima, acrescentando a atividade física tanto como fator determinante como condicionante no que tange à saúde (BRASIL, 2013).

Para tanto, quando ocorre a verificação no que tange os determinantes e condicionantes, é válido salientar que é um instrumento que possui algumas funções, quais sejam: planejar, avaliar, qualificar, analisar e monitorar a situação que o território se encontra para assim ter contribuição no que se refere às políticas públicas visando assim a melhoria de condições e vida da população (QUEVEDO *et al.*, 2017).

Diante dos vários fatores que são determinantes a partir da condição no que tange a doença, estão incluídos os fatores biológicos, quais sejam: o sexo, a idade, a questão genética, a questão de ocupação humana, as condições geográficas, o meio físico, as condições de habitação, entre outros; assim como, a questão socioeconômica e cultural, que diz respeito à nivelção no que tange a ocupação e a renda, a questão do acesso a uma educação formal, ao lazer, a hábitos e a questão do acesso aos serviços no que se refere tanto a promoção como a recuperação em saúde e a qualidade desses serviços

tanto prestados como dispensados aos usuários. Sendo de suma importância ressaltar que a saúde não é algo estável e possui variação de acordo com as condições ambientais, sociais e do meio em que se está inserido (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A transição epidemiológica no Brasil possui sua definição baseada na tripla carga de doenças, que se refere à persistência no que tange a reemergência das doenças denominadas infecciosas, como por exemplo, arboviroses; se refere também a elevação das causas externas, exemplificando os acidentes e a questão do predomínio relativo no que tange as doenças crônicas, por exemplo, como a diabetes (MENDES, 2012). Mesmo com o crescimento das doenças crônicas, é possível visualizar os surtos que estão acontecendo em alguns locais com algumas doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a sífilis no caso do território do Timbó I.

As doenças infecciosas dizem respeito a doenças que têm sua causa a partir de microrganismos como protozoários, vírus, fungos ou bactérias, que possuem a possibilidade de estar no organismo sem ocasionar nenhum dano no que se refere ao mesmo. Todavia, quando existe qualquer modificação no que tange o sistema imune e alguma situação clínica, esses microrganismos podem se multiplicar, gerando assim alguma doença e possibilitando uma entrada mais fácil de outros microrganismos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nessa mesma perspectiva, podemos compreender que essas doenças supracitadas podem ser obtidas através do contato direto com o agente considerado infeccioso ou pela exposição da pessoa no que diz respeito aos alimentos ou à água que estão contaminados, assim como pelas vias respiratórias, de maneira sexual ou através de ferimentos realizados por animais. Ademais, quando essas doenças infecciosas possuem a transmissão através de pessoa para pessoa, são consideradas doenças infectocontagiosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Diante do exposto, é válido salientar que no decorrer do tempo essas doenças infecciosas foram caindo bruscamente no que tange os seus acometimentos, entretanto, no território de Timbó I está ocorrendo um crescimento repentino e inesperado no que se refere o acometimento da doença de sífilis, mas é importante mencionar que a unidade de saúde localizada no território de Timbó I faz o teste rápido dessa doença e ainda realiza o encaminhamento para o tratamento imediato por meio de antibióticos, como a penicilina.

A sífilis é uma infecção causada por bactéria denominada *Treponema pallidum*, a transmissão é feita por meio do ato sexual quando se trata de sífilis adquirida e a sífilis congênita se dar por meio da placenta da mãe no que se refere o feto. A responsabilidade de 95% dos casos de sífilis ocorre quando há o contato com as lesões que contagiam (lesões que podem ser secundárias e cancro duro). Há outras maneiras de transmissão de maneira mais rara por via indireta como tatuagem e objetos contaminados, assim como por transfusão de sangue. Já no que tange o tratamento para a sífilis, o mesmo é feito com o uso de antibióticos como a penicilina, em caso de sífilis em mulheres grávidas se faz o

mesmo tratamento com injeções de penicilina, a fim de evitar o contágio do bebê com sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Por fim, sua prevenção é realizada com o uso do preservativo em todos os contatos íntimos e por meio da diminuição no que se refere à quantidade de parceiros, sendo importante mencionar que durante o tratamento, recomenda-se não ter relações. Logo, é importante ressaltar que palestras e cartilhas precisam ser ministradas e feitas para que seja realizado o esclarecimento e conscientização da população acerca da importância do uso do preservativo, não apenas em razão da sífilis, mas em virtude das inúmeras doenças sexualmente transmissíveis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, no decorrer da atividade sobre a territorialização em Saúde que visa o reconhecimento do território, permitindo assim a delimitação do espaço de abrangência da equipe de saúde, possibilitando o conhecimento acerca do ambiente, da situação de saúde e também da condição de vida das pessoas de uma determinada localidade em seus vários níveis, sejam eles econômicos, políticos, culturais para que se possam traçar decisões importantes, pôde-se observar um crescimento vertical notável no território no que se refere às diferenças sociais, econômicas e estruturais com uma parcela habitando lugares impróprios como encostas e áreas com presença de lixo a céu aberto e outra parcela sendo favorecida com maior infraestrutura.

Com isso, a territorialização é essencial para o planejamento de ações pertencentes às necessidades de saúde da população local por meio da Atenção Básica. Ocasionalmente assim aos discentes o conhecimento no que tange as características envolvidas ao território, à população, gerando assim o entendimento tanto dos determinantes como dos condicionantes, quais sejam: atividade física, moradia, educação, lazer, meio ambiente, renda, trabalho, alimentação, saneamento básico, educação, transporte e também acesso aos bens e serviços essenciais; no que se refere ao processo saúde/doença.

Por fim, a experiência vivenciada pelos estudantes de medicina trouxeram bastante conhecimento acerca das concepções de saúde diante das particularidades tanto econômicas como sociais da USF, em que houve o detalhamento de algumas temáticas, quais sejam: a territorialização, a microárea, a microárea de risco, as barreiras de acessibilidade na atenção primária, os fatores tanto determinantes como condicionantes da saúde e também as características epidemiológicas, retratando assim, a relevância de um incentivo cada vez maior no que se refere às políticas públicas no que diz respeito à saúde e a qualidade de vida da população assistida, sempre pensando no bem estar coletivo.



## REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 de julho de 2020.

BRASIL - **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 09 de julho de 2020.

BRASIL - **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm). Acesso em: 10 de julho de 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

CASTRO, M. L. de; BARBARÁ, P.; GIMENES, T. C. V. **Território e Territorialização na Atenção Básica**. 2018. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/xx\\_eefab/territorio\\_e\\_territorializacao\\_na\\_atencao\\_basica.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/xx_eefab/territorio_e_territorializacao_na_atencao_basica.pdf). Acesso em: 09 de julho de 2020.

COLUSSI, C. F.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica**. Florianópolis: UFSC, 2016.

CUNHA, E. D. **Os Sertões: Campanha de Canudos**. 1ª ed. São Paulo: Martin Claret, 2017.

GADELHA, C. A. G. *et al.* **Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Artmed, Porto Alegre, v. 1, p. 242-247, 2012.

LACERDA, J. T. de; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na atenção básica**. Núcleo de Telessaúde Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1167>. Acesso em: 09 de julho de 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 2010. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 09 de julho de 2020.

QUEVEDO, A. L. A. de *et al.* **Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos planos nacional e estaduais de saúde**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 823-842, dez., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000300823&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300823&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 de julho de 2020.

ROQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Roquayrol: Epidemiologia e Saúde**. 8ª ed. São Paulo: Medbook, 2018.

SANTOS, J. S. *et al.* **A territorialização na prática da atenção primária à saúde: Experiência na unidade de saúde da família Homero Figueiredo.** REVERSE – Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde, v. 4, n. 00, p. 147 – 160, 2020. Disponível em: <http://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1476>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

SILVA, M. O. de. **A territorialização da atenção primária e sua relação com a ampliação do acesso ao serviço de saúde: uma revisão integrativa.** 2018. 51 folhas. TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

WAGNER, M. **Ministério da Saúde Política Nacional de Humanização - Formação de Acolhedores Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade na Atenção Básica.** Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2015.

# CAPÍTULO 3

## A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 04/07/2020

### **Tamires Oliveira Lima**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/9013050035737096>

### **Andréa Raquel Fernandes Carlos da Costa**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/4554848865781375>

### **Brenda Maria Barbosa Diniz**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7452683017385506>

### **Gabrielle Fontenele Paiva**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/2381068475482512>

### **Hemily David de Melo**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/4504559239683014>

### **José Batista da Mota Neto**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/2719753992061089>

### **Laís Alcântara Borba**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/6028173799132257>

### **Lethicia Beatriz Lima de Mesquita**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/4524790251860517>

### **Luana Christie de Castro Medeiros**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/1876590427784444>

### **Lucas Albuerne Diniz Bezerra**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/0827510467088859>

### **Raiza Monielle de Lima Fernandes**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7017774069843982>

### **Sarah Belchior Aguiar Viana**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
(FACENE/RN)  
Mossoró – RN  
<http://lattes.cnpq.br/2196990891254029>

**RESUMO:** A territorialização é uma ferramenta operacional do Sistema Único de Saúde, que

possibilita a identificação dos aspectos ambientais, sociais, demográficos e econômicos, e dos problemas de saúde em uma determinada área, para planejamento das ações de saúde, sendo atribuição dos profissionais da saúde participar desse processo. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo discutir a contribuição da territorialização para a educação médica. Assim, trata-se de um relato de experiência da atividade de territorialização desenvolvida e vivenciada por estudantes de medicina durante o primeiro semestre do curso, em 2019.1, no módulo de ISEC I (Integração, Serviço, Ensino e Comunidade I). Neste módulo, a territorialização foi desenvolvida com atividades vinculadas à Unidade Básica de Saúde do município de Mossoró-RN. A Unidade Básica de Saúde visitada é referência para o território ocupado caracterizado neste relato e inclui uma comunidade ribeirinha. No processo de territorialização, os alunos caminharam pelas ruas do bairro Ilha de Santa Luzia, acompanhados da Agente Comunitário de Saúde responsável pela área, e as observações foram registradas pelos alunos, por meio de fotografias e anotações em caderneta. Por meio dessa vivência, foi possível refletir acerca da importância do processo de territorialização para a atuação médica, que permite a criação de vínculos entre o profissional e os usuários dos centros de saúde, assim como a identificação dos problemas de saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Centros de Saúde. Educação Médica. Território Ocupado.

## TERRITORIALIZATION IN HEALTH AND ITS CONTRIBUTION TO MEDICAL TRAINING: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** Territorialization is an operational tool from Unified Health System, which enables the identification of environmental, social, demographic and economic aspects, and health problems in a given area, in order to plan healthcare measures being the participation in the process responsibility of health professionals. In this regard, this academic paper aims to discuss the contribution of territorialization for medical education. Thus, it is an experience report of the territorialization activity developed and experienced by medical students during the first semester of the course, in 2019.1, at ISEC I module (Integration, Service, Teaching, and Community I). In this module, territorialization was developed with activities related to the Basic Health Unit of the city of Mossoró-RN. The visited Basic Health Unit is a reference for the occupied territory shown in this report and includes a riverside community. During the process of territorialization, the students walked across the streets of the Ilha de Santa Luzia neighborhood, accompanied by the Community Health Agent responsible for the area, and the observations were registered by the students, using photographs and notes. Through this experience, it was possible to reflect on the importance of the territorialization process for medical practice, which allows the creation of bonds between professionals and health centers users, as well as the identification of the population's health problems.

**KEYWORDS:** Health Centers. Education, Medical. Occupied Territories.

## 1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de produção de saúde da comunidade foi muito discutido e melhorado no decorrer dos anos, já que a estruturação política tende a sofrer mudanças que ofertam ações de reformulação das práticas profissionais, as quais se incorporam na gestão

setorial, no cuidado em saúde e no ensino-aprendizado. Assim, a ampliação da formação profissional se faz necessária, baseada na adequação das necessidades da população, ou seja, pensar além do diagnóstico e da intervenção no processo de adoecimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O planejamento da Educação em Saúde se distancia do modelo biomédico, o qual busca o diagnóstico e a intervenção sem a observação das reais necessidades da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, sendo a territorialização um ótimo instrumento para a transição entre os modelos.

No contexto brasileiro, o movimento da reestruturação da formação médica se deve a partir da necessidade da reformulação do ensino e da reconstrução da relação entre os serviços de saúde e as universidades, a fim de confluir com os princípios e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fortalecer a Atenção em Saúde, com foco para as reais necessidades da população, por meio da delimitação de projetos voltados à comunidade (HADDAD, 2014).

O princípio da universalidade do SUS, de que todos têm direito ao acesso dos serviços e de ações dos que necessitem, obriga o Estado ao rearranjo territorial para organização desses serviços (FARIA, 2013). Por meio disso, para que houvesse a organização da rede de atenção à saúde no SUS, foram propostos: a hierarquização, a regionalização e as necessidades diferenciadas (BRASIL, 1990).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, sendo denominado, em 2011, como Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual apresenta, entre os seus fundamentos, a Atenção Básica territorializada construída na base territorial, em que os serviços de saúde seguem uma lógica de distribuição em delimitações de áreas de abrangência (ARAÚJO et al., 2017).

O território consiste em um espaço vivo capaz de produzir saúde, ou seja, é um espaço dinâmico, em metamorfose, com diversos aspectos: epidemiológicos, culturais, históricos e demográficos, sujeitos a várias vulnerabilidades e riscos, e, por isso, no espaço devem ser identificados os fatores que conduzem aos processos de saúde e doença na área (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Dessa forma, a territorialização é um instrumento necessário para o planejamento de ações por proporcionar o conhecimento do território, que apresentam aspectos sociais, ambientais, econômicos e demográficos, além dos problemas individuais de determinada área. Essas informações proporcionam o desenvolvimento de intervenções e de ações voltadas às necessidades da comunidade (ARAÚJO et al., 2017).

As experiências em campo são fundamentais para a formação humanística dos acadêmicos de Medicina, visto que proporcionam o contato dos estudantes com a comunidade, compreendendo os principais problemas de determinado território e o papel dos profissionais que compõem as equipes da ESF, além da sua relevância para promoção à saúde. Desse modo, o curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança de

Mossoró (FACENE/RN) direciona a vivência na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a territorialização presente na matriz curricular do primeiro semestre, no módulo Integração, Serviço, Ensino e Comunidade I (ISEC I), que corresponde ao ciclo básico, visando o contato dos alunos às práticas no SUS, além do entendimento acerca da importância e das dificuldades do processo de reconhecimento do território.

## 2 | OBJETIVOS

Discutir sobre a contribuição da territorialização para a formação médica, descrevendo as atividades da territorialização realizadas pelos acadêmicos do curso de Medicina, no módulo ISEC I, o processo de mapeamento e a importância da experiência proporcionada aos futuros profissionais e à comunidade.

## 3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, acerca da atividade de territorialização desenvolvida e vivenciada por estudantes de medicina, durante o primeiro semestre da graduação, em 2019.1, no módulo de Integração, Serviço, Ensino e Comunidade (ISEC I). Neste módulo foi desenvolvida a prática de territorialização dos serviços de saúde com o intuito de proporcionar aos alunos a vivência prática e o aprendizado da interação existente entre o conhecimento teórico e a realidade do SUS.

Para tanto, foram concebidas atividades vinculadas à Unidade Básica de Saúde Antônio Camilo, localizada no bairro da Ilha de Santa Luzia, no município de Mossoró-RN. A Unidade Básica de Saúde (UBS) visitada é referência para o território caracterizado neste relato e apresenta uma comunidade ribeirinha. Os alunos foram levados a campo em grupos acompanhados da Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela área, para conhecer a dinâmica do local e adquirir informações sobre o território, como fatores socioeconômicos, ambientais, culturais, epidemiológicos e políticos, além de informações sobre grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e a vulnerabilidade.

No decorrer do percurso, a fim de debater acerca da vivência, foram realizados registros pelos alunos no local de abrangência, por meio de anotações em caderneta e fotografias. Ademais, as professoras do módulo disponibilizaram roteiros de perguntas voltadas para a busca do conhecimento do território, como presença de arborização, saneamento básico, entre outros.

## 4 | RESULTADOS

No processo de territorialização, os grupos de alunos percorreram as ruas do bairro com as ACS, a qual orientava e descrevia as principais características da sua microárea de abrangência. Enquanto caminhavam, os discentes fizeram anotações e fotografias dos

pontos que achavam relevantes para o conhecimento do território.

Em meio à dinâmica da comunidade, os pontos analisados foram: média da faixa etária e distribuição por sexo, visualizando o público da UBS e o predomínio dos fatores de risco e de doenças; taxa de emigração e de imigração para conhecer o fluxo de doenças adquiridas de outras áreas; incentivo à atividade física para observar as ações existentes para redução dos riscos de algumas patologias; frequência dos moradores à UBS a fim de visualizar se a população possui conhecimento acerca dos serviços e seus benefícios; principais enfermidades, analisando o nível da população e o predomínio de doenças agudas ou crônicas; pavimentação, sinalização e tráfego de veículos para investigar os riscos de acidentes; presença de animais, pesquisando o predomínio de doenças ocasionadas pelos animais; arborização, rios, poluição, coleta de lixo e saneamento básico, explorando a proliferação de doenças por vetores; pontos comerciais, lazer e cultura para prever o risco de depressão e de doenças mentais; educação escolar com o propósito de identificar o conhecimento da população perante os riscos, os métodos preventivos, as questões higiênicas, entre outros; segurança e iluminação, estudar os riscos das causas externas de morbidade e mortalidade, como a violência.

Ao decorrer da atividade, os discentes trocavam ideias, relacionando com o conteúdo teórico discutido em sala de aula para que, assim, fossem capazes de associar a teoria com a vivência prática do SUS. Ademais, notou-se o predomínio da população idosa com a presença de doenças crônicas, em especial a diabetes e a hipertensão, visualizando a necessidade de ações mais direcionadas ao acolhimento dessas condições de saúde, o que demonstra a atuação da Atenção Básica, com sua equipe de profissionais, frente às premências existentes. Outrossim, foi visualizado o papel das Redes de Atenção na população, em especial na Saúde Mental, devido os altos índices de transtornos psicológicos na área em estudo.

Ademais, foi possível a verificar os princípios pregados pelo SUS, como a universalidade, a qual todos possuem direito ao acesso dos serviços de saúde e de suas ações que necessitarem, por meio da abordagem dos profissionais, com o cuidado e o zelo, à todos os moradores presentes na área abrangente, desconstruindo preconceitos diante dos grupos específicos. A atuação da ACS na população ribeirinha e nos espaços que envolviam o público usuário de álcool e drogas marcou os estudantes, visto o cuidado com o diálogo para evitar que esses indivíduos não aderissem ao acompanhamento e às consultas. Assim, é possível refletir em relação à heterogeneidade do País e às adaptações, que são necessárias, das ações mais voltadas à população negligenciada. Dessa forma, haverá uma atuação mais ética quanto ao respeito às diferenças, produzindo saúde em meio às necessidades específicas.

A receptividade dos profissionais da UBS e da população aos alunos também foi um marco para os estudantes, o que contribuiu muito com o aprendizado, as observações, as anotações e as reflexões realizadas. Assim, não foram encontradas dificuldades no

processo da experiência. O contato com os pontos de visitas, os quais a população forneceu informações essenciais para a atividade, reforçam e fortalecem a confiança da comunidade nos profissionais da saúde, que estão à disposição para ouvir e ajudar os usuários, o que influencia na procura dos serviços de saúde.

Os estudantes conseguiram, ainda, habilidades clínicas, pois a vivência proporcionou o contato com as enfermidades da área e as ações dos serviços, em especial, promoção, prevenção e reabilitação. Além do mais, foi visível o vínculo entre a equipe, o qual contribuiu na busca por métodos mais estratégicos para atuação da saúde na unidade básica, baseado com cada natureza de problemas identificados, com o propósito da promoção de assistência sistematizada e continuada, voltada para as necessidades da comunidade.

## 5 | DISCUSSÃO

A prática de territorialização é uma ferramenta essencial para a preparação dos profissionais de saúde e sua atuação no SUS, pois dispõe da visão social do local acerca do processo de saúde e doença. Dessa forma, o conhecimento do território proporciona a identificação dos principais problemas existentes na área de abrangência, promovendo uma assistência mais adequada às devidas necessidades, com medidas de promoção, de prevenção e de recuperação, que garantam qualidade de vida, além da importância do médico frente às demandas da população, pois o profissional é essencial no processo saúde e doença.

Diante dessa atividade, percebe-se o maior envolvimento dos usuários aos serviços de saúde, devido ao vínculo criado entre os usuários e os profissionais de saúde, que é essencial por disponibilizar o atendimento da comunidade com base na contribuição e na confiança. Ademais, remete a compreensão de que as equipes da ESF têm seu papel na área delimitada de cada UBS, além de esclarecer que a APS é o eixo central das políticas de saúde.

A vivência dessa prática no início da graduação em Medicina promove conhecimento mais amplo de que o usuário é o sujeito e não o objeto da ação profissional e provoca quebra do conhecimento voltado apenas para a teoria. Dessa forma, a experiência da realidade transforma a formação para o foco nos problemas reais da população e conscientização de que os processos em saúde são voltados para a atenção integral, visando a melhor qualidade de vida aos usuários da região.

Os discentes tiveram acesso aos dados epidemiológicos da área de abrangência, disponibilizados do Sistema de Informação de Saúde do próprio SUS, e o apoio dos profissionais, em especial, a ACS, que se fez necessária para a ruptura do modelo biomédico na formação médica, que é centrado na doença e nas ações verticalizadas.

Por fim, a inserção no território propiciou a produção de intervenções eficazes e comprovou que é essencial que os estudantes compreendam a necessidade do



conhecimento da comunidade pelos profissionais, além das dificuldades, dos modos de vida e dos recursos usados para a produção de saúde.

## 6 | CONCLUSÕES

Por meio da experiência relatada neste artigo, foi possível concluir que os estudantes de Medicina, por meio do módulo ISEC I, conseguiram refletir acerca da importância do processo de territorialização para a atuação médica, visto que permite a criação de um vínculo entre os alunos e os usuários dos serviços de saúde e a identificação dos principais problemas de saúde da população.

A atividade proporcionou o reconhecimento da responsabilidade dos médicos quanto às demandas da população, visualizando o papel da Atenção Básica na promoção à saúde e como ocorre a integração ensino, serviço e comunidade. Quanto aos benefícios para a formação acadêmica em si, compreende-se que concedeu uma formação mais crítica, ética e humanizada aos estudantes, além do desenvolvimento de habilidades clínicas, por transmitir conhecimentos acerca das ações preventivas, do processo saúde e doença e dos aspectos do território, associando aos princípios e aos objetivos do SUS.

Por meio do processo de conhecimento do território é possível planejar e programar métodos mais eficientes e estratégicos, para as ações de saúde em cada unidade básica, de acordo com seus determinantes sociais, bem como concentrar intervenções sobre grupos prioritários. Conseqüentemente, é propício uma repercussão positiva sobre os níveis de saúde e as condições de vida, assegurando resolutividade ao sistema e reorientação aos modelos assistenciais dos centros de saúde, com ações direcionadas à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde, a fim de promover uma assistência sistematizada e continuada com base nas necessidades da comunidade tanto individuais, como coletivas.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. et al. **Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência.** SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 16, n. 1, 2017.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Legislação Informatizada – Lei N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – Publicação Original.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055 (publicação original). Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 29 jul. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** PHYSIS: Rev. Saúde Colet. (Rio de Janeiro), v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

FARIA, R. M. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia, v. 9, n. 16, p. 131- 147, 2013.

HADDAD, A. E. Educação Baseada na Comunidade e as políticas indutoras junto aos cursos de graduação na Saúde. In: BOLLELA, V. R.; GERMANI, A. C. C. G.; CAMPOS, H. H.; AMARAL, E. **Educação Baseada na Comunidade para as profissões da Saúde: aprendendo com a experiência brasileira.** FUNPEC-Editora, Ribeirão Preto, p. 9-36, 2014.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde.** Trab. Educ. Saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

# CAPÍTULO 4

## AÇÃO EDUCATIVA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM UMA ESCOLA PÚBLICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 03/07/2020*

### **Sabrina Alves Praxedes**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/9247436231270745>

### **Alexandra Isis Soares de Lima Dantas**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0587190342949328>

### **Ana Valéria Dantas de Araújo Góis**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/9292416169940965>

### **Cynthia Mirelle Costa Lima**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0237220723571522>

### **Layla Kathlien Ramos de Carvalho**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/3345960122310948>

### **Lethicia Beatriz Lima de Mesquita**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/4524790251860517>

### **Letícia Mariana Duarte dos Santos**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/7055482864553714>

### **Luana Christie de Castro Medeiros**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/1876590427784444>

### **Marília Nogueira Firmino**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0177342645798999>

### **José Batista da Mota Neto**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/2719753992061089>

### **Tamires Oliveira Lima**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/9013050035737096>

### **Vinicius Eduardo Marinho Moraes**

Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova  
Esperança (FACENE/RN)  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/5628659601719214>

**RESUMO:** Os primeiros socorros são os cuidados prestados imediatamente após um

acidente, capazes de manter a estabilidade da vítima antes do atendimento profissional. No intuito de atingir melhores prognósticos, o atendimento deve ser rápido e feito com técnica correta. Dessa forma, sabe-se que muitas vezes são as crianças a vivenciar e/ou presenciar situações de perigo, e estas podem fazer a diferença quando instruídas sobre como agir em emergências. **Objetivo:** Relatar a experiência da atividade de educação em saúde sobre primeiros socorros para escolares. **Métodos:** Relato oriundo da atividade prática da disciplina de Integração Serviço, Ensino e Comunidade II, realizada pelos acadêmicos do 2º período de Medicina da FACENE/RN, configurando-se na atividade de educação em saúde sobre primeiros socorros para escolares. Participaram 60 crianças, na faixa etária de 9 a 12 anos da Escola Santo Antônio, instituição filantrópica localizada no bairro Dom Jaime Câmara em Mossoró/RN. O encontro foi constituído em três etapas de eventos didáticos, associados à simulação das técnicas utilizadas nas situações de emergência e, por fim, realização de gincanas e simulação de casos para avaliar a aprendizagem dos alunos. **Resultados:** Constatou-se a participação efetiva dos alunos, os quais expuseram dúvidas acerca do tema e problematizaram as condutas adequadas, adquirindo conhecimento. Por meio das atividades lúdicas, os acadêmicos conseguiram explorar conceitos e práticas para cada situação de emergência. O momento da gincana foi o mais aguardado, no qual os dois grupos, eufóricos, responderam as perguntas e simularam as manobras e cuidados de primeiros socorros. **Conclusões:** Desse modo, foi observado na prática que as metodologias empregadas foram pertinentes para o processo de aprendizagem. Além disso, percebeu-se que a escola é um espaço de integração entre as políticas de educação e saúde, havendo a possibilidade de redução dos agravos à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Primeiros Socorros. Aprendizagem. Educação em saúde.

## FIRST AID EDUCATIONAL APPROACH IN A PUBLIC PRIMARY SCHOOL IN A RIO GRANDE DO NORTE COUNTY: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** First aid is the care provided to the victim, which keeps the patient stable before professional care is provided. In order to achieve a better prognosis, care must be quick and performed with the correct technique. Therefore, it is known that children are often the ones to experience and/or witness dangerous situations, and they can make a difference when instructed on how to act during emergencies. **Aim:** To report the experience of health education-based activity, focusing on first aid techniques, for primary school students. **Methods:** This report was performed by 2nd-semester FACENE/RN medical students, and was originated from practical classes of the course entitled "Integration of Service, Teaching, and Community II". This activity configured the health education on first aid to school-aged children. Sixty children from Santo Antônio Primary School, which is a philanthropic institution located in the Dom Jaime Câmara neighborhood, in Mossoró/RN, participated. The students' ages ranged from 9 to 12 years old. The activity was carried out within three stages of didactic events, associated with the simulation of techniques used in emergency situations. Finally, there were competitions and case simulations for learning assessment. **Results:** Students participated effectively and exposed their questions about the topic. Hence, they problematized the most appropriate actions, acquiring knowledge. Through playful activities, academics were able to explore concepts and practices for each emergency situation. The contest was the most anticipated moment. At that time, the two lively groups answered the

questions and simulated the first aid maneuvers. **Conclusions:** Thus, it was observed in practice that the methodologies applied were relevant to the learning process. Besides, it was recognized that the school is a space for the integration of education and health policies, which may help reducing health problems.

**KEYWORDS:** First Aid. Knowledge. Health education.

## INTRODUÇÃO

Grande parte das mortes e danos sobre as vítimas de acidentes decorre da má realização ou omissão dos primeiros socorros, visto que essas técnicas de assistência são cruciais para a sobrevivência e redução de danos e sequelas. As estratégias de primeiros socorros têm por objetivo oferecer os cuidados necessários à vítima imediatamente após um acidente, capazes de manter a estabilidade do paciente antes do atendimento especializado. No propósito de obter melhores prognósticos, é essencial rapidez e precisão, o que demanda um entendimento prático para que as manobras e ações sejam realizadas da melhor maneira possível. A educação em saúde apresenta-se como medida eficaz para o desenvolvimento das habilidades para o socorro imediato, não apenas para os profissionais de saúde e adultos, como também para crianças e escolares, pois sabe-se que, apesar da pouca idade, estas estão sujeitas a vivenciar situações de perigo e podem fazer a diferença quando instruídas e orientadas sobre como se comportar em emergências, precipuamente alertando um adulto responsável e fazendo uso de métodos de prevenção. Logo, faz-se premente que, desde o início do seu desenvolvimento, as crianças sejam familiarizadas com as metodologias emergenciais básicas nos espaços educacionais, por intermédio de brincadeiras e simulações, permitindo-as praticar as primeiras noções de primeiros socorros e saber agir em situações de emergência.

## OBJETIVO

Apresentar uma experiência de educação em saúde a respeito dos primeiros socorros, enfatizando a importância da transmissão de conhecimento acerca da prevenção e dos cuidados relacionados ao tema, quando ensinados no ambiente escolar mediante uma abordagem lúdica.

## MÉTODOS

Este estudo consiste em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos alunos do segundo período do curso de Medicina da Faculdade Nova Esperança de Mossoró, na oportunidade de uma atividade prática da disciplina de Integração Serviço e Ensino e Comunidade II em instituição filantrópica, Escola Santo Antônio, localizada no bairro Dom Jaime Câmara na cidade de Mossoró no Rio Grande do Norte. A prática configurou-se como uma atividade de educação em saúde sobre primeiros socorros para

escolares. Trata-se de um olhar qualitativo, que retratou a temática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. Durante a atividade, participaram 60 crianças com faixa etária de 9 a 12 anos. O encontro teve duração de 2 horas e foi conduzido em três etapas: explanação sobre os conceitos básicos acerca dos primeiros socorros; abordagem teórica dos principais acidentes que acometem as crianças, bem como, a simulação das técnicas e cuidados diante do choque elétrico, asfixia, queimaduras, afogamento, fratura, parada cardiorrespiratória e, por fim, utilização de gincanas e simulação de casos para avaliar a aprendizagem dos alunos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observada efetividade no aprendizado, uma vez que houve a abordagem e a problematização das situações de perigo relacionadas ao tema, permitindo aos alunos a captação das informações. Na primeira etapa do processo, houve a explanação dos conceitos básicos acerca das diversas situações de urgência, com ênfase na orientação de acionar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), discando o “192”. No tangente ao choque elétrico, os discentes foram instruídos a interromper a corrente elétrica, desligando a chave geral ou puxando o fio da tomada, podendo também afastar os fios com material não condutor de eletricidade, como madeira e pano. Além disso, foi aconselhado não se aproximar da vítima antes de desligar a condução de energia, e apenas o fazer com calçado de solado de borracha. No terceiro momento, os alunos foram questionados, por meio de um jogo de perguntas e respostas acerca das condutas pertinentes. No que se refere à asfixia, a abordagem foi voltada a corpos estranhos, os quais se constituem principalmente ossos de galinha, espinhas de peixe e moedas. Foi orientado aos discentes encorajar a vítima a tossir vigorosamente e, se isso não tiver resultado, aplicar técnicas para expelir o objeto. Com isso, foi simulada a manobra de Heimlich, utilizada para circunstâncias específicas, a qual foi reproduzida pelos alunos com atenção e entusiasmo. A manobra consiste em posicionar-se atrás da vítima e colocar um dos pés entre os pés dela, passar os braços por baixo dos braços da vítima e em volta da cintura, e, em uma distância de cinco dedos acima da cicatriz umbilical, segurar o próprio punho com a outra mão, pressionar o diafragma do acidentado para dentro e para cima, em forma de “J” e fazer a compressão até que a vítima volte a falar ou a tossir. Além disso, foi exposto que se a vítima estiver inconsciente, é necessário ligar para a emergência médica e proceder à ressuscitação cardiopulmonar (RCP), manobra também simulada, reproduzida e questionada de maneira efetiva. Na abordagem lúdica da RCP, foram utilizadas músicas para conduzir o ritmo das compressões, bem como explanadas as demais orientações: posicionar-se ao lado da vítima de maneira adequada, localizar o terço inferior do esterno, posicionar as mãos entrelaçadas, realizando as compressões com cerca de cinco centímetros de profundidade, sendo no mínimo 100 compressões por minuto, permitindo

o retorno do tórax após cada compressão. Ademais, foi discutido que o choque elétrico e o afogamento são umas das principais causas de parada cardíaca, apesar das doenças do sistema circulatório serem preditores mais frequentes. Tais informações também foram incluídas tanto na abordagem teórica, como na gincana pelo jogo de questões. Em situações de queimaduras, foi aconselhado lavar o local apenas com água corrente e resfriá-lo, com compressas úmidas. Nunca deve-se aplicar produtos, a exemplo de pasta de dente, pomadas, manteiga e óleo de cozinha. Nos casos de fratura, foi apresentada a definição na apresentação oral inicial como sendo uma interrupção na continuidade do osso, como consequência de uma carga de estresse maior do que a estrutura pode aguentar. A partir disso, foi aconselhada a realização da higienização do ferimento e eventualmente sejam colocadas gazes esterilizadas ou panos limpos sobre a ferida. Em ênfase, foi exposto que não se deve tentar reposicionar o osso fraturado, haja vista que a manobra de alinhamento pode intensificar os danos, acometendo estruturas adjacentes. Dessa forma, por meio das atividades lúdicas, os acadêmicos conseguiram explorar conceitos e práticas para cada situação de emergência e as crianças demonstraram interesse e entusiasmo.

## CONCLUSÕES

Portanto, é empírico que o ambiente estudantil é favorável para o aprendizado de ações que visem à prevenção do agravamento de acidentes e efetivação das políticas de educação em saúde. Diante disso, é evidente que educadores e profissionais de saúde devem buscar métodos por meio dos quais as crianças possam compreender de maneira simplificada e recreativa as noções básicas de primeiros socorros, dado que as simulações e reproduções permitem aos escolares assimilar efetivamente os primeiros fundamentos relativos ao assunto. Deste modo, é possível minimizar, circunstancialmente, os índices de morbimortalidade decorrentes de acidentes, tratando-se de uma estratégia eficiente para reduzir os agravos em saúde. Para isso, é imprescindível considerar o caráter altamente receptivo das crianças, bem como avaliar o seu conhecimento prévio a respeito das técnicas de primeiros socorros, direcionando-as para as condutas apropriadas.

## REFERÊNCIAS

CAMBOIN, Franciele F.; FERNANDES, Luciana M. **Primeiros socorros para o ambiente escolar.** Evangraf, Porto Alegre, 2016.

COELHO, Jannaina Pereira Santos Lima. **ENSINO DE PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS E SUA EFICÁCIA.** Revista Científica do ITPAC. Araguaína, v.8, n.1, Pub.7, Janeiro 2015.

SINGLETERY, Eunice M. et al. **Part 15: first aid: 2015 American Heart Association and American Red Cross guidelines update for first aid.** Circulation, v. 132, n. 18\_suppl\_2, p. S574-S589, 2015.

# CAPÍTULO 5

## AÇÕES DE HIPERDIA DESENVOLVIDAS NA SEMANA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0826977725459928>

### **Andreza Carvalho de Souza**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/9856240480569107>

### **Alessa Riane Pereira de Oliveira**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/1784619530374813>

### **João Paulo Domingos de Souza**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/5117039046500902>

### **Juliana Lívia de Lira Santos**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/8066507702034491>

### **Luiz Stefson Tavares Pessoa**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/9683747334719832>

### **Maria Eduarda Marrocos Alves**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mossoró – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/2190423853574850>

### **Kalina Fernandes Freire**

Docente da Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
Mestre em Saúde e Sociedade – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

**RESUMO:** A pesquisa aborda sobre ações de hiperdia realizadas no cenário da atenção primária a saúde afim de reduzir a incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Diante do exposto, objetivou-se traçar um perfil epidemiológico dos pacientes inseridos na Estratégia Saúde da Família, da Atenção Básica, no intuito de desenvolver ações de promoção e prevenção a saúde na população estudada. Realizou-se a captação dos moradores do bairro Bom Jesus, inseridos na ESF da Unidade de Saúde Antônio Soares Júnior, para execução das ações. Verificou-se os níveis de glicemia capilar e pressão arterial em 36 pacientes, destes, 34% apresentaram níveis elevados de glicemia pós-prandial (acima de 140mg/dL) e 23% valores iguais ou acima de 140x90 mmHg de pressão arterial, o que permitiu traçar um perfil epidemiológico dos indivíduos pertencentes à área de abrangência. Foi possível observar que os níveis tanto pressóricos como glicêmicos se mantiveram de certa forma controlados, o que foi possível através de hábitos nutricionais adequados juntamente com terapia farmacológica, ambos já inseridos na rotina dos pacientes, já que a maioria relatou diagnóstico prévio de hipertensão. A atividade proporcionou envolvimento dos pacientes nas ações desenvolvidas bem como relatos de satisfação pelo empenho dos profissionais da unidade e discentes de enfermagem, incentivando também



a dar continuidade às ações de prevenção e promoção à saúde. Sabemos que ainda é um desafio para a saúde diminuir a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes e Hipertensão, caracterizadas como problema de saúde pública. Portanto, é necessário que sejam articuladas atividades acadêmicas no cenário da saúde, para que os discentes possam adotar uma visão crítica e reflexiva acerca das vivências obtidas nos serviços de saúde, possibilitando um atendimento holístico e humanizado na assistência à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Hipertensão, Hipertensão e Diabetes.

## HYPERDIALY ACTIONS DEVELOPED IN THE SOCIAL RESPONSIBILITY WEEK: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** The research addresses hyperdialy actions carried out in the context of primary health care in order to reduce the incidence of Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), such as Diabetes Mellitus (DM) and Systemic Arterial Hypertension (SAH). Given the above, the objective was to outline an epidemiological profile of patients included in the Family Health Strategy, in Primary Care, in order to develop health promotion and prevention actions in the population studied. The residents of the Bom Jesus neighborhood were enrolled in the FHS of the Antônio Soares Júnior Health Unit to carry out the actions. Capillary blood glucose and blood pressure levels were found in 36 patients, of which 34% had high levels of postprandial blood glucose (above 140mg / dL) and 23% values equal to or above 140x90 mmHg of blood pressure, which allowed to trace an epidemiological profile of individuals belonging to the coverage area. It was possible to observe that both blood pressure and blood glucose levels remained somewhat controlled, which was possible through adequate nutritional habits together with pharmacological therapy, both of which were already part of the patients' routine, since most reported a previous diagnosis of hypertension. The activity provided patients' involvement in the actions developed as well as reports of satisfaction with the commitment of the unit's professionals and nursing students, also encouraging the continuity of health prevention and promotion actions. We know that it is still a challenge for health to reduce the prevalence of chronic non-communicable diseases, such as Diabetes and Hypertension, characterized as a public health problem. Therefore, it is necessary to articulate academic activities in the health scenario, so that students can adopt a critical and reflective view about the experiences obtained in health services, enabling a holistic and humanized care in health care.

**KEYWORDS:** Nursing, Hyperdialy, Hypertension and Diabetes.

## 1 | INTRODUÇÃO

As diversas transformações ocorridas no cenário global, tem contribuído para mudanças no estilo de vida dos indivíduos, seja pelo sedentarismo, nutrição irregular como o consumo de alimentos industrializados, níveis de estresse aumentados, tabagismo e etilismo. Tais mudanças associadas a fatores biológicos e hereditários são responsáveis pelo aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). (TOSCANO, 2004; LIMA

et al., 2016).

Malta et al (2017) afirma que as DCNT são indicativos da maior taxa de mortalidade no Brasil e estima-se que 70% dos óbitos mundiais ocorrem por DCNT, destes, aproximadamente 28 milhões ocorrem em países de baixa renda, o que demonstra a associação de fatores socioeconômicos a essas doenças, devido a populações carentes de zonas rurais, por exemplo, terem menos acesso aos serviços de saúde, muitas vezes pela distância ou ausência de meios de transportes, levando a necessidade de integração do serviços a essas populações (MALTA et al., 2017).

Outro ponto a ser mencionado é que o processo de envelhecimento favorece o surgimento das patologias descritas, já que, nesta fase, o organismo sofre alterações fisiológicas consideráveis, seja pela diminuição de tônus muscular, baixa atividade metabólica ou outras modificações, e com isto, o sistema imunológico passa a atuar menos tornando o indivíduo susceptível a agressões tanto intrínsecas como extrínsecas. Tal processo traz consigo a possibilidade de aparecimento de diversas comorbidades à saúde, dentre elas alterações cardiovasculares, cerebrovasculares, distúrbios motores, bem como diabetes e hipertensão. (MOTA et al., 2020; RETICENA et al., 2015).

Sabe-se que a Diabetes é uma condição clínica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose na corrente sanguínea, classificada em dois subtipos: Diabetes tipo I e tipo II. A Diabetes tipo I é considerada uma doença autoimune, uma vez que o sistema imunológico destrói as células beta produzidas pelo pâncreas, responsáveis pela síntese e liberação de insulina, resultando em deficiência parcial ou total desse hormônio. A Diabetes tipo II, por sua vez, resulta na insuficiência da produção de insulina pelo pâncreas e está associada a fatores de risco, como hipertensão arterial, aumento do colesterol, obesidade (principalmente do tipo androide, onde há um acúmulo de gordura na cavidade abdominal), levando-se em conta o histórico familiar. E segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), aproximadamente 13 milhões de pessoas no país vem sendo diagnosticadas com a doença, o que corresponde a 6,9% da população. (BRASIL, 2006; MCLELLAN et al., 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES).

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), esta é definida pela elevação dos níveis pressóricos, uma condição clínica multifatorial e na maioria das vezes está associada a alterações a nível metabólico e hormonal. É uma das doenças cardiovasculares mais frequentes, podendo levar a diminuição da expectativa de vida, já que contribui para o aparecimento de outras patologias como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Considera-se hipertenso o indivíduo que apresenta a pressão arterial igual ou acima de 140x90 mmHg, sendo o valor de 140 mmHg atribuído a pressão sistólica (contração) e 90 mmHg à pressão diastólica (relaxamento). (BOING & BOING, 2007; MIRANZI et al., 2008; FRANCISCO et al., 2018; FERREIRA, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 90% dos casos a HAS está associada

a fatores hereditários, no entanto, o consumo exacerbado de sódio (NaCl), associado a obesidade, níveis de colesterol aumentados e baixa atividade física podem desencadear a doença. Vale ressaltar que a estimativa de hipertensos no Brasil é de cerca de 18 milhões e destes, aproximadamente 30% mantêm os níveis controlados, levando a maiores chances de desenvolver complicações que podem levar ao óbito. Além disso, a associação entre HAS e DM contribui para o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, principalmente na população idosa (BRASIL, 2006; MIRANZI et al., 2008; FRANCISCO et al., 2018).

No intuito de reduzir a incidência de tais agravos, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), que visa o cadastro e acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como monitoramento e controle dessas doenças, com intuito de obter e oferecer à população uma melhoria na qualidade de vida. (BRASIL, 2006; FEITOSA & PIMENTEL, 2016).

Um estudo desenvolvido em Goiânia observou o perfil de 350 fichas cadastrais de pacientes hipertensos e diabéticos do programa hiperdia de uma unidade básica de saúde onde 248 destes eram hipertensos, o que corresponde a 70,86% da população estudada e 66 pacientes eram hipertensos e diabéticos tipo II (18,86%), o que comprova a alta prevalência destas patologias no âmbito nacional. (TORQUATO & NEGREIROS, 2005).

Diante deste cenário, tanto a Diabetes quanto a Hipertensão são consideradas problemas de saúde pública e os números vem crescendo alarmantemente. Neste sentido, é imprescindível que sejam fornecidas para a população em geral informações sobre tais doenças e mesmo com o desenvolvimento de programas como o próprio Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, que vem sendo de grande relevância nas ações de políticas públicas, torna-se necessário uma maior participação de profissionais de saúde, em conjunto com a atuação interdisciplinar de instituições superiores voltadas à saúde, objetivando promover à população estratégias de cunho educativo, como práticas de autocuidado.

Com base no que foi discutido, objetivou-se traçar um perfil epidemiológico dos pacientes inseridos na Estratégia Saúde da Família, da Atenção Básica, no intuito de desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde na população estudada.

## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo consiste em um relato de experiência de caráter descritivo, desenvolvido por graduandos do 3º período do curso de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró, como atividade processual do componente curricular Seminários Integradores e Ensino, Serviço e Comunidade III (SIESC III).

As ações de extensão foram desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Antônio Soares Júnior, localizada no município de Mossoró, em 28 de setembro de 2019, na Semana

de Responsabilidade Social (campanhas desenvolvidas por Instituições de Ensino Superior - IES). Além disso, no decorrer da semana, os discentes planejaram um cronograma de execução para implementação das estratégias da abordagem processual, cuja temática estabelecida pela disciplina foi hipertensão e diabetes. Com base no que foi discutido, a turma propôs a realização das atividades de hiperdia, no intuito de obter uma melhor captação da realidade, bem como conhecer a situação de saúde da população inserida.

Realizou-se a captação dos moradores do bairro Bom Jesus, inseridos na Estratégia Saúde da Família, da UBS mencionada, um dia anterior à ação, através de panfletos informativos, objetivando conduzir os indivíduos a participarem de tais atividades. No dia respectivo, os discentes de enfermagem juntamente com a equipe de saúde da unidade, realizaram as ações de hiperdia como aferição de Pressão Arterial e Glicemia capilar, na população atendida pela unidade de saúde, além de exercícios funcionais como estratégia de intervenção.

Cabe destacar que as intervenções foram supervisionadas pela docente do componente curricular, visto que por ser uma atividade de cunho processual, os discentes estavam sendo avaliados perante o desenrolar da ação. As informações pessoais de cada paciente se mantiveram em sigilo, bem como dos acadêmicos envolvidos na pesquisa, preservando assim, a identidade dos mesmos.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diante das ações desenvolvidas, foi possível verificar os níveis de glicemia capilar e pressão arterial em 36 pacientes atendidos na UBS, com a faixa etária de 34 a 82 anos, o que permitiu traçar um perfil epidemiológico dos indivíduos pertencentes à área de abrangência.

Tabela 1. Níveis de pressão arterial e glicemia capilar da população estudada.

Parâmetros	Nº Pacientes com níveis elevados	Valor obtido	%	Nº Pacientes com níveis normais	Valor obtido	%
Glicemia pós-prandial	12	>140mg/dL	33%	24	<140mg/dL	67%
Pressão Arterial	8	>140x90mmHg	23%	28	≤120x90mmHg	77%

Fonte: Arquivo de autoria pessoal

Figura 1 Tabela comparativa acerca dos dados obtidos durante a ação.

Mediante a obtenção de tais valores, observou-se que os níveis tanto pressóricos como glicêmicos se mantiveram de certa forma controlados nos pacientes atendidos, embora com diagnóstico prévio de hipertensão e/ou diabetes. Este controle é possível através de hábitos nutricionais adequados, juntamente com terapia farmacológica contínua a qual fazem uso, segundo foi relatado. A população em estudo é atendida regularmente pela UBS da comunidade e recebem orientações devidamente essenciais para o tratamento e controle de tais comorbidades.

Além da estratégia de hiperdia, os discentes propuseram a elaboração de práticas de alongamento em conjunto com um treino funcional, conduzido por um educador físico convidado, o que favoreceu uma maior integração dos profissionais de saúde à comunidade.

Nesse aspecto, é importante ressaltar a atuação da enfermagem na atenção primária, cuja profissão visa proporcionar ao paciente a assistência devida a fim de reestabelecer o bem-estar do indivíduo. Entende-se que o processo assistencial envolve uma interrelação com o paciente e não apenas o olhar centrado na enfermidade, compõe uma série de medidas que devem ser tomadas, seja pela empatia, por ouvir o paciente, por entender que as necessidades básicas de cada indivíduo são peculiares e que por isso devem ser respeitadas no âmbito do atendimento. (ACIOLI et al, 2014).

No contexto da Atenção Básica, o enfermeiro desenvolve uma vasta gama de atribuições que compõem o seu exercício profissional, como visita domiciliar, educação em saúde na comunidade, campanhas de vacinação, e desta forma, é perceptível que as ações de promoção e prevenção são abrangentes e não se destinam apenas a unidade, mas a comunidade como um todo (BARBIANI et al, 2016).

No entanto, ainda é um desafio a ser alcançado no país, a reorganização de um

atendimento de qualidade voltado aos níveis de atenção em saúde, principalmente na atenção básica, cujo objetivo é o desenvolvimento de estratégias sanitárias que visam a promoção e prevenção de possíveis agravos. E tendo em vista que se encontram cenários de desigualdade vivenciados no panorama da assistência, é de suma importância enfatizar a necessidade de atribuir os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS (universalidade, integralidade e equidade), que são fundamentais no contexto da assistência, enquanto pilares de sustentação da saúde pública. (OLIVEIRA et al, 2018; MATTOS, 2009; MÁSSIMO et al, 2014).

Para OLIVEIRA et al (2018), tais dificuldades são observadas no âmbito da saúde, seja pela grande demanda e poucos profissionais atuantes, seja pela necessidade de investimentos voltados ao município, principalmente nas regiões mais carentes, com baixa renda e deficiência de saneamento básico, o que comprova mais uma vez que as questões socioeconômicas tem um grande pesar no contexto da saúde.

Levando-se em conta todos esses fatores aqui discutidos, fica evidente a necessidade de articularmos pesquisa e ensino aos serviços de saúde. E diante destas demandas, as instituições de ensino superior propuserem à grade curricular dos cursos, disciplinas voltadas a práticas em serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver um senso crítico/reflexivo aos acadêmicos, e a partir disto, pensarmos em construção de um cuidar humanizado, perpassando experiências fundamentais na formação profissional e humanitária dos estudantes das mais diversas áreas da saúde, possibilitando ao discente pensar em estratégias de modificações no cenário da saúde coletiva e com isso pôr em prática as contribuições teóricas vivenciadas no ambiente acadêmico. Desse modo, a universidade tem um papel essencial na construção de novos saberes, permitindo elucidar problemáticas discutidas e demandas a serem alcançadas.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores



Fonte: Arquivo pessoal autores



Fonte: Arquivo pessoal dos autores

Figura 2 Aferição de pressão arterial e obtenção de nível glicêmico dos moradores durante a ação na UBS em questão

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas experiências realizadas, foi possível observar o envolvimento dos pacientes nas ações desenvolvidas, bem como relatos de satisfação pelo empenho dos profissionais da unidade e discentes de enfermagem. Assim como, alertar os profissionais e a população para dar continuidade as ações de prevenção e promoção à saúde. Porém, sabemos que ainda é um desafio para a saúde diminuir a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes e Hipertensão, caracterizadas como problemas de saúde pública.

As atividades de extensão propostas pelo componente curricular possibilitaram aos acadêmicos a articulação de teoria e prática, o que favoreceu uma melhor compreensão da assistência em saúde, bem como a construção de novas vertentes de aprendizado indispensáveis na vivência profissional, bem como pessoal. Dessa forma, se torna necessário que sejam articuladas atividades acadêmicas no cenário da saúde, para que os discentes possam adotar uma visão crítica e reflexiva acerca das vivências obtidas nos serviços, possibilitando a adoção de um atendimento holístico e humanizado.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-42, set-out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.12338>.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Brasil, v. 24, e2721, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0880.2721.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Brasília (DF). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acesso em: 04/10/2019.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 16. Brasília (DF). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus\\_cab16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf). Acesso em: 04/10/2019.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. Bras Hipertens**, Santa Catarina, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

FEITOSA, I. O.; PIMENTEL, A. Hipertensão: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Rev. NUFEN**, Pará, v.8, n. 1, p. 13-30, jan-jul, 2016.

FERREIRA, P. A. A. **Prevalência e Fatores de Risco Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica na Zona Urbana de Diamantina, MG**. 2015. 111 p. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente) –Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2015.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.29662016.

LIMA, J. C.; SANTOS, A. L.; MARCON, S.S. Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária. **Rev. de pesquisa cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3945-3956, jan-mar, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361. 2016.v8i1.3945-3956.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Supl. 1. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051000090.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232015203.14742014.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Rev. Interface Comunicação Saúde Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 771-780, 2009. Supl.1.

MCLELLAN, K. C. P. *et al.* Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Rev. Nutr.**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Minas Gerais, v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MOTA, T. A. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. **Rev. Enferm Esc Anna Nery**, Salvador, v. 24, n. 1, e20190089, 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0089.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. **Rev. Bras Enferm**, Campina Grande, v. 72, n. 4, p. 970-977, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0243.

RETICENA, K. O. *et al.* Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Rev. Min Enferm**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 107-113 DOI: 10.5935/1415-2762.20150029.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE HIPERTENSÃO E DIABETES. **O que é Diabetes?** Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>. Acesso em: 05/10/2019.

TORQUATO, F. M. S; NEGREIROS, E. **HIPERDIA: Perfil dos hipertensos e diabéticos do município de Goiânia**. Goiânia, 2005. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/HIPERDIA%20PERFIL%20DOS%20HIPERTENSOS%20E%20DIAB%20C3%89TICOS.pdf>. Acesso em: 05/10/2019.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.



# CAPÍTULO 6

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA QUANTIDADE DE ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRABALHO DE 2010 A 2018: UMA OBSERVAÇÃO A NÍVEL LOCAL E REGIONAL

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

### **Tom Ravelly Mesquita Costa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/0525068318809559>

### **Giovanna Stefanne Lópes Barbosa**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2980249092093311>

### **João Cesar Lima**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/3632067131257080>

### **Rafael Santos Correia**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2760594827711267>

### **Sandy Alves Pereira**

Universidade Federal do Piauí, Curso de  
Fisioterapia  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9125253198815418>

### **Andréia Ferreira dos Santos**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6652502422384106>

### **Maria Simone Lopes**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/6026742828876022>

### **Mariana Veras Rocha Borges**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5930342479033842>

### **Pedro Henrique dos Santos Silva**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/2215079313574335>

### **Sara Sabrina Vieira Cirilo**

Universidade Federal do Piauí, Curso de  
Fisioterapia  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9775180855173606>

### **Victor Trindade da Cruz**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/5996752994438507>

### **Deodato Narciso de Oliveira Castro Neto**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba,  
Curso de Medicina  
Parnaíba-Piauí  
<http://lattes.cnpq.br/9228087755660953>

**RESUMO:** Os Óbitos por Acidente de Trabalho (OAT) configuram como uma importante questão

de saúde pública. Assim, o conhecimento das características que permeiam esses eventos é uma ferramenta útil na prevenção desses agravos. O objetivo da pesquisa foi analisar a epidemiologia dos registros da quantidade de Óbitos por Acidente de Trabalho, no estado do Piauí, entre os anos de 2010 a 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, quantitativo e retrospectivo, no qual os dados sobre OAT ocorridos no período analisado foram obtidos na plataforma DATASUS/Tabnet. Foram consideradas as variáveis: sexo, faixa etária, número de casos, escolaridade, estado civil, cor e raça, local de óbito e causa da morte. Entre 2010 e 2018 ocorreram 538 OAT no Piauí, uma média de 60 OAT por ano. O perfil demográfico das vítimas de OAT consistiu, em sua maioria, de homens (93%), entre 20 e 49 anos (54%), casados (43%) e com variável escolaridade. Os OAT ocorreram, em sua maioria, em vias públicas (41%), sendo a causa prevalente, acidentes de transporte (62%). Portanto, a observação das características relacionadas aos OAT e ao levantamento de possíveis explicações para o acontecimento desses eventos são de grande importância no contexto da saúde do trabalhador e na prevenção de futuros agravos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidentes de Trabalho, Morte, Epidemiologia, Sistemas de Informação em Saúde.

## EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE QUANTITY OF DEATHS BY WORK ACCIDENTS FROM 2010 TO 2018: AN OBSERVATION AT THE LOCAL AND REGIONAL LEVEL

**ABSTRACT:** Deaths due to Work Accidents (OAT) are an important public health issue. Thus, knowledge of the characteristics that permeate these events is a useful tool in the prevention of these events. The objective of the research was to analyze the epidemiology of the records of the number of deaths due to work accidents in the state of Piauí, between 2010 and 2018. This is an epidemiological, cross-sectional, quantitative and retrospective study, in which the data about OAT occurred in the analyzed period were obtained in the platform DATASUS / Tabnet. The variables considered were: sex, age group, number of cases, education, marital status, color and race, place of death and cause of death. Between 2010 and 2018 there were 538 OATs in Piauí, an average of 60 OATs per year. The demographic profile of OAT victims consisted mostly of men (93%), between 20 and 49 years old (54%), married (43%) and with variable education. The majority of OAT occurred on public roads (41%), with transport accidents (62%) being the prevalent cause. Therefore, the observation of characteristics related to OAT and the search for possible explanations for the occurrence of these events are of great importance in the context of workers' health and in the prevention of future injuries.

**KEYWORDS:** Work Accidents, Death, Epidemiology, Health Information Systems.

## 1 | INTRODUÇÃO

Acidentes de Trabalho (AT) são uma importante questão de saúde pública no mundo. A Organização Internacional do Trabalho estima que ocorre, aproximadamente, 2,3 milhões de mortes relacionadas a AT's todos os anos (ILO, 2020).

No Brasil, os AT foram definidos, em 1991, pela lei 8.213/91 e consistem em acidentes decorrentes da atividade laboral, causando lesões responsáveis pela diminuição,

perda da capacidade de trabalho e até mesmo ocasionando óbito (BRASIL, 1991).

Embora o termo “acidente” seja amplamente utilizado, principalmente, por seu uso já consagrado na literatura sobre esse tema, é retirada a ideia de evento fortuito e casual; pelo contrário, tais ocorrências são, em sua maioria, previsíveis e preveníveis (BRASIL, 2001). São conhecidos diversos riscos aos quais os trabalhadores estão expostos a depender da atividade desempenhada, sendo categorizados como: agentes biológicos, físicos, mecânicos, ergonômicos e psicológicos (RIBEIRO, 2010).

De acordo com a legislação pertinente à temática, os AT's podem ser classificados em duas ordens: típicos e de trajeto. Os acidentes típicos são aqueles originados da atividade profissional do indivíduo, enquanto os de trajeto acontecem durante o percurso entre o domicílio e o local de trabalho (BRASIL, 2017).

Uma outra forma de classificar os AT's, diz respeito à gravidade, e implica diretamente na necessidade ou não de notificação do evento ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dessa forma, AT's fatais ou mutilantes (graves) são classificados de notificação compulsória ao SINAN (BRASIL, 2006; RODRIGUES; SANTANA, 2019). Acidentes fatais ocorrem quando o óbito é o desfecho do acidente de trabalho, mesmo que não imediatamente após o evento ou mesmo se ocorrer em momento posterior à internação do acidentado, desde que a causa primária decorra do acidente, este será classificado como AT fatal (BRASIL, 2006).

A Ficha de Notificação de Acidentes do Trabalho do SINAN é importante, pois reúne informações que, ao serem registradas nos bancos de dados pertinentes, permitem a visualização do perfil dos trabalhadores acidentados, assim como das características da ocorrência, resultando na formulação de relatórios, para que sejam úteis como subsídios às decisões tomadas pelos gestores de saúde (BRASIL, 2006).

Haja vista a relevância da temática, por corresponder a um problema de saúde pública, além dos agravos advindos da subnotificação, a elaboração de um estudo direcionado à quantidade de óbitos com causa atribuída à execução laboral é, decerto, de grande importância para que seja eficaz os métodos de prevenção a saúde de forma holística. O objetivo da pesquisa foi analisar a epidemiologia dos registros da quantidade de Óbitos por Acidente de Trabalho, no estado do Piauí, entre os anos de 2010 a 2018.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, quantitativo e retrospectivo sobre os óbitos por acidente de trabalho (OAT), entre os anos de 2010 a 2018 no estado do Piauí, visando reconhecer fatores de risco principais e as causas majoritárias das mortes dos indivíduos.

Os dados foram obtidos, utilizando a plataforma do Ministério da Saúde DATASUS/TABNET. A qual, até o presente momento não disponibilizou os números de óbitos por

acidentes de trabalho referente ao ano de 2019. As variáveis utilizadas para esse grupo foram classificadas por idade, escolaridade, faixa etária, sexo, cor ou raça, estado civil, local de ocorrência do óbito e a causa da morte, baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

As informações colhidas foram tabuladas mediante o uso do programa Microsoft Office Excel<sup>®</sup> 2013, originando as estatísticas da presente pesquisa, para melhor visualização das informações, tabelas e gráficos, os quais correlacionam as classificações de características do indivíduo com a quantidade de casos existentes no período estudado no estado do Piauí.

Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de dados secundários, de domínio público não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), entretanto, foram respeitados os aspectos das resoluções 466/12 e 510/16.

### 3 | RESULTADOS

Ao total, ocorreram 538 óbitos no estado do Piauí referente ao intervalo de tempo analisado, totalizando em média, aproximadamente, 60 casos de OAT por ano, com a maior quantidade de ocorrência no ano de 2012, em que foram registrados 73 casos, em contrapartida o menor índice foi registrado em 2016, com 47 casos (Gráfico 1).



Gráfico 1- Óbitos por Acidentes de Trabalho, no Estado do Piauí, Brasil, entre 2010 a 2018.

Fonte: DATASUS.

Os dados colhidos do CID-10 foram agrupados em grupos, posteriormente, englobando uma causa menos específica. É notório que mortes relacionadas a agressões, eventos de intenção indeterminada, lesões autoprovocadas voluntariamente e agressões representam juntas a minoria, de pouco menos de 1% de casos relatados. Contudo, causas externas de lesões acidentais e, principalmente, acidentes de transporte demonstraram uma realidade alarmante de OAT.

No agrupamento por estado civil, o perfil casado se destaca entre os demais, com cerca de 232 casos ou, aproximadamente, 43%, logo após solteiros com o total de 166 pessoas, representando 30% dos indivíduos. Além disso, as relações classificadas pelo DATASUS como “outros” representam 20% das ocorrências (Tabela 1).

<b>OAT POR ESTADO CIVIL NO ESTADO DO PIAUÍ</b>	
<b>Estado civil</b>	<b>Nº de óbitos</b>
<b>Solteiro</b>	166
<b>Casado</b>	232
<b>Viúvo</b>	11
<b>Separado judicialmente</b>	7
<b>Outros</b>	106
<b>Ignorado</b>	16
<b>Total</b>	<b>538</b>

Tabela 1- Óbitos por Acidentes de Trabalho de acordo com o Estado Civil, no Estado do Piauí, Brasil, entre 2010 a 2018.

Fonte: DATASUS.

Ao analisar os casos de OAT na variável nível de escolaridade no estado do Piauí, nota-se uma mínima disparidade entre os indivíduos incluídos na faixa de escolaridade entre 1 a 3 anos, 4 a 7 anos e 8 a 11 anos de formação. Observou-se que as três categorias ultrapassaram a quantidade dos 100 casos. Além disso, é evidenciado que o número de mortes de quem esteve em instituições de ensino por 12 anos ou mais obteve o menor número de casos, sendo 29 ao todo. Vale ressaltar ainda que a notificação dos dados possuem uma quantidade alarmante em que o correto preenchimento de informações foi ignorado (Gráfico 2).

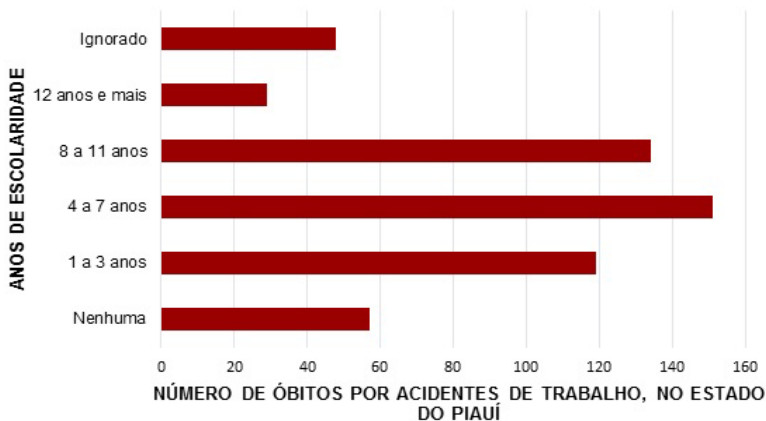


Gráfico 2- Óbitos por Acidentes de Trabalho de acordo com os Anos de Escolaridade, no Estado do Piauí, Brasil, entre 2010 a 2018.

Fonte: DATASUS.

Quando analisado o quesito faixa etária nota-se que entre 20 a 49 anos, intervalo em que as pessoas estão economicamente ativas, o número de casos representa 53,6% do total de óbitos. Em contrapartida, acima dos 60 anos e menores de 19 anos de idade, representam consideravelmente baixos números de óbitos.

Em relação a variável localidade do óbito, referindo-se a área em que o indivíduo faleceu, dentre as possibilidades a mais comum, após análise dos resultados, foi a via pública, como, por exemplo avenidas e ruas. Tais dados complementam os valores encontrados nas causas por grandes grupos do CID-10, pois evidencia que os trabalhadores com relação direta aos tipos de transportes, torna-se expostos a um risco maior. Por conseguinte, os óbitos em ambiente hospitalar lideram, obtendo 183 relatos entre 2010 a 2018. Ademais, os resultados demonstram poucos casos de morte em domicílio, obtendo apenas 18 registros. Os locais não especificados, ultrapassam 100 em número de casos (Tabela 2).

**OAT DE ACORDO COM LOCAL DO EVENTO**

Local ocorrência	Nº de óbitos
Hospital	183
Domicílio	18
Via pública	223
Outros	113
Ignorado	1
<b>Total</b>	<b>538</b>

Tabela 2- Óbitos por Acidentes de Trabalho de acordo com o Local do Evento, no Estado do Piauí, Brasil, entre 2010 a 2018.

Fonte: DATASUS.

Diante dos dados, tornou-se notório que o grupo de risco com maior incidência para óbitos por acidente de trabalho foram indivíduos do sexo masculino, obtendo mais de 500 casos (94%) no período analisado (Gráfico 3).

**OAT DE ACORDO COM O SEXO NO ESTADO DO PIAUÍ**

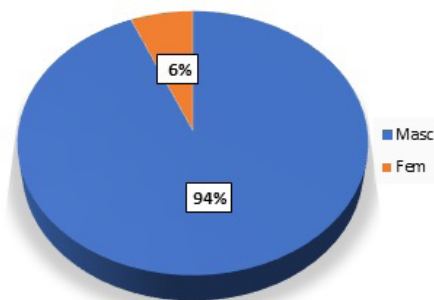


Gráfico 3- Óbitos por Acidentes de Trabalho de acordo com o Sexo, no Estado do Piauí, Brasil, entre 2010 a 2018.

Fonte: DATASUS.

## 4 | DISCUSSÃO

Através desta pesquisa, foi possível perceber que no estado do Piauí, o número de óbitos em acidentes de trabalho é consideravelmente elevado, seguindo a tendência

regional e nacional. Os dados observados denotam o descaso com as condições de trabalho, além da falta de fiscalização por parte dos órgãos responsáveis, tais como a Secretaria do Trabalho, atualmente vinculada ao Ministério da Economia. (OLIVEIRA *et al.*, 2019; GALDINO *et al.*, 2017) Ademais, é evidente a ineficiência da fiscalização no que concerne à saúde do trabalhador, a julgar pela existência de políticas públicas que visam a garantia da saúde a pessoa de acordo com cada função exercida, porém não é posto em prática pelos órgãos competentes.

De acordo com Fragoso e Garcia (2019), fatores que deveriam ser rotineiramente avaliados, como, por exemplo: descanso e a jornada, que estão vinculados diretamente as quantidades de mortes por acidentes de trânsito, tendem a ser verificadas somente em metade das inspeções, acarretando essas ocorrências, porém, quando fiscalizados, demonstram excelentes resultados, o que destoa da forma de pagamento por produção e incentiva o descumprimento de recomendações sanitárias ao priorizar carga horária excessiva de trabalho sem o devido descanso.

Associado a isto, percebeu-se que no período entre 2013 a 2018, cerca de 62% dos óbitos tiveram como causas acidentes de transporte e 41,4% ocorreram em vias públicas (SILVA, 2017). Segundo Feitosa *et al.*, (2014), isso pode ser explicado devido ao maior número de vítimas vir do setor de transporte, visto que, acidentes de trânsito estão entre as principais causas de mortes no Brasil e no mundo (BITTAR *et al.*, 2020). Ademais, é importante salientar o expressivo número de mortes por violência intencional, evidenciando o impacto emocional sobre a rotina desses trabalhadores (FEITOSA *et al.*, 2014).

Observou-se, na classificação por idade e sexo das mortes referentes a acidentes de trabalho, uma maior concentração no sexo masculino, com cerca de 94% dos óbitos relacionados, de maioria parda e com uma faixa etária entre 20 e 49 anos. Tais resultados demonstram uma característica bem comum atualmente, pois evidencia uma presença maior de mão de obra masculina no mercado de trabalho produtor em relação ao sexo feminino, devido estar associado a maior força de trabalho produtiva (IWAMOTO *et al.*, 2011).

Além disso, comportamentos culturalmente mais aceitos para o público masculino na sociedade, juntamente com maior exposição juvenil no trânsito, os fazem arriscar-se mais na condução de veículos (ALMEIDA *et al.*, 2017). Desta maneira, este grupo, alinhado a uma faixa etária economicamente ativa, se torna mais vulnerável aos acidentes de trabalho fatais.

Em relação a escolaridade, observou-se que 53% dos óbitos possuíam baixa escolaridade (4 a 11 anos de escolaridade). Dado este que acompanha os estudos de SILVA *et al.*, (2017) e ALVES *et al.*, (2013), os quais evidenciam as disparidades na estrutura do mercado de trabalho, assim como a maior susceptibilidade desse perfil em realizar atividades de menor remuneração e maior periculosidade, tais, como, por exemplo transporte e construção civil. Outrossim, o acesso limitado ao sistema de saúde e a



diferenças significativas nas condições de trabalho entre trabalhadores informais e formais, são fatores que contribuem para o número expressivos de acidentes.

Com relação ao estado civil, 43% dos óbitos são de casados, os dados corroboram com o estudo de SILVA *et al.*, (2017). Ocorre que a dificuldade de lidar com certos conflitos internos, como falta de tempo, ausência da família e extensão de atividades, pressão por maior formação e, conseqüentemente, equilíbrio financeiro, podem gerar de acordo com DE OLIVEIRA *et al.*, (2020), um desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional do empregado, aumentando o risco de acidentes em ambiente laboral.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao número significativo de dados ignorados, acarretando algumas subnotificações, quanto raça, escolaridade, estado civil, dentre outros, levando a necessidade de complementação das informações. Entretanto, é notória a seriedade e confiança do referido sistema, principalmente, devido ser utilizado, frequentemente, como fonte de obtenção de dados para a realização de pesquisas, cujas visam a melhora da qualidade dos serviços, além de ser uma importante ferramenta de gestão de saúde no Brasil.

## 5 | CONCLUSÃO

O estudo realizado evidencia o perfil demográfico e principais causas de mortes ocasionadas por acidentes de trabalho, tecendo considerações que buscam relacionar este perfil às causas e ambientes associados aos óbitos. Concomitante a isso, correlaciona estratégias do mercado de trabalho baseadas na maior exploração do trabalhador, como redução do tempo de descanso, à maior incidência de acidentes de trânsito, suscitando intuições para tomada de medidas de prevenção desses, assim como de demais óbitos associados a acidentes de trabalho no âmbito da saúde pública e do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S *et al.* Perfil dos atendimentos por causas externas em um hospital de referência de Sergipe. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 41. n. 3. p. 2333, 2017.

ALVES, M. M. *et al.* Mortalidade por acidente de trabalho no Estado do Tocantins, Brasil: estudo descritivo, 2000-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 243-254, jun. 2013.

BITTAR, C. K. *et al.* Perfil epidemiológico das vítimas de acidentes de motocicleta no hospital universitário. **Acta ortop. bras.** São Paulo, v. 28, n. 2, p. 97-99, abril de 2020.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 ago. 1991.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS). Brasília: MF/DATAPREV, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de Acidentes do Trabalho: Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

DE OLIVEIRA, A. V. A. *et al.* Equilíbrio Entre Vida Pessoal e Profissional: Um Estudo Com Docentes Universitários. **UFAM Business Review-UFAMBR**, v. 2, n. 2, p. 20-33, 2020.

FEITOSA, A. I. R; FERNANDES, R. C. P. Acidentes de trabalho com óbito: o jornal impresso como fonte de informação. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 39, n. 129, p. 75-85, jun. 2014 .

FRAGOSO, A; GARCIA, E. G. Transporte rodoviário de carga: acidentes de trabalho fatais e fiscalização trabalhista. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 44, e. 3, 2019.

GALDINO, A *et al.* Quality of the record of data on fatal workplace injuries in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, p. 120, 2017.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION – ILO. World Statistic. **The enormous burden of poor working conditions**. 2020. Disponível em: [https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and health/WCMS\\_249278/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249278/lang--en/index.htm). Acesso em: 20 jun. 2020.

IWAMOTO, H. H. *et al.* Acidentes de trabalho fatais e a qualidade das informações de seus registros em Uberaba, em Minas Gerais e no Brasil, 1997 a 2006. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v. 36, n. 124, p. 208-215, dez. 2011.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Óbitos por causas externas relacionadas ao trabalho. **Journal of Nursing UFPE**, v. 13, junho de 2019.

RIBEIRO, P. C. *et al.* Perfil dos acidentes de trabalho em um hospital de Teresina, PI. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 110-116, 2010.

RODRIGUES, A. B.; SANTANA, V. S. Acidentes de trabalho fatais em Palmas, Tocantins, Brasil: oportunidades perdidas de informação. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 44, 2019.

SILVA, G. G. **Subnotificação de Acidente de Trabalho Fatal: um estudo de caso no município de Uberlândia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

# CAPÍTULO 7

## ANTECEDENTES, PERCURSO, PERSPECTIVAS, FINALIDADES E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

*Data de aceite: 01/10/2020*

**Vinicius Costa Maia Monteiro**

<http://lattes.cnpq.br/0382886160953698>

**Isaac Newton Machado Bezerra**

<http://lattes.cnpq.br/0801390013581889>

**Hedney Paulo Gurgel de Moraes**

<http://lattes.cnpq.br/7214272693362868>

**Brunno Alves de Lucena**

<http://lattes.cnpq.br/4481225631774178>

**Aline Erinete da Silva**

<http://lattes.cnpq.br/5324255844177735>

**Daniela Barbosa Soares de Góis**

<http://lattes.cnpq.br/7601581815836333>

**Gilmara Michelle Cosmo da Rocha Cachina**

<http://lattes.cnpq.br/1373354986141951>

**Suiany Kévia Alves Costa**

<http://lattes.cnpq.br/0539418050210954>

**Newton Chaves Nobre**

<http://lattes.cnpq.br/7487824131858415>

**Maria Jossylândia de Oliveira Silva**

<http://lattes.cnpq.br/7982521537455308>

**Raiza Gracielle Nóbrega da Silva**

<http://lattes.cnpq.br/3737793158052196>

**Kátia Lima Braga**

<http://lattes.cnpq.br/2585613790087870>

**RESUMO:** A assistência à saúde é um direito universal no Brasil, autorizado pela Declaração de Alma-Ata em 1978 e pela Constituição de 1988. No entanto, durante as décadas de 1980 e 1990, a população do país tornou-se dependente de cuidados secundários e terciários para atender às necessidades de atenção primária. Os cuidados primários tornaram-se uma especialidade desvalorizada. Desde 1994, os ACS estão no centro da política de atenção primária à saúde do país. Embora atualmente o país esteja passando por um período de turbulência política e econômica, com um impacto incerto nos cuidados de saúde, o Brasil teve um rápido progresso econômico e social entre 2003 e 2013, quando 26 milhões de pessoas foram retiradas da pobreza. É o quinto maior país em população e massa terrestre e notavelmente diversificado. Assim, o objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento literário de algumas áreas de atuação do Programa Saúde da Família. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. Assim, percebe-se que as principais áreas de atuação deste programa podem-se afirmar que é em auxílio a mulheres e crianças.

**PALAVRAS – CHAVE:** Estratégia de Saúde da Família. Saúde. Áreas de atuação.

**ABSTRACT:** Health care is a universal right in Brazil, authorized by the Alma-Ata Declaration in 1978 and the 1988 Constitution. However, during the 1980s and 1990s, the country's population became dependent on secondary and tertiary care to meet primary care needs. Primary care has become a devalued specialty. Since 1994,

CHWs have been at the center of the country's primary health care policy. Although the country is currently experiencing a period of political and economic turmoil, with an uncertain impact on health care, Brazil made rapid economic and social progress between 2003 and 2013, when 26 million people were lifted out of poverty. It is the fifth largest country in population and land mass and remarkably diverse. . Thus, the objective of this work was to carry out a literary survey of some areas of activity of the Family Health Program. For this, a bibliographic research on the topic was carried out. Thus, it is clear that the main areas of activity of this program can be said to be of assistance to women and children.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy, Health, Practice Areas

## 1 | INTRODUÇÃO

Em 1994, após emergir de duas décadas de regime militar, o governo brasileiro reformou o sistema de saúde de seu modelo existente, baseado puramente em grandes hospitais públicos terciários, para uma abordagem em três níveis, baseada na atenção primária à saúde, como guardião de um recém-formado Serviço Único de Saúde ) ( DE CARVALHO, 2008).

O Programa de Saúde da Família (recentemente renomeado como Estratégia de Saúde da Família) foi desenvolvido como um serviço de atenção primária universal, gratuito no ponto de uso. O Programa de Saúde da Família é baseado em um modelo muito simples - unidades de saúde individuais compostas por um clínico geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 4-6 profissionais da saúde da comunidade (ACS). Atualmente, essas unidades de saúde cobrem quase 95% dos municípios, oferecendo atendimento primário a mais de 55% da população no Brasil ( SANTOS, 2015).

No Programa Saúde da Família, as unidades de saúde são organizadas geograficamente, cobrindo populações de até 1.000 domicílios cada, sem sobreposição ou lacunas entre as áreas de captação . A inovação que une a divisão de atenção primária e saúde pública nesse modelo está incorporada nos ACS. Há um crescente corpo de evidências<sup>5</sup> que sugere que os ACS leigos são altamente eficazes para envolver a população no manejo de doenças crônicas, 6 serviços de triagem, mortalidade neonatal<sup>8</sup> e saúde infantil e materna ( SOUZA, 2010).

No Programa de Saúde da Família, os ACS são membros leigos da comunidade , mas também são membros em tempo integral da unidade de saúde. Cada ACS é designado para 150 famílias em microáreas geograficamente delimitadas dentro da área de captação maior - novamente essas microáreas não têm sobreposição ou lacunas entre elas. Os ACS visitam todos os agregados familiares dentro de sua microárea pelo menos uma vez por mês, independentemente de necessidade e demanda, e coletam dados no nível familiar com qualidade censitária e atualizados mensalmente ( ASSUNÇÃO, 2019).

A cada visita domiciliar mensal, os ACS recorrem, conforme necessário, a um pacote de atividades de promoção da saúde e cuidados clínicos que abrangem totalmente o curso

da vida, sem atingir nenhuma faixa etária ou domínio clínico. Tomados em conjunto, os ACS são um recurso significativo - eles não deixam famílias sem atendimento e atendem a uma variedade de problemas de saúde em nível individual, ao mesmo tempo em que são instrumentos para ações de saúde pública e fortalecimento da comunidade. Assim, o objetivo desse trabalho é realizar um levantamento literário de algumas áreas de atuação do Programa Saúde da Família. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema.

## 2 | A SAÚDE COMO UM DIREITO E ALGUNS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. Nasce um tipo específico de medicina que pode ser chamado de medicina social (MACHADO, 1978).

Em 1808, na vinda da Corte Portuguesa para o Brasil estabeleceu-se transformações na administração colonial, até mesmo na área da saúde, isto na Era Colonial e no Império.

O Rio de Janeiro, que era sede provisória do Império português e principal porto do país, tornou-se centro das ações sanitárias. No entanto, foi preciso a criação de centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes, devido ao impedimento do ensino superior nas colônias.

Assim:

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fábricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (CONASS, 2011, p. 35).

A saúde no período da República era colocada sob a competência dos Estados e estes tinham o dever de administrar ações de saúde, de saneamento e educação. Uma vez que tudo isso era previsto na Constituição de 1891.

Só a partir do século XX, iniciaram-se as políticas de saúde de enfrentamento do quadro sanitário existente no país. As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi

o resultado do encontro de um movimento sanitário, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (LIMA et al, 2005).

Devido à ausência de um modelo sanitário para o país, deixaram-se as cidades brasileiras a mercê das epidemias. A cidade do Rio de Janeiro, no começo do século XX, mostrava um quadro sanitário caótico, assinalado pela participação de várias doenças graves, como febre amarela, malária, varíola e em seguida, a peste.

A partir disso, pela primeira vez na história do país, os governos republicanos, assimilados dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos e das práticas de proteção da saúde coletiva, realizaram detalhados planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil da população. A participação do Estado na área da saúde tornou-se global, não se limitava a era de surto epidêmico, mas se expandia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Devido os movimentos sociais terem sido lentos, surgiram muitas denúncias sobre o caos da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e passaram então a contestar e reivindicar soluções imediatas para os problemas gerados pelo modelo de saúde existente.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER et al, 2005).

Na continuidade desse texto, daremos destaque aos anos de 1980 em diante, devido ser um período com grandes marcos históricos, sociais, políticos e econômicos. Foram três momentos marcantes que a política de saúde no Brasil passou, o primeiro em 1920 foi enfrentado de forma assistencialista pelo Estado, pois não se reconhecia a “questão social” como intervenção política; o segundo em 1970 é dito de forma previdencialista, é quando o Estado passa a reconhecer a “questão social” como objeto de intervenção; o terceiro teve seu momento na redemocratização da sociedade brasileira e legitimada na Constituição de 1988. (COHN, 2005)

No fim da década de 1970, a política de saúde chega mantendo um atendimento caótico e elitista, obrigando aos movimentos sociais a reclamar de uma rede de serviços básicos, no qual descentralizassem o setor, mantendo a participação popular e a integração dos ministérios da saúde e da previdência.

Desse modo, o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar suas mazelas:

- por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);

- aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;
- desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesa de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado e união). (POLIGNANO, 2001,p.17)

Com o modelo econômico defendido pela ditadura militar ocorrida entre 1964 a 1979 e com a ausência dos recursos para o crescimento e conservação dos custos operacionais, teve-se em vista uma grande e prolongada crise econômica que vigora até os dias atuais.

A criação da Política de saúde no Brasil nos anos de 1980 passou por um período de democratização política, profundas transformações sociais, políticas e econômicas. Exigindo do Estado uma posição no cenário da saúde enquanto assistência médica, convertendo o direito à saúde, revelando inúmeras lutas e ganhos presentes na criação dessa política. Contudo, também foi um período marcado pelos desenganos da transição democrática, que sucederam um giro conservador após 1988, ficando de fora os ganhos materiais para a população. (BRAVO, 2001).

Por conseguinte, foi um período de intensas transformações, a década de 80 caracterizou-se pelas mobilizações políticas e sociais na área da saúde, esse setor teve a participação de novos atores, discussões, debates e reivindicações, que buscaram uma política de saúde mais democrática, igualitária e sensata, admitindo uma dimensão política, com a visão na democracia, onde os profissionais da saúde, o movimento sanitário e os partidos políticos foram primordiais nessa conjuntura. Nesse contexto, as propostas debatidas nesse setor foram:

A universalidade do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO,2001,p.9)

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 em

Brasília, torna um fato marcante para a discussão da questão saúde no Brasil, com temas fundamentais: “ A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania”; “ Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; “Financiamento setorial”, temas essenciais para democratização da saúde pública para Constituição de 1988.

A 8ª Conferencia, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamentos. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à Sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a reforma Sanitária. ( BRAVO, 2001,p.9)

Desta forma, a Constituição de 1988, com relação à saúde, foi baseada no modelo voltado para as propostas do movimento de reforma sanitária, com todo seu cuidado com a saúde superou a análise setorial, se adequando de forma que abrangesse toda a sociedade, recomendando não somente um Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

A reforma sanitária foi proposta em um momento onde o país passava por várias mudanças, a ideia era ser bem mais do que uma reforma setorial. A ideia era que ela servisse para consolidar a cidadania no país. A VIII Conferencia Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 contou com a participação de vários técnicos da área da saúde, gestores e a sociedade, para propor um modelo de proteção social e garantir o direito a saúde integral ( MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Assim, o movimento sanitário tinha proposições concretas que eram:

A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 3)

A Conferência teve como consequência à criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987, em seguida, com a formulação da Constituição, teve seu início o Sistema Único de Saúde – SUS, um salto na reformulação administrativa do setor.

O SUS é defendido no texto da Constituinte de 1988, no art.198, da seguinte forma:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:



- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único – o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, do Distrito Federal e dos Municípios além de outras fontes.

No texto da Constituição de 1988 em relação à saúde, depois de vários acordos e reivindicações do movimento sanitário, são aprovados os principais pontos:

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do sistema Único de saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e de atendimentos integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA 1989 apud BRAVO, 2001, p.10-11)

Os aspectos da política de saúde no texto da Constituição socializam a questão da saúde, reconhecem a importância do movimento sanitário, agregando parcerias com políticas para transformações necessárias, garantindo avanços para o crescimento e o conforto da saúde no setor público.

Entretanto, foi na Constituição de 1988, que o SUS – Sistema Único de Saúde – foi definido, mas, só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, com a Lei 8.080. Esta propôs sua forma de organização e de funcionamento, reunindo ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, ou seja, todos os serviços de saúde, prestados pelo governo, incluindo também a iniciativa

privada como caráter de participação.

Neste contexto ficam definidos os princípios doutrinários do SUS: a Universalidade, Equidade, Integralidade, Hierarquização, Participação Popular e Descentralização Política, estabelecendo dever do Estado propor um livre acesso aos serviços de saúde à sociedade brasileira.

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos no Conselho Nacional de Saúde, em 1990:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- Executar as ações visando a saúde do trabalhador;
- Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxico e radiativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;

- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados (LEI, 8.080, cap. I, art.5º)

A implantação do SUS ocasionou um grande ganho na saúde, referindo-se ao paradigma social da saúde, que propôs a garantia de que todos tenham direito a saúde pela Constituição de 1988, de forma igualitária e universal, através das políticas públicas e sociais, sem distinção de cor, sexo, religião e outras.

A década de 1980 chega ao final com algumas dúvidas e incertezas, com a implantação do Projeto de Reforma Sanitária, com a fragilidade das medidas reformadoras, a importância tanto do setor público quanto dos profissionais de saúde. (BRAVO, 2001)

As novas formulações em torno da realidade médica caracterizam-se pelo estudo crítico da teoria preventivista, daí então, predominante na análise dos problemas da saúde.

Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL et al, 1998).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde, apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

Sabe-se que a Constituição de 1988 no artigo 196 afirma que a saúde é um direito de toda população brasileira assim como é dever do Estado garantir um bom serviço através de políticas sociais e econômicas. Assim, quando o Estado passou a reconhecer a saúde como um direito fundamental: “o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.” (MOURA, 2013, p.1).

Desta forma, pode-se afirmar que:

Cabe ao Estado, por ser o responsável pela consecução da saúde, a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Desse modo, o amplo acesso aos medicamentos, por integrar a política sanitária, insere-se no contexto da efetivação do direito à saúde, de modo que as políticas e ações atinentes aos produtos farmacêuticos devem sempre atender ao mandamento constitucional de relevância pública. (MOURA, 2013, p. 4)

Assim, o mesmo autor ressalta que o Estado tem que prestar bons serviços para a saúde. Desta forma, ele é totalmente obrigado a disponibilizar atendimento médico, hospitalar e odontológico. Como também o fornecimento do medicamento para o tratamento

da saúde.

Vale destacar que a Constituição Federal no artigo 198 discorre as diretrizes referentes ao Sistema Único de Saúde, mas que serão discutidos no tópico seguinte.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde que estabelece ações e serviços de saúde, que age em todo o território nacional, em cada esfera de governo, pelos órgãos responsáveis, sejam eles no âmbito da União, Estados e Municípios. O SUS não contribui somente na promoção da saúde, mas junto com as áreas de políticas públicas de Assistência Social e Previdência, formando o Sistema de Proteção Social Brasileiro.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei n. 8.080/90 (BRASIL et al, 1990) assegura, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 desta mesma Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

I. No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II. No âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III. No âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1988).

A oitava Constituição do Brasil, promulgada em 1988, foi considerada a constituição cidadã, e foi um marco imprescindível para dar preferência à política do Estado no que diz respeito à área da saúde pública. O SUS é de responsabilidade do poder público que tem por dever regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde.

Dessa forma o SUS prevê a descentralização do sistema de saúde brasileiro, ficando a cargo dos municípios a gestão dos recursos e prestação de serviços à população. E através desse sistema municipalizado é possível os governos locais aplicarem os recursos de acordo com as necessidades e prioridades de cada município, que apresentam realidades muito distintas umas das outras (BRASIL, 1988).

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL et al, 1990).

A Lei n. 8.080/90 trata:

a. da organização, da direção e da gestão do SUS;

b. da definição das competências e das atribuições das três esferas de

governo;

c. do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;

d. da política de recursos humanos; (BRASIL, 1990).

A partir do princípio da Universalidade, todos os brasileiros, sem exceção e sem restrições, tem direito aos serviços do SUS, bem como assegura o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, que determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Desta forma, outro fator tornou-se importante que é a atenção farmacêutica, porque a sociedade não resulta só dos serviços de saúde, mas como também do uso de medicamentos como uma forma preventiva, que conseqüentemente soma-se no cuidado à saúde.

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (Ceme), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los, e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), que em seu Artigo 6º determina, como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” Atribui, ainda, ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL et al, 1990).

## 3 | O PSF E ÁREAS DE ATUAÇÃO

### 3.1 Saúde da Mulher

A área técnica de saúde da mulher é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres e população GLBTT. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

#### 3.1.1 *Planejamento Familiar*

O planejamento de extrema importância na vida de cada família, pois consegue auxiliar as pessoas que pretendem ter filhos ou optarem adiar o crescimento da família. O PSF consegue a oportunidade de sanar muitas dúvidas que as mulheres tinham em busca do uso de anticoncepcionais, os enfermeiros da unidade conseguem orientar quanto a

realização da consulta com a médica para decidirem juntas qual a melhor alternativa de evitar uma gravidez, de quem deseja engravidar ou até mesmo uma intervenção cirúrgica como laqueadura (mulher) ou vasectomia (homem), quando a mulher buscava a unidade para realizar uma consulta ou até mesmo citológico, já se aproveita para realizar as medidas antropométricas, verifica pressão arterial, e trata também com o uso de medidas contraceptivas ( SOUZA; GONÇALVES; GAMBA, 2018).

### 3.1.2 *Pré-Natal*

É realizada consulta de pré-natal enfocando os sinais e sintomas da gravidez e por meio de diagnóstico laboratorial, logo, também é cadastrado a gestante e prescreve exames com instância no 1º trimestre de gravidez ( BALSELLS, 2018).

Além disso, é necessário que seja preenchido o cartão da gestante onde constavam DUM, DPP, AU, IG, P.A, peso, estatura, BCF, movimentação fetal e imunização, de acordo com a curva do peso e da idade gestacional. Também é classificado o risco gestacional desde a 1ª consulta, enfocando os fatores de risco (peso, vícios, antecedente familiares, etc.); para gestantes com prescrição de Ácido fólico e Sulfato Ferroso ( ASSUNÇÃO et al.,2019) . Além disso, é realizado os seguintes exames, de acordo com Carvalho, Oliveira e Bezerra (2019):

1º Trimestre: ABO / Fator Rh / Hemograma / Glicemia de jejum/ VDRL / Toxoplasmose IGM E IGG / Rubéola / Citomegalovírus / Sorologia para hepatite B (HbsAg) / Urina Tipo 1 / Urocultura e antibiograma

2º Trimestre: Teste de tolerância para glicose com 75g / Teste Coombs Indireto (se for Rh negativo) a partir da 24ª semana.

3º Trimestre: Hemograma / Toxoplasmose IGM e IGG / Glicemia de jejum / VDRL / Anti HIV / Sorologia para hepatite B (HbsAg) / Urina Tipo 1 / Urocultura e antibiograma.

Por fim, o PSF realiza também a vacina antitetânica, seguindo o esquema vacinal, visando a prevenção do tétano neonatal, através do controle do cartão de vacinação.

### 3.1.3 *Aleitamento Materno*

Além disso também é falado da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, essencial para a involução uterina e para o crescimento e desenvolvimento cognitivo do bebê.

A Organização Mundial da Saúde - OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e o Ministério da Saúde - MS recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade até os 2 anos de idade. Essa prática resulta em inúmeros

benefícios para a saúde das crianças em todas as fases da vida (BRASIL, 2016).

A OMS recomenda a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, seguidos pela amamentação ofertada com alimentos complementares por até 2 anos de idade. A amamentação exclusiva pode ser definida como uma prática em que as crianças recebem apenas leite materno sem misturá-lo com água, outros líquidos, chá, preparações à base de plantas ou alimentos nos primeiros seis meses de vida, com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (NUNES, 2015).

Em relação a prevalência da amamentação no Brasil, a partir da década de 80, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, os índices do aleitamento materno vêm aumentando gradativamente, entretanto, ainda encontram-se aquém do considerado satisfatório (BRASIL, 2010).

Em relação à amamentação Nunes (2015, p. 55) diz:

A espécie humana contou com a amamentação praticamente em toda sua existência. Dessa forma, parece razoável supor que ela, do ponto de vista epigenético, tem no leite materno fonte ideal de nutrição, permitindo que todo o seu potencial genético inerente seja atingido. Isso ocorre porque a composição do leite garante as quantidades necessárias de água, carboidratos, lipídios e proteínas para o desenvolvimento adequado dos lactentes.

O aleitamento materno deve ser a primeira prática alimentar que garante a saúde e o pleno desenvolvimento infantil (BRASIL, 2013), atendendo plenamente aos aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos de uma criança no seu primeiro ano de vida, período este considerado de grande vulnerabilidade (ABDALA, 2011).

### *3.1.4 Orientações Sobre Puerpério*

O puerpério é o período pós-parto, quando o corpo da mulher volta ao estado normal, passando por grandes mudanças físicas e emocionais, que vai desde a expulsão da placenta até a sexta ou oitava semana após a paciente ter dado a luz. Ele se divide em três fases. A primeira é o imediato, que ocorre a partir do momento da saída da placenta até duas horas depois do parto. A segunda é o mediato, que acontece das duas horas até cerca de 10 dias depois do parto. E por fim há o tardio, que ocorre a partir dos 10 dias até o final da oitava semana ou até os ciclos menstruais voltarem ( DA SILVA ROCHA et al., 2019).

Algumas atividades que realizei na fase da paciente no puerpério: visitas domiciliares, observava a questão se o parto for normal: Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), orientava quanto a cicatriz, quanto a higiene do local, referente a cicatrização se existia queixa dolorosa e se a sutura estava seco e limpo ( CORREA et al., 2017).

Quanto ao parto cesáreo: observava quanto a higienização no local da sutura, quanto aos pontos agendavam sempre para retirada entre o período de 8 a 10 dias, na Unidade de Saúde. Observava quanto o estado do útero da paciente se estava voltando ao tamanho normal, se a mulher sentia cólicas, se a criança está conseguindo amamentar,e

se a paciente sentia dor na parte do ventre, sangramento vaginal com cheiro desagradável e febre.

## 3.2 PSF e A Saúde da Criança

O Ministério da Saúde apoia a organização de uma rede única integrada de assistência, garantindo a continuidade do cuidado. As seguintes linhas de cuidado são prioridades do Núcleo de Saúde da Criança (NUSC). Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; Atenção à saúde do recém-nascido, em especial aqueles em situação de vulnerabilidade; Atenção integral às doenças prevalentes na infância; Vigilância da mortalidade infantil e fetal; Incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento; Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

### 3.2.1 Puericultura

A puericultura se torna de extrema importância pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, caderno de vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada (ROCHA ALMEIDA et al., 2016).

Para isto, se faz necessário a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos.

A realização desse atendimento envolve uma sequência sistematização de ações, tais como: Anamnese exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem (SILVA, 2016).

### 3.2.2 Programa Nacional de Imunização

Nesse ano de 2017 o programa de imunização teve suas alterações referentes às vacinas, teve a oportunidade de participar da atualização do quadro de vacina na secretaria de saúde, junto com diversos profissionais da área. No mês de abril foi desenvolvida a campanha de vacinação contra a gripe (SANTOS SILVA et al., 2018).

Onde a vacina foi ofertada para diversas classes: Pessoas a partir de 60 anos; Crianças de seis meses a menores de cinco anos (quatro anos, 11 meses e 29 dias); Trabalhadores de saúde Professores das redes pública e privada, povos indígenas, gestantes, puérperas (até 45 dias após o parto), Pessoas privadas de liberdade – o que incluem adolescentes e jovens de 12 a 21 anos em medidas socioeducativas e os funcionários do sistema prisional. Portadores de doenças crônicas não transmissíveis, que inclui pessoas com deficiências específicas (DE CARVALHO et al., 2018).



## 4 | METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa bibliográfica, a qual se apresenta ainda com uma conformação de trabalho que permite observar o progresso do pesquisador, em relação ao seu objeto de estudo e uma avaliação de outros autores sobre o tópico (SANTOS, 2012).

Dessa forma, o levantamento bibliográfico foi realizado em dois momentos: inicialmente, foi feita uma busca nas bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde e ao Pubmed, buscando todas as produções científicas por meio do cruzamento entre as seguintes palavras chaves: 1) Programa Saúde da Família; 2) Mulher, 3) Criança, durante o período de 06 de junho a 17 de julho de 2020.

Os critérios para inclusão de artigos foram: artigos publicados na íntegra nos idiomas português e inglês, artigos que abordassem a temática desse trabalho. O critério de exclusão referiu-se a artigos duplicados ou que não tratavam dos aspectos mencionados.

## 5 | CONCLUSÃO

O Programa de Saúde da Família no Brasil é um exemplo de um sistema que une de maneira fácil e rotineira a atenção primária e a saúde pública. Por meio dos ACS, os médicos de clínica geral são capazes de atender à pequena visão geral dos problemas de saúde individuais, obtendo insights sobre os ambientes domésticos, reforçando os cuidados clínicos e o gerenciamento de doenças crônicas e identificando proativamente os problemas de saúde antes de exigir uma atenção mais intensa na clínica ou hospital.

Simultaneamente, os ACS apoiam os clínicos gerais na compreensão das necessidades de saúde da população como um todo, o panorama geral, mantendo registros atualizados da população e da doença em tempo real, apoiando atividades de planejamento e possibilitando uma imagem da epidemiologia local, mesmo no nível da rua, a ser construído.

As equipes de atenção primária podem verificar dados precisos sobre as necessidades locais de saúde e desenvolver ações apropriadas de saúde pública. Finalmente, os ACS desenvolvem atividades que abordam os determinantes sociais da saúde e, como membros da comunidade, fornecem um papel legítimo de ligação para a comunidade em geral, garantindo que suas vozes sejam ouvidas na clínica.

Sistemas eficazes de atenção primária são essenciais para a prestação de intervenções sólidas de saúde pública. No entanto, o Programa de Saúde da Família oferece intervenções sólidas de saúde pública incorporadas ao sistema de atenção primária. Essa interface é incorporada nos ACS leigos que atendem a todos os lares regularmente, fornecendo um amplo pacote de atividades que atendem às necessidades de saúde de indivíduos e da população ao mesmo

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Carine Santos et al. O enfermeiro no pré-natal: expectativas de gestantes. **Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]**, v. 11, n. 3, p. 576-81, 2019.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde da mulher**: competências e habilidades. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde da criança**: competências e habilidades. Brasília, 2016.

CARVALHO, Silas Santos; OLIVEIRA, B. R.; BEZERRA, Isis Souza Alves. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. **Rev. Educ. Saúde**, v. 7, n. 2, p. 142-150, 2019.

CORRÊA, Maria Suely Medeiros et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00136215, 2017.

DA SILVA ROCHA, Kátia et al. Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 620-626, 2019.

DE CARVALHO, Fabio Luiz Oliveira et al. Implantação do sistema de informação do programa nacional de imunizações (si-pni). **Revista de Saúde ReAGES**, v. 1, n. 2, p. 53-65, 2018.

Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GA, Florencio RMS, Silva LS, Rebouças LCC. Aderência de cursos de graduação de enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Esc Anna Nery*, 2013 jan - mar; 17 (1): pág 82 -89.

Portal Minha Vida, Hanseníase: sintomas, tratamento e causas. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/hanseníase>, Acesso em: 20/03/2017.

ROCHA ALMEIDA, Edmar et al. RELATO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 2, 2016.

SANTOS SILVA, Brener et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

SILVA, Dilcelene Menezes da. Assistência de enfermagem em puericultura: um estudo bibliográfico. 2016.

SOUSA, Fabianne de Jesus Dias; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; GAMBÁ, Mônica Antar. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2135-2144, 2018.

# CAPÍTULO 8

## ATUALIZANDO A ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA PEDIÁTRICA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 09/07/2020

### **Dandara Patrícia Oliveira Barreto**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3335691934856272>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9557-6392>

### **Eweliny Ellen Duarte Menezes de Oliveira**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1330-2433>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3360431418838075>

### **Fabiana Rebouças de Oliveira**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9489-7987>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1208534880037384>

### **Dalvaní Alves de Moura**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7496170575316768>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6205-2901>

### **Luana Adrielle Leal Dantas**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7590042787688047>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6747-3513>

### **Assis Zomar de Lima Júnior**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7896580325089686>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6614-3029>

### **Gláucia da Costa Balieiro**

Centro de Tratamento Balieiro

<http://lattes.cnpq.br/4775015150234095>

Raçatuba – São Paulo

### **Isabelline Freitas Dantas Paiva Almeida**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/9401035060418340>

### **Maria das Graças Mariano Nunes de Paiva**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN

Mossoró – Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/7089381697001232>

### **Janaína Fernandes Gasques Batista**

Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Mossoró – Rio Grande do Norte

<http://lattes.cnpq.br/7289902892363055>

**RESUMO:** As mudanças e o avanço de novas tecnologias estão presentes na área da saúde, tornando-se mais evidente a necessidade de educação no ambiente dos trabalhadores dessa área, pois o trabalho baseia-se na atuação profissional pautada no conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades para tomada de decisões. A

educação permanente é uma ferramenta essencial que tem buscado, suprir a defasagem na formação e na preparação dos profissionais, com a finalidade de melhorar o desempenho profissional. Ciente dessa importância, o projeto de iniciação científica “Atualizando a Enfermagem” objetivou promover encontros semanais com os profissionais da área da enfermagem em um Hospital Regional localizado na cidade de Mossoró/RN, visando proporcionar a capacitação na modalidade “*in locus*” para a equipe de enfermagem, com várias temáticas. Esse artigo objetiva relatar a experiência de capacitação “*in locus*” ofertada aos profissionais da enfermagem atuantes na clínica pediátrica de um Hospital regional de Urgência sobre a desobstrução de vias aéreas por corpo estranho na criança. As ações ocorreram por meio do ensino e treinamento utilizando manequins pediátricos para realizar as manobras de desobstrução, o tema foi praticado juntamente com a equipe de plantonista na clínica pediátrica do referido hospital, que mostraram boa adesão destes ao participarem do encontro e das práticas. A ação educativa contribuiu para o aumento do conhecimento e capacidade entre os profissionais e acompanhantes da unidade de pediatria. Assim, proporcionar educação continuada e permanente para dentro do ambiente de trabalho é uma prática essencial para que informações e atualizações consigam alcançar o maior número de profissionais possíveis, a observação da realidade faz com que possamos entender o quanto se faz necessárias ações de capacitação constante e quando se trata da desobstrução de vias aéreas, a agilidade e a rapidez são fatores primordiais para evitar maiores danos a vítima.

**PALAVRAS - CHAVE:** Assistência de enfermagem. Engasgo. Primeiros socorros. Educação continuada.

## UPDATING NURSING: EXPERIENCE REPORT IN THE TRAINING OF NURSING PROFESSIONALS IN THE PEDIATRIC CLINIC

**ABSTRACT:** Changes and advances in new technologies are present in the health area, making the need for education in the environment of workers in this area more evident, since the work has been based on professional performance based on knowledge and the development of skills and abilities for decision making. Continuing education is an essential tool that has sought to fill the gap in the training and preparation of professionals, with the aim of improving professional performance. The scientific initiation project “PROICE - Updating Nursing” aims to promote weekly meetings with nursing professionals at the Hospital Regional, located in the city of Mossoró/RN, aiming to provide training “*in locus*” for the nursing team. Among the themes proposed during the meetings, one of them addressed the topic of airway clearance by a foreign body in children. Where the objective was to identify through training to assess the level of theoretical and practical knowledge of nursing professionals working in the pediatric clinic of the regional hospital of urgency and emergency on the theme airway obstruction. Our teaching methodology aimed to conduct a training using dolls to perform the clearing maneuvers, the theme under discussion was practiced together with the pediatric on-duty team (Pediatric Clinic), as well as with parents and/or family members, showing a good family members adherence to participate in the meeting and practices. However, a gap has arisen on the part of nursing professionals in the search for knowledge, which makes assistance very difficult and unsatisfactory. Thus, the findings of this intervention showed that the educational action through the simulation of identification and management of airway

obstruction contributed to the increase in knowledge and capacity among professionals and companions in the pediatric unit, when compared to the findings before the intervention. Therefore, it is concluded that bringing updating into the work environment is an essential practice so that information and updates are able to reach the largest number of professionals possible, observing reality makes it possible for us to understand how much constant and necessary training actions are necessary when it comes to airway obstruction, agility and speed are key factors to prevent further damage to the victim.

**KEYWORDS:** Nursing care. Gagging. First aid. Education, Continuing.

## 1 | INTRODUÇÃO

Entre os anos de 1990 a 2015 foi possível constatar uma redução do índice da taxa de mortalidade infantil em crianças com faixa etária menor que 5 anos por causas variadas, de 52,5/1.000 para 17,0/1.000 nascidos vivos (NV). No entanto, nota-se que essa diminuição não impactou no aumento de casos de mortes ou atendimentos hospitalares relacionados a fatores externos, contribuindo para o aumento de casos de mortes por acidentes que podem ser evitados (AMARAL, 2019).

Essas causas podem ser definidas de diversas formas, dentre elas estão às condições ambientais como afogamentos, acidentes domiciliares entre outros, sendo esses os mais frequentes. No ano de 2015 passaram a ocupar o ranking entre as 15 causas mais predominantes de óbitos infantis por crianças menores de 5 anos de idade, aumentando também a busca por atendimentos de caráter emergencial pela população infanto-juvenil, resultando em um grave problema de saúde pública em meio a sociedade (AMARAL, 2019).

Um acidente domiciliar que ocorre, frequentemente, em crianças é a Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE), por objetos pequenos, alimentos ou pela presença de patologias relacionadas ao trato respiratório como, por exemplo, refluxo gastroesofágico. Diante disso, a probabilidade da evolução de tal situação para o acometimento de sequelas ou até mesmo óbito é muito grande, que consequentemente implicará no aumento da taxa de morbimortalidade do público infantil (FERREIRA et al, 2018).

A OVACE consiste no bloqueio, por algum corpo estranho, das vias aéreas superiores, e se não for revertida rapidamente progride para asfixia e, possivelmente, parada cardiorrespiratória devido ao bloqueio de oxigênio na cavidade pulmonar impedindo a troca gasosa da vítima, podendo levar a parada cardiorrespiratória (FERREIRA et al, 2018).

Esses tipos de acidentes acontecem, predominantemente, com crianças de faixa etária entre 1 e 3 anos de idade, representando um índice maior que 50% das obstruções, ocorrendo principalmente em crianças abaixo de 4 anos pelo fato de que nessa fase a criança não tem domínio sobre o correto movimento de mastigação e deglutição dos alimentos ingeridos. Isto acontece em decorrência da ausência da arcada dentária que contribui para mastigar os alimentos sólidos, bem como a facilidade de crianças nessa faixa

etária terem o costume de levar objetos pequenos à boca (ABREU, 2014).

Frente a uma situação de OVACE é necessário que ocorra prestação de assistência imediata, por meio da manobra de desengasgo conhecida como Manobra de Heimlich que deve ser realizada perante o aparecimento de sinais como cianose, dificuldade respiratória, apneia, tosse, rouquidão, sinal de asfixia, sendo estes os mais comuns (RODRIGUES, 2016). A assistência prestada pelo profissional de enfermagem deve-se seguir os protocolos de acordo com os graus de obstrução, que variam de leve com responsividade do paciente até severa com irresponsividade do paciente.

Assim, a promoção da educação continuada faz-se importante, pois possibilita aos profissionais a obtenção de conhecimentos e desenvolvimento de técnicas básicas essenciais para salvar vidas e minimizar danos. Contribui para o crescimento pessoal e institucional, por meio de constantes atualizações, preparando o profissional para lidar com as frequentes evoluções científicas e tecnológicas diante da profissão (ABREU, et al, 2014).

Por ser uma situação de urgência, e de grande prevalência em ambientes extra hospitalar é necessário que ocorra uma disseminação do conhecimento ao máximo de pessoas possíveis, sobre como agir frente a essa situação, pois a prestação de uma assistência imediata faz grande diferença para um bom prognóstico. Sendo assim torna-se de grande relevância o trabalhar dessa temática entre os pais e profissionais da saúde, bem como aos que prestam cuidados a crianças. Desse modo, esse artigo objetiva relatar a experiência de capacitação na modalidade “in locus” ofertada aos profissionais da enfermagem atuantes na clínica pediátrica de um Hospital regional de Urgência sobre a desobstrução de vias aéreas por corpo estranho na criança

## 2 | MÉTODO

Trata-se de relato da experiência de um Projeto de Extensão e Iniciação Científica (PROICE) intitulado “Atualizando a Enfermagem”, o qual é vinculado a instituição de ensino superior no município de Mossoró, e foi composto por discentes do curso de Enfermagem, docente coordenadora e docentes auxiliares.

As atividades aconteceram por meio de capacitações em encontros semanais com os profissionais da enfermagem de uma Hospital Regional localizado na cidade de Mossoró/RN, no período de março a novembro de 2019.

Esse relato, traz a experiência referente ao treinamento sobre Obstrução de vias aéreas, por corpo estranho, na criança. Essa ação, utilizou uma metodologia teórico-prática por meio de palestras expositivas e aberta ao diálogo, uma vez que a participação do público alvo contribui para a construção do conhecimento. As intervenções eram previamente solicitadas pela direção e coordenação da instituição, mediante avaliação da necessidade de seus servidores, em especial enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Inicialmente a estratégia de ensino contou com explanação do assunto,

contextualizado de forma geral o tema em questão, bem como sobre a identificação precoce dos sinais e sintomas, os primeiros socorros e a evolução deste se não aplicado intervenção imediata e eficaz.

Foram abordados cerca de oito profissionais da área da saúde, que se encontravam de plantão no momento, através da explanação da manobra de Heimlich em crianças, por meio de treinamentos de forma teórico-prática, conquistamos a participação de sete profissionais de enfermagem.

A capacitação de forma ativa e com participação dos demais contemplou itens essenciais para construção de habilidades, considerando as competências dos profissionais participantes, sendo realizada de forma clara e de fácil entendimento, com o auxílio de manequim infantil para a explanação da atividade prática.

Após a explanação foram realizadas estações de práticas com os profissionais, com o uso de manequim infantil e desenvolvimento da manobra de Heimlich.

A ação finalizou-se com um diálogo, onde foram levantadas as dificuldades na ação e a retirada de dúvidas que ainda não tinham sido solucionadas, onde pudemos observar a evolução dos profissionais.

### **3 | RESULTADO E DISCUSSÃO**

Os achados desta intervenção mostraram que a ação educativa por meio de simulação sobre identificação e manejo na obstrução de vias aéreas contribuiu para o aumento do conhecimento e capacidade entre os profissionais da unidade de pediatria, quando comparados aos achados antes da intervenção. Pôde-se perceber que alguns participantes tinham pouco conhecimento sobre o conteúdo ministrado e outros não sabiam do que se tratava, no entanto, as instruções foram repassadas de forma acessível.

A maior dificuldade relatada pelos profissionais foi o nervosismo em atuar nessa temática com crianças menores de um ano, visto que a manobra de desobstrução das vias aéreas nessa faixa etária é diferenciada. Outro obstáculo é o dimensionamento de funcionários, que nem sempre é adequado, o que torna a adesão à capacitação difícil.

Constatou-se a falta de adesão dos profissionais na sua totalidade, devido a necessidade da continuidade dos cuidados prestados na clínica pediátrica e também a diminuição do quadro de funcionários no setor na hora da intervenção.

A melhora no conhecimento e na conscientização, sobre a Obstrução de Vias Aéreas (OVACE), ocorreu de forma padronizada sobre situações que fazem parte do nosso cotidiano e que podem levar o indivíduo a morte, caso haja um despreparo em quem presta o primeiro atendimento ou pela demora na chegada do socorro especializado. Com a intervenção buscou-se levar sensibilidade e melhoria no conhecimento dos participantes.

A orientação para realização do procedimento de desobstrução das vias aéreas se faz necessária, para que se torne possível uma intervenção rápida e eficaz e se mostra

necessária para diminuir possíveis sequelas ocasionadas pela demora de atendimento a uma vítima de engasgo. A recorrência de acidentes na infância reforça a importância de se investir em ações que visem minimizar os riscos que elas estão expostas nessa fase da vida (AMARAL, 2019).

De acordo com a Lei Lucas, Nº 13.722 de 2018, é obrigatória a capacitação em primeiros socorros para professores e funcionários das escolas das redes públicas e privadas, objetivando o atendimento inicial logo após a identificação do dano, tal lei foi criada devido a um acidente por OVACE que ocorreu em um ambiente escolar e resultou na morte de uma criança no ano de 2018 (BRASIL, 2018).

Sendo de grande importância a realização de ações em educação e saúde, levando em consideração este caso, para que ela seja aplicada não só em instituições de ensino, mas em todos os âmbitos, sendo um conhecimento de utilidade pública, que necessita ser disseminado ao máximo de pessoas possíveis (BRASIL, 2018).

Com isso deve ser implementado o suporte básico de vida que é um procedimento de fácil aprendizagem e que deveria ser extremamente divulgado por pessoas qualificadas com intuito de minimizar as sequelas que a demora no atendimento a obstrução de vias aéreas poderá ocasionar a vítima. Sua divulgação certamente diminuiria o número de pessoas leigas em relação a esta situação tão comum, inferindo positivamente para a redução das taxas de mortalidade (BRASIL, 2016).

O tempo deve ser considerado com um dos principais fatores preocupantes quando nos deparamos com uma vítima de engasgo e a prestação de socorro, precisa acontecer o mais rápido possível, já que esse tipo de emergência costuma ser potencialmente fatal. Assim, a educação da população em geral, destaca-se no sentido de contribuir para o reconhecimento de sinais graves de ameaça à vida e para que se possa intervir de forma correta e eficaz até a chegada do socorro, já que estas situações evoluem de forma súbita em que se há pouco tempo para agir (MOTA, 2015).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do projeto de extensão foi de suma importância para a compreensão da realidade e da necessidade de informações a respeito do tema. A orientação efetiva nos primeiros minutos nos casos de OVACE é primordial para que acontecimentos futuros não resultem em óbitos.

Entretanto, pode-se perceber a necessidade de novas intervenções para difundir essas informações, que podem ajudar a salvar vidas. Assim, grande parte do público não sabe como agir quando se deparam com uma situação de OVACE, o que é preocupante, pois todos estão expostos a riscos diários. Pôde-se perceber que o nervosismo pode surgir no momento do atendimento e isso, é um fator que compromete o socorro, fazendo com que ocorra o esquecimento das informações, prejudicando a efetividade da manobra.



Durante a intervenção, foi possível reconhecer as maiores dificuldades e esclarecer as principais dúvidas apresentadas pelos ouvintes. Após a explanação e aplicação da prática, os participantes tiveram um melhor desempenho, o que mostra que o objetivo da intervenção foi alcançado.

Levar atualização para dentro do ambiente de trabalho é uma prática essencial para que informações e atualizações consigam alcançar o maior número de profissionais possível, a observação da realidade faz com que possamos entender o quanto se faz necessárias ações de capacitação constante.

Ressaltamos a continuidade das atividades de educação continuada no serviço, principalmente mediante a observação da realidade vivenciada nos serviços e solicitações dos profissionais relatando a necessidade de trabalhar também com outros temas, sendo essencial que os gestores tenham como prioridade a realização das atividades de educação continuada no serviço.

Portanto, educação continuada é uma das estratégias para promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde nas instituições hospitalares. É uma das ferramentas para a assistência de enfermagem com qualidade, respeitando o paciente e proporcionando um desempenho adequado ao profissional.

## AGRADECIMENTOS

Aos profissionais do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM e aos acompanhantes participantes desse projeto.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Aguilda Gomes de. et al. **O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência.** Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 162-166 set./dez. 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/17874/12495>> Acesso em: 4 de jul. 2020.

AMARAL, J. P, et al. **Caracterização dos casos de óbito acidental de crianças por aspiração de corpos estranhos em minas gerais.** Rev. mineira de enfermagem, Uberaba, v. 23, n. 1218, out. 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1364>> acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018.** Regulamenta a obrigatoriedade da capacitação de primeiros socorros de professores e funcionários da rede pública e privada e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13722.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13722.htm)>. Acesso em: 05 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de suporte básico de vida.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2015. 482 p. 2016. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_suporte\\_basico\\_vida.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf)> Acesso em: 05 de jul. 2020.

FERREIRA, Noélia Lourenço Martins et al. **Primeiros Socorros na Educação Infantil. Temas em saúde.** Faculdades Integradas de Patos, João Pessoa, p.18-39. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/127137922-Artigo-primeiros-socorros-na-educacao-infantil-first-aid-in-early-childhood-education.html>> Acesso em: 04 de jul. 2020.

MOTA, Larissa Larie; ANDRADE, Selma Regina de. **Tópicos de atendimento pré-hospitalar de escolares: a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 38-46, março de 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100038&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000500014>.

RODRIGUES, Marlene et al. **Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido.** Nascer e Crescer. 2016, vol.25, n.3, pp.173-176. Disponível em: < [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0872-07542016000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-07542016000300009&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 04 de jul. 2020.

## AVALIAÇÃO E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES HIPERTENSOS FREQUENTADORES DE UM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO

*Data de aceite: 01/10/2020*

### **Adriana Paula Jordão Isabella**

Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Nove de Julho – UNINOVE

### **Nayara Teixeira Dias**

Graduandos de Enfermagem da Universidade Nove de Julho - UNINOVE

### **Vanessa Queiroz Nogueira**

Graduandos de Enfermagem da Universidade Nove de Julho - UNINOVE

### **Evelin Vanessa Barbosa Pereira**

Graduandos de Enfermagem da Universidade Nove de Julho - UNINOVE

### **Larissa Bianca Correia Soares**

Graduandos de Enfermagem da Universidade Nove de Julho - UNINOVE

### **Claudia Santos de Castro**

Graduandos de Enfermagem da Universidade Nove de Julho - UNINOVE

**RESUMO:** Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, tal moléstia é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados e altos índices de morbimortalidade, representando o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares. Devido ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do número de pacientes com doenças crônicas a preocupação com a qualidade

de vida destas pessoas torna-se imperativa. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de hipertensos usuários de um ambulatório universitário e propor atuação da enfermagem na melhora da qualidade de vida destes pacientes. Estudo prospectivo, abordagem quantitativa com 106 hipertensos usuários de um ambulatório universitário submetidos a entrevistas com questões que buscassem atender aos objetivos propostos direcionadas pelo WHOQOL-Bref, instrumento genérico, composto por 26 questões, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. Os preceitos éticos foram respeitados. Os resultados apontaram que o Domínio Físico se tornou um ponto positivo para a qualidade de vida, não só com atividades físicas, mas incluindo atividade de lazer, porém, há uma fragilidade quanto ao Domínio Psicológico, sendo que 63,21% dos participantes apresentam sentimentos negativos como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão. Sendo assim, é possível identificar que pequenos detalhes, ou afazeres do nosso dia-a-dia, podem desestabilizar e complicar a qualidade de vida. A atuação da enfermagem aconteceu com intervenções diretas a cada paciente individualmente, focando orientações para melhora da qualidade de vida e em casos específicos o encaminhamento para atendimento multiprofissional. Conclui-se que a qualidade de vida dos pacientes hipertensos é afetada principalmente quanto ao domínio psicológico, o que torna nítido a continuação de estudos neste âmbito com atuação multiprofissional objetivando a melhora da qualidade de vida destes pacientes minimizando os agravos.

**PALAVRAS- CHAVE:** Hipertensão, qualidade de vida, enfermagem.

## NURSING EVALUATION AND PERFORMANCE IN THE QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE PATIENTS ATTENDING A UNIVERSITY OUTPATIENT CLINIC

**ABSTRACT:** According to the Brazilian Hypertension Guidelines, this disease is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained blood pressure levels and high rates of morbidity and mortality, representing the main risk factor for cerebrovascular diseases. Due to the increase in life expectancy and, consequently, the number of patients with chronic diseases, the concern with the quality of life of these people becomes imperative. The aim of this study was to evaluate the quality of life of hypertensive users of a university clinic and to propose nursing performance in improving the quality of life of these patients. Prospective study, quantitative approach with 106 hypertensive users of a university clinic submitted to interviews with questions that sought to meet the proposed objectives guided by the WHOQOL-Bref, a generic instrument, composed of 26 questions, divided into four domains: physical, psychological, personal relationships and environment and also applied the Minichal Brasil questionnaire, used specifically for hypertensive patients. Ethical precepts were respected. The results showed that the Physical Domain has become a positive point for the quality of life, not only with physical activities, but including recreation activity, however, there is a weakness regarding the Psychological Domain, with 63.21% of the participants having feelings negatives such as bad mood, despair, anxiety and depression. Therefore, it is possible to identify that small details, or daily tasks, can destabilize and complicate the quality of life. The nursing work took place with direct interventions to each individual patient, focusing on orientations to improve the quality of life and in specific cases referral to multidisciplinary care. It is concluded that the quality of life of hypertensive patients is affected mainly in terms of the psychological domain, which makes clear the continuation of studies in this area with multiprofessional action aiming to improve the quality of life of these patients, minimizing the problems.

**KEYWORDS:** Hypertension, quality of life, nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, tal moléstia é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, a partir da última coleta de dados realizada em 2016, os dados epidemiológicos demonstram que a HAS atinge 32,5% de pessoas adultas, sendo mais de 60% em idosos, e com maior prevalência no sexo masculino. A doença apresenta elevados índices de morbimortalidade, sendo um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular encefálico, enfarte, aneurisma arterial, insuficiência renal e cardíaca.

Devido ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do número de pacientes com doenças crônicas e comorbidades associadas, a preocupação com a qualidade de vida destas pessoas torna-se imperativa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Qualidade de Vida (QV) à percepção

do indivíduo de sua posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações .

Sendo assim a qualidade de vida constitui um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade, surgindo a necessidade de padronizar a sua avaliação.

A isso, sucedeu-se um estudo para avaliar o impacto das intervenções na Qualidade de Vida. Hoje são disponibilizados vários instrumentos, sendo o mais conhecido e utilizado mundialmente WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF (versão abreviada do WHOQOL-100).

## **2 | OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos usuários de um ambulatório universitário e propor a atuação da Enfermagem na melhora da qualidade de vida destes pacientes.

## **3 | METÓDO**

Trata-se de um estudo prospectivo com abordagem quantitativa, onde 106 pacientes hipertensos usuários de um ambulatório universitário participaram, através de entrevistas por meio de instrumentos que avaliem a qualidade de vida. Os instrumentos utilizados foram Minichal Brasil e WHOQOL-Bref contendo 26 questões e divididas em quatro domínios físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. Os preceitos éticos foram respeitados.

## **4 | RESULTADOS**

Este estudo foi realizado em um ambulatório universitário situado na zona norte da cidade de São Paulo, por meio de entrevistas realizadas por estudantes de iniciação científica. Foram entrevistados, por meio de telefone e visitas domiciliares, 106 pacientes adultos diagnosticados com hipertensão arterial que utilizavam tratamento anti-hipertensivo. A idade dos pacientes variou entre 50 a 80 anos.

Na avaliação os pacientes se prontificaram a responder as 26 questões, que foram separadas e avaliadas por quatro domínios. No domínio físico observou-se que 58,49% dos pacientes consideravam sua qualidade de vida boa, no domínio psicológico 63,21% apresentaram sentimentos negativos tais como ansiedade, mau humor, desespero, depressão, no domínio relações pessoais 50,94% responderam estarem satisfeitos com a relação entre parentes e amigos, e no domínio meio ambiente 30,19% relataram que a oportunidade para atividade e lazer era mediana.

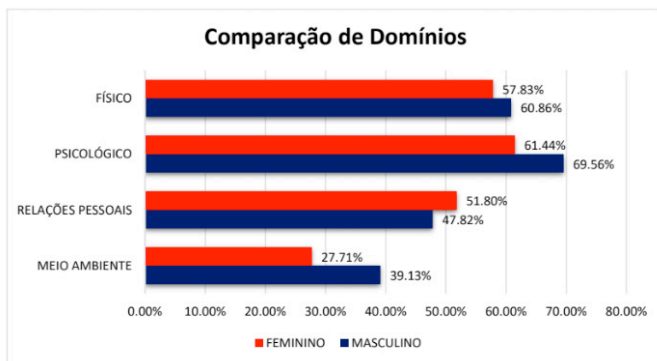


Figura 1: Demonstração dos domínios físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente entre homens e mulheres. São Paulo, 2019.

Como descrito nos dados apresentados, destacamos os domínios psicológico e meio ambiente, quando questionados sobre saúde mental e oportunidade de atividade e lazer, os resultados foram inversos onde foram observados a fragilidade psicológica destes pacientes, fazendo-se necessária a imediata atuação da enfermagem, a fim de promover melhora na qualidade de vida e diminuição dos agravos.

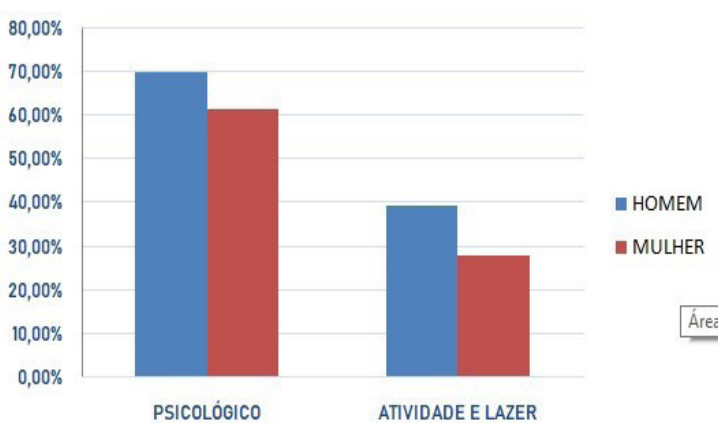


Figura 2: Demonstração entre o domínio psicológico em relação à interferência de uma boa qualidade de vida entre homens e mulheres. São Paulo, 2019

Perguntas	Respostas	Número de Pacientes	Porcentagem
Como você avalia sua qualidade de vida ?	Boa	62	58,49%
Quão satisfeito você está com sua saúde ?	Mais ou Menos	57	53,77%
Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que precisa ?	Mais ou menos	38	35,85%
O quanto você precisa de um tratamento médico para levar a sua vida diária ?	Bastante	40	37,74%
O quanto você aproveita a sua vida ?	Bastante	46	43,40%
Em que medida você acha que sua vida tem sentido ?	Bastante	54	50,94%
O quanto você consegue se concentrar ?	Bastante	41	38,68%
Quão seguro você se sente com sua vida diária ?	Bastante	45	42,45%
Quão saudável é seu ambiente físico ?	Bastante	48	45,28%
Você tem energia suficiente para o seu dia a dia ?	Médio	57	53,77%
Você é capaz de aceitar a sua aparência física ?	Completamente	39	36,79%
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades ?	Médio	56	52,83%
Quão disponível para você estão as informações que precisa para o seu dia a dia ?	Médio	47	44,34%
Em que medida tem oportunidade de atividade e lazer?	Médio	32	30,19%
Quão bem você é capaz de se locomover ?	Muito Bom	44	41,51%
Quão satisfeito você está com seu sono ?	Satisfeito	39	36,79%
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia ?	Satisfeito	49	46,23%
Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho ?	Satisfeito	47	44,34%
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo ?	Satisfeito	49	46,23%
Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas) ?	Satisfeito	54	50,94%
Quão satisfeito (a) está com sua vida sexual ?	Satisfeito	41	38,68%
Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos ?	Satisfeito	54	50,94%
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora ?	Satisfeito	51	48,11%
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde ?	Satisfeito	53	50,00%
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte ?	Satisfeito	52	49,06%
Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão	Algumas vezes	67	63,21%

Tabela 1: Frequência dos principais resultados do formulário WHOQOL-Bref

As avaliações podem proporcionar uma melhor compreensão sobre as reais necessidades das pessoas, tanto na sociedade em geral, como na área da saúde. É, portanto, essencial que a enfermagem esteja atenta e intervenha de forma eficaz, prevenindo ou minimizando complicações dessa morbidade.

Com a utilização deste questionário obtém-se subsídios para planejar e implementar intervenções adequadas e acuradas junto aos pacientes, levando-os a adotarem comportamentos que reduzam o risco de complicações da HAS e também a conhecer a qualidade de vida destes pacientes, assim como a importância de receberem informações acerca da doença, uma vez que o conhecimento por parte dos pacientes sobre a patologia, tratamento, complicações e maneiras de preveni-la é imprescindível para a promoção de melhor qualidade de vida, com mínima interferência nas atividades cotidianas. Sendo assim, foi possível identificar que pequenos detalhes, ou afazeres do nosso dia-a-dia, podem desestabilizar e complicar a qualidade de vida.

A atuação da enfermagem ocorreu com intervenções diretas a cada paciente individualmente, focando em orientações para melhora da qualidade de vida na prática para o dia-a-dia como praticar exercícios de relaxamento, mentalizar imagens e sentimentos positivos, ouvir música, melhorar a qualidade do sono, exercer o autocuidado e autoconfiança, fortalecer vínculo com familiares e amigos e em casos específicos o encaminhamento para atendimento multiprofissional. Auxiliar estes pacientes na recuperação da saúde mental, diminuir os níveis de ansiedade e fortalecer os laços familiares para redução de sinais de depressão fizeram parte dos resultados esperados.

## 5 I CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a Qualidade de Vida dos usuários hipertensos deste ambulatório é afetada principalmente quanto ao domínio psicológico, fazendo-se necessário a continuação de estudos neste âmbito com a atenção multiprofissional objetivando a melhora da Qualidade de Vida destes pacientes e conseqüente diminuição dos agravos.

## REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, Margaret Assad et al. **Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 89, n. 4, p. 245-250, Oct. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001600006&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001600006&Ing=en&nrm=iso)>. access on 21 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001600006>.

MALACHIAS, MVB et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, Sept. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&Ing=en&nrm=iso)>. access on 21 July 2020. <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>.

MELCHIORS, Ana Carolina et al. **Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 94, n. 3, p. 357-364, Mar. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000300013&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000300013&Ing=en&nrm=iso)>. access on 21 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010000300013>.

NOBRE, MRC, **Qualidade de vida**, Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v 64, nº 4, 1995. Available from <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/pdfs/1995/v64n4/64040002.pdf>; access on 21 July 2020.



# CAPÍTULO 10

## CUIDADOS REALIZADOS EM DOMICÍLIO POR CUIDADORAS IDOSAS À FAMILIARES DEPENDENTES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 15/07/2020

**Isabela de Jesus Gonçalves**

Universidade do Estado da Bahia  
Salvador-Bahia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7533-7762>

**Nildete Pereira Gomes**

Universidade Federal da Bahia  
Lauro de Freitas-Bahia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1690-4122>

**Larissa Chaves Pedreira**

Universidade Federal da Bahia  
Salvador-Bahia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8939-324X>

**Juliana Bezerra do Amaral**

Universidade do Estado da Bahia  
Salvador-Bahia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7465-0183>

**Fernanda Cajuh dos Santos**

Universidade Federal da Bahia  
Salvador-Bahia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7100-5031>

**Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira**

Universidade Federal da Bahia.  
Salvador-Bahia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8375-8826>

**Claudia Fernanda Trindade Silva**

Universidade Federal da Bahia  
Salvador-Bahia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4003-7767>

**Pedro Henrique Costa Silva**

Universidade Federal da Bahia  
Salvador-Bahia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4886-1515>

**RESUMO: Introdução:** O cuidado domiciliar vem sendo realizado pelo familiar, geralmente do sexo feminino, e atualmente, é muito comum pessoas idosas assumindo esta responsabilidade.

**Objetivo:** Conhecer os cuidados dispensados a familiares dependentes, que estão relacionados a manutenção das necessidades humanas básicas, realizados por cuidadoras idosas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com idosas cuidadoras que exerciam o cuidado à pessoas dependentes, atendidos pelo programa público de atenção domiciliar em Salvador, Bahia, Brasil. A coleta de dados foi por meio de uma entrevista semi-estruturada e analisada pela análise de conteúdo.

**Resultados:** Dentre os cuidados oferecidos pelas idosas cuidadoras estavam a hidratação, alimentação, eliminação, higiene corporal, sono e repouso, cuidados com a pele, mobilização, realização de exercícios, procedimentos terapêuticos, administração de medicação e relacionamento e estima.

**Conclusão:** Os cuidadores familiares realizam as necessidades humanas básicas em seus familiares dependente com dedicação, atenção e, sobretudo, com muito amor.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do idoso; Cuidadores; Família; Pacientes Domiciliares.

## CARE CARRIED OUT AT HOME BY ELDERLY CAREGIVERS TO DEPENDENT FAMILIES

**ABSTRACT: Introduction:** Home care has been carried out by the family, usually female, and currently, it is very common for elderly people to assume this responsibility. **Objective:** To know the care provided to dependent family members, which are related to the maintenance of basic human needs, performed by elderly caregivers. **Methodology:** This is a qualitative research, carried out with elderly caregivers who exercised the care of dependent people, assisted by the public home care program in Salvador, Bahia, Brazil. Data collection was carried out through a semi-structured interview and analyzed by content analysis. **Results:** Among the care offered by the elderly caregivers were hydration, food, elimination, body hygiene, sleep and rest, skin care, mobilization, exercise, therapeutic procedures, medication administration and relationship and esteem. **Conclusion:** Family caregivers fulfill basic human needs in their dependent relatives with dedication, attention and, above all, with a lot of love. **KEYWORDS:** Health of the elderly; Caregivers; Family; Home Patients.

### 1 | INTRODUÇÃO

Desde a década de 70, a população brasileira vem sofrendo modificações no seu perfil, tanto a nível demográfico quanto de saúde (MIRANDA et al., 2016). A chamada transição demográfica causada por expressivas reduções das taxas de fecundidade (de 6,6 na década de 60 para 1,74 no ano de 2017) e aumento crescente da expectativa de vida (de 54,1 anos na década de 60 para 75,4 anos em 2017), alterou drasticamente o perfil populacional, aumentando exponencialmente o número da população idosa, em detrimento dos nascimentos. Projeções para 2050 estimam que a população de pessoas idosas será 13% maior que a população até 19 anos (LUCCHESI, 2017).

A medida em que o perfil etário da população se modificava o perfil de saúde também acompanhava tais mudanças. Se anteriormente a prevalência era de doenças infectocontagiosas como sarampo, varicela e tuberculose, passou-se a observar alta incidência de morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares e neoplasias. Essa transformação, em especial, exigiu dos sistemas de saúde alterações profundas no planejamento de políticas e uso de suas tecnologias e recursos humanos, a fim de atender a demanda diferenciada imposta por essas transformações (OLIVEIRA, 2019).

É importante ressaltar que a transição demográfica é um fenômeno mundial e ocorreu de forma tardia e acelerada nos países em desenvolvimento. Esses países, no que se refere ao setor saúde, foram desafiados a atender um perfil populacional formado predominantemente por pessoas idosas portadoras de doenças crônicas, responsáveis pelo aumento do investimento tecnológico, reinternações e consequentes gastos com a saúde (GAICOMELLI et al., 2016).

O atendimento voltado para a pessoa idosa deve levar em consideração suas especificidades, sendo necessário profissionais de saúde capacitados a reconhecer as

limitações geradas pelo envelhecimento normal (senescência) e aquelas geradas por doenças (senilidade), que em geral, predis põem a fragilidade e incapacidades funcionais, levando-os a dependência parcial ou total de suas atividades (LADEIRA et al., 2017). De maneira geral, o objetivo ao se tratar de pessoas idosas deverá ser sempre minimizar os impactos provocados pela doença e maximizar por maior tempo possível a manutenção da sua capacidade funcional. Para isso, são necessários profissionais sensíveis e competentes para a implementar ações que estimulem e envolvam os idosos e seus familiares no tratamento.

A síndrome da fragilidade pode ser definida como um estado inespecífico, relacionada a déficits funcionais, cognitivos e de domínio social, o que leva ao aumento das chances de ocorrência de eventos adversos como a dependência, o prolongamento do tempo de recuperação e hospitalizações e até mesmo mortalidade. Desse modo, os idosos frágeis são os que mais necessitam dos serviços de saúde, e devido as alterações derivadas da fragilidade, é necessário haver políticas de saúde voltadas para esse grupo (LOURENÇO et al., 2018).

Os déficits funcionais ou incapacidade funcional, um dos fatores que leva à fragilidade, é definida como incapacidade em realizar atividades diárias, gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (autocuidado), seja nos domínios da autonomia (cognição e humor) ou da independência (comunicação e mobilidade (VIRTUOSO-JUNIOR, 2016). Dependendo da severidade, a incapacidade funcional afeta diretamente a autorrealização das denominadas necessidades humanas básicas (NHBs) que podem ser definidas como atividades que necessitam ser realizadas por todos os seres humanos e, estão, portanto, relacionadas as nossas atividades essenciais a nossa sobrevivência, como a alimentação, eliminações, cuidado corporal, mobilidade e locomoção (LABEGALINI et al., 2016).

Desse modo, pode-se afirmar que pessoas que não conseguem realizar as atividades relacionadas as suas NHBs são dependentes de cuidado, ou seja, necessitam de outra pessoa que as realizem. Em geral, esses indivíduos são representados pelos cuidadores, que podem ser formais ou informais. Mas expressivamente, a grande maioria desses cuidadores são informais e, em geral são mulheres e idosas. A realização cotidiana e sem o preparo adequado dessas atividades podem trazer efeitos deletérios a essas cuidadoras, que muitas vezes estão expostas a sobrecarga física e mental provenientes do cuidado à pessoa dependente (SANTOS et al., 2019). Conhecer que atividades são realizadas por estas cuidadoras pode subsidiar o planejamento e implementação de ações que preparem e apoiem no cuidado ao seu familiar em domicílio.

Assim, este artigo tem o objetivo de conhecer os cuidados dispensados a familiares dependentes, que estão relacionados a manutenção das NHBs, realizadas por cuidadoras idosas.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e transversal, realizado com idosas cuidadoras que exerciam o cuidado a pessoas dependentes, atendidos pelo programa público de atenção domiciliar “Melhor em Casa” em Salvador, Bahia, Brasil. Este programa assiste indivíduos com necessidades temporárias ou definitivas de cuidado (BRASIL, 2016). As participantes atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou maior que 60 anos; ser cuidador responsável da pessoa dependente; e possuir capacidade de comunicação preservada.

A pesquisa, é vinculada ao projeto matriz intitulado: “Idosos cuidadores no cuidado ao outro em domicílio: intervindo na sobrecarga do cuidado”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa respeitando as normas que asseguram os princípios da bioética, conforme preconiza a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Para identificação e seleção dos possíveis participantes foram analisados os 53 prontuários existentes em uma das bases do programa. Nestes, apenas um registro descrevia o idoso enquanto o cuidador, sendo necessário uma nova consulta nas fichas de elegibilidade social, no sentido de identificar familiares idosos entre os moradores do domicílio, localizando mais dez possíveis cuidadores idosos. Neste momento, por meio de contato telefônico, foi possível descobrir que sete destes idosos eram cuidadores dos familiares, somando ao idoso que já estava cadastrado como cuidador no prontuário foram selecionados oito cuidadores. Deste, dois não aceitaram participar do estudo, totalizando assim, seis participantes para o estudo.

A coleta de dados foi no período de março a junho de 2017 por meio de entrevista semiestruturada, que continha questões relacionadas aos dados sociodemográficos e de saúde das participantes, e questões norteadoras relacionadas a temática, a saber: Como você presta os cuidados ao familiar dependente? Quais cuidados você realiza com o seu familiar dependente? As entrevistas foram realizadas no domicílio onde moravam os cuidadores e a pessoa que recebia os cuidados.

Após transcrição, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin para sistematizar e organizar os dados, sendo organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, sendo realizado uma leitura flutuante das falas, identificando os núcleos de sentidos iguais e agrupando-os por similaridades, surgindo assim as devidas categorias.

## 3 | RESULTADOS

Seis idosas cuidadoras, com idade entre 60 a 79 anos, aceitaram participar da pesquisa, as mesmas realizavam os cuidados aos familiares dependentes todos os dias da semana.

Com relação ao quadro clínico e o perfil da pessoa dependente, a maioria

encontrava-se restrita ao leito, totalmente dependente e não contactante. Apenas um tem dependência parcial e dois são contactantes; metade pertencia ao sexo feminino e são idosas, estas possuem diagnóstico de Alzheimer, Parkinson e Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico; os demais são adultos jovens e do sexo masculino, destes dois têm diagnóstico de trauma raquimedular e um de traumatismo cranioencefálico. Do total, três apresentam lesão por pressão.

A partir das falas das idosas cuidadoras de familiares dependentes foi possível perceber que os cuidados oferecidos estavam relacionados as necessidades humanas básicas como a hidratação; alimentação; eliminação; higiene corporal; sono e repouso; cuidados com a pele; mobilização; realização de exercícios; procedimentos terapêuticos; administração de medicação; e relacionamento e estima.

### Cuidados relacionados a hidratação

O estudo revela que, no processo de cuidado aos familiares dependentes, as idosas cuidadoras se preocupam com a ingestão hídrica dos mesmos.

*Depois que eu almoço costumo dar água a ele. [...] também providencio suco e chá, ingerir liquido é muito importante. (Rosa, 63 anos)*

*Quando saio à tarde, peço para a vizinha dar água, porque ele esquece e fica sem beber até eu voltar e isso não pode acontecer [...] faço café e ele toma (Girassol, 73 anos)*

### Cuidados relacionados a alimentação

As falas revelam que as entrevistadas se preocupam em manter seus familiares nutridos, principalmente nos horários das três principais refeições (café da manhã, almoço e janta).

*Umás 8h eu começo o processo da alimentação que ela recebe por sonda. Coloco a dieta no tubo e fica administrando, depois ponho o leite. (Tulipa, 60 anos)*

*[...] às 07h, acordo ele e dou o café. [...] ele não costuma jantar, por isso tenho que dar um leite, um iogurte ou uma vitamina. (Girassol, 73 anos)*

### Cuidados relacionados a eliminação

Os depoimentos evidenciaram a importância da cuidadora estar atenta as necessidades fisiológicas dos entes, que ocorre desde a trocar de fralda, observar edema nos membros inferiores, e por vezes, até a realização de procedimentos de enfermagem, como o cateterismo de alívio.

*Ele urina mais ou menos cinco a seis vezes por dia. Agora eu estou colocando o dispositivo (sonda vesical de alívio) mais cedo, porque ele está com as*

*pernas e os pés inchados. Isso também facilita a troca de fralda. Reduz para três vezes ao dia a frequência da urina e eu não preciso ficar trocando a fralda o tempo todo. (Rosa, 63 anos)*

*[...] tenho que fazer cateterismo de alívio nele quatro vezes ao dia. (Girassol, 73 anos)*

## **Cuidados relacionados à higiene corporal**

As falas sinalizam que as idosas cuidadoras dos seus familiares realizam os cuidados de higiene pessoal incluindo o banho, higiene bucal, hidratação na pele, troca de lençol, e por vezes cortam as unhas e o cabelo, entre outros.

*[...] eu dou banho, geralmente ele está de lado, lavo as costas, as nádegas, a parte toda de traz. [...] a última coisa que eu faço é tirar o dispositivo urinário para lavar as partes íntimas. Deixo-o todo limpo. [...] faço também a higiene bucal, limpo os ouvidos, passo creme no corpo. [...] quando ele urina, faço logo a higiene e troco a fralda. (Rosa, 63 anos)*

*A parte mais difícil do cuidado com ele é para dar o banho no leito. É demorado, sou eu que dou todos os dias. Aproveito e faço o cabelo, a barba e corto as unhas uma vez por semana. Eu já estou tão acostumada. (Girassol, 73 anos)*

## **Cuidados relacionados ao sono e repouso**

As falas revelam que as cuidadoras se preocupam em garantir o conforto e uma boa qualidade de sono dos seus entes dependentes.

*[...] depois das 14h ela dorme bastante. De noite, às vezes, por volta das 20h já está dormindo. Às vezes, ela acorda no meio da noite gritando e quando ela não consegue dormir, percebo que não está bem, aí eu chamo a ambulância da assistência médica domiciliar. (Tulipa, 60 anos)*

*Durante o dia, ele dorme e acorda. [...] para ele dormir a noite tranquilo eu deixo ele em uma posição confortável e quando acordo já mudo ele de posição. (Rosa, 63 anos)*

## **Cuidados relacionados aos cuidados com a pele**

O cuidado com o corpo/pele do familiar dependente de cuidados é de extrema importância, principalmente quando o intuito é prevenir lesão por pressão.

*[...] por que ele teve uma escara e a pele ficou fina e sensível. Por isso, precisa ventilar o local. O colchão casca de ovo também é bom, porque ajuda a prevenir ferimentos. (Girassol, 73 anos)*

*O banho na cadeira não é confortável para ela e movimentar demais pode machucar o corpinho dela. Quando está frio dou banho rápido no leito, porque*

*ela pode pegar uma pneumonia. [...] passo creme ou óleo na pele para não ficar seca e criar ferida. [...] nós compramos um colchão mais alto de 20 cm, inflável, massageia e fica ligado 24h. (Tulipa, 60 anos)*

## Cuidados relacionados a mobilização

Por meio das falas, percebe-se que as cuidadoras realizam a mudança de decúbito e até mesmo a sedestração dos seus familiares. Observa-se também que executam essas ações de forma cautelosa e atentas proporcionando conforto.

*Quando acordo a primeira coisa que eu faço é mudar ele de posição. Para eu não ficar levantando toda hora, coloco ele para dormir na posição que ele gosta. Só pela manhã, eu o viro de lado e deixo por duas horas. Tem que ficar virando durante o dia. [...] depois que ele se alimenta baixo um pouco a cabeceira da cama. [...] por volta das dez, onze horas da noite, eu viro ele de lado para dormir também. (Rosa, 63 anos)*

*[...] para levantar ela da cama, quando têm duas pessoas cada uma pega uma ponta da travessa e puxa. Quando não tem outra pessoa, eu afasto a cama, abro a perna dela e puxo sozinha. (Tulipa, 60 anos)*

## Cuidados relacionados à realização de exercícios

Notou-se que as cuidadoras realizam exercícios físicos nos seus familiares, uma delas refere ter sido orientada pela fisioterapeuta.

*[...] eu mexo nela toda, sempre faço exercício com ela, e ontem fiz bastante. (Tulipa, 60 anos)*

*Tem uma bola de pilates que aprendi com a fisioterapeuta a fazer exercício com ele, dobro uma perna e depois estico. Faço muitos exercícios com ele. (Rosa, 63 anos)*

## Cuidados relacionados à procedimentos terapêuticos

A cuidadoras executam procedimentos em familiares dependentes de cuidados e manuseiam dispositivos, o que pode ser verificado nas falas a seguir.

*De manhã cedo, se tiver secretivo, eu o aspiro. [...] também passo a sonda e vesical de alívio. [...] eu diluo a dieta e lavo a sonda. [...] faço a higienização da gastrostomia. [...] depois do banho eu aproveito logo e faço o curativo, porque ele tem uma ferida no trocater. [...] às vezes verifico a temperatura e se precisar dar a injeção, eu dou. (Rosa, 63 anos)*

*Eu aprendi a fazer o cateterismo. Ele fica três dias com o dispositivo, mas não pode ficar direto, porque dá infecção. Para não “virar pedra” eu tenho que lavar com 300ml de soro, aprendi lá no dia a dia. (Girassol, 73 anos)*

## Cuidados relacionados à administração de medicação

As cuidadoras referiram administrar medicações aos familiares, além disso, mostraram-se atentas aos cuidados para realizar tal ação.

*Depois da fisioterapia dou o remédio do horário para ele e faço as anotações no caderno. Depois que eu almoço, já é o horário do outro remédio. [...] oito horas da noite dou o outro remédio para ele, aí ele dorme. (Rosa, 63 anos)*

*[...] dou o remédio por volta das 6h, porque tem que ser em jejum. É para proteger o estômago dela. Um 9h eu suspendo a dieta um pouquinho para dar o anticoagulante. (Tulipa, 60 anos)*

## Cuidados relacionados ao relacionamento e estima

Além dos cuidados relacionados aos aspectos biológicos, as participantes também referiram gostar de estar próximo ao familiar dependente, fazendo companhia, contando histórias, rezando e conversando. Essas ações revelam que as cuidadoras demonstram afeto e atenção ao familiar dependente e ainda desenvolvem ações relacionadas à espiritualidade e ao lazer.

*Eu gosto de ficar fazendo companhia e contando história para ele. [...] falo das coisas que eu fazia quando era menina. A gente ouvi música e dá muita risada. Ele se diverte! (Margarida, 79 anos)*

*A gente revezava juntas e depois ela dormia. [...] é um sentimento de prazer nutrido pelo amor. [...] dar atenção e conversar, só eu fazia. Penso que isso também seja uma forma de cuidado. (Orquidea, 63 anos)*

## 4 | DISCUSSÃO

Cuidar de um familiar dependente, apresenta-se para os cuidadores como uma situação nova, experiências nunca vivenciadas que confrontam-se diariamente com exigências inesperadas ao longo do processo de cuidar (BERTINI, 2017). Neste contexto, cuidar de uma pessoa dependente é um desafio que envolve um processo complexo, implica em dedicação integral, conhecimento, habilidade e repercussões para saúde física e mental do cuidador (PEREIRA, 2018). Uma vez que o familiar dependente está impossibilitado de realizar as atividades imprescindíveis à sua sobrevivência, como por exemplo as necessidades fisiológicas, como hidratação, alimentação, eliminações e higiene, são imprescindíveis que os cuidadores tenham consciência da sua importância e as executem, de modo a evitar eventos prejudiciais a saúde, como desnutrição, infecções, lesões de pele, entre outros.

No tocante a hidratação, as falas das participantes mostraram que as mesmas têm



o hábito de ofertar água e outros líquidos na sua rotina de cuidado. Pesquisa realizada com idosos revelou que a mediana da ingesta hídrica durante 24 horas foi de 700 ml e que apenas 25,2% ingerem o recomendado de líquidos (1500-2000 ml nas 24 horas). Ainda no referido trabalho, a prevalência de constipação intestinal foi de 42,5% e acontece mais entre as mulheres (89,2%) com idade igual ou maior a 80 anos (67,6%) (KLAUS, et. al., 2015).

Sabe-se que uma hidratação adequada pode auxiliar no controle da incontinência urinária, da constipação, prevenção e tratamento de úlcera por pressão.

Um estudo feito por meio da análise de dados do *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES) mostrou que o consumo insuficiente de água revelou-se como um fator preditor para a constipação entre homens e mulheres (MARKLAND, et. al., 2013).

Outra vantagem da ingestão de líquido é a prevenção de lesões na pele da pessoa dependente, o que pode ser observado em estudo realizado em Santa Catarina com pessoas acamadas no domicílio com risco de desenvolver úlcera por pressão, no qual todos os participantes tinham baixa ingesta hídrica. Relatou ainda que uma hidratação insuficiente, associada a uma nutrição inadequada pode influenciar na redução da elasticidade da pele, o que é considerado um fator de risco considerável para o desenvolvimento de lesão por pressão (AYALA; GALENDE; STOEBERL, 2016).

Além de proporcionarem uma nutrição adequada, foi relatado também pelas participantes do estudo a mudança de decúbito, hidratação da pele com o uso de cremes e o uso de colchões de prevenção para lesões por pressão evidenciando que elas reconhecem a importância dessas medidas de cuidado à pele. Estudo realizado com cuidadores de pessoas dependentes no Ceará encontrou resultados semelhantes. Além disso, os autores destacam que os conhecimentos relacionados a esses cuidados foram adquiridos através da prática diária realizada por esses cuidadores, ressaltando a importância de um maior apoio dos serviços primários de saúde à essa população (SAMPAIO et al., 2019).

Além de auxiliar na prevenção de lesão por pressão, a nutrição adequada também é fundamental em outros aspectos do cuidado a pessoa dependente no domicílio. Observou-se nas falas das cuidadoras que os cuidados com a alimentação por via oral ou enteral faz parte da sua rotina na assistência a pessoa dependente. Corroborando com Ayala, Galende e Stoeberl (2016); Moro e Caliri (2016) também mencionaram que a desnutrição é um fator de risco independente para a ocorrência de úlcera por pressão. Além disso, é importante salientar que o suporte nutricional adequado auxilia de forma positiva no tratamento de pessoas com condições crônicas, contribuindo para evitar internações hospitalares prolongadas e sucessivas (NAVES; TRONCHIN, 2018).

Outra necessidade humana básica realizada pelas cuidadoras participantes desta pesquisa estava relacionada a eliminação urinária, através da troca de fralda ou ainda a realização de cateterismo vesical de alívio ou uso de dispositivo urinário. Um trabalho

realizado com os pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar e seus respectivos cuidadores informais mostrou que 72% das pessoas que recebiam cuidado faziam uso da fralda e 91% utilizavam sondagem de alívio, dispositivo urinário ou citostomia (BERTINI, 2016).

Em relação ao uso de fraldas é importante a cautela e a atenção quanto alguns detalhes, visto que sua utilização também pode ocasionar algumas complicações, como o surgimento de lesões de pele, maior tempo de restrição ao leito, risco de queda, diminuição da autoestima e pode contribuir para outros agravos à saúde (SILVA et. al., 2015). As cuidadoras demonstram cuidado com a higiene corporal de seus familiares, como por exemplo o banho que é um procedimento realizado diariamente, escolhendo sempre o melhor local e horário para sua execução. Além disso, aproveitam esse momento para os cuidados com o a higiene oral, cabelos, barba, unhas.

Outro ponto, é o posicionamento inadequado no leito, uma manipulação brusca, a força exercida sob pressão na pele desta pessoa pode desencadear lesões que suscitam preocupação para a prestação dos cuidados. Para além, a realização da mudança de posicionamento a cada duas horas e de maneira segura e adequada reduz as chances de agravos a saúde da pessoa acamada, bem como a saúde do cuidador (FIGUEIREDO, CRUZ, 2016).

Todas as cuidadoras deste estudo eram familiares, e que ainda que houvesse uma sobrecarga física e mental, todas cuidavam com muito amor e carinho, exercendo o cuidado da melhor maneira possível. Estudo realizado com cuidadores sinalizou que o cuidado engloba sentimentos de satisfação, gratificação e bem-estar, além de gerar sentimento de orgulho pessoal (LABEGALINI et al., 2016). Essa relação de afeto entre cuidador e a pessoa cuidada ameniza o sofrimento que é muito comum ser evidenciado na vida do familiar que cuida.

Apesar de bastante realizado no domicílio, existem aspectos relacionados ao conhecimento de cuidadores e pessoas que necessitam do cateterismo vesical intermitente limpo que influenciam negativamente na realização de tal procedimento. Assim é necessário realizar ações visando aprofundar os conhecimentos sobre o tema, utilizando de uma linguagem de fácil entendimento e/ou o auxílio de folhetos educativos (BENÍCIO et. al., 2018). É importante ressaltar que outros procedimentos mais complexos realizados pelas cuidadoras entrevistadas além do cateterismo de alívio como a aspiração traqueal, a manipulação de dispositivos como a gastrostomia e a administração de medicamentos necessitam de apoio efetivo dos profissionais de saúde, tanto a nível hospitalar quanto da saúde primária.

É fundamental que os cuidadores sejam preparados inicialmente durante o processo de desospitalização pelos profissionais que realizam os cuidados no hospital e que o treinamento seja continuado pela equipe de saúde da família, mais próxima do seu domicílio, com o intuito de oferecer o apoio necessário a esses familiares durante todo o tratamento

do seu ente querido. Nesse contexto, estudo sinaliza que a equipe multidisciplinar pode ofertar suporte social, envolvendo os familiares no contexto do cuidar deste período de internação hospitalar até durante as visitas domiciliares (ANJOS et al., 2015).

Nota-se que o profissional de saúde possui um conhecimento específico para esclarecer dúvidas e transmitir as ações do cuidado, com intuito de minimizar desconfortos dos familiares, desde o uso dos dispositivos, medicações, curativos até as ações que envolvem as necessidades terapêuticas. Essas ações podem reduzir o desgaste físico/emocional do cuidador e melhorar a qualidade da sua assistência prestada.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo concluiu que os cuidados relacionados a manutenção das necessidades humanas básicas realizados por cuidadoras idosas aos seus familiares dependentes, apesar de ser um desafio, envolve muita dedicação, habilidade e amor.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, K.F. *et al.* **Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 20, n. 5, p.1321-1330, 2015.

AYALA, A. L. M; GALENDE, A.C.P.B.S; STOEBERL, F. R. **Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio.** Semina: Ciênc. Biol. Saúde, v. 37, n. 2, p. 25-38, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BENICIO, C. D. A. V. et al. **Fatores associados ao conhecimento de pacientes e cuidadores acerca do cateterismo vesical intermitente limpo:** revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, e03362, p.1-9, 2018.

BERTINI, G.S. **Sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes de um serviço de atenção domiciliar.** 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466,** de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016: **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

FIGUEIREDO, Ingrid Alves de; CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. **Mobilization in bed as therapeutic care to disease prevention: systematic literature review for a clinical protocol.** J of Specialized Nursing Care, [S.l.], v. 8, n. 1, june 2016.

GIACOMELLI, G. S. *et al.* **Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos.** Revista de Estudos Sociais, v. 18, n. 37, p. 164-181, 2016.

KLAUS, J. H., *et al.* **Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência.** Rev. bras. geriatr. gerontol., v.18, n.4 , p. 835-843, 2015.

LABEGALINI, C. M. G. *et al.* **Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes.** R. Enferm. Cent. O. Min. V.6, N. 1, 2016.

LADEIRA, J. S.; MAIA, B. D.'L. C.; GUIMARÃES, A. C. Principais alterações anatômicas no processo de envelhecimento. **O envelhecimento populacional um fenômeno**, Ed. Unoesc. p. 47, 2017.

LABEGALINI, C.M.G. *et al.* **Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes.** R. Enferm. Cent. O. Min. V.1, n.6, p.1994-2008, 2016.

LOURENÇO, R. A. *et al.* **Consenso brasileiro de fragilidade em idosos:** conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 12, n. 2, p. 121-135, 2018.

LUCCHESI, G. **Envelhecimento Populacional:** perspectivas para o sus. Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece, p. 43, 2017.

MARKLAND, A. D., *et al.* **Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey.** *Am J Gastroenterol.*, v. 108, n. 5, p. 796-803, 2013.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. da. **Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 309-320, 2016.

MORO, J. V.; CALIRI, M.H. L. **Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio.** *Esc. Anna Nery*, v.20, n.3, p. e20160058, 2016.

NAVES, L.K.; TRONCHIN, D. M. R. **Nutrição enteral domiciliar:** perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v:39, p.e2017-0175, 2018.

OLIVEIRA, A.S. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil.** *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

PEREIRA, L. M. P. **Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal** - minimização da Sobrecarga e prevenção de lesões musculoesqueléticas associadas ao cuidar. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde, 2018.

SAMPAIO, L. R. L. *et al.* **Pressure ulcer prevention: knowledge and actions of caregivers and home patients.** *J Health NPEPS*, v. 4, n. 2, p. 331-344, 2019.

SANTOS, W. P.*et al.* **Overburden on elderly caregivers who care for dependent elderl.** *Rev Cuid*, v. 10, n. 2, p.1-11. 2019.

SILVA, T. C. *et al.* **Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos:** implicações para a assistência de enfermagem. Aquichan, v. 15, n.1, p. 21-30, 2015.

VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. *et al.* **Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros.** Rev Andal Med Deporte, 2016.

# CAPÍTULO 11

## DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS: USO INAPROPRIADO ENTRE PACIENTES IDOSOS NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE – CE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 27/07/2020

### **Eugenia Cruz Justino**

Centro Universitário de Juazeiro do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/3276441089663076>

### **Poliana Moreira de Medeiros Carvalho**

Centro Universitário de Juazeiro do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/8079964978984198>

### **Cícero Diego Almino Menezes**

Centro Universitário de Juazeiro do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/4238126345585671>

### **Emanuela Machado Silva Saraiva**

Centro Universitário de Juazeiro do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/9143395514950680>

### **Helenicy Nogueira Holanda Veras**

Centro Universitário de Juazeiro do Norte,  
Centro Universitário Leão Sampaio e  
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do  
Norte  
<http://lattes.cnpq.br/2270999850887484>

### **Rogério de Aquino Saraiva**

Universidade Federal Rural de Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/6812072552819682>

### **Sâmia Macedo Queiroz Mota Castellão Tavares**

Centro Universitário de Juazeiro do Norte e  
Centro Universitário Leão Sampaio  
<http://lattes.cnpq.br/0111199944853713>

**RESUMO:** Pacientes idosos são potencialmente consumidores de medicamentos, o que aumenta

a possibilidade de fazer uso da automedicação. A desprescrição é uma das estratégias que tem sido muito empregada para reduzir a polifarmácia. As classes farmacológicas que estão envolvidas nesse contexto são os denominados medicamentos isentos de prescrição (MIPs), que embora sejam considerados seguros, são passíveis de interações importantes. O presente trabalho teve como objetivo contribuir para a saúde da população idosa, sendo realizada a desprescrição de medicamentos de uso inapropriado entre pacientes idosos no município de Juazeiro do Norte – CE. Tratou-se de um estudo prospectivo, com a utilização de um questionário que buscava identificar a polimedicação e verificar a necessidade da desprescrição. Participaram da pesquisa 15 pacientes (o número de pacientes teve que ser reduzido devido a Pandemia da Covid-19), a coleta dos dados aconteceu durante o período de novembro de 2019 a março de 2020, por meio de visitas domiciliares. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Juazeiro do Norte e aprovado com parecer número: 3.623.457. A maioria dos pacientes era do gênero feminino, com idade entre 60 e 89 anos. Obtivemos um resultado positivo para 60% dos pacientes que relataram diminuir ou cessar episódios que ocorriam regularmente com o uso concomitante dos MIPs e dos medicamentos de uso contínuo. A prática de desprescrição é uma ferramenta que vem sendo implantada e realizada, ganhando mais adeptos mediante os resultados positivos que estão sendo gerados.

**PALAVRAS - CHAVE:** Desprescrições. Polimedicação. Saúde do Idoso.

## DEPRESCRIBING MEDICINES: INAPPROPRIATE USE AMONG ELDERLY PATIENTS IN THE MUNICIPALITY OF JUAZEIRO DO NORTE – CEARA, BRAZIL

**ABSTRACT:** Elderly patients are potential consumers of medication, which increases the possibility of self-medication. Deprescribing is one of the strategies that has been widely employed to reduce polypharmacy. The pharmacological classes involved in this context are the so-called Over-the-Counter Drugs (OTC), which although they are considered safe, are subjected to important interactions. The present work aimed to contribute to the health of the elderly population, being performed the deprescribing is characterized as prospective, using a questionnaire that sought to identify the polymedication and verify the need for deprescribing. Fifteen patients participated in the survey (the number of patients had to be reduced due to the Covid-19 Pandemic). Data collection occurred from November 2019 to March 2020, through home visits. The study was submitted to the Ethics and Research Committee of the Juazeiro do Norte University Center and approved. Most patients were female, aged between 60 and 89 years. We obtained a positive result for 60% of patients who reported a decrease or cessation of episodes that occurred regularly with the concomitant use of OTC and continuous prescription drugs. The practice of deprescribing is a tool that has been implemented and performed, gaining more followers through the positive results that are being generated.

**KEYWORDS:** Deprescribing. Polymedication. Health of the Elderly.

### 1 | INTRODUÇÃO

Na legislação brasileira, é considerada idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade, pela primeira vez na história da humanidade, a maioria das populações podem esperar viver até os 60 anos ou mais. Dados prospectivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que até o ano de 2050, a população idosa passará dos atuais 12,5% para aproximadamente 30%. As fases da vida são consideradas bem distintas, sendo diferente a forma da manifestação de doenças, a intensidade, maneira de tratá-las e a capacidade de defesa do organismo.<sup>1,2,3</sup>

Essa população apresenta alto risco de complicações, como reações adversas aos medicamentos e interações medicamentosas devido às alterações fisiológicas que modificam a farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos. Aumentando à possibilidade da prática de automedicação, que consiste na seleção e ingestão de medicamentos com finalidade de cura de sintomas ou doenças autodiagnosticada pelo indivíduo. A prevalência e os fatores associados à automedicação em idosos vêm sendo investigados por meio de estudos epidemiológicos de base populacional.<sup>3,4,5,6</sup>

Essa prática é considerada um problema de saúde pública, apesar de o país possuir uma Política Nacional de Medicamentos, tem-se observado que a automedicação tem aumentado. Onde o ideal seria promover medidas educativas com os idosos a fim de minimizar essa prática, elucidando para os mesmos o que este hábito pode causar, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Uma dessas melhorias de qualidade de vida está relacionada ao uso de medicamentos, pois à medida que envelhecem os idosos são

potencialmente consumidoras de medicamentos. <sup>7,8</sup>

Prescrição de medicamentos para idosos é tarefa que requer planejamento e monitoramento, pois é um processo complexo pela apresentação atípica das doenças, múltiplas comorbidades e a susceptibilidade aumentada a reações adversas a medicamentos. Uma vez iniciado, muitos medicamentos são difíceis de retirada. Esse fator pode contribuir para a polifarmácia, que dois a cada três idosos são expostos a este cenário. <sup>9,10,11</sup>

A polifarmácia é comumente utilizada para significar o uso de três ou mais medicamentos. A crescente prevalência e extensão de polifarmácia entre pessoas idosas levaram a um campo emergente de pesquisa conhecido como “desprescrição”. A desprescrição tema que a cada dia ganha mais relevância é o processo de suspensão de um medicamento inapropriado, supervisionado por um profissional de saúde, com o objetivo de manejar a polifarmácia e melhorar desfechos. <sup>9,10,12</sup>

Os medicamentos isentos de prescrição (MIPs), que embora sejam considerados seguros, são passíveis de interações importantes e podem acarretar complicações futuras, como por exemplo, os AINEs que podem prejudicar a resposta farmacológica de outros medicamentos de uso contínuo, como os anti-hipertensivos. O paracetamol que pertence à classe dos analgésicos e antipiréticos é outro de venda livre, porém quando utilizado em tempo prolongado pode acometer o fígado com insuficiência hepática aguda e os rins com insuficiência renal. <sup>13,14</sup>

A desprescrição é uma das estratégias que tem sido muito empregada para reduzir a polifarmácia e, conseqüentemente, seus riscos associados. Medicamentos voltados para a desprescrição e intervenções são aqueles que não são sustentados por uma indicação atual, são inadequados, inconsistentes com os objetivos do tratamento do paciente e aqueles cujos efeitos colaterais reais superam os benefícios em potencial. <sup>11,15</sup>

Diante do exposto esse trabalho visa contribuir para a saúde da população idosa, sendo realizando a desprescrição de medicamentos de uso inapropriado entre pacientes idosos no município de Juazeiro do Norte – CE.

## 2 | METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi realizado uma pesquisa, tratando-se de um estudo prospectivo realizada no município de Juazeiro do Norte-CE. O município conta com 271.926 habitantes (IBGE, 2018) e situa-se na área central da Região Metropolitana do Cariri. Foi estudada uma porcentagem da população idosa do bairro São Miguel que fazem acompanhamento em uma Farmácia Universitária no município em questão, essa unidade foi escolhida mediante ser um local de estágio a qual o pesquisador tem contato.

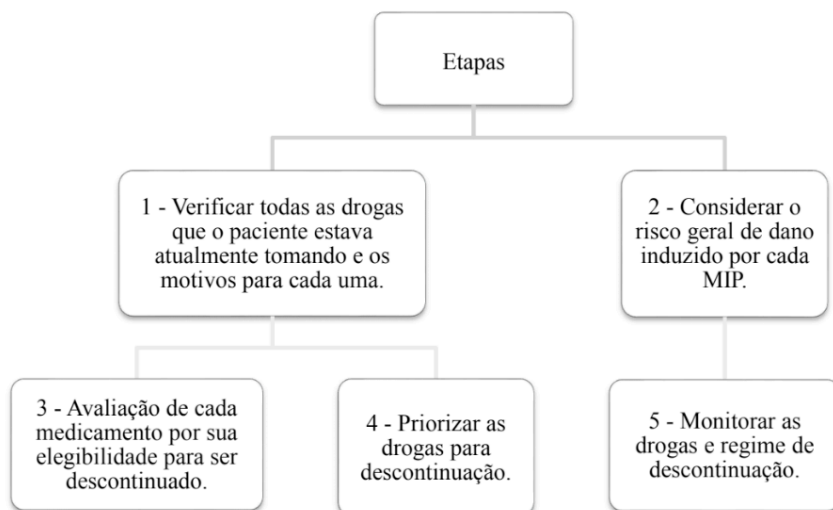
Foram considerados como critérios de inclusão, os idosos que realizam acompanhamento na Farmácia Universitária, os que fazem uso de medicamentos de uso contínuo, praticam a automedicação e excluídos os pacientes que faziam uso de menos de



três medicamentos.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Juazeiro do Norte e aprovado com parecer substanciado número: 3.623.457, em que foi desenvolvido em conformidade com as normas vigentes expressas na resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

A seleção da amostra foi realizada no período de outubro e novembro de 2019, sendo de maneira aleatória, utilizando a lista de pacientes acompanhados pela farmácia. A coleta dos dados foi realizada por meio de visitas domiciliares, no período de novembro de 2019 a março de 2020. Utilizando um questionário (Apêndice A) com perguntas relacionadas ao uso de medicamentos, aplicado e preenchido pelo próprio pesquisador. Através do questionário quando identificada a necessidade da desprescrição, foi realizado cinco etapas conforme contam no **Fluxograma 1**.



Fluxograma 1 – Etapas de realização da desprescrição.

Fonte: autoria própria

Limitações surgiram no decorrer do estudo as quais resultaram em uma diminuição no número de pacientes. A pandemia que se alastrou pelo mundo, chegando ao Brasil resultou na paralisação da pesquisa, tendo que ser encerrada em março de 2020, apesar dos resultados satisfatórios até esse período o ideal seria continuar fazendo o acompanhamento desses pacientes.

Os dados encontrados neste estudo foram organizados e apresentados em tabelas feitas através do Microsoft Word 2007®, de forma a esquematizar e facilitar o entendimento do leitor.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de um questionário, que buscava identificar no paciente da polifarmácia a necessidade da desprescrição (automedicação). Participaram da pesquisa 15 idosos do bairro São Miguel, em Juazeiro do Norte. A maioria era do gênero feminino, com idade entre 60 e 89 anos. Todos os pacientes possuíam doenças crônicas, onde oito possuíam diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, dois apresentavam hipertensão e dislipidemia, dois tinham diabetes mellitus tipo 2, três possuíam diabetes mellitus 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia **Tabela 1**.

Características	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	10	66,66
Masculino	5	33,33
<b>Idade</b>		
60 – 61	4	26,66
62 – 64	2	13,33
67 – 68	3	20,00
70 – 71	2	13,33
74 – 77	2	13,33
80 – 89	2	13,33
<b>Doenças</b>		
DM2/HAS	8	53,33
DM2/HAS/DISLIP	2	13,33
HAS/DISLIP	3	20,00
DM2	2	13,33

Tabela 1 – Distribuição das características dos participantes da pesquisa – Juazeiro do Norte/CE (2020).

Fonte: autoria própria

Foram identificados 26 fármacos diferentes, sendo as classes mais presentes: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, dislipidêmicos, antiinflamatórios não esteróides (AINEs) e inibidores da bomba de prótons expressos na **Tabela 2**. Apenas 9 pacientes relataram usar MIPs regularmente o que resultou em possíveis interações com os medicamentos de uso contínuo. As possíveis interações medicamentosas relatadas através do Drugs.com revelou que a maioria tinha gravidade moderada, sendo que em alguns casos foi identificada mais de uma interação conforme conta na **Tabela 3**. Um estudo realizado em uma farmácia na cidade de Erechim no Rio Grande do Sul revelou dados semelhantes a esse, pois, identificou que 13,9% dos pacientes apresentaram potenciais interações entre

<b>Pacientes</b>	<b>Medicamentos</b>
<b>P1</b>	Hidroclorotiazida; Losartana; Glimepirida; Ácido acetilsalicílico; Ibuprofeno; Dorflex.
<b>P2</b>	Hidroclorotiazida; Losartana; Sinvastatina; Tandene; Loratadina; Metoclopramida.
<b>P3</b>	Hidroclorotiazida; Losartana; Sinvastatina; Metformina; Tandene; Omeprazol; Bicarbonato.
<b>P4</b>	Hidroclorotiazida; Losartana; Sinvastatina; Metformina; Espironolactona; Captopril; Dimenidrinato; Ácido acetilsalicílico; Ibuprofeno.
<b>P5</b>	Hidroclorotiazida; Sinvastatina; Digoxina; Pantoprazol; Ibuprofeno; Meloxicam.
<b>P6</b>	Hidroclorotiazida; Metformina; Glimepirida; Paracetamol; Omeprazol; Tandene; Ácido acetilsalicílico.
<b>P7</b>	Losartana; Metformina; Ranitidina; Diclofenaco; Omeprazol; Ciprofloxacino;
<b>P8</b>	Hidroclorotiazida; Losartana; Alprazolam; Metformina; Paracetamol; Ibuprofeno; Ácido acetilsalicílico.
<b>P9</b>	Losartana; Metformina; Sinvastatina; Rivaroxabana; Levanlodipino besilato; Paracetamol; Ibuprofeno; Simeicona.

Tabela 2 – Medicamentos utilizados pelos pacientes da pesquisa – Juazeiro do Norte/CE (2020).

Fonte: autoria própria

<b>Pacientes</b>	<b>Interações Medicamentosas:</b>
<b>P1</b>	Ibuprofeno + Ácido acetilsalicílico + Losartana = pode reduzir os efeitos da losartana, esses medicamentos quando utilizados juntos podem afetar a função renal. Ibuprofeno + Ácido acetilsalicílico + Glimepirida = podem aumentar os efeitos da glimepirida e causar níveis muito baixos de açúcar no sangue.
<b>P2</b>	Tandene + Losartana + Hidroclorotiazida = efeitos aditivos na redução da pressão arterial, esses medicamentos quando utilizados juntos podem afetar a função renal. Tandene + Metoclopramida = podem aumentar os efeitos colaterais.
<b>P3</b>	Tandene + Losartana + Hidroclorotiazida = efeitos aditivos na redução da pressão arterial, esses medicamentos quando utilizados juntos podem afetar a função renal. Omeprazol + Hidroclorotiazida = pode causar às vezes hipomagnesemia.
<b>P4</b>	Dimenidrinato + Losartana + Hidroclorotiazida + Espironolactona = efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Ácido acetilsalicílico + Losartana = pode reduzir os efeitos do losartana na redução da pressão arterial, esses medicamentos quando utilizados juntos podem afetar a função renal.

<b>P5</b>	Ibuprofeno + Meloxicam + Losartana = efeitos aditivos na redução da pressão arterial, esses medicamentos quando utilizados juntos podem afetar a função renal. Ibuprofeno + Meloxicam = pode aumentar o risco de efeitos colaterais no trato gastrointestinal. Digoxina + Pantoprazol = podem aumentar os efeitos da digoxina.
<b>P6</b>	Tandene + Hidroclorotiazida = efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Omeprazol + Hidroclorotiazida = pode causar às vezes hipomagnesemia. Tandene + Ácido acetilsalicílico = pode aumentar o risco de desenvolver úlceras gastrointestinais e sangramento. Ácido acetilsalicílico + Tandene + Glimiperida = pode aumentar os efeitos da glimepirida e causar níveis muito baixos de açúcar no sangue.
<b>P7</b>	Diclofenaco + Losartana = efeitos aditivos na redução da pressão arterial.
<b>P8</b>	Ibuprofeno + Ácido acetilsalicílico + Losartana = efeitos aditivos na redução da pressão arterial.
<b>P9</b>	Ibuprofeno + Losartana = efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Ibuprofeno + Rivaroxabana = pode aumentar o risco de sangramento, incluindo hemorragia grave e às vezes fatal. Ibuprofeno + Levanlodipino besilato = pode causar aumento da pressão arterial.

Tabela 3 – Interações Medicamentosas – Juazeiro do Norte/CE (2020).

Fonte: Drugs.com

Mediante o achado principal que foi a desprescrição dos MIPs, obtivemos um resultado positivo para 60% dos pacientes que relataram diminuir ou cessar episódios que ocorriam regularmente com o uso concomitante dos MIPs e dos medicamentos de uso contínuo. Segundo Mourad, medicamentos como a dipirona podem dar a sensação de inofensividade, por serem isentos de prescrição, mas, como qualquer medicamento, os MIPs têm mecanismos de ação que merecem atenção. Como cada organismo tem suas particularidades, as pessoas reagem de formas distintas à ação desses medicamentos. De acordo com Silva a desprescrição, especialmente em pessoas idosas, reduz substancialmente desfechos clínicos negativos, como risco de quedas e hospitalização.

17, 18

Após a desprescrição todos os nove pacientes conseguiram estabilizar a pressão arterial. Os AINEs podem atenuar os efeitos anti-hipertensivos dos antagonistas dos receptores da angiotensina II. Além disso, os AINEs podem causar retenção de líquidos, o que também afeta a pressão sanguínea. Em oito dos nove pacientes conseguimos cessar as dores de cabeça severas e as tonturas frequentes que eram devido à pressão arterial descontrolada. Dois pacientes relataram a ausência de náuseas após a ingestão do medicamento de uso contínuo, o que antes ocorria regularmente.<sup>19</sup>

Os medicamentos que causam maléficos em longo prazo como o ibuprofeno e omeprazol foram retirados, não posso relatar a sintomatologia do paciente nesse momento,

pois não tenho nenhum exame bioquímico que comprove o efeito momentâneo da retirada desses MIPs, mas por conta da farmacologia e farmacodinâmica, com certeza no decorrer dos meses esses pacientes terão uma redução nos danos hepáticos. O uso concomitante de AINEs e diuréticos podem afetar adversamente a função renal devido à inibição dos AINEs da síntese renal de prostaglandinas, que ajudam a manter a perfusão renal em estados desidratados. O risco pode aumentar em pacientes com restrição alimentar de sódio.<sup>19</sup>

## 4 | CONCLUSÃO

Desprescrição é uma temática em construção e evolução a qual busca a melhoria de qualidade de vida dos idosos, eles são mais susceptíveis aos eventos adversos e interações medicamentosas, devido às alterações fisiológicas e a utilização de polifarmácia. O farmacêutico tem papel fundamental na análise de interações medicamentosas e dos MIPs, buscando identificar e prevenir os problemas relacionados aos medicamentos.

O principal achado que foi a retirada dos MIPs mostrou que pacientes acompanhados e monitorados por um profissional habilitado, conseguiram estabilizar o pico adequado da pressão arterial e cessar episódios de tontura e dores de cabeça tão comum quanto efeitos adversos. A prática de desprescrição é uma ferramenta que vem sendo implantada e realizada, ganhando mais adeptos mediante os resultados positivos que estão sendo gerados. A medida que novos estudos são publicados maiores informações são contempladas para enriquecer o entendimento nessa nova área.

Foram identificadas interações entre os medicamentos de uso contínuo as quais devem ser retiradas ou ajustadas pelo profissional médico daquele idoso acompanhando sempre o paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Dicas. Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, RG; 2017.
2. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2017.
3. Diniz JA, Carvalho PMM, Santos CT. Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. 1. ed. Juazeiro do Norte. Novas Edições Acadêmicas; 2018.
4. Muniz, Elaine Cristina Salzedas, et al. "Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar." *RevBrasGeriatrGerontol* 20.3 (2017): 375-87.
5. Barroso, Roberta, et al. "Automedicação em idosos de estratégias de saúde da família." *Revista de Enfermagem UFPE online* 11.2 (2017): 890-897.

6. Costa, Avelina Rodrigues, and Bruno Carnevale Miceli. "A FREQUÊNCIA E O RISCO DA AUTOMEDICAÇÃO POR IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CURVELO/MG." *Revista Brasileira de Ciências da Vida* 5.1 (2017).
7. Pereira, Francisco Gilberto Fernandes, et al. "Automedicação em idosos ativos." *Rev. enferm. UFPE online* 11.12 (2017): 4919-4928.
8. de França Silva, Bruno Tavares, et al. "O papel do farmacêutico no controle da automedicação em idosos." *Boletim Informativo Geum* 8.3 (2018): 18.
9. Linha guia saúde do idoso 2017. Secretaria de saúde do Paraná.
10. Simpósio Luso-Espanhol. Geriatria 2017 A idade e o conhecimento.
11. Page, A., Clifford, R., Potter, K. e Ethernon-Beer, C. (2018), Uma análise conceitual da prescrição de medicamentos em pessoas idosas. *J Pharm Pract Res*, 48: 132-148. doi: 10.1002 / jppr.1361.
12. Protocolos de desprescrição. Geriatria 2017.
13. Freitas, Denilson Barbosa. "influência dos anti-inflamatórios não esteroidais isentos de prescrição médica no tratamento da hipertensão arterial". *anais do coesa*. 2017.
14. VIEIRA, Ariane Lombarde, and Gustavo Galvão FRANÇA. "As consequências no consumo indiscriminado do paracetamol e orientação farmacêutica à promoção ao uso racional." *Revista Acadêmica Oswaldo Cruz. São Paulo* 6.6 (2015): 1-12.
15. Tegegn, Henok Getachew, et al. "Older patients' perception of deprescribing in resource-limited settings: a cross-sectional study in an Ethiopia university hospital." *BMJ open* 8.4 (2018): e020590.
16. PEDOTT, Leticia. "Análise da utilização de medicamentos isentos de prescrição por pacientes de uma farmácia da cidade de Erechim-RS." (2018).
17. Pignaton, Jorgiane Bolsanello, et al. "FALTA DE CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DA SOBRE OS RISCOS DOS MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE COMO O PARACETAMOL."
18. Silva, Gisele Maria dos Santos. "O papel do farmacêutico na desprescrição da farmacoterapia em pacientes idosos." (2019).
19. Drugs.com [Internet]. Verificador de interações em Drugs.com; 1996-2020 [acessado em 27 de maio 2020] Disponível em: [https://www.drugs.com/drug\\_interactions.html](https://www.drugs.com/drug_interactions.html)

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 09/07/2020

### **Maria Caroline Galiza de Moraes**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/6821054529904278>

### **Bianca Gonçalves Wanderley**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/4540629749259343>

### **Edmilson Montenegro Fonseca**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/2897930469169388>

### **Hilda Maria Silva Lopes Gama**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/0840736375454697>

### **Renata Raphaela Barbosa do Nascimento Fonseca**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/4528632208250872>

### **Talita Barbosa Minhoto**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/1015391124410714>

### **Klenia Felix de Oliveira Bezerra**

Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba (FCM). Cabedelo- Paraíba.  
<http://lattes.cnpq.br/5257656898266540>

**RESUMO:** Dentro da Estratégia Saúde da Família à atenção primária à saúde é considerada a principal porta de acesso aos diferentes serviços de saúde. Os profissionais das unidades de saúde da família desempenham um papel importante principalmente na educação em saúde. O objetivo do estudo é analisar as produções científicas acerca da educação em saúde e suas fragilidades na atenção primária em saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura realizada nas fontes das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde no período de 2014 a 2019. A amostra final contou com 24 artigos. Observou-se que são realizadas diversas ações nos três níveis de gestão do SUS no Brasil, principalmente com ações concretas relativas à projetos de educação em saúde, realizadas pelos profissionais das próprias unidades de saúde da família. Concluiu-se que ainda existem falhas em determinadas ações isoladas de educação e que é preciso investir na formação profissional, desde o momento da graduação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação. Saúde. Atenção primária. Usuário.

### HEALTH EDUCATION IN PRIMARY HEALTH CARE

**ABSTRACT:** In the Health Family's Strategy the primary health care attention is considered the most usual access to different health services. The health family's unity professionals redeem an important function, mainly in health education. The purpose of this review is to analyze the scientific productions about health education and their fragilities around the primary health care attention. It is a literature bibliographic review

fulfilled in the source of the data bases of de Virtual Health Library during the period from 2014 to 2019. The final sample contains 24 articles. It was observed that are performed different actions in the three levels of HUS management in Brazil, especially with concrete actions related to health education projects, accomplished by the health family's unity own professionals. It was concluded that still are flaws in determinate education isolated actions and it is needed to invest in professional formation, ever since the graduation.

**KEYWORDS:** Education. Healthy. Primary attention. User.

## 1 | INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é a porta principal de acesso da população aos serviços de saúde, nas áreas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, realizadas a partir dos profissionais das unidades de saúde da família (USF) da Estratégia Saúde da Família (ESF). A APS é reconhecida como uma junção de serviços e ações que vão além da prática clínica. Ela retrata um modelo considerado assistencialista no que se refere ao trabalho em equipe, conexão entre a comunidade e os profissionais e também, a participação da comunidade, tendo como base as práticas de cuidado, democráticas e de gestão, além das práticas participativas (TESTON, 2018; VINCHA *et al.*, 2017).

As características que circunscrevem à atenção básica dizem respeito a: continuidade da assistência, prática clínica e educativa, acessibilidade, integralidade, vínculo e responsabilização integrada com as políticas de saúde e os outros níveis de atenção (MENDES; CARVALHO, 2015). A atenção básica expandiu-se através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que buscava romper com o modelo tradicional e biologicista de cuidado anterior. Este novo modelo, por atuar em um território bem delimitado, com assistência e restrição de maneira longitudinal no que se refere à população, ocasionava melhor acesso. Esse acesso universal facilitaria às conduções acerca do estilo de vida saudável e fortaleceria a prevenção tanto das doenças crônicas como das transmissíveis (KESSLER *et al.*, 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de uma perspectiva organizacional de atenção considerada universal tem o entendimento de que a saúde se refere a um método que se produz de maneira social inserida em uma rede que oferece serviços de saúde a partir de um ideal humanizado (BULGARELLI *et al.*, 2014).

Assim, com o intuito de fortalecer as estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada em 2006, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNP). Essa política visa integrar culturas, territórios e necessidades, para gerar qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades de riscos à saúde. Ela atua valorizando a atuação e controle, no âmbito social, na gestão de políticas voltadas ao meio público, e também a informação, educação e promoção em saúde. Ainda, esta política não segue o modelo biomédico de explicação do processo-saúde doença, ou seja, apresenta visão mais ampliada de promoção em saúde, vendo o paciente como um todo, analisando o contexto biológico, social, psicológico e



espiritual e não apenas a doença que está acometendo no paciente (REIS; SILVA; WONG UN, 2014).

Dentro das atividades realizadas pela APS, destaca-se a educação em saúde. Ela é vista como um instrumento imprescindível na unidade básica de saúde, porque gera a criação tanto de saberes como de práticas baseadas na prevenção e promoção da saúde (RODRIGUES; QUARESMA; MONTEIRO, 2015).

O processo que abrange atividades educativas inclui o usuário de cada comunidade específica, com o intuito de debater junto aos profissionais da saúde, acerca de assuntos pertinentes para o conhecimento é denominado educação em saúde. Esse tipo de prática gera o compartilhamento de saberes a partir de três atores essenciais: gestores, população e profissionais de saúde (BEZERRA *et al.*, 2018). Mas, para que as práticas de educação em saúde aconteçam da melhor forma, é necessário que os profissionais estejam capacitados para oferecerem informações adequadas no que se refere às problemáticas envolvidas no seio da atenção básica, para que assim possa acolher as necessidades dos usuários (BEZERRA *et al.*, 2018).

Neste contexto, justifica-se a realização desta pesquisa, a fim de tornar público as fragilidades da educação em saúde e sua repercussão na morbidade nacional. Destaca-se ainda à escassez de estudos brasileiros que fazem a avaliação das ações de prevenção e promoção da saúde, quanto à sua efetividade sob o aspecto do usuário. A partir desta problemática levantou-se o seguinte questionamento: Quais as principais fragilidades que giram em torno da educação em saúde na atenção primária? O presente estudo teve como objetivo analisar as produções científicas acerca da educação em saúde e suas fragilidades na atenção primária em saúde.

## 2 | METODOLOGIA

O estudo em questão caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, do tipo revisão bibliográfica da literatura. Foi realizado a partir de documentos pesquisados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

A escolha do tema Educação em saúde na atenção primária à saúde ocorreu em setembro de 2019, quando disparou a busca por fontes de informação. O primeiro passo foi localizar os descritores através das palavras chaves: educação em saúde, saúde, atenção primária e atenção secundária. Em seguida, as palavras-chaves foram combinadas com os operadores booleanos: “educação em saúde” AND “saúde” AND “atenção primária” AND NOT “atenção secundária”. O resultado revelou um total de 24.022 fontes.

Na segunda busca, foi realizado o refinamento das fontes, a partir dos seguintes critérios de inclusão: texto completo disponível online, assunto principal (educação em saúde), país como assunto (Brasil), idioma (português), tipo de documento (artigo), publicado no intervalo de janeiro de 2014 a agosto de 2019. Foram encontrados 44 artigos.

No terceiro momento, os 44 artigos elegíveis foram lidos em seu título e resumo e foram excluídos aqueles que fugiam ao tema e os que estavam em duplicidade. Foram retirados onze duplicatas e nove artigos que não se relacionavam ao tema, visto que abordavam os seguintes assuntos: programa mais médicos (1), tecnologia da informação (1), recurso pedagógico para formação do dentista (1), alunos de graduação (1), qualificação e o provimento de médicos (1), opiniões das agentes comunitárias de saúde sobre o valor do registro de informações (1), percepções de estudantes (1), PNAB (1), percepção de médicos sobre hanseníase (1).

O corpus amostral do estudo contou com 24 artigos, que foram lidos em sua integralidade e organizados em planilhas do Microsoft Word, para análise temática.

### 3 | DESENVOLVIMENTO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com uma proposta de transformar e reorganizar a saúde brasileira, principalmente no que diz respeito à atenção primária à saúde (APS). É um meio relevante para atingir a universalidade de acesso no que se refere às ações envoltas no território, devido ao seu aspecto de trabalho em Rede de Atenção à Saúde, bem como ferramenta essencial para instituir o vínculo entre a população e os profissionais. O SUS é considerado como o ator principal e social em produção de ações de saúde continuada e, os profissionais envolvidos nestas ações, são peças fundamentais para a construção do mesmo. (LOPES; LABEGALINIL; BALDISSERA, 2017; RAIZEL *et al.*, 2016).

Ainda, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um espaço com excelente oferta de conhecimento e oportunidades para o futuro profissional. O momento de vivência no SUS valoriza e enriquece a formação de profissionais e estudantes, devido a ampla vivência e aprendizado obtidos durante a rotina (BULGARELLI *et al.*, 2014). É fundamental o destaque da Educação Permanente em Saúde (EPS), como meio fundamental para assegurar o trabalho direcionado ao cuidado de maneira humanizada e integrado, no que tange à prática de saúde. (LOPES; LABEGALINIL; BALDISSERA, 2017).

Para real efetivação da Estratégia de Saúde da Família e para realização do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, faz-se necessário uma educação permanente em saúde. Esse tipo de educação cria um ambiente de aprendizagem coletiva, que apresenta resultados na produção, na formação, na subjetividade e trabalho, sempre com objetivo de enfrentar e resolver problemas. Pesquisas revelam que o processo educativo não acontece em 40% delas, prejudicando a assistência oferecida à comunidade, já que a comunicação e escuta não estão acontecendo, tal situação proporciona dificuldade na execução do trabalho em equipe. Neste sentido, é fundamental promover uma melhor qualidade de assistência, tornando importante a escolha de bons temas nos projetos de educação permanente, considerando a real situação vivenciada no dia a dia do trabalho

das equipes (ALVES *et al.*, 2014).

O analfabetismo é um problema em vários países em desenvolvimento no mundo, existem aproximadamente cerca de 774 milhões de pessoas incapazes de ler e de escrever, e 72% dessas pessoas são de dez países, incluindo o Brasil. Os níveis de analfabetismo podem impedir a capacidade do usuário de lidar com seu próprio tratamento e gerenciar sua saúde. Esses números não atingem só os usuários do SUS, mas também os profissionais de saúde no Brasil. O nível de analfabetismo funcional pode afetar a performance e a qualidade do serviço dos cuidadores de idosos. Esse analfabetismo funcional pode influenciar o uso e a leitura das prescrições e das dosagens de medicações, podem ainda influenciar na capacidade de reconhecer sinais adversos ou falhas nas terapias e nos tratamentos e podem aumentar significativamente os custos (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Não só o nível educacional pode ser considerado uma barreira na prática de educação, mas muitas outras barreiras, a exemplo de algumas enfrentadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na tentativa de proporcionar atividades educativas para a população, os ACS enfrentam a falta de recursos humanos, falta de materiais nas unidades onde trabalham e dificuldades para atender os usuários, ou seja, a falta de instrumentos de trabalho. Além dessas dificuldades, acrescenta-se o analfabetismo funcional de alguns usuários (DAVID, 2017).

Faz-se necessário ir em direção oposta da falta de recursos, pois estratégias educativas e processos avaliativos são essenciais, para que possam colocar os atores em uma posição de reciprocidade sem alterar o papel de educador dos profissionais desta forma. Destaca-se a necessidade que no planejamento dos grupos da atenção básica, o incentivo financeiro e a educação permanente (VINCHA *et al.*, 2017).

Os tratamentos de patologias crônicas, que são as doenças de maior ocorrência na atenção primária à saúde (APS) têm menor adesão do paciente, uma vez que a terapia exige um grande comprometimento do usuário. Muitas vezes, apenas uma mudança no estilo de vida, faz-se necessária para que se obtenha sucesso no tratamento. É nessa perspectiva que entram as ações de promoção, educação em saúde e prevenção de doenças, juntando esforços, para proporcionar algumas mudanças de comportamento. A educação em saúde nesse tipo de paciente é primordial para controlar os níveis da pressão arterial e da glicemia, por meio de mudanças de hábitos diários. Essas mudanças são favoráveis para qualidade de vida e redução de complicações das doenças crônicas (XAVIER *et al.*, 2015).

Acredita-se que ainda existem falhas na estruturação das políticas públicas de saúde, o que aborda quantitativamente e qualitativamente o desenvolvimento de ações educativas na APS. Tal constatação é evidenciada pela implantação de uma assistência ao usuário com Diabetes Mellitus e Hipertensão, visto que ainda apresenta vários dogmas e fragilidades no modelo de assistência, tal situação fragiliza as boas práticas no processo cuidado. Nessa perspectiva, cabe a figura do enfermeiro o direcionamento na condução do

cuidado (TESTON, 2018).

Na atenção primária, o enfermeiro tem como função de gerenciar o bom funcionamento da unidade de saúde, bem como promover cuidados essenciais, através de consultas individuais e coleta de exame citopatológico. O programa de controle do câncer de colo de útero visa a estimular a reflexão sobre o uso de preservativos e a assistência na promoção e prevenção da doença, facilitando o direito do serviço da saúde da mulher na atenção primária (CORREIO *et al.*, 2015).

O enfermeiro, através do emprego da clínica ampliada consegue ainda incluir os deveres e avaliação do risco, além de ajudar na detecção precoce de problemas gestacionais e, faz com que a usuária gestante receba um acompanhamento e atendimento adequado, minimizando assim os riscos de complicações obstétricas e promovendo uma melhor qualidade de vida e vínculo entre a mãe e a criança (PIO; OLIVEIRA, 2014).

Outra importante atividade realizada pela enfermeira e que atua como um excelente instrumento de educação em saúde é o planejamento familiar. Apesar das fragilidades no planejamento familiar realizado no Brasil, destaca-se a aceitação da equipe e dos profissionais de saúde pela comunidade. O planejamento é um facilitador para estabelecer a construção de uma ponte de conhecimentos compartilhados (BEZZERA *et al.*, 2018).

As atividades educativas realizadas pelos enfermeiros da atenção básica remetem primordialmente às orientações que eles prestam aos usuários da unidade. As educação em saúde vai desde a promoção da saúde, a prevenção e o controle de agravos, o autocuidado, até as orientações técnicas acerca de procedimentos. Apesar da educação em saúde da enfermeira primária apresentar várias fragilidades, vale a pena destacar as boas práticas e reconhecer casos de sucesso (ACIOLI *et al.*, 2014).

Outros profissionais também podem contribuir com o processo de educação permanente na APS. A intervenção nutricional, realizada pelo nutricionista e prática regular de exercícios físicos, pelo educador físico, podem contribuir bastante na mudança dos hábitos. O Programa Academia da Saúde (PAS) surgiu como uma proposta de governo de ampliar e garantir o acesso à população às práticas de saúde e as mudanças no estilo de vida. Ele teve impacto positivo sobre o perfil alimentar e antropométrico dos usuários, enfocando a importância de melhorar as ações realizadas nos serviços de saúde sobre esse assunto. As ações realizadas no PAS mostram eficácia na promoção de modos saudáveis de vida. Há necessidade de mais profissionais habilitados para desenvolverem essas ações (DEUS *et al.*, 2015).

O Programa Mais Médicos (PMM) é reconhecido como uma proposta de governo para garantir atendimento as populações que apresentam escassez de médicos. Ele garante assistência médica, universal e com qualidade aos serviços de saúde, com o fim de fortalecer ainda mais a saúde pública. O PMM também utiliza da educação em saúde como ferramenta de cuidado à saúde. As atividades educacionais são realizadas e monitoradas por um supervisor, que incentiva na identificação das dificuldades, fortalecendo

o processo educacional de forma libertadora e transformadora de toda e qualquer realidade (RODRIGUES; QUARESMA; MONTEIRO, 2015).

No entanto, mesmo diante de tantos progressos na assistência e cuidado à saúde pública, observam-se ainda dificuldades e fragilidades na educação em saúde, principalmente na APS. Pesquisas apontam que existe um déficit em relação ao acolhimento do paciente, mesmo diante da relação de vínculos criados neste nível de atenção à saúde. Com isso, faz-se necessário uma mudança no processo de acessibilidade e acolhimento do usuário. É preciso não só envolver os aspectos individuais biopsicossociais, mas é preciso fortalecer o laço entre o paciente, o profissional e o serviço (ANDRADE *et al.*, 2016).

Para que seja possível transpor esses resultados é preciso começar a valorizar o melhoramento das habilidades de comunicação ao longo dos cursos de graduação, em especial da graduação em Medicina. É importante aperfeiçoar o compromisso com a educação permanente em saúde, na tentativa de atingir a socialização de conhecimento, elaborado o compromisso com a responsividade social. Depois de consolidado o vínculo entre médico e equipe, o trabalho fornecido à população do território se torna mais atuante, verificado na interação entre as equipes e no atendimento mais humanizado (VILLELA *et al.*, 2017).

As inovações são necessárias para que práticas educativas sobressaiam as rotinas diárias de atendimento fragilizado, fragmentado, caracterizados no modelo biomédico. É preciso incentivar a integralidade e a participação priorizada nos encontros nacionais e internacionais, empregando a promoção da saúde e a Educação popular em nossas leis e políticas públicas (REIS; SILVA; WONG UN, 2014).

A Educação Popular também pode influenciar para que a Estratégia Saúde da Família siga na direção de executar o que foi conferido pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Uma dessas atribuições é modificar o modelo assistencial e dar ênfase ao ser humano e não apenas à doença e seus procedimentos de cura. A comunidade e profissionais precisam agir em conjunto para que essas mudanças sejam efetuadas (PRADO; SALES; NOMIYAMA, 2014).

Na verdade, o conhecimento em saúde é construído através do processo de mediação social que acontece no dia a dia da prática profissional do ACS. Mas também precisa inserir os demais profissionais de saúde, considerando seu direito a formação profissional de qualidade, melhores condições de trabalho, a sua relevância como educador popular na AB (DAVID, 2017). Segundo Kessler *et al.* (2018), faz-se necessário refletir sobre o processo de educação permanente na atenção básica, que ainda está muito alicerçado na influência do modelo biomédico de assistência à saúde, ou seja, no indivíduo. É preciso sair da figura do corpo e antes determinar o perfil epidemiológico, identificar os problemas de saúde da população local, dar maior atenção ações educativas e de promoção da saúde, para que ocorram melhorias no trabalho e nas atividades intersetoriais.

A educação permanente em saúde, através da realização de atividades educativas,

também é vista como uma excelente estratégia para melhorar a gestão. Estudos revelam que alguns problemas relacionados com o controle da dengue, foram resolvidos apenas com a reorganização das prioridades na assistência do sistema de saúde dos municípios. Pesquisadores demonstraram que não deve haver a fragmentação dos serviços de controle de endemias entre agentes comunitários de saúde e os agentes de combate à endemias (ACE). Todos os agentes devem ser apresentados com mais cuidado à saúde, para além do problema em si, para que alcancem melhores condições trabalhistas e melhor rentabilidade no trabalho (CESARINO *et al.*, 2014).

Na verdade, para que a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a humanização na Atenção Básica sejam efetivadas há um grande desafio, que é estimular as equipes e os profissionais envolvidos no cuidado à saúde a melhorarem a reflexão e a construção em coletividade. Tal conquista motivará a estabilização da Política Nacional de Humanização (PNH) e as outras políticas relacionadas a saúde que necessitam de mudanças no modelo de trabalho (LOPES; LABEGALINIL; BALDISSERA, 2017).

Há uma necessidade de evoluir no acolhimento, processo comunicativo e qualidade das informações prestadas ao usuário. A qualidade das informações quando realizada sem qualidade, pode causar diminuição na absorção e adesão às propostas de higiene implementada e retratada pela equipe multiprofissional e determinada como deficiência. O cuidado com o corpo é essencial para que a temática imposta pela equipe seja entendida pela família e pelo paciente. Muitas vezes não é percebido o quanto é importante a boa comunicação e relação da equipe com o paciente para a construção do conhecimento e adesão aos projetos impostos (AGUIAR JUNIOR; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2015).

Por fim, é importante considerar o entendimento dos profissionais de saúde sobre o processo educativo e a responsabilidade com o tema envolvido, já que a educação permanente envolve caminhos para atingir novos conhecimentos e formas de envolvimento e desenvolvimento das atividades, a partir do dia a dia do serviço e da realidade dos usuários, além de melhorar a pedagogia do serviço. Há uma maior importância em ampliar o olhar dos profissionais de saúde, instituição e usuários para entender melhor os grupos educativos sobre os temas envolvidos pela equipe (BOTELHO *et al.*, 2016).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção primária à saúde (APS), como porta principal de acesso popular aos serviços públicos da área, que abrange e realiza várias atividades, dentre elas, a educação em saúde, não é tão eficiente quanto se pensa, visto que o processo educativo não acontece todas as unidades de saúde da família.

Com isso, as fragilidades que circundam a educação em saúde no Brasil decorrem de fatores como: o analfabetismo do usuário, que podem limitar o entendimento e impactar no seu próprio tratamento; os ACS e demais profissionais de saúde, que enfrentam a falta

de recursos humanos e materiais nas UBS que atuam, fragilizando assim a realização do trabalho. Na verdade, as falhas que envolvem as ações educativas na APS são decorrentes da estruturação das políticas públicas de saúde.

Ademais, outra fragilidade observada diz respeito às práticas no processo de cuidado, principalmente ao programa de assistência ao usuário com Diabetes Mellitus e Hipertensão. Observou-se que o enfermeiro é quem atua como agente cuidador nesses casos. Ele tem por função realizar suas consultas individuais, realizar o planejamento familiar e exames citopatológicos, bem como ainda gerenciar o bom funcionamento da UBS. O enfermeiro assume papéis que poderiam ser melhor realizados se fossem distribuídos com outros profissionais de saúde. Já no que diz respeito aos projetos de educação em saúde, não só a enfermagem atua nesses processos, mas também nutricionistas e educadores físicos.

Valendo salientar que mesmo com a existência de programas federais de saúde que beneficiam a população de forma universal e integral, ainda são observadas algumas fragilidades, a exemplo do déficit ao acolhimento do paciente. O acolhimento bem feito evitaria a sobrecarga nos demais setores da rede bem como reduziria o aumento na ocorrência de óbitos e internações por DCNT. O foco está em melhorar o modelo de cuidado não só biopsicossocial, mas com o estreitamento da relação entre o profissional e o usuário.

Portanto, para melhorar o comportamento e a humanização dos profissionais que atuam na atenção primária é preciso atuar já nas graduações dos cursos. É imprescindível ainda que ocorram aperfeiçoamentos de rotina para os profissionais de saúde no trabalho, para que tenham acesso às inovações nas práticas educativas e, ampliem o olhar sobre o cuidado aos usuários dos SUS.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al.* **Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica.** Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014.

AGUIAR JUNIOR, V. S. A de; OLIVEIRA, A. M.; ARAÚJO, L. C. A. **Higiene e saúde mental: o cuidado com o corpo na intervenção clínica de um CAPSI.** J. res.: fundam. care. online, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2582-2590, abr./jun. 2015.

ALMEIDA, K. M. V. *et al.* **Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people.** Dement neuropsychol, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 180-186, abr./jun. 2019.

ALVES, M. R. *et al.* **Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais.** Journal of research fundamental care online, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 882-888, jul./set. 2014.

ANDRADE, R. P. S. *et al.* **Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose.** Revista online de pesquisa: cuidado fundamental, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4857-4863, jul./set. 2016.

BEZERRA, I. N. M. *et al.* **Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência.** *Ciência plural*, Natal, v. 4, n. 3, p. 82-90, abr./jun. 2018.

BOTELHO, F. C. *et al.* **Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1889-1898, abr. 2016.

BULGARELLI, A. F. *et al.* **Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepção de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.** *Interface*, São Paulo, v. 18, n. 49, p. 351-362, mar. 2014.

CESARINO, M. B. *et al.* **A difícil interface controle de vetores - atenção básica: inserção dos agentes de controle de vetores da dengue junto às equipes de saúde das unidades básicas no município de São José do Rio Preto, SP.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23, n.3, p.1018-1032, set. 2014.

CORREIO, K. D. L. *et al.* **Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo.** *Journal of research fundamental care online*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 2425-2439, abr./jun. 2015.

DAVID, H. M. S. L. **O papel do agente comunitário de saúde do fortalecimento da educação popular em saúde.** *J. res.: fundam. care. online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 371-378, abr./jun. 2017.

DEUS, R. M. *et al.* **Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa Academia da Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1937-1946, jun. 2015.

KESSLER, M. *et al.* **Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Rio Grande do Sul, Brasil.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-12, jun. 2018.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINIL, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. **Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica.** *Revista Enfermagem UFRJ*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-7, nov. 2017.

MENDES, V. M.; CARVALHO Y. M. **Sem começo e sem fim... com as práticas corporais\* e a Clínica Ampliada.** *Interface*, São Paulo, v. 19, n. 54, p. 603-613, jul./set. 2015.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M de. **Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal Saúde.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 313-324, mar. 2014.

PRADO, E. V.; SALES, S.; NOMIYAMA, S. **Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil.** *Interface*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 1441-1452, jan./dez. 2014.

RAIZEL, R. *et al.* **Comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá.** *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 291-299, abr./jun. 2016.



REIS, I. N. C.; SILVA, I. L. R.; WONG UN, J. A. **Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil.** Interface, São Paulo, v.18, n. 2, p. 1161-1174, jan./dez. 2014.

RODRIGUES, C. C. P.; QUARESMA, M. S. M.; MONTEIRO, R. C. **Educação em saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil: O papel do supervisor no processo educacional.** Tempus Actas de saúde coletiva, Brasília, v. 9, n. 4, p. 151-158, dez. 2015.

TESTON, E. F. **Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o Diabetes Mellitus.** Rev Bras Enferm, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2735-2742, jun. 2018.

VINCHA, K. R. R. *et al.* **“Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-12, set. 2017.

VILLELA, E. F. M. *et al.* **Educação em saúde: agentes comunitários de saúde e estudantes de medicina no controle da dengue.** Recis revista eletrônica de comunicação informação & inovação em saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2017.

XAVIER, S. Q. *et al.* **Grupos de educação em saúde: aproximação da população masculina à unidade básica de saúde.** J. res.: fundam. care. online, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2372-2382, abr./jun. 2015.

# CAPÍTULO 13

## ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS LESÕES POR ENVENENAMENTO COM SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO ESTADO DO TOCANTINS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

### **Caio Willer Brito Gonçalves**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0002-8828-8277>

### **Gleiziane Sousa Lima**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0002-0487-2709>

### **Dário Luigi Ferraz Gomes**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0003-3976-457X>

### **Adir Bernardes Pinto Neto**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0001-6572-8527>

### **Kelvin Hamim José Feitosa Reis**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0001-9656-983X>

### **Klícia Martins Reis**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0001-9306-6719>

### **Ellica Cristina Cruz Oliveira**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0002-4240-5992>

### **Ana Vitória Souza Corrêa**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0001-8675-2657>

### **Mateus Vieira Gama**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0003-1089-184X>

### **Carolinne Machado Marinho**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0002-5119-0831>

### **Maria Gabriela Leme de Oliveira**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0002-9623-7867>

### **Julyana Pereira de Andrade**

Universidade de Gurupi.  
Gurupi-Tocantins  
<https://orcid.org/0000-0002-5968-6452>

**RESUMO:** Eventos causados por substâncias químicas como agentes cáusticos e venenos, são muito agressivos, sendo considerados graves. O dano causado no tecido devido à ação da substância química é progressivo, uma vez que o agente continua a agir até a sua completa retirada da lesão. Diante da importância e gravidade dos eventos ocasionados por agentes químicos e físicos, o presente estudo tem como objetivo analisar a incidência de lesões e envenenamento por esses agentes no estado do Tocantins. Estudo epidemiológico, transversal,

retrospectivo e descritivo, com apresentação quantitativa, realizado a partir da coleta de informações disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, do período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019. Foram notificados 11.494 casos de lesões por envenenamentos, com prevalência do sexo masculino com 72% dos casos e etnia parda com ¼ do total de casos. Em relação à mortalidade por faixa etária houve destaque para os acima de 80 anos com 25% do número de óbitos. Observou-se que 82% dos atendimentos foram em caráter de urgência, sendo a maior taxa de internação na região do Capim Dourado, com 27% dos casos. O perfil dessas lesões no estado do Tocantins apresenta-se com elevada incidência. Observou-se nesse estudo, dados importantes para o poder público delinear o aperfeiçoamento de estratégias e ações a fim de garantir o diagnóstico, tratamento e prevenção adequados para a população do estado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Substâncias Tóxicas; Saúde Pública; Epidemiologia.

## EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF INJURIES BY POISONING WITH LAW AND ILLEGAL SUBSTANCES IN THE STATE OF TOCANTINS

**ABSTRACT:** Events caused by chemical substances such as caustic agents and poisons, are very aggressive, being considered serious. The damage caused to the tissue due to the action of the chemical substance is progressive, since the agent continues to act until its complete removal from the lesion. Given the importance and severity of the events caused by chemical and physical agents, the present study aims to analyze the incidence of injuries and poisoning by these agents in the state of Tocantins. Epidemiological, cross-sectional, retrospective and descriptive study, with quantitative presentation, carried out based on the collection of information available at the Informatics Department of the Brazilian Unified Health System, from January 2009 to December 2019. 11,494 cases of injuries were reported due to poisoning, with male prevalence with 72% of cases and mixed race with com of the total number of cases. Regarding mortality by age group, there was an emphasis on those over 80 years old with 25% of the number of deaths. It was observed that 82% of consultations were on an urgent basis, with the highest rate of hospitalization in the Capim Dourado region, with 27% of cases. The profile of these lesions in the state of Tocantins has a high incidence. It was observed in this study, important data for the public power to outline the improvement of strategies and actions in order to guarantee the adequate diagnosis, treatment and prevention for the population of the state.

**KEYWORDS:** Toxic Substances; Public Health; Epidemiology.

## 1 | INTRODUÇÃO

Todas as atividades do ser humano envolvem riscos, cuja incidência pode vir a ser de menor ou maior gravidade, dependendo das suas características específicas. Assim, o risco pode ser definido como a possibilidade de ocorrência de um perigo, capaz de causar dano ou lesão (MARINELLI; POSSO; FILHO, 2014).

Eventos causados por substâncias químicas como agentes cáusticos e venenos, são muito agressivos, sendo considerados graves. O dano causado no tecido devido a ação da substância química é progressivo, uma vez que o agente continua a agir até a

sua completa retirada da lesão. Assim, quanto menor o tempo de contato entre o produto químico e a pele, menor será o dano causado ao tecido (MESCHIAL et al., 2017).

O termo agentes físicos é comumente usado para descrever um grupo de fontes de energia que têm a capacidade de causar ferimentos ou doenças. Exemplos de agentes físicos incluem ruído, vibração, radiação eletromagnética, eletricidade e temperaturas extremas (REZENDE, 2003).

Diante da importância e gravidade dos eventos ocasionados por agentes lícitos e ilícitos, o presente estudo tem como objetivo analisar a incidência de lesões e envenenamento por esses agentes no estado do Tocantins, uma vez que o conhecimento e dados a cerca desse agravo de saúde são escassos, contribuindo para melhorar a informação sobre a potencialidade dos eventos e prevenção de suas ocorrências.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo e descritivo, com apresentação quantitativa, realizado a partir da coleta de informações disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

Os critérios para inclusão no estudo foram os casos notificados de lesões, envenenamentos e algumas outras causas externas na amostra de janeiro de 2019 até dezembro de 2019. Foram utilizados somente dados livres, sem necessidade de solicitação de permissão. Dessa forma, não houve a necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos, segundo a Lei N° 466/2012, por se tratar de dados já previamente publicados.

As variáveis analisadas foram casos notificados no Tocantins como número de óbitos, número de internações, sexo, faixa etária, cor e raça, regiões de saúde Comissão Intergestores Regional (CIR), caráter de atendimento e taxa de mortalidade. Os dados foram encaminhados para os programas Microsoft Excel 2013 que permitiu a análise estatística descritiva do estudo.

## 3 | RESULTADOS

No período da amostra estudada, de acordo com o SINAN, no estado do Tocantins foram notificados 11.494 casos de lesões por envenenamentos. Os dados mostram prevalência para o sexo masculino, com cerca de 72% dos casos, já a população feminina está com os 28% restantes.

No quesito óbitos por faixa etária, a distribuição mostra que a população acima dos 80 anos é a mais acometida com mortes, com 25% do número de óbitos. Dados apresentados na figura 1.

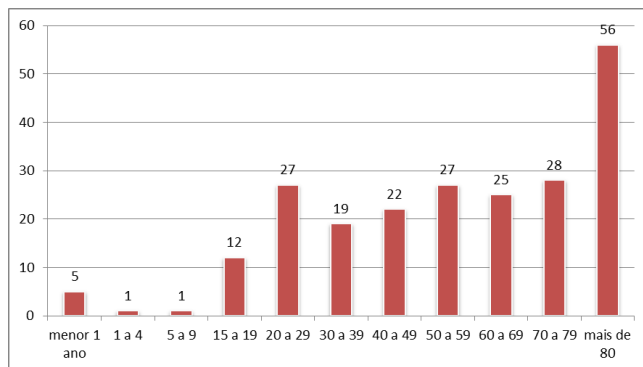


Figura 1. Distribuição por faixa etária do número de óbitos por lesões de envenenamentos no estado do Tocantins, no ano de 2019.

Fonte: DATASUS, 2020.

Em relação a classificação dos atendimentos, observou-se que 82% das internações foram feitas em caráter de urgência. Dados na figura 2.

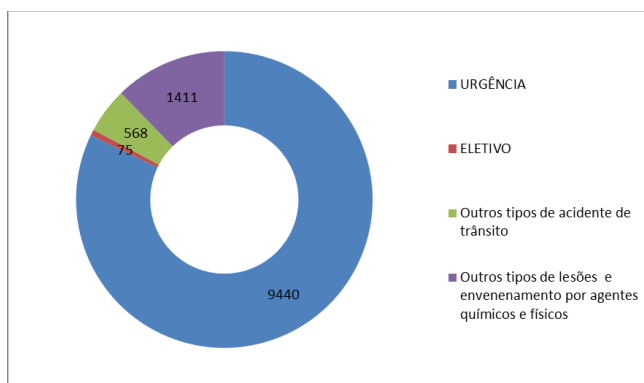


Figura 2. Número de internações classificadas conforme caráter do atendimento no estado do Tocantins, no período de 2009 a 2019.

Fonte: DATASUS, 2020.

A maior taxa de internação foi na região do Capim Dourado, com 27%, seguido de Médio Norte Araguaia e Ilha do Bananal com 17 e 15%, respectivamente. Na outra ponta, a região Sudeste foi a menos acometida, com apenas 5%. Em relação a taxa de mortalidade, a Ilha do Bananal e Médio Norte Araguaia, foram as duas regiões acima dos 2% e com maior mortalidade, a menor taxa ficou localizada no Bico do Papagaio, com 1,47%. Dados apresentados na figura 3.

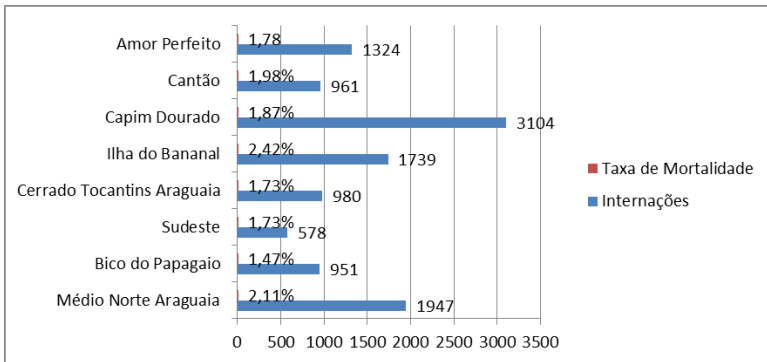


Figura 3. Número de internações por taxa de Mortalidade segundo regiões do estado do Tocantins, no período de 2009 a 2019.

Fonte: DATASUS, 2020.

A distribuição de internações por etnia mostrou que  $\frac{3}{4}$  das pessoas acometidas são pardas, seguido das que se declaram amarelas, com 9%. A raça menos acometida foi a indígena na qual apenas 123 casos e 1% da população geral. Dados apresentados na figura 4.

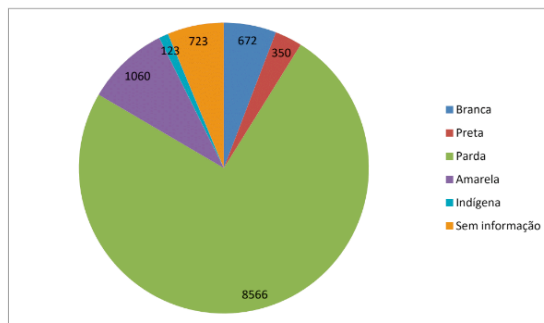


Figura 4. Distribuição do número de internações classificadas por etnia, no estado do Tocantins, no período de 2009 a 2019.

Fonte: DATASUS, 2020.

## 4 | DISCUSSÃO

Observa-se nesse estudo, um número razoavelmente grande de casos de lesões por envenenamento, em que não se sabe se foram acidentais ou intencionalmente infligidas que pode ser relacionado a uma melhora dos serviços de saúde na vigilância epidemiológica, diminuindo as subnotificações dos casos (SOUZA E ORELLANA, 2012).

Percebe-se um predomínio do sexo masculino e de jovens e adultos. Sabe-se que algumas substâncias podem afetar o sistema nervoso central, provocando transtornos psiquiátricos, os quais dependendo da intensidade pode levar a pessoa intoxicada a praticar o suicídio. No corpo humano, esses venenos são absorvidos pela via oral, respiratória ou dérmica, tais compostos podem deixar complicações neurológicas com um alto índice de morbimortalidade (BAHIA et al., 2020).

Um estudo de Souza e Orellana (2012), afirmou que nas regiões Norte e Centro-Oeste por concentrarem altos índices de povos indígenas, o aumento desses tipos de lesões podem ser relacionados ao rápido processo de urbanização, que ocasiona aos índios um processo de perda da inserção ocupacional. Dessa forma, acabam aumentando um sentimento de não pertencimento regional ao local onde anteriormente viviam, assim aumentando os índices de depressão, alcoolismo, que acabam resultando no aumento dos números de envenenamento.

De acordo com Coimbra Junior et al. (2003), o alcoolismo e depressão nos povos indígenas é cada vez mais frequente, e acabam se tornando uma das principais causas de mortalidade nesses grupos, seja por suicídio ou causas como cirrose, diabetes, hipertensão arterial, brigas, quedas, atropelamentos, entre outras.

Nesse estudo observou-se diversos casos na faixa etária dos 10 a 19 anos, situação que pode ser relacionada pela intensa fase emocional que costuma ocorrer nesse período da vida. Sabe-se que a adolescência pela falta de maturidade emocional associada a conturbações familiares, escolares e afetivas, acaba apresentando nesses jovens um comportamento suicida, com sintomas neuróticos, psicóticos ou de personalidade antissocial. Dessa forma, as lesões por envenenamento acabam sendo frequentes, com uso de diversas substancias muitas vezes encontradas na própria casa (CARMONA et al., 2010).

Afirma-se que é essencial que os serviços de saúde estejam preparados, para atender esses grupos de pessoas, ainda de forma precoce, com ações e medidas eficazes para se evitar um futuro suicídio (CARMONA et al., 2010).

Em relação a faixa etária dos 20 a 59 anos, trata-se de uma tendência mundial. Segundo Mello-Santos et al. (2005), esse grupo por ser a parte da população economicamente ativa e no mercado de trabalho, acaba sendo mais exposto a diversas condições de ocupações muitas vezes desfavoráveis, o que resulta em maior morbimortalidade entre os homens jovens (BAHIA et al., 2020).

O estudo apresentou algumas limitações como à falta de algumas informações no prontuário e a perda de prontuários dentro dos hospitais. No entanto a pesquisa se faz relevante por destacar algumas peculiaridades do estado do Tocantins diferindo-o de outras regiões do Brasil.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o estado do Tocantins apresentou um número elevado de casos notificados ao longo do período de estudo. Com um perfil de lesões por envenenamento, atingindo em sua maioria jovens e adultos na faixa etária economicamente ativa, com prevalência do sexo masculino

Observou-se nesse estudo, dados importantes para o poder público delinear o aperfeiçoamento de estratégias e ações a fim de garantir o diagnóstico, tratamento e prevenção adequados para a população do estado. Em adição, afirma-se a necessidade de mais estudos a respeito do tema, no intuito de se obter uma análise mais refinada dos dados apresentados.

## REFERÊNCIAS

BAHIA, Camila Alves; AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 1-12, maio 2020. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200006>.

CARMONA, Andrés et al. Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia) 2000-2008 / Characterization of suicide intent in a population admitted to a children's hospital in Manizales (Caldas, Colombia) 2000-2008. *Arch. Med, Pamplona*, v. 10, n. 1, p. 9-18, jun. 2010.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Curitiba: Fiocruz, 2003. 260 p.

MARINELLI, N. P.; POSSO, M. B. S.; FILHO, M. T. Agentes físicos em unidades básicas de saúde: potencialidade de riscos ocupacionais. **Revista Univap**, v. 20, n. 36, p. 24-34, 2014.

MESCHIAL, W. C. et al. Queimadura química em ambiente de trabalho: relato de caso fatal. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 6, p. 2466-2472, 2017.

REZENDE, M. P. **Agravos a saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 34-37, mar. 2012.



# CAPÍTULO 14

## HIPERUTILIZADORES DOS SERVIÇOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO A PARTIR DE REFLEXÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 23/08/2020

### **Gerardo Teixeira Azevedo Neto**

Secretaria de Saúde de Irauçuba  
Irauçuba – Ceará  
ORCID: 0000-0001-7894-0631

### **Israel Coutinho Sampaio Lima**

Universidade Estadual do Ceará, Programa de  
Pós-graduação em Saúde Coletiva.  
Fortaleza – Ceará  
ORCID: 0000-0002-1929-6142

### **Gabriel Pereira Maciel**

Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro  
de Ciências da Saúde  
Sobral – Ceará  
ORCID: 0000-0002-4141-1995

### **Ana Suelen Pedroza Cavalcante**

Universidade Estadual do Ceará, Programa de  
Pós-graduação em Saúde Coletiva.  
Fortaleza – Ceará  
ORCID: 0000-0002-2220-4333

### **Ana Carolina Melo Queiroz**

Universidade Estadual do Ceará, Programa de  
Pós-graduação em Saúde Coletiva.  
Fortaleza – Ceará  
ORCID: 0000-0002-1532-1312

### **Wallingson Michael Gonçalves Pereira**

Universidade Estadual do Ceará, Programa de  
Pós-graduação em Saúde Coletiva.  
Fortaleza – Ceará  
ORCID: 0000-0002-4176-7297

### **Bianca de Oliveira Farias**

Universidade Estadual do Ceará, Programa de  
Pós-graduação em Saúde Coletiva.  
Fortaleza – Ceará  
ORCID: 0000-0001-6678-3763

**RESUMO:** A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, é estabelecida como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, para tanto suas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, buscam atender as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias, a partir do cuidado integral. Neste sentido, observa-se que um dado grupo populacional vem se destacando no uso exacerbado desses serviços, sendo este caracterizado como hiperutilizador. Objetiva-se com este estudo refletir sobre a hiperutilização dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um ensaio teórico, realizado a partir da análise e síntese de narrativas já evidenciadas, sobre a hiperutilização dos serviços da Estratégia Saúde da Família. Após análise da literatura, ficou evidente que o grupo populacional com maior prevalência para a hiperutilização dos serviços da atenção primária, são mulheres, apresentando algum tipo de doença crônica, seja hipertensão arterial, diabetes ou distúrbios psíquicos. Desta forma, torna-se imprescindível que o trabalho em equipe precisa se fortalecer por meio do planejamento interdisciplinar, o qual incorpore novas abordagens e estratégias de atendimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Hiperutilizadores;

Cuidado.

**ABSTRACT:** Primary Health Care, through the Family Health Strategy, is established as the main gateway to the Unified Health System, for both its promotion, prevention, recovery and rehabilitation actions, seeking to meet the health needs of individuals and families, based on comprehensive care. In this sense, it is observed that a given population group has stood out in the exacerbated use of these services, which is characterized as a hyper user. The aim of this study is to reflect on the overuse of the services of the Family Health Strategy. This is a theoretical essay, based on the analysis and synthesis of narratives already evidenced, on the overuse of the services of the Family Health Strategy. After analyzing the literature, it was evident that the population group with the highest prevalence for the overuse of primary care services, are women, presenting some type of chronic disease, be it arterial hypertension, diabetes or mental disorders. Thus, it becomes essential that teamwork needs to be strengthened through interdisciplinary planning, which incorporates new approaches and service strategies.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Hyperusers; Watch out.

## 1 | INTRODUÇÃO

As ações da Atenção Primária em Saúde (APS) vem sendo estruturadas e organizadas no Brasil, a partir dos serviços prestados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Logo, este nível de atenção, vem sendo considerado, desde sua criação em 1994, como porta de entrada preferencial dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações focam na promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades (LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002).

Assim, o desenvolvimento dos cuidados primários em saúde, perpassa questões que envolve o olhar sobre os diversos tipos de vulnerabilidades sociais, as dificuldades para se ter acesso aos serviços de saúde, assim como das necessidades sobre a atenção continuada (BIFF et al., 2020).

Foi a partir da avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início dos anos 1990, quando seu principal papel era minimizar as morbimortalidades materno infantil nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, que se viu o quanto os núcleos familiares careciam de atenção. Assim, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como ESF, a fim de reorientar o modelo de assistência, aproximando e favorecendo o acesso à saúde para toda a população brasileira (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Contudo, nos últimos anos as consultas de rotina na ESF vêm sofrendo uma grande procura por usuários poliqueixosos, sendo este tipo de cliente caracterizado como “difícil”, diante de suas queixas, o que o torna hiperutilizador do serviço. Comumente são usuários que apresentam dificuldade na aceitação do autocuidado, como responsabilidade de si mesmo (ZOBOLI; SANTOS; SCHVEITZER, 2016)

Nesse sentido, a literatura evidencia que usuários sob condições patológicas de origem física ou emocional desencadeia um ciclo vicioso da busca recorrente por atendimento em serviços de saúde. Fatores ligados às condições sociais e familiares, também corroboram para essa busca incansável. Isso acarreta no aumento da demanda dos serviços de APS de maneira exponencial, prejudicando o acesso para outros usuários que necessitam de atenção (BIFF et al., 2020).

A hiperutilização dos serviços da ESF, vem gerando sobrecarga de trabalho, com o aumento dos custos, com a prescrição de medicamentos, solicitação de exames e referenciamento para outros níveis de atenção (ZOBOLI; SANTOS; SCHVEITZER, 2016).

Logo, levantar reflexões sobre o fenômeno hiperutilização dos serviços da ESF poderá favorecer a problematização de estratégias que ajudem gestores e profissionais da APS a lidar com esse contexto, além de permitir a discussão sobre os desafios do cuidado dessas pessoas neste nível de atenção. Desta forma, este trabalho objetivou refletir sobre a hiperutilização dos serviços da Estratégia Saúde da Família.

## **2 | MÉTODOS**

Trata-se de um ensaio teórico (MENEGETTI, 2011) que busca tecer reflexões sobre os hiperutilizadores dos serviços da ESF. Para tanto, buscou-se primeiro realizar uma síntese de evidências sobre o objeto proposto.

Para tanto, a seleção de evidências partiu do atendimento da seguinte questão norteadora: Quem são os usuários que comumente hiperutilizam os serviços da ESF e quais seriam os principais problemas que os fazem permanecer em uma busca contínua do cuidado? De que forma, profissionais e gestores da APS, podem utilizar para a reeducação do uso coerente da ESF?

Foi diante destes questionamentos que a busca foi realizada, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Google Acadêmico. A busca foi orientada pelo cruzamento das palavras-chave: hiperutilizadores, Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde.

A síntese reflexiva das evidências foi composta por 03 artigos, os quais atenderam o objeto de estudo. Desta forma, a partir da análise dos textos, foi constituída os seguintes pontos temáticos: hiperutilizadores: causas e implicações no processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família; e processos educativos como estratégia terapêutica para o autocuidado do hiperutilizador.

## **3 | HIPERUTILIZADORES: CAUSAS E IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A hiperutilização dos serviços da ESF, é frequentemente um comportamento individual diante de uma autopercepção sobre determinada necessidade de assistência à

saúde (LOPES, 2012). Que pode estar relacionada pelo próprio efeito do modelo biomédico, o qual introduz no processo do cuidado uma incessante busca por formas modernas de diagnóstico, além da influência da indústria farmacêutica para a prescrição e consumo de novos medicamentos (SILVA; CANAVÊZ, 2017).

O que contribui para tornar parte dos usuários do SUS, obsessivos pelo corpo e pelo cuidado, inserindo-o numa posição de dependência do profissional de saúde (SILVA; CANAVÊZ, 2017). Deste modo, observa-se que 80% do tempo do atendimento feito por médico, enfermeiros e dentistas na ESF, é destinado a 20% dos pacientes em demanda espontânea. Logo, os usuários hiperutilizadores consomem de 10% a 16% dos gastos em saúde, devido ao excesso de exames laboratoriais, receitas médicas e procedimentos desnecessários.

Frequentemente essa busca contínua, é feita por mulheres, como evidenciado no estudo de Dietrich, Colet e Winkelmann (2019), onde foi possível observar que 55,8% dos que procuram o serviço são do sexo feminino, destes, cerca de 70,3% tem poucos anos de escolaridade. Zoboli, Santos e Schweitzer (2016) afirmam que os usuários hiperutilizadores, visitam os serviços com sintomas múltiplos, não específicos, muitas vezes, com queixas impossíveis de tratar. Numa visão geral, cerca de 85% dos hiperutilizadores possuem patologias físicas crônicas, de modo que 40% desses, também tem problemas psiquiátricos.

Das queixas motivadas por algum problema fisiológico, em análise feita por Lopez (2012), as mais frequentes declaradas pelos hiperutilizadores, foram a dor osteoarticular (70%), cefaleia ou enxaqueca (60%) e problemas circulatórios (40%), alguns dos quais podem ser expressões de sintomas somáticos. Diante de tais dados, ressalta-se ainda que grande parte dos estudos que caracterizam o perfil dos hiperutilizadores dos serviços da ESF, apresentam histórico positivo para depressão e/ou ansiedade, desta forma, se faz necessário incorporar cuidados psicossociais na atenção primária, como forma de atender adequadamente as necessidades do não dito, que estão no campo subjetivo humano.

A constante busca pelo cuidado pelo hiperutilizador da ESF, tende a gerar nos profissionais do serviço, sobrecarga de trabalho, de situações nas quais se veem inaptos a ajudar. Porém, não podem recusar acolher essa demanda, levando a um certo colapso dos fluxos de atendimento (ZOBOLI; SANTOS; SCHVEITZER, 2016).

Logo, a forma como os serviços da ESF é consumido por estes usuários contribuem para o esgotamento profissional, levando a sentimentos de estafa, irritabilidade e impotência (SAAMENO; BAYONI, 2008). É perceptível, os usuários devido a submersão de seus problemas, sociais, familiares, físicos e psicológicos, passam a não enxergar o profissional que está lhe atendendo, pois sua necessidade maior é sempre ser acolhido (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

## 4 | PROCESSOS EDUCATIVOS COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA O AUTOCUIDADO DO HIPERUTILIZADOR

Os serviços de saúde são tidos pelos usuários como um ambiente seguro que proporciona apoio emocional, e de fato, repercute numa situação de dependência contínua. Assim, torna-se importante considerar a necessidade da incorporação de estratégias ou condutas terapêuticas que deem suporte psicológico, por meio de abordagens interdisciplinares, que atenda as reais necessidades do hiperutilizador (SOUZA, SANTOS E ROMÃO, 2016).

Para tanto, é preciso favorecer os processos de humanização nos serviços da ESF, os quais devem ir além do acolhimento já praticado. Onde os grupos terapêuticos, devem ser implementados para atender essa parcela de usuários do SUS, conferindo valor, por meio de práticas colaborativas que incentivem o autocuidado. Como estratégias, as orientações sobre as formas adequadas para reinterpretação do eu, associada com a identificação de problemas, orientações claras na linguagem dos usuários, com o devido acompanhamento, seriam as bases para um processo de educação em saúde (DUTRA, 2019).

Desta forma, compreende-se que quando o acesso aos serviços de saúde é ofertado de forma que considere este espaço como meio de educação de si no mundo. Os usuários tendem a se perceberem, como agentes ativos no desenvolvimento do seu saber, construindo para uma perspectiva ampliada de mundo, autenticidade de ideias e pensamento, se posicionando ativamente no seu comportamento frente a saúde (FREIRE, 1975). Assim, o usuário, a partir dessas abordagens terapêuticas, baseadas na educação em saúde, tem maior capacidade sobre a gestão emocional, no que se refere a própria resolução de conflitos que os leva a hiperutilizar os espaços da ESF (SOUZA, SANTOS E ROMÃO, 2016).

Neste sentido, o usuário agora empoderado abandona a ideia de posição de vulnerabilidade e da necessidade do cuidado do outro. Ao considerar que a educação em saúde, enquanto pilar terapêutico, busca transformar o modo de viver e agir perante a saúde, objetivando conhecer e minimizar as dificuldades que geram o ciclo da hiperutilização. Despertando a consciência facilitadora de um indivíduo que foi devidamente acolhido, orientado e também acompanhado, sanando questões relacionadas a inseguranças do autocuidado (VEGA, 2015).

Portanto, desconstruir modos de vida enraizados numa cultura de hiperutilização na comunidade é uma tarefa perseverante. Por isso, a educação em saúde é transformadora, diante dos caminhos da (des)construção, o qual deve ser alicerçado pelo dialogo claro, objetivo, sereno. Processo este que deve considerar as diversas questões sociais dos sujeitos, que estabeleça uma cultura de responsabilidade sanitária individual e coletiva.

Enquanto formas de operacionalizar essas abordagens terapêuticas, os profissionais da ESF podem desenvolver rodas de conversas, assembleias comunitárias, reuniões

populares, diagnósticos participativos e grupos de autocuidado. Tais estratégias são iniciativas simples, porém poderosas na construção do saber, na identificação de causas e na resolução de fragilidades no campo da hiperutilização dos serviços da ESF (BRASIL, 2015).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que, por mais que a equipe de saúde se perceba incapaz de lidar com o manejo do usuário hiperutilizador devido as poliqueixa. Há um caminho que os gestores e profissionais da saúde podem trilhar, almejando atender melhor e dirimir essa problemática. Caminho este, que considera a educação em saúde como meio terapêutico, empoderando e colocando o usuário da ESF, como agente responsável do seu próprio cuidado. É imprescindível que o trabalho em equipe precisa se fortalecer por meio do planejamento interdisciplinar, o qual incorpore novas abordagens e estratégias de atendimento.

## REFERÊNCIAS

BIFF, D.; PIRES, D. E.; FORTE, E. C. N. et al . Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 147-158, Jan. 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100147&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100147&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Aug. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

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

CARVALHO, I. P. do A.; CARVALHO, C. G. X.; LOPES, J. M. C. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, vol. 10, no. 34, p. 1–7, 2015. Available at: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/957/680>.

DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **J. res.: fundam. care**. V. 11, n. 5, 2019.

DUTRA, A. S. O Papel Educativo nos Agentes Comunitários de Saúde e o Resultado no Processo de Trabalho e Assistência. [Monografia de Especialização] Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2019.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, J.; MACHADO, A.; CAVADAS, L.F.; TEIXEIRA, H.; PIRES, P.; SANTOS, J.A.; ESQUIVEL, S.; SOUSA, M.; Perfil do hiperfrequentador nos cuidados de saúde primários. **Revista científica da ordem dos médicos**. Matosinhos-Portugal, v.26, n.1, 2013.

GUIBUI, I. A.; DE MORAES, J. C.; GUERRA JUNIOR, A. A.; et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**. V. 51, 2017.

LANDSBERG, G. A. P.; SAVASSI, L. C. M.; DE SOUSA, A. B.; et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 11, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, 2011.

LEVORATO, C. D.; DE MELLO, L. M.; DA SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 19, n. 4, 2014.

LÓPEZ, M. R. R.. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 11, n. 22, 2012.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, V. 42, N.1, 2018.

MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. fisioter**. São Carlos, v. 10, n. 4, 2006.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, Apr. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552011000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000200010&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>.

MIRANDA, G. M. D. et al. "Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil." **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 21. 2016.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, junho de 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 24 de julho de 2020.

SAAMEÑO, J. A. B.; BAYÓN, A. R. ¿ Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores?. 2008.

SILVA, L. M; CANAVÊZ, F. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. **Revista Subjetividades**. Fortaleza, v. 17, n. 3, 2017.

SOUZA, G. M.; SANTOS, M.S.; ROMÃO, M. R. Possibilidade de Atuação do Profissional de Psicologia nas Unidades Básicas de Saúde. *Integración Académica en Psicología*. v. 8, n. 22, 2020.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. UNESCO. Brasília, 2002.

TABET, L. P; MARTINS, V. C. S; ROMANO, A. C. L; DE SÁ, N. M; GARRAFA, V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, 2017.

VEGA, Y. F. *Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na ESF Condurú, Picos/ PI*. [Monografia de Especialização] Universidade Federal de Pelotas. 2015.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V. dos; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 20, no. 59, p. 893–903, 13 May 2016. DOI 10.1590/1807-57622015.0500. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400893&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400893&lng=pt&tlng=pt). Accessed on: 16 Aug. 2020.



# CAPÍTULO 15

## IMAGEM E REFLEXÃO DE ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE COMUNITÁRIA REVELADAS PELO FOTOVOZ

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

### Adriana Nunes Moraes Partelli

Universidade Federal do Espírito Santo,  
Centro Universitário Norte do Espírito Santo,  
Departamento de Ciências da Saúde. São  
Mateus - Espírito Santo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9978-2994>

### Thais Delabarba Marim Birchler

Universidade Federal do Espírito Santo, Centro  
Universitário Norte do Espírito Santo, Curso de  
Enfermagem. São Mateus - Espírito Santo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2459-0861>

### Marta Pereira Coelho

Universidade Federal do Espírito Santo,  
Centro Universitário Norte do Espírito Santo,  
Departamento de Ciências da Saúde. São  
Mateus - Espírito Santo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2046-6954>

### Marinete Aparecida Delabarba Marim

Centro Universitário Claretiano. Vitória -  
Espírito Santo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5272-3882>

**RESUMO: Objetivo:** Investigar, sob a ótica de adolescentes, imagens e narrativas dos fatores que influenciam na saúde da comunidade com base no processo de conscientização de Paulo Freire. **Método:** Pesquisa participante aplicando o Método Criativo Sensível pela técnica foto-voz, onde no ano de 2016, dez adolescentes

do ensino fundamental, responderam a questão geradora de debate: “Para vocês quais os fatores que influenciam a sua saúde e a saúde da comunidade onde vive?”. O material gerado pelo registro fotográfico foram submetidos a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os fatores que influenciam na saúde da comunidade, capturados pelo registro fotográfico, foram apresentados, discutidos e validados no espaço grupal. Foram elaborados quadros de análise com aproximação das unidades de análise em comum aplicando o referencial teórico adotado, resultando em duas temáticas: Imagem da situação social em que se vive ea voz dos adolescentes. **Conclusão:** Os profissionais da saúde e educação devem buscar alternativas para a educação em saúde, para dialogar com grupos de adolescentes que possuem especificidades próprias. A experiência, escuta e o diálogo podem consolidar novas verdades, modificar conceitos, práticas e comportamentos em busca de uma vida mais saudável. Faz-se necessário inovação nas políticas de atenção à saúde do adolescente que adote metodologias que atraiam esse público para atuarem como agentes multiplicadores. **PALAVRAS-CHAVE:** Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade; Fotografia; Educação em Saúde; Enfermagem Pediátrica; Promoção da Saúde.

### IMAGE AND REFLECTION OF ADOLESCENTS ON COMMUNITY HEALTH REVEALED BY PHOTOVOZ

**ABSTRACT: Objective:** To investigate, from the perspective of adolescents, images and narratives

of the factors that influence community health based on Paulo Freire's awareness process. **Method:** Participating research using the Creative Sensitive Method using the photo-voice technique, where in 2016, ten elementary school adolescents answered the question that generated debate: "For you what are the factors that influence your health and the health of the community where do you live? ". The material generated by the photographic record was subjected to thematic content analysis. **Results:** The factors that influence the health of the community, captured by the photographic record, were presented, discussed and validated in the group space. Analysis frameworks were drawn up to approximate the units of analysis in common using the theoretical framework adopted, resulting in two themes: Image of the social situation in which one lives and the voice of the adolescents. **Conclusion:** Health and education professionals should seek alternatives to health education, to dialogue with groups of adolescents who have their own specificities. Experience, listening and dialogue can consolidate new truths, modify concepts, practices and behaviors in search of a healthier life. There is a need for innovation in adolescent health care policies that adopt methodologies that attract this audience to act as multiplying agents. **KEYWORDS:** Community-Based Participatory Research; Photograph; Health Education; Pediatric Nursing; Health Promotion.

## 1 | INTRODUÇÃO

Estimava-se que o Brasil tinha 68,8 milhões de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade, segundo estimativas de 2018. No Sudeste 29,9% (26.251.225) encontra-se nessa faixa etária e a maior parte vive em zona urbana, correspondendo a um quantitativo de 24.186.311 (UNICEF, 2014; ABRINQ, 2017).

Sabe-se que a saúde tem, como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, dentre outros aspectos que evidenciam a organização social e econômica que reflete na vida de pessoas no local onde estão inseridas (BRASIL, 1990) em determinado tempo-espaço (SILVA et al., 2014). Relaciona-se o território a uma área delimitada onde a vida acontece submetida a certas interrelações, regras ou normas que as pessoas vivenciam, dentre essas os adolescentes.

A adolescência configura-se como um período da vida permeada por mudanças biológicas, físicas, sociais e psicológicas. É forte o desejo de mudança entre a transição da puberdade para a vida adulta, com destaque às alterações psíquicas, que incluem a mudança de humor, dúvidas, insegurança, busca pela autodefinição, autonomia e identificação (VIEIRA; GUBERT, 2014).

Todas essas modificações, demandam o poder de escolha e decisão, com mudanças de comportamento, relações interpessoais e valores, em decorrência ao meio social e econômico que estão inseridos, e reflete de maneira direta na conduta e na identidade desse indivíduos (SILVEIRA et al., 2013; OLIVEIRA, 2017). Quando estimulados a participar ativamente do processo de atenção à saúde, os adolescentes desenvolvem

conscientização e corresponsabilidade frente às reais necessidades de saúde no local onde vivem (FARRE et al, 2018).

Esse contexto remete a “Educação Popular em Saúde”, inicialmente sistematizada por Paulo Freire, que abriram caminhos para a produção do conhecimento associado a prática (GOMES; MERHY, 2017). A realização de práticas educativas utilizando a concepção problematizadora, pode ser um meio de contribuição importante para atender as necessidades de saúde das pessoas. Esta concepção possibilita que a população se torne consciente do seu papel na sociedade e busque autonomia frente à resolução dos problemas. Permite que os educandos passem de uma fase onde atuam somente como receptores de informações para um estágio crítico do processo educacional. Assim a etapa de ensino-aprendizagem deve ser uma troca entre o educador e educando através de um processo dialógico que se dá numa realidade vivida (FREIRE, 2013).

Considerando esse aspecto, tem-se como objetivo investigar, sob a ótica de adolescentes, imagens e narrativas dos fatores que influenciam na saúde da comunidade com base no processo de conscientização de Paulo Freire.

## 2 | METODOLOGIA

Pesquisa participante (RAMOS et al, 2018), qualitativa, com aplicação do Método Criativo Sensível (MCS) de pesquisa grupal baseada em arte (CABRAL; NEVES, 2016), pois, enquanto a pesquisa participante favorece a produção compartilhada do conhecimento, colado com a realidade social dos participantes (RAMOS et al, 2018). O MCS é uma ferramenta alternativa de coleta de dados cujos grupos elaboram produções artísticas e desenvolvem uma discussão grupal mediada pela crítica-reflexiva freiriana. Os diálogos, nesse espaço grupal, são esclarecedores e desse modo, ampliam a consciência, revelando opiniões. O grupo assume então, uma nova realidade, transformando a consciência ingênua em consciência crítica (CABRAL; NEVES, 2016).

O estudo foi desenvolvido no ano de 2016 em um bairro do município de São Mateus, norte do estado do Espírito Santo, região de grande vulnerabilidade social segundo número de famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (BRASIL, 2017).

Os dados foram obtidos com a aplicação do Foto-voz que é uma estratégia participativa de promoção da saúde no qual as pessoas usam câmeras para documentar as suas realidades de saúde e trabalho. À medida que os participantes envolvem-se em um processo grupal de reflexão crítica, eles podem advogar mudanças em suas comunidades, utilizando-se de imagens e histórias para se comunicar com os detentores das decisões de políticas locais. Dessa forma, o Foto-voz tem três objetivos principais: permitir que as pessoas, por meio da fotografia, façam registros das prioridades e necessidades da comunidade; promover a geração de conhecimento e o diálogo crítico a respeito de suas

realidades e acessar os gestores que definem as políticas públicas, por meio da exposição das fotografias obtidas pelos colaboradores na investigação (MAMEDE; ESSER, 2016).

A técnica Foto-voz tem origem através da fotografia documental e a teoria da educação para a consciência crítica, baseada na comunidade principalmente no que se refere à voz e a participação de indivíduos expostos a condições de vulnerabilidade. A teoria de Paulo Freire se associa a esse processo, pois ocorre a articulação da foto documentação com a formação da consciência crítica para mudança social (CABRAL; NEVES, 2016).

O Foto-voz tem ganhado espaço por ser um método dinâmico e oferecer a oportunidade de interação do sujeito com seu mundo, e de seu mundo com a pesquisa. Deste modo, o pesquisado tem oportunidade de iniciativa e poder de decisão, e a pesquisa se constrói na medida em que este traz elementos da sua realidade por meio do seu olhar e de sua ação no mundo (MAMEDE; ESSER, 2016).

Participaram da pesquisa alunos de ensino fundamental de uma escola pública que atenderam os critérios de inclusão: Idade entre 10 e 19 anos, (segundo definição da Organização Mundial de Saúde); Realizar teste de conhecimentos gerais sobre saúde e cidadania; Se encontrar entre os 10 melhores classificados em um teste de conhecimentos sobre saúde e cidadania. Os critérios de exclusão foram adolescentes que apresentassem déficit cognitivo, intelectual e motor que compromettesse seu engajamento na dinâmica. Os participantes entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis e estes assinaram o Termo de Assentimento Informado concordando em participar da pesquisa. Desta forma, o grupo de participantes foi composto por 10 adolescentes, destes, 9 meninas e 1 menino com idade de 12 (4), 13 (5) e 14 (1) anos.

Foram realizados encontros semanais, totalizando sete encontros. No primeiro encontro, foi explicado sobre o projeto, apresentado a equipe de trabalho (pesquisador e dois auxiliares de pesquisa), acordado os dias e horários dos demais encontros e as atividades a serem realizadas em cada um. No segundo, cada participante recebeu uma câmera digital fotográfica (Sony-DSC-W690/R) e treinamento sobre funcionamento, cuidados e manipulação do equipamento pela pesquisadora. No terceiro e quarto encontros, os participantes foram divididos em três grupos, sendo um grupo composto por quatro e dois grupos com três adolescentes para a realização dos registros fotográficos, a partir da questão geradora de debate (QGD): “Para vocês, quais os fatores que influenciam na sua saúde e na saúde da comunidade onde vive?”

As imagens registradas por cada participante, ao final de cada encontro, foram descarregadas em computador portátil. Foi criada uma pasta intitulada fotografia com subpastas para cada participante e data de cada registro. Foram registradas 503 imagens.

No quinto, sexto e sétimo encontros, ocorreu a projeção (Projeter Epson Powerlite S18) das imagens em quadro branco e os adolescentes foram estimulados a relatar a motivação para a realização do registro fotográfico. Após as apresentações individuais, ocorreu a discussão grupal onde foram excluídas fotos repetidas e que tiveram a mesma

motivação, resultando um banco com 136 imagens. Durante as apresentações individuais e discussão grupal, a pesquisadora e os auxiliares de pesquisa, anotaram palavras chaves e ao fim de cada encontro, essas palavras foram lançadas ao grupo para validação do material empírico produzido, ou seja, dos conteúdos textuais e imagéticos. Para garantir o anonimato dos participantes, os enunciados foram identificados segundo o gênero (menina MA e menino MO), sequência dada pelo pesquisador e idade (MA 1, 12 anos; MO 2, 14 anos; etc).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Norte do Espírito Santo parecer N° 1.474.938/2016. Os encontros foram realizados no laboratório de informática de uma escola municipal do Espírito Santo, local privativo e reservado somente para a realização da pesquisa no dia agendado.

A análise dos dados teve início pela ordenação do material empírico produzido nas DCS. Em seguida, a análise seguiu o percurso da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2016). Foram elaborados quadros com aproximação das unidades de análise em comum, aplicando o referencial teórico adotado, emergindo duas temáticas: Imagem da situação social em que se vive e a voz dos adolescentes.

## **3 | RESULTADOS**

### **3.1 Imagem da situação social em que se vive**

Baseia-se em apresentar e discutir questões que surgem de situações que fazem parte do cotidiano das pessoas. Esta abordagem inicia-se à medida que os adolescentes identificaram sua realidade, dificuldades e situações-limites referentes às formas de se relacionar com o mundo, buscando caminhos e possibilidades de enfrentamento.

As imagens capturadas no registro fotográfico pelos 10 adolescentes, revelaram duas principais temáticas, sendo uma relacionada ao meio ambiente e a outra aos alimentos de acesso da comunidade. Dessa forma, observou-se que é comum encontrar na comunidade onde vivem lixo e entulho jogados em frente a escola, no meio da rua, nos terrenos baldios, em frente e no quintal das casas (Figura A e B). Nota-se que na comunidade existe um córrego cheio de lixo e mato na encosta (Figura C). Esse córrego serve de depósito de dejetos humanos sem tratamento (Figura D).

Trouxeram ainda, imagens de alimentos e bebidas encontrados na padaria, mercado e bar (Figura E1 e E2), que fazem parte do seu cotidiano, além de bebidas alcoólicas, refrigerantes e sucos industrializados (Figura F).

**A. Acúmulo de lixo e entulho nas ruas e nos terrenos.**



Lixo em frente à escola



Terreno com lixo



Lixo e entulho no meio da rua

**B. Acúmulo de lixo e entulho nas residências**



Quintal com lixo



Lixo e entulho em frente da casa



Entulho em frente da casa

**C. Acúmulo de mato e lixo nas encostas.**

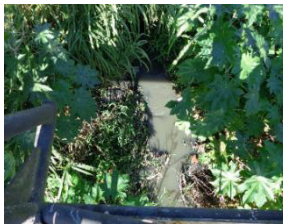


Mato na encosta do córrego

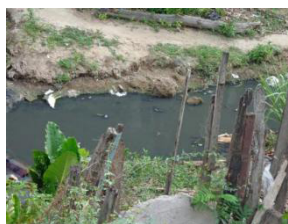


Lixo na encosta

**D. Córrego onde são depositados dejetos humanos.**



Esgoto sem tratamento



**E. Alimentos disponíveis na comunidade.**

**E.1. Alimentos da Padaria**





Pão na padaria



Doces



E.2. Alimentos do mercado



Legumes



Frutas



Salgadinhos

#### F. Bebidas disponíveis na comunidade.



Cerveja na padaria



Pessoas bebendo no bar



Suco e refrigerantes

Figura 1. Mosaico das imagens da comunidade capturadas pelos adolescentes. São Mateus,(ES), Brasil, 2016.

Fonte: Acervo dos autores (2016).

### 3.2 A voz dos adolescentes

A conscientização é a definição central das concepções teóricas de educação crítica de Paulo Freire. De acordo com o autor, a conscientização consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência<sup>(17)</sup>. A conscientização localiza-se na realidade histórico cultural do homem e nunca tem fim, pois é um processo contínuo.

Em relação ao lixo e entulho jogados em vários locais, inclusive nos quintais das residências, os adolescentes relataram que afetam a vida das pessoas e podem causar doenças e incomodo as pessoas que por ali passam.Os moradores colocam o lixo em frente à suas casas ou jogam em terrenos baldios sem preocupação com cheiro, incomodo com os vizinhos e dias de coleta do lixo. O lixo das residências, além de restos de alimentos e material reciclável (vidros, latas, papel e plásticos), apresenta grande número de materiais que podem causar danos ao ecossistema e riscos à saúde humana. Cabe à pessoa que

gerou o lixo, colocá-lo em reservatório próprio, protegido e levá-lo à rua, próximo ao horário de recolhimento público. Já os entulhos são resíduos oriundos de reformas, construções, reparos e demolições de obras das casas. Cabe a cada morador e ao poder público, dar destino adequado ao lixo e entulho para não causar danos à saúde da coletividade.

*Ai a gente pode ver que é em frente a nossa escola, aí tem muita sujeira, muito lixo, muita coisa assim, aí prejudica, no dia mesmo de eu fazer o curso aqui, quando a gente saiu tinha um saco de lixo aqui, em cima dessa rampa, aí quando a gente passava dava um cheiro ruim, bem ruim mesmo. Igual o pessoal da padaria, eu já vi muitas vezes eles pegando o lixo de lá e jogando aqui em frente à escola, isso aí desrespeita, prejudicando nossa saúde, não só nossa como dos outros moradores também. (MA 1, 12 anos)*

*Esse entulho também está no meio da rua, empata o carro para sair, as pessoas passarem, muitas coisas.... Faz muito mal para a saúde[...]. (MA 4, 13 anos)*

*Nessa imagem tem vaso, tem garrafa destampada, e pode acumular água, ficar parada, tem muito vaso mesmo, e pode acumular bastante água, e está na frente de casa e sacolas que tem muito fedor e faz muito mal à saúde. (MA 6, 13 anos)*

*[...] atrás do campinho do bairro onde o pessoal brinca e também treina para o futebol e campeonato, está cheio de entulho. Isso também ajuda a acumular água e dar dengue, tem muita garrafa pet e se alguma dessas estiver em pé, pode entrar água dentro dando espaço para o foco da dengue. (MA 2, 12 anos)*

*[...] terreno baldio que acumula muitas coisas e daí pode prejudicar a nossa vida[...]. (MA 9, 13 anos)*

*Já aqui uma casa, que diz que mora gente com esse monte de lixo, eles tinham que ter consciência, e pelo menos tirar ou pedir para alguém tirar, porque isso aí faz muito mal para a saúde, porque pode trazer poeira, as pessoas terem alergia, pode ter vaso ali e plásticos, faz muito mal. (MA 4, 13 anos)*

Na comunidade existe um córrego que, com o passar do tempo, foi contaminado por dejetos humanos. Não há tratamento do esgoto pelos órgãos públicos e a população colabora com a sujeira jogando lixo na encosta. Os adolescentes registraram que o forte odor e o lixo acumulado na encosta prejudica a saúde das pessoas.

*Nossa senhora! Esse esgoto um fedor, um monte de lixo dos lados, a coisa mais feia!!! Esse fedor prejudica muito a saúde das pessoas. Tinha que ser mais organizado, tinha que limpar, ter mais cuidado, para não atingir as pessoas. (MA 4, 13 anos)*



*Água para aí. O esgoto a céu aberto e água parada, pode dar doença. (MA 5, 13 anos)*

*Aí é o esgoto e é muito poluído, cheio de mato em volta e jogam um monte de coisa como o plástico e papel que polui mais ainda do que já está [...] quando chove muito o rio aumenta e as vezes transborda. (MA 7, 12 anos)*

Os adolescentes trouxeram os alimentos e bebidas disponíveis e possivelmente consumidos pelos moradores da comunidade: pães, doces, salgadinho além de frutas e legumes. Os adolescentes tem conhecimento que os salgadinhos (aperitivos), pães recheados assim como refrigerante, trazem prejuízos à saúde apesar de serem saborosos. O comportamento alimentar da comunidade é influenciado por condições sociais, demográficas e culturais. Os participantes identificaram os aspectos positivos e negativos dos alimentos. Foi possível perceber que eles conhecem parcialmente os prejuízos causados pela má alimentação e que o baixo nível econômico da comunidade e o menor custo de alimentos nutricionalmente inadequados ricos em açúcares, gorduras e sal favorecem seu consumo.

*O pão tem muita massa, o pão a maioria das pessoas come, o bolo também. (MA 8, 12 anos), (MA 6, 13 anos)*

*O chips não é uma coisa boa, mas a gente ama. Quando você queima ele, ele é isopor, não tem proteína, não tem vitamina, não tem nada que ajuda na nossa saúde, tem só coisa que prejudica a nossa saúde. (MA 7, 13 anos)*

*Esses doces causam problemas gigantes como cárie, diabetes e espinhas. (MA 8, 14 anos)*

*[...] tem tomate, melancia, tudo faz bem para a saúde por que, eles têm cálcio e mais um monte de vitaminas que a gente precisa. (MA 3, 13 anos)*

*O tomate tem muita vitamina. Se uma pessoa tem problemas de saúde e se alimenta com esses legumes vai fazer bem, porque tem muita vitamina, muita coisa boa para a saúde. (MA 6, 13 anos)*

Em relação às bebidas, os adolescentes separaram e argumentaram as bebidas que fazem bem e aquelas que trazem prejuízos para a saúde por serem artificiais.

*Essas são algumas bebidas que fazem mal para a saúde. A água faz bem, agora a cerveja faz mal para as pessoas. O suco não é da fruta, tem muito corante, muita coisa artificial e faz mal para nossa saúde. (MA6, 13 anos)*

*São bebidas que fazem mal, tem glúten, corante e conservantes. (MO 1, 13 anos)*

*O suco de caixinha parece ser 100% natural, na embalagem fala; mas não é 100% natural para nossa saúde.*(MA 2, 12 anos)

O consumo de bebidas alcoólicas como a cerveja, faz parte do cotidiano dos moradores. Realizaram associação entre o álcool e os malefícios para a saúde.

*Coisas que não ajudam a saúde como a cerveja que só tem álcool, não tem proteínas, não tem vitaminas, o álcool prejudica a saúde.* (MO 1, 13 anos)

*Isso aqui é uma droga, é péssimo pra gente, isso engorda [...]*(MA 8, 14 anos)

*Cerveja não faz muito bem para a saúde, mas a maioria das pessoas toma, é muito ruim, causa doença em muitas pessoas.* (MA 10, 12 anos)

## 4 | DISCUSSÃO

Os adolescentes trouxeram imagens e narrativas que condizem com o baixo nível social de vida. Evidenciaram-se, em relação à situação social onde vivem, pelo registro fotográfico, as várias deficiências sanitárias no bairro como o lixo e entulho nas ruas, em frente à escola, nos terrenos e até nas casas dos moradores, além de conviverem com esgoto a céu aberto depositado no córrego que atravessa o bairro. Trouxeram ainda, alimentos e bebidas que estão presentes no cotidiano da comunidade e refletiram sobre a qualidade, benefícios e malefícios dos mesmos para a saúde.

Desta forma, nota-se, que quando foi dada voz aos adolescentes, eles tiveram oportunidade de refletir, e pela reflexão veio a consciência do impacto do meio social em suas vidas e na coletividade, e sua corresponsabilidade social. Essa estratégia de coleta de dados, estimulou a exposição da visão de mundo do adolescente e sua opinião crítica no local onde estão inseridos (COUTO et al, 2016; MARIM; PATELLI, 2019). Essa metodologia de educação em saúde é construído na e pela coletividade, diferentemente do modelo de educação em saúde onde o conhecimento é um saber construído e depositário e que muitas vezes não alcançam os objetivos desejados, pois a repetição de informações de profissionais fora do contexto de vida das comunidades não alcança a eficácia desejada. Podem-se consolidar, por meio da experiência, escuta e do diálogo, novas verdades, modificar conceitos, práticas e comportamentos em busca de uma vida mais saudável (RODRIGUES et al, 2020).

O trabalho com grupos, como realizado nesta pesquisa por meio do MCS, pode ser considerado uma tecnologia educacional a ser utilizada pelos profissionais de saúde e de educação, pela sua potencialidade de estimular mudanças de comportamentos (RODRIGUES et al, 2020). Espaços dialógicos favorecem a valorização dos diversos saberes e a possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa. As vantagens da realização do grupo consistem em facilitar a construção

coletiva de conhecimento por meio da reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus componentes além de possibilitar a quebra da relação vertical entre o educando e o educador e facilitar a expressão das necessidades e expectativas (VIEIRA et al, 2020).

Desta forma, ao viver seu cotidiano, os adolescentes interiorizam saberes e valores que vão construindo suas próprias formas de perceber o mundo e estar nele. Assim, os profissionais de saúde e de educação, devem-se atentar para o fato de que esses jovens precisam ser considerados sujeitos ativos em constante processo de construção e transformação de si e das próprias relações sociais. Esse sentido é próprio do sujeito, e vai constituir a base sobre a qual continuará construindo suas relações e seus sentidos. É através dessa construção que o adolescente se torna um sujeito autônomo dentro do seu processo de saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

A escola pode ser considerada como espaço para a articulação das políticas voltadas para a saúde de adolescentes e jovens, mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde. Dentre esses sujeitos, destaca-se a importante contribuição dos professores que devem atuar de forma mais crítica, criativa e reflexiva, pois são os responsáveis por coordenarem esses processos, considerando necessidades específicas de cada realidade (VIEIRA et al., 2017).

O estudo limita-se pela aplicabilidade da metodologia fotovoz devido ao custo elevado para aquisição das máquinas fotográficas. Porém, esse fator pode ser superado com o uso, por exemplo, da câmera fotográfica presentes nos dispositivos móveis (celular), visto que é uma tecnologia cada vez mais acessível pelas classes populares.

O banco de imagens e narrativas produzidos na pesquisa pode ser apresentado e discutido por todos alunos nos diversos turnos da escola estimulados por professores de várias disciplinas, com apoio da direção da escola. Ainda pode ser exposto na Unidade de Saúde para que a população possa ter acesso. Por último, o estudo também pode contribuir para produção de várias tecnologias educativas, como exemplo, citamos o filme intitulado “Saúde ambiental na ótica dos adolescentes” disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FAAnDEwgWylk>, que foi produzido utilizando algumas imagens e narrativas do banco dessa pesquisa e contou com a participação dos adolescentes nas filmagens. Esse acervo de possibilidades, subsidia o trabalho dos profissionais de saúde e educação para a promoção da saúde na comunidade de maneira dialógica e criativa, com intuito de mudar o comportamento das pessoas e do poder público para a promoção da saúde da coletividade, principalmente em contexto de vulnerabilidade social.

## 5 | CONCLUSÃO

Através da criticidade o adolescente passou de mero receptor de informações para alguém capaz de efetuar mudanças na realidade em que vive, permitindo ser protagonista da sua própria história. Ao dar a voz aos adolescentes, foi possível a reflexão sobre os

aspectos que influenciam a saúde dos mesmos e da sua comunidade, emergindo como ser estratégica importante na promoção do cuidado, protetor da vida.

Os profissionais da saúde e educação devem buscar alternativas para a educação em saúde, para dialogar com grupos de adolescentes que possuem especificidades próprias. A experiência, escuta e o diálogo podem consolidar novas verdades, modificar conceitos, práticas e comportamentos em busca de uma vida mais saudável. Faz-se necessário inovação nas políticas de atenção à saúde do adolescente que adote metodologias que atraiam esse público para atuarem como agentes multiplicadores.

## FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo – FAPES (Termo de Outorga: 0890/2015).

## REFERÊNCIAS

ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2017**. Vila Nova Conceição - São Paulo/SP, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Relatórios de Informações Sociais**. Brasília; 2017. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)

CABRAL, I.E.; NEVES, E.T. **Pesquisa com o método criativo e sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade**. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org). *Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde da teoria à prática*. Porto Alegre: Editora Moriá, 2016. p. 325-50.

COUTO, T.A.; SANTOS, F.P.A.; RODRIGUES, V.P.; et al. Health education under perspective of family health teams users. **J Nurs UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1606-14, 2016.

FARRE, A.G.M.C.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C.; et al. Adolescent health promotion based on community-centered arts education. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 1, p. 26-33, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 55. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

MARIM, T.D.; PARTELLI, A.N.M. Social determinants in health from the adolescent's perspective: photo

voice. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e239114

MAMEDE, F.V.; ESSER, M.A.M.S. **Photovoice: uma proposta para pesquisa qualitativa**. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org). *Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde da teoria à prática*. Porto Alegre: Editora Morá; 2016. p. 451-62.

OLIVEIRA, E.; SOARES, C.B.; BATISTA, L.L. Everyday representations of young people about peripheral areas. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1082-8, 2016.

RAMOS, J.F.C.; MIRANDA, L.; PEIXOTO, M.V.M.; et al. Participative research and comprehensive child healthcare promotion strategies in the Brazilian National Health System (SUS). **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1077-1089, 2018.

RODRIGUES, R.P.; SOTIRAKIS, G.H.O.; PENHA, J.F.A.; et al. Educação Popular em Saúde: construindo saberes e práticas de cuidado através do EDPOPSUS. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 19, n.1, p. 219-229, jan.-abr. 2020.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; AKERMAN, M.; et al. Intersectoriality, social and environmental determinants and health promotion. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4361-70, 2014.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Agenda pela infância 2015-2018**. Brasília, 2014.

VIEIRA, A.G.; AERTS, D.R.G.C.; CÂMARA, S. et al. A escola enquanto espaço produtor da saúde de seus alunos. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 2, p. 916-932, 2017.

VIEIRA, S.L.; SILVA, G.T.R.; SILVA, R.M.O. Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. **Trab. educ. saúde v.18, supl.1, p. 1-25, 2020**.

# CAPÍTULO 16

## INTERPROFISSIONALIDADE: BASES E REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA VIVENCIADAS NO PROGRAMA PET-SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 03/07/2020

### **Heloisa Schatz Kwiatkowski**

Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem na Universidade Federal da  
Fronteira Sul - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/2587788984101996>

### **Angela Makeli Kososki Dalagnol**

Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem na Universidade Federal da  
Fronteira Sul - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/6404035832276938>

### **Larissa Gabriella Schneider**

Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem na Universidade do Estado de  
Santa Catarina - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/4039183069388514>

### **Marina Klein Heinz**

Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem na Universidade do Estado de  
Santa Catarina - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/3501033788132217>

### **Andressa Krindges**

Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem na Universidade Federal da  
Fronteira Sul - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/2213041799640028>

### **Marta Kolhs**

Docente na Universidade do Estado de Santa  
Catarina - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/5816388727162378>

### **Débora Tavares de Resende e Silva**

Docente na Universidade Federal da Fronteira  
Sul - Campus Chapecó  
Chapecó - Santa Catarina

CV: <http://lattes.cnpq.br/6093255618062496>

**RESUMO:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) Interprofissionalidade foi alicerçado em 2018 pelo Ministério da Saúde para fomentar as práticas e as atividades da formação profissional em saúde. O PET-Saúde, por sua vez, mostrou-se ferramenta importante para a formação acadêmica desde a sua criação. O programa tem como finalidade atuar como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e de iniciação ao trabalho e vivências aos graduandos. Desta forma, configura-se uma estratégia, não somente do Ministério da Saúde, como também das Instituições de Ensino Superior, para contemplar a interdisciplinaridade, as práticas colaborativas, a integração entre docentes, discentes e profissionais, relação teórico-prática, dentre outros requisitos previsto na Lei de Diretrizes e Bases.

**PALAVRAS - CHAVE:** Interprofissionalidade; Atenção Primária; Educação Superior; Saúde; Capacitação Profissional.

## INTERPROFESSIONALITY: BASES AND REFLECTIONS ON THE ACADEMIC FORMATION EXPERIENCED IN THE PET-SAÚDE PROGRAM

**ABSTRACT:** The Health Work Education Program (PET-SAÚDE) Inter-professionalism was approved in 2018 by the Ministry of Health to promote professional health training practices and activities. PET-Saúde, in turn, proved to be useful for a academic background since its creation. The program is designed to implement a qualification instrument in service of health professionals and initiation to work and experiences for students. In this way, configure a strategy, not only the Ministry of Health, but also the Higher Education Institutions, to contemplate an interdisciplinarity, such as collaborative practices, an integration between documents, students and professionals, theoretical-practical relationship, other others provided for in the Law of Guidelines and Bases.

**KEYWORDS:** Interprofessionality; Primary attention; College education; Cheers; Professional Training.

### INTRODUÇÃO

Na atualidade a sociedade está exposta e suscetível a intensas transformações de cunho político, cultural, científico, tecnológico, econômico e social, os quais irão impactar na formação profissional acadêmica. Neste contexto, o momento vêm exigindo das universidades e de seu corpo de docentes a criação e desenvolvimento de estratégias para um ensino de qualidade, visando as necessidades não só exigidas pelo mercado de trabalho, mas também da sociedade atual. As mudanças epidemiológicas, ou seja, da morbimortalidade populacional, têm levado o Sistema Único de Saúde (SUS) a desafios no cuidado centrado no paciente, fazendo emergir a necessidade de se fortalecer os princípios básicos do SUS, que propicia o cuidado integral e contínuo aos usuários (MENDES, 2012).

Para tal, o desenvolvimento adequado do SUS, depende da formação de profissionais com capacidade crítica e sensibilidade para pensar as questões da vida e da sociedade e para atuar em contextos de complexidade. Na conjuntura da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta prevê um entendimento de saúde mais amplo do que ações voltadas ao tratamento de doenças, e isso pressupõe a associação de preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) com o trabalho em equipe, considerando a participação comunitária e a intersetorialidade (SORATTO *et al*, 2015). Quando se opera por meio de competências interprofissionais, as habilidades são sistematizadas por meio das profissões e os fazeres organizados em aptidões, portanto, quanto melhor se trabalha em equipe, menos se precisa reconhecer de forma isolada os saberes dos outros (CECCIM, 2018).

Assim, a inserção da equipe multiprofissional no contexto do SUS foi estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 e encontra-se presente em todas as equipes de atenção básica, sendo uma das diretrizes mais importantes da ESF e seu trabalho com o Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Ressalta-se, no entanto, que o trabalho da equipe multiprofissional não deve ser tomado

como uma simples superposição de profissionais em um mesmo serviço de saúde. A ação interdisciplinar se faz importante, uma vez que, permite a realização do trabalho de maneira integrada, em que cada profissional contribui com diferentes pontos de vista acerca do conhecimento em saúde, possibilitando avanços em direção à integralidade da atenção em saúde (LACERDA; MORETTI-PIRES; COLUSSI, 2018).

Se olharmos para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no que tange à respeito aos cursos da área da saúde, aponta-se como perfil do egresso: um profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, pró-ativo e criativo, orientando que o processo de formação seja articulado, pautado e direcionado ao SUS de forma a garantir a atenção a necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017). Para atender tais diretrizes, faz-se necessário para a formação o reconhecimento das características do território de atuação, tais como, o desenvolvimento de habilidades para o trabalho interprofissional, e a participação efetiva das diferentes profissões na discussão do cotidiano de atuação, visando um trabalho que atenda o usuário na integralidade de suas necessidades de saúde (ALMEIDA, TESTON, MEDEIROS, 2019).

## **INTERPROFISSIONALIDADE E A IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP)**

O processo de formação acadêmica nos cursos da área da saúde, tem passado por mudanças em relação a interprofissionalidade, buscando superar a lógica uniprofissional. Essa interprofissionalidade corresponde à atividade profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no cuidado ao usuário (PEDUZZI; *et al.*, 2013). Exercer o trabalho em equipe interprofissional, é atuar com profissionais de diversas formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação e de promover, além do ensino, as práticas colaborativas e a melhoria na prestação de serviços (WHO, 2010).

Apesar das dificuldades enfrentadas para tais mudanças, observa-se um desenvolvimento significativo de atividades interprofissionais em todo o mundo, com expansão de sua visibilidade e do seu espaço nas discussões nos níveis político e acadêmico (PAHO, 2017). Para consolidar e aprimorar essa prática, instituiu-se a Educação Interprofissional (EIP), instrumento para amparar e promover a prática colaborativa, unir os saberes entre profissionais diversos por meio do diálogo e evitar a duplicidade dos trabalhos (WHO, 2010).

Essa expansão ganha destaque devido a valorização da capacidade que este processo apresenta para a qualificação e melhora da atenção à saúde no SUS, contribuindo para o aprimoramento profissional e formação acadêmica (COSTA *et al.*, 2018). A partir desse contexto, o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso com a EIP por meio de um documento que delibera essa abordagem como estratégia de consolidação da educação



permanente (BRASIL, 2018).

A estratégia atribui destaque ao trabalho em equipe, integrado e colaborativo, que envolve profissionais de diferentes áreas, atuando de maneira interdependente, integrada, e compartilhando seus objetivos, valores e responsabilidades. Desta maneira, faz com que exista incentivo para discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado e favorece a construção de projetos para a melhora da qualidade no cuidado ao usuários (REEVES *et al*, 2016).

Considerando o cenário abordado, ainda há muito o que discutir sobre a EIP no Brasil, porém, as iniciativas têm ganhado forças e os esforços para sua valorização estão sendo efetivos. Além disso, fica explícito nas pesquisas, a importância de uma equipe multiprofissional, indispensável para uma assistência à saúde de qualidade, atuando de modo integrado, articulado e que busca priorizar a EIP. Esse trabalho, conseqüentemente, consolida o SUS efetivamente como integral, equânime, universal e potente na promoção, prevenção e proteção à saúde das comunidades (MIRA; BARRETO; VASCONCELOS, 2016).

## **A FORMAÇÃO ACADÊMICA E A PRÁTICA PROFISSIONAL**

O Brasil passou por um processo de redemocratização do Estado em 1988, tendo como principal marco a promulgação da Constituição Federal (CF/88), que contemplou a saúde como um direito social, de acesso universal, e de responsabilidade do Estado. Após 32 anos foram observados avanços em relação a dimensão da saúde, mas ainda existem pontos que necessitam serem mudados, como por exemplo a formação dos profissionais de saúde que apresenta descompasso com a prática profissional (SANTOS; AZEVEDO, 2013).

Mudanças têm sido realizadas ao longo dos anos na formação em saúde, principalmente após a extinção dos currículos mínimos, em 1996. Com isso, a relação entre Saúde e Educação Superior é visível, de modo a garantir a relação contínua e indissociável entre a formação e o SUS. Assim, apesar de cada área ter suas próprias diretrizes curriculares, há um eixo que permeia todas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) (SANTOS; AZEVEDO, 2013).

Esse processo de mudança no ensino de graduação dos profissionais de saúde no Brasil, tem ocorrido diante da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, que busca qualificar a formação e melhorar assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde. No ensino dos cursos de graduação em saúde pode-se observar a importância de implementar conteúdos relacionados ao SUS (ARAKAWA *et al*. 2013).

Possuir uma formação acadêmica que possibilite um bom entendimento teórico-prático, de maneira que os graduandos percebam sua atuação como em um trabalho em saúde, é uma responsabilidade das universidades e do aluno com a comunidade.

Em contrapartida, uma formação restrita, que segue o modelo biomédico, é “sentido constringido à carência prática rude também tem apenas um sentido tacanho” (MARX, 2010, p. 110), nessa perspectiva, a formação que o autor se refere não potencializa uma prática em saúde em consonância como o conceito do SUS.

Ademais, o SUS contempla elementos que favorecem uma educação e prática interprofissional, devido seu delineamento com enfoque na universalidade do acesso, integralidade, participação social e o trabalho baseado em equipe, estes conectam-se intimamente com os marcos teóricos e metodológicos de uma abordagem interprofissional (TOASSI, 2017).

Com o aumento da complexidade das necessidades de saúde estabelece-se a necessidade de mudanças na dinâmica da produção dos serviços de saúde com vistas ao fortalecimento do trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando assim, o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações (CRISP; CHEN, 2014). Desta maneira, a interprofissionalidade na formação em saúde vem sendo pauta de debates há alguns anos, oriundos do esgotamento da uniprofissionalidade.

Assim, a Educação Interprofissional no Brasil demonstra-se com grande potencialidade para nosso cenário, considerando os fundamentos do SUS, os acúmulos históricos sobre a reorientação da formação profissional em saúde e o desejo por uma atenção à saúde mais coerente com a complexidade e a dinamicidade das necessidades das pessoas (TOASSI, 2017). Porém, ainda evidencia-se a necessidade de discussão acerca da EIP no Brasil. Nesse sentido, diversas propostas ganham forças e os esforços começam a se efetivar para dar maior visibilidade a essas iniciativas, bem como apoiar novas experiências (TOASSI, 2017). Um exemplo disso é a criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

## **PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET-SAÚDE)**

Em 2008, através da Portaria Interministerial entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) nº 1.802/08, é instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET). Ele tem como finalidade fomentar a formação de grupos de aprendizagem, através da tutoria, sendo um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e de iniciação ao trabalho e vivências aos graduandos (BRASIL, 2008; AZEVEDO, 2014).

O PET- Saúde possui nove edições, que são as seguintes: primeira edição Edital nº 12/2008 - PETSaúde/SF 2009 Saúde da Família; segunda edição Edital nº 18/2009 - PETSaúde/SF 2010/2012 Saúde da Família; terceira edição Edital nº 7/2010 - PETSaúde/VS 2010/2012 Vigilância em Saúde; quarta edição Edital nº 27/2010 - PETSaúde/SM 2011 Saúde Mental; quinta edição Edital nº 24/2011 - PróSaúde/PET-Saúde 2012- 2014 Redes de Atenção; sexta edição Edital nº 28/2012 - PETSaúde/VS 2013-2014 Vigilância em Saúde;

sétima edição Edital nº 14/2013 - PETSaúde/Redes 2013-2015 Redes de Atenção; oitava edição Edital nº 13/2015 - PETSaúde/GraduaSUS Graduações em Saúde e a nona edição Edital nº 10 de 23 de julho de 2018- PET- Saúde/Interprofissionalidade (BRASIL,2018).

Dando segmento ao programa criado no ano de 2008, em 2018, o edital nº 10, de 23 de julho, viabilizado pelo Ministério da Saúde (MS), abordou a interprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade como dinâmica do ensino-serviço. (BRASIL, 2018; FONSÊCA *et al*, 2019). Na nona edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foram aprovados 120 projetos de universidades e secretarias de saúde de todas as regiões do país, com participação de mais de seis mil pessoas. Essa fase tem duração de dois anos e possui como tema principal a Educação Interprofissional em Saúde. A proposta do projeto promove interação entre professores, estudantes, profissionais de saúde, gestores e usuários a serem desenvolvidas na Atenção Básica em Saúde, com visão a promover ligação com outros níveis de atenção com objetivo de efetividade no tratamento ao usuário (BRASIL, 2019).

## O PET-SAÚDE E SEU IMPACTO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

O PET-Saúde, por sua vez, mostrou-se ferramenta importante para a formação acadêmica desde a sua criação. Como dito anteriormente, o Programa tem como finalidade atuar como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e de iniciação ao trabalho e vivências aos graduandos. Desta forma, configura-se uma estratégia, não somente do Ministério da Saúde, como também das Instituições de Ensino Superior, para contemplar a interdisciplinaridade, as práticas colaborativas, a integração entre docentes, discentes e profissionais, relação teórico-prática, dentre outros requisitos previsto na Lei de Diretrizes e Bases (FONSÊCA *et al.*, 2019; ARAKAWA *et al.* 2013).

Nesse sentido, o PET-Saúde caracteriza-se uma estratégia enriquecedora para a formação acadêmica, pois as vivências do Programa colaboram para que os futuros profissionais da saúde sejam protagonistas e que tenham uma formação com um olhar crítico-reflexivo, humanista e integral. Para além disso, ele aproxima os acadêmicos da realidade do Sistema Único de Saúde de forma a correlacionar o ensino com a prática e, com isso, otimizar o aprendizado e as relações entre docentes, discentes e profissionais de saúde (MIRA; BARRETO; VASCONCELOS, 2016).

Particularmente, o PET-Saúde/Interprofissionalidade, lançado pelo Ministério da Saúde em 2018, tem como principal objetivo a implementação da Educação Interprofissional (EIP) no Brasil, fortalecendo assim a formação dos profissionais de saúde com vistas ao fortalecimento do SUS. Dessa forma, dentre os seus objetivos específicos, destacam-se “Proporcionar ao estudante o (re)conhecimento interprofissional e aprendizado significativo sobre os outros, com os outros e entre si, no contexto do SUS” e “Promover mudanças significativas nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) para perfis profissionais

conforme Diretrizes Curriculares Nacionais, alinhados aos princípios da intersectorialidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade”.

Assim, o projeto propõe-se a criar o Componente Curricular (inicialmente optativo, mas com vias à inserção como obrigatório nas matrizes curriculares) “Seminário Interprofissional” para integração dos cursos e Instituições de Ensino Superior envolvidas, em atividades curriculares conjuntas em EIP; realizar oficinas de trabalho/seminários para instrumentalizar os atores das IES envolvidas para a adequação dos PPCs, de acordo com as DCN; realizar oficinas interprofissionais envolvendo docentes dos cursos da área da saúde das IES envolvidas e preceptores para discussão das temáticas: “Interprofissionalidade na Formação e Práticas Colaborativas em Saúde” dentre outros.

Tais propostas de ações demonstram a clara iniciativa do Projeto em promover mudanças significativas aos acadêmicos e à formação em saúde. Além disso, tais ações buscam mudanças não somente nos indivíduos envolvidos no projeto, mas também nos futuros acadêmicos das IES, que poderão desfrutar das alterações e melhorias dos PPCs e do(s) CCR(s) a serem integrados nas matrizes dos cursos da área da saúde.

Para além destas propostas, é possível perceber, através das vivências dos participantes, que tais iniciativas demonstraram efeitos positivos para a formação acadêmica. Evidenciou-se que o Programa foi e é elemento relevante para a formação de profissionais crítico-reflexivos, estimulando a autonomia e planejamento das atividades por parte dos estudantes. Ademais, o PET-Saúde também viabiliza a interdisciplinaridade entre os atores envolvidos, através de metodologias eficazes de ensino-aprendizagem, permitindo maior interação entre acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde, preceptores e profissionais da saúde (MIRA; BARRETO; VASCONCELOS, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017).

Assim, as experiências do PET-Saúde demonstraram que a integração ensino-serviço-comunidade e a interdisciplinaridade são estimulantes para o avanço da implementação das DCN para os cursos de graduação na área da saúde, representando uma inovação nas propostas transformadoras de reorganização do modelo de formação na saúde (MIRA; BARRETO; VASCONCELOS, 2016; PEREIRA *et al.*, 2017).

Por outro lado, existem desafios que permeiam a implementação das ações do PET, tais como: a precariedade da estrutura física dos serviços de saúde; a descontinuidade das ações com a mudança dos gestores; baixa flexibilidade curricular; dificuldade de integração dos estudantes com a equipe, em decorrência da sobrecarga de trabalho e da precariedade das relações produtivas; desinteresse dos docentes e/ou profissionais de saúde em participar do programa; não adesão dos profissionais não participantes na colaboração efetiva das práticas desenvolvidas; e insuficiente comprometimento e engajamento dos participantes nas ações desenvolvidas (PEREIRA *et al.*, 2017).

Por fim, é importante ressaltar o momento inédito de atuação do PET-Saúde/ Interprofissionalidade no contexto da pandemia, pelo novo Coronavírus. Tais circunstâncias

caracterizam-se não somente como desafios para a implementação das atividades, como também se configura como um aprendizado aos participantes. Ainda que a pandemia impossibilite a ida aos cenários de atuação do PET, também fomenta nos participantes a criatividade e ressignificação das ações, que precisam continuar a ser impactantes, resolutivas e presentes nas equipes. Desse modo, o Programa também estimula nos petianos a necessidade de se reinventar, revelando assim outras faces da educação permanente, da relação ensino-serviço-comunidade e da interprofissionalidade.

## CONCLUSÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde é uma ação intersetorial direcionada para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim, uma preciosa ferramenta de transformação profissional. O programa gera possibilidades de vivências e integração do ensino-serviço-comunidade, sempre promovendo a interdisciplinaridade e propiciando um preparo profissional voltado para as necessidades do SUS.

Observa-se algumas limitações, como a indisponibilidade de tempo acadêmico para a atuação no Programa, a não colaboração dos profissionais (por motivos diversos, como estar envolvido em outra atividade no momento de imersão) e a atuação multiprofissional fragmentada.

Concluiu-se no entanto, que o PET-Saúde propõe, apesar de fragilidades apontadas, um impacto potente na formação dos acadêmicos que podem usufruir da imersão proporcionada por ele, sempre pautado na ótica peculiar da articulação ensino-serviço-comunidade, que procura integrar os estudantes de cursos de graduação aos serviços públicos de saúde do SUS, possibilitando a prática de novas experiências e vivências no território da atenção primária especialmente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. G. do S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. de A. A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, online, v. 43, n. spe1, p. 97-105, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s108>>. Acesso em: 29 jun. 2020.
- ARAKAWA, A. M. *et al.* Gestão em saúde: o aprendizado e a formação acadêmica de estudantes de graduação. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 947-956, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-18462013000400024>>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- AZEVEDO, V. L. S. de. **O PET-SAÚDE/PUCRS como estratégia para a formação profissional dos trabalhadores do SUS**. 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/579>>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama\_edicao\_pet\_saude\_graduasus.pdf. Acesso em: 03 jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS/MS nº 569, de 8 de dezembro de 2017.** Aprova o Parecer Técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Disponível em: <<https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2018/03/RESOLU%C3%87%C3%83O-MS-CNS-N%C2%BA-569-DE-8-DE-DEZEMBRO-DE-2017.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Edital nº 10, de 23 de julho de 2018.** Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037)>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PET- Saúde/ Interprofissionalidade inicia atividades de nona edição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/sgetes/45332-pet-saude-interprofissionalidade-inicia-atividades-da-nona-edicao>. Acesso em: 03 jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)>. Acesso em: 01 jul. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

COSTA, M. V. *et al.* **Educação Interprofissional em Saúde** [Ebook]. Natal: SEDIS-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.

CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/NEJMr1111610>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

FONSÊCA, G. S. *et al.* **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): desafios e potencialidades da construção interinstitucional e interprofissional em Chapecó/SC.** In: 37º Seminário de Extensão Universitária da Região Sul, ed. 37, 2019, Chapecó. Anais. Chapecó: editora da UFSC, 2019, p. 1-6. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/199307>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

LACERDA, J. T. de; MORETTI-PIRES, R. O.; COLUSSI, C. F. **Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Eixo II - O Trabalho na Atenção Básica.** Processo de trabalho na Atenção Básica. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. 106 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13976>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos.** Tradução, apresentação e notas Jesus Ranieri. 4 reimpr. São Paulo: Boitempo, 2010. 191p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde; 2012. 515 p.

MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M. A.; VASCONCELOS, M. I. O. Impacto do PET-Saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 40, n. 2, p. 514-31, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a1682>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

PAHO. Pan American Health Organization. **Strategy on human resources for universal access to health and universal health coverage**. Washington: PAHO, 2017. 36 p. Disponível em: <[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=mandates-9399&alias=42891-strategy-on-human-resources-for-universal-access-to-health-universal-health-coverage-csp29-10-csp29-r15-891&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandates-9399&alias=42891-strategy-on-human-resources-for-universal-access-to-health-universal-health-coverage-csp29-10-csp29-r15-891&Itemid=270&lang=en)>. Acesso em: 01 jul. 2020.

PEREIRA, A. M. C. *et al.* Contribuições do PET-SAÚDE na formação dos profissionais de nível superior na área da saúde. *In*: FERLA, A. A.; PINTO, H. A. (Org.) **Integração entre universidades e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho**. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 144-166. Disponível em: <<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Integracao-entre-Universidade-e-Sistemas-Locais-de-Saude-min.pdf#page=150>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Journal Medical Teacher**, Inglaterra, v. 38, n. 7, p.656-668, 2016. Disponível: <<https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Review**, São Francisco, v. 1, n. 3, CD002213, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SANTOS, A. M. dos; AZEVEDO, V. L. S. **Formação Profissional em Saúde: qual o papel da Universidade?** *In*: SIPINF - Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família, 2013, Porto Alegre, RS. DESAFIOS ÉTICOS NO ENSINO, NA PESQUISA E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL. Porto Alegre, Rs: EDIPUCRS, 2013. v. 01. p. 01-09. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/anais/sipinf/edicoes/l/2.pdf>. Acesso em 28 jun. 2020.

SORATTO, J. *et al.* Family health strategy: a technological innovation in health. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

TOASSI, R. F. C. (Org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf?sequence=1&isallowed=y>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

WHO. World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. 64 p. Disponível em: <[https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)>. Acesso em: 01 jul. 2020.



## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLÍNICA MÉDICA AOS PACIENTES COM DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 06/07/2020*

### **Isabelle Cerqueira Sousa**

Centro Universitário Christus – Unichristus  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>  
<https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>

### **Valéria Maia de Sena**

Centro Universitário Christus – Unichristus -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/2178885916144291>

### **Thiago Santos Salmi**

Centro Universitário Christus – Unichristus -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/4054703055610406>

### **Simona Tyncia Monteiro Gama**

Centro Universitário Christus – Unichristus -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/0824176458343784>

### **Carla Monique Lopes Mourão**

Centro Universitário Christus – Unichristus -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/1416646105289083>

### **Rodrigo de Moraes Marçal**

Centro Universitário Christus – Unichristus -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/5972924143134305>

### **Ana Ofélia Portela Lima**

Universidade de Fortaleza – UNIFOR -  
Fortaleza-Ce  
<http://lattes.cnpq.br/5972924143134305>

**RESUMO:** A doença renal crônica é uma preocupação crescente para a saúde, pois todos esses pacientes precisam de uma assistência detalhada quanto ao seu tratamento. Os enfermeiros especializados na área de clínica médica desempenham um papel fundamental para garantir a manutenção da saúde de diferentes níveis de complexidade assistencial e níveis de especialidades de pacientes internados. A doença renal crônica, se não for tratada com cuidado, pode se tornar progressiva; portanto, cabe aos profissionais de saúde garantir que tudo seja feito realisticamente para desacelerar o processo. O monitoramento eficaz de acordo com o estágio da doença, a educação em saúde e o encaminhamento oportuno a serviços especializados podem beneficiar os indivíduos acometidos por essa patologia em termos de melhoria dos resultados a longo prazo. Acredita-se que ajudar e permitir que as pessoas estejam cientes de sua condição e educá-las para tomar decisões informadas sobre o tratamento pode contribuir em muito para que melhores resultados sejam alcançados durante o processo. A metodologia utilizada foi uma Revisão Sistemática de literatura, com a coleta de publicações nas principais bases de dados eletrônicas no período de 2004 a 2019, portanto o estudo objetivou revisar as evidências científicas que fornecem elementos para gerar planos de cuidados que orientem a prática da enfermagem no cuidado ao paciente renal crônico em hemodiálise. O aprimoramento da autogestão pode ser alcançado por fatores como: o autocuidado, educação de hábitos alimentares saudáveis, exercícios físicos e cuidados com o



uso exacerbado de medicações sem prescrição são fatores essenciais na prevenção da progressão da doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermeiro. Doença renal. Assistência.

## INTERVENTION OF NURSES IN THE MEDICAL CLINIC TO PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES

**ABSTRACT:** Chronic kidney disease is a growing health concern, as all these patients need detailed assistance with their treatment. Nurses specialized in the field of medical clinic play a fundamental role in ensuring the maintenance of health at different levels of care complexity and levels of specialties of inpatients. Chronic kidney disease, if not treated carefully, can become progressive; therefore, it is up to health professionals to ensure that everything is done realistically to slow down the process. Effective monitoring according to the stage of the disease, health education and timely referral to specialized services can benefit individuals affected by this pathology in terms of improving long-term results. It is believed that helping and allowing people to be aware of their condition and educating them to make informed treatment decisions can go a long way towards achieving better results during the process. The methodology used was a Systematic Literature Review, with the collection of publications in the main electronic databases from 2004 to 2019, so the study aimed to review the scientific evidence that provides elements to generate care plans that guide nursing practice in the care of chronic renal patients on hemodialysis. The improvement of self-management can be achieved by factors such as: self-care, education of healthy eating habits, physical exercises, and care with the exacerbated use of medications without prescription are essential factors in preventing the progression of the disease.

**KEYWORDS:** Nurse. Kidney Diseases. Assistance.

## 1 | INTRODUÇÃO

Ao longo da evolução humana, a percepção da morte foi se transformando e tomando uma proporção diferenciada na vida das pessoas. Para os nossos antepassados, a morte era percebida como uma fase natural da vida, o processo de morrer era assistido pelos familiares, permitindo o conforto e a presença dos entes queridos ao final do ciclo vital (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). É visto uma transição de conceitos e percepções; a morte que era consumada e constatada nas residências dos doentes, passa a acontecer nas casas de saúde; e a família que assumia os cuidados começa a transferi-los aos profissionais de saúde.

O enfermeiro quanto assistencialista, compreende as necessidades do paciente, visando estabelecer o plano de cuidados assertivos para as exigências biológicas, psicológicas e sociais do mesmo. Logo, o paciente com quadro patológico instaurado necessita de cuidados adequados para o alcance de resultados positivos. Neste contexto, a rotina do enfermeiro em clínica médica está direcionada ao paciente internado devido alguma patologia e, através de protocolos e procedimentos, tem o manejo norteado das

ações da equipe de saúde (BRAGA et al, 2019).

O setor de internamento precisa estar assegurado de medidas que visem garantir a segurança e bem estar ao paciente acometido por alguma patologia. Esses pacientes, em sua maioria, apresentam doenças de base como Hipertensão Arterial e Diabetes, apresentam algum histórico de evento cardiovascular e/ou estão acometidos por agravos crônicos agudizados, favorecendo possíveis complicações. Assim, faz-se necessário estabelecer ações em prol da assistência qualitativa, atributo intrínseco a equipe de enfermagem (SILVA et al, 2019).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis estão: o diabete mellitus, a hipertensão arterial, as doenças coronarianas, insuficiência renal crônica e câncer. Neste contexto, a Doença Renal Crônica (DRC) consiste na lesão renal com perda progressiva de função com impacto sistêmico exigindo terapia dialítica para manutenção das funções corporais. Por ser uma lesão irreversível, o indivíduo apresenta disfunções progressivas em decorrência da falência renal. Neste sentido, o encargo referente ao paciente com DRC é subsidiado de exigências para manutenção das vitalidades e melhor qualidade de vida (CASTRO, 2019).

Em resposta aos agravos ocasionados pela DRC, faz-se necessário instalar cuidados contínuos para o manejo do paciente. Devido à lesão renal permanente, é fundamental que haja um balanço hídrico adequado, a fim de não sobrecarregar o rim adoecido, bem como manter os limiares sustentáveis para a manutenção da vida (ALMEIDA et al, 2011).

Outro ponto fundamental nas terapias voltadas ao paciente com DRC é a necessidade de uma fistula arteriovenosa para infusão das terapias. Essa estratégia almeja a redução de acessos diversos para administração das terapias. Contudo, exigem cuidados para evitar complicações. A assepsia adequada do local, evitar esforços e possíveis lesões no membro fistulado, bem como promover ações de higiene e limpeza, visando evitar o surgimento de infecções (BRANDOLT; THOMÉ; ECHER, 2019). A DRC tem a sua importância relativa na carga de doenças do país. Seu comportamento crônico ou permanente, sua taxa letal e potencial representam um importante gasto em saúde para o sistema, exigindo alta complexidade técnica em sua gestão, manutenção e tratamento (ALCAIDE; KIRSZTAJN, 2018).

Além do grande impacto socioeconômico causado pelas doenças crônicas não transmissíveis, há o risco a qualidade de vida do portador de doença renal crônica e a todo o sistema de relações em que o indivíduo e sua família estão envolvidos, afetando toda a dinâmica e funcionamento rotineiro.

Neste sentido, a DRC deve ser considerada uma condição que exige um ambiente humanista para o cuidado, bem como uma abordagem abrangente que visa o diálogo e o trabalho colaborativo entre profissionais que prestam os cuidados do indivíduo e sua coletividade (SILVA et al, 2011).

A fim de proporcionar a melhor qualidade da assistência de enfermagem aos usuários

que dela necessitam, os enfermeiros criaram o Processo de Cuidados de Enfermagem (PAE) como um método de trabalho que proporciona grandes benefícios, alcançando o vínculo do paciente sob seus cuidados, como entidade participante dele. Ao utilizar o PAE com a taxonomia diagnóstica da NANDA no atendimento de pacientes com insuficiência renal em hemodiálise, é possível fornecer a base para a obtenção das intervenções de enfermagem mais eficazes para o alcance dos melhores resultados assistenciais.

A importância do tema está ligada diretamente a Doença renal crônica e a importância do diagnóstico precoce visto que é uma doença que vem crescendo significativamente e tem como corresponsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, neoplasias de próstata e colo de útero, tendo em vista as potencialidade de desenvolvimento da insuficiência renal por causa da falta de acompanhamento adequado e detecção precoce dessas doenças (DAURGIDAS, 2010).

Este estudo se torna relevante devido à necessidade do paciente em se adaptar a novas rotinas impostas pelo tratamento, bem como atender objetivos e propósitos em seu cotidiano, exigindo um aumento da capacidade de direcionar atenção para aspectos importantes do tratamento.

Os profissionais de saúde sentem-se responsáveis pela manutenção da vida de seus pacientes, e encaram a fase terminal como resultado acidental diante do objetivo da profissão, sendo esta considerada como de tratamentos sem sucesso e fracasso da equipe, ocasionando angústia àqueles que a presenciam. A sensação de fracasso diante da morte não é atribuída apenas ao insucesso dos cuidados empreendidos, mas a uma derrota diante da morte e da missão implícita das profissões de saúde: salvar o indivíduo, diminuir sua dor e sofrimento, manter-lhe a vida (BOSCO, 2008).

Assim, este estudo se justifica na finalidade de expor a forma de agir dos profissionais de Enfermagem frente aos pacientes com insuficiências renais hospitalizados, a fim de compreender as qualidades e importâncias em manter a necessidade do tratamento com o paciente e assim proporcionar um conforto, segurança e confiança a ele.

Com base no exposto, o presente estudo tem como objetivo de revisar as evidências científicas que fornecem elementos para gerar planos de cuidados que orientem a prática da enfermagem no cuidado ao paciente renal crônico em hemodiálise.

## 2 | METODOLOGIA

A pesquisa de natureza descritiva foi realizada através de revisão sistemática de literatura em obras secundárias que abordam o tema em questão.

A busca dos estudos foi feita com base nas publicações no período de 2004 a 2019, a partir dos Descritores em Saúde (DECs): Nefropatias, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem, buscados nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Scientific Electronic Library Online - SCIELO,

MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PubMed e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), Base de Dados de Enfermagem – BDEF.

As obras idênticas, repetidas em bases diferentes, as não disponíveis na íntegra nas bases e as que não abordaram o tema central do estudo foram excluídas. Foram selecionados para este estudo somente artigos que na leitura demonstrassem semelhanças com o tema central da pesquisa e, estivessem publicados em periódicos da área de enfermagem do Brasil. Primeiramente as obras foram armazenadas em computador, para que em seguida fosse realizada uma pré-seleção de acordo com a leitura dos resumos. Nessa fase, buscou-se a relação entre o conteúdo, título, resumo e se atendiam ao objeto do presente estudo.

Na fase de seleção as obras foram lidas na íntegra, com atenção especial para os resultados e conclusão das obras, os trabalhos que não apresentavam qualquer relação com o tema da pesquisa foram excluídos. Para a seleção dos artigos serão estabelecidos alguns critérios de seleção sendo eles: artigos desenvolvidos no Brasil, publicados no idioma português, associados com o tema, que tenham sido publicados nos anos de 2004 a 2019, e que estivessem completos disponíveis nas bases de dados após a análise.

## **3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **3.1 Perspectivas sobre modelos de enfermagem e teorias em atendimento ao paciente em hemodiálise**

Cuidar do paciente com doença renal crônica (DRC) requer preparo especial, possuindo um grau de complexidade maior que os demais campos da enfermagem, exigindo atenção para integrar todo conhecimento e habilidades para o bem estar do paciente. No entanto, a rotina diária do uso dos equipamentos para tratar esses pacientes em hemodiálise pode levar à perda do verdadeiro significado da profissão de enfermagem que é voltada para o cuidado. Um dos pontos importantes na assistência é a atenção personalizada, focada no bem comum. (FARIAS DE QUEIROZ FRAZÃO et al., 2014).

O cuidado de enfermagem requer a integração de todos os conhecimentos da profissão e atitudes dos profissionais para que tenham impacto positivo no bem-estar dos pacientes. É assim que os modelos e teorias de enfermagem oferecem possibilidades de intervenção, ação imediata e fornecem ao paciente ferramentas de cuidado suficientes (ALMEIDA SILVA et al., 2016). Desse modo, a importância da aplicação na prática clínica dos fundamentos e teorias filosóficas da enfermagem torna-se evidente, uma vez que ela não apenas constitui um instrumento de melhoria a assistência ao paciente, mas também permite uma visão mais ampla, profunda e abrangente, englobando a enfermagem que possibilita o caminho para a excelência na assistência ao paciente. Da mesma forma, é essencial preparar o profissional em nível de graduação e pós-graduação no conhecimento e implementação de modelos e teorias em sua prática cotidiana, bem como implementar

mecanismos nas instituições para seu uso (EDUARDO et al, 2016).

### **3.2 Diagnósticos de enfermagem no paciente em hemodiálise**

Determinar os diagnósticos de enfermagem comuns nos sujeitos submetidos à hemodiálise auxilia os enfermeiros na atenção aos pacientes renais crônicos, fornecendo ferramentas para o planejamento da assistência (FREITAS et al., 2018). Os autores descrevem diagnósticos de enfermagem reais, que detalham problemas e alterações da saúde, validados clinicamente pela presença de sinais e sintomas que os definem, bem como os diagnósticos de enfermagem de risco, definidos como os julgamentos clínicos realizados pelo enfermeiro, nos quais ela avalia a existência de maior vulnerabilidade da pessoa para desenvolver um problema específico do que o restante da população na mesma situação (SILVA; DE OLIVEIRA MARINI; DA SILVA, 2017).

Diagnósticos de enfermagem em pacientes reais em hemodiálise, descritos na literatura, são: volume excessivo de líquido, eliminação urinárias afetadas ineficazes perfusão tecidual: renal, hipotermia, mobilidade física diminuída, fraqueza, fadiga, intolerância à atividade, a integridade da disfunção sexual afetada, dentição prejudicada, perturbado percepção sensorial (visual e auditiva), padrão de sono perturbado, insônia, diminuição da memória, dor aguda, dor crônica, constipação, diarreia, falta de comprometimento, conhecimento inadequado, monitoramento da pele regime ineficaz terapêutica, auto déficit de atenção, comportamentos de risco nutrição padrão desequilibrado propenso a saúde, controle ineficaz da saúde, o medo, a ansiedade, desesperança e isolamento social.

Quanto aos possíveis diagnósticos mais frequentes na mesma população de enfermagem são: risco de desequilíbrio eletrolítico, o risco de infecção, risco de quedas, risco de glicemia instável, risco de solidão, e o risco de situação de baixa autoestima (DOS SANTOS et al., 2018). Um diagnóstico real identificado por todos os autores é o excesso de líquido em pacientes com doença renal hemodiálise, levando a complicações, tais como a hipotensão e dores devido à remoção de fluidos e eletrólitos, além de alterações cardiovascular, apresentando caráter sérico e debilitante.

Estudos mostram que o consumo de alimentos ricos em sódio e a ingestão excessiva de líquidos e diminuição da diurese residual está diretamente relacionado ao ganho de peso e aumento da pressão arterial pré-diálise. Embora o tratamento hemodialítico possa ser efetivo, não substitui completamente a função renal, portanto a retenção de água continua sendo um dos principais problemas identificados nesses pacientes (EDUARDO et al, 2016).

Da mesma forma, o diagnóstico de hipotermia foi detectado como uma complicação potencial durante as sessões de diálise é conhecido que a baixa temperatura ocorre nos pacientes submetidos a hemodiálise para o arrefecimento no sangue e circulação extracorpórea, uma vez que a linha de sangue e / ou solução de dialisado são expostos a temperatura ambiente, que faz com que haja perda de calor por convecção, exigindo

que a enfermagem esteja atenta a essa situação para evitar a complicação e proporcionar conforto ao paciente (FARIAS DE QUEIROZ FRAZÃO et al., 2014).

Além disso, sintomas como fraqueza, fadiga e intolerância a atividade, condições associadas à anemia e a deficiência de eritropoietina podem emergir como uma complicação da doença renal, com multicausalidade e debilidade. A Anemia provoca palidez, fraqueza, mal-estar, déficit de atenção, qualidade de vida prejudicada e aumento da mortalidade em pacientes com doença renal crônica, tem a indicação de diminuição da função renal, exigindo correção para manejo favorável do CEI. Portanto, os enfermeiros devem ter o objetivo de corrigir a anemia e reduzir a necessidade de transfusões e internações, melhorando a qualidade de vida, capacidade cognitiva e desempenho físico em atividades diárias (SILVA; DE OLIVEIRA MARINI; DA SILVA, 2017).

O diagnóstico de auto déficit cuidado, está relacionado ao conhecimento deficiente, gestão ineficaz de controle regime terapêutico saúde ineficaz e falta de adesão, que por meio da identificação permite a enfermagem analisar as causas do déficit, dada pela condição do paciente, fatores do paciente biopsicossociais e culturais e sistemas de apoio à família, necessidades aprendizagem e as estratégias que você está usando para lidar com sua situação, que podem estar relacionadas a diagnósticos como medo, ansiedade e desesperança (DÂMASO; DOS SANTOS; BEZERRA, 2018).

Por fim, em relação ao diagnóstico de risco, a infecção e a integridade da pele afetada é uma das principais preocupações do profissional e é um dos seus maiores desafios. As múltiplas punções aumentam o risco de infecção, exigindo que a equipe de enfermagem esteja atenta para garantir uma longa vida útil do acesso vascular e, assim, reduzir o risco de complicações.

Após complicações renais, as infecções são a segunda principal razão para a hospitalização nesses pacientes. Isso é explicado pelo fato de serem pacientes imunocomprometidos e expostos a procedimentos invasivos, o que os torna mais suscetíveis a infecções (ALMEIDA SILVA et al., 2016). Dessa forma, a enfermagem utiliza todos os recursos disponíveis para se tornar aliada do paciente e de sua família e, assim, proporcionar educação, apoio e orientação necessários para que o regime terapêutico seja efetivo e o paciente receba os benefícios de um cuidado adequado (EDUARDO et al, 2016).

### **3.3 Educação do paciente em hemodiálise**

A educação oferece aos pacientes com Doença Renal Crônica a base de conhecimento que facilita sua participação ativa nas decisões sobre seus próprios cuidados para alcançar os resultados desejados. Os objetivos educacionais devem ser orientados para as necessidades do paciente, com um plano educacional que leve em consideração o estilo de aprendizagem dos pacientes e possíveis obstáculos ao seu processo educacional. Ao educar continuamente os pacientes sobre as questões que são importantes para eles, os enfermeiros podem ajudá-los a melhorar os resultados, criar atitudes positivas em

relação ao tratamento e ser mais independentes (DOS SANTOS et al., 2018).

### 3.4 Autocuidado do paciente em hemodiálise

Em pacientes com alterações renais é fundamental a compreensão acerca das complicações, as restrições alimentares, líquidos, uso de medicamentos, ameaça de sua própria imagem, stress, conflito e ansiedade e a adesão à terapia. Todo esse conhecimento interfere no autocuidado, tendo em vista a responsabilidade do indivíduo pela qualidade de vida em convivência com a diálise. Os efeitos benéficos da intervenção assistencial de enfermagem promovem uma mudança positiva significativa no autocuidado em comportamentos como dieta, pressão arterial, controle de peso, exercícios e repouso, havendo certa resistência por parte do paciente.

Portanto, a assistência de enfermagem à saúde deve ser ativamente utilizada na prática clínica para que os pacientes em diálise realizem o autocuidado por meio de feedback contínuo (POLIT e BECK, 2018). Muitos pacientes realizam a hemodiálise domiciliar e, para isso, contam com os enfermeiros especializados neste tipo de caso para atendimento em suas residências. Os principais cuidados da enfermagem em relação à hemodiálise domiciliar segundo CARDOSO et al (2015) são:

- avaliar o ambiente familiar e as condições dos pacientes;
- ensinar os pacientes ou familiares a fazer a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (**CAPD**) em casa;
- considerar a compreensão do aprendizado dos pacientes e família sobre seu tratamento;
- verificar o uso da técnica segura na realização da CAPD;
- avaliar a capacidade dos pacientes de realizar seus tratamentos de diálise e tomar todos os medicamentos prescritos pelo médico;
- avaliação da equipe multidisciplinar das condições de higiene, moradia e educação (CARDOSO et al, 2015).

### 3.5 Satisfação do paciente como um objetivo de qualidade

Avaliação da satisfação do paciente permite a identificação das áreas deficientes sob o ponto de vista do paciente e por outro lado permite a avaliação dos resultados do tratamento, uma vez que as necessidades são o eixo sobre o qual estão articulados os benefícios sociais. Aspectos que influenciam a satisfação do paciente são “a atualidade das sessões de hemodiálise”, “a rapidez com que você recebe o que você precisa”, “o interesse dos enfermeiros por pacientes” e “tempo de espera para ser visto pelo médico”. Em conclusão, a análise da satisfação do paciente em hemodiálise é muito útil para desenhar

estratégias de melhoria, principalmente naqueles aspectos dependentes da equipe de Enfermagem (POLIT e BECK, 2018).

Outro ponto importante que deve ser contemplado na atenção e cuidado é a necessidade de respeitar os seus desejos, tanto na escolha do tratamento quanto na possibilidade de modificar ou retirar-se dele. Este contexto está intrínseco ao estabelecimento de cuidados agressivos no manejo do paciente em situações de urgência como a ventilação assistida, estado comatoso, reanimação em caso de parada cardíaca.

Por fim, é importante a coleta e guarda de dados relativos aos últimos desejos de pacientes, respeitando suas decisões em caso de perda de autonomia em situações vivenciadas na prática clínica, podendo simplificar ou otimizar a vontade de paciente (DÂMASO; DOS SANTOS; BEZERRA, 2018).

#### **4 | DESAFIOS ENFRENTADOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES RENAI**

O enfermeiro coordena toda a assistência prestada, identificando as necessidades individuais de cada paciente, proporcionando uma especificidade em relação ao tratamento e adequação dos planos de cuidados conforme a necessidade de cada paciente de maneira individual. A prática de cuidados específicos está interligada a qualidade da assistência prestada pelo processo de enfermagem. O enfermeiro é o profissional que presta assistência direta aos pacientes em sessões de hemodiálise, para isso precisa ter competência e habilidade para acompanhar e intervir em possíveis situações adversas. Os cuidados da enfermagem seguem durante toda a sessão de hemodiálise, desde a sua entrada até a sua saída (SANCHO; TAVARES; LAGO, 2013).

Os enfermeiros enfrentam um cenário de cuidados de saúde em constante mudança, realidades demográficas dos pacientes, exposição a tecnologia e uma infinidade de desafios cotidianos. Faz-se necessário apropriar-se de um pensamento estratégico para identificar problemas, colaborar com os tomadores de decisão e entender a necessidade frente ao quadro apresentado.

As mudanças ocorridas na profissão de enfermagem em geral e a enfermagem nefrológica especificamente foram motivadas por fatores socioeconômicos, bem como pelo desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde e questões profissionais exclusivas da enfermagem (MARTINS, 2010, OLIVEIRA, 2010, POTTER, 2004). Os enfermeiros com formação em nefrologia enfrentam desafios associados à segurança e satisfação do paciente, acesso a serviços, resultados clínicos, disparidades de saúde e mudanças regulatórias. Ao lidar com essas preocupações e outros problemas no local de trabalho, os enfermeiros têm a opção de serem influenciados pelas mudanças atuais ou motivar-se a agir a busca de oportunidades para provocar mudanças no próprio sistema de saúde (MARTINS, 2010, POTTER, 2004).

Os avanços na tecnologia digital ampliam as aplicações em telessaúde e telemedicina,



reunindo paciente e provedor sem proximidade física. A nanotecnologia introduzirá novas formas de diagnóstico e tratamento clínico por meio de biosensores portáteis baratos, capazes de detectar uma ampla gama de doenças. A acessibilidade dos dados clínicos entre as configurações e o tempo contribuiu com os resultados e o gerenciamento de cuidados. Através da Internet, os pacientes serão cada vez mais munidos de informações previamente disponíveis apenas para os médicos. O uso de prontuários eletrônicos impõe desafios significativos ao enfermeiro. Em alguns casos, as tarefas que levavam segundos para serem concluídas no papel agora exigem mais tempo com vários cliques em um labirinto de menus.

Os resultados sensíveis à enfermagem refletem a estrutura, o processo e os resultados dos cuidados de enfermagem. O número de funcionários de enfermagem, o nível de habilidade desses funcionários e sua formação indicam a estrutura dos cuidados de enfermagem. Os indicadores de processo medem aspectos dos cuidados de enfermagem, como avaliação, intervenção e satisfação no trabalho (OLIVEIRA, 2010, POTTER, 2004, REMEDI, 2009). Os resultados dos pacientes estão ligados a quantidade ou qualidade maior de cuidados de enfermagem (por exemplo, menos quedas, menos infiltrações).

Grande parte do ônus da medição e coleta de dados recai sobre os enfermeiros. É preciso haver um foco para garantir que estamos medindo as coisas certas com o menor ônus de medição possível (POTTER, 2004, REMEDI, 2009). É preciso definir os indicadores de qualidade do enfermeiro da assistência para o cuidado com pacientes nefrológicos, utilizando uma abordagem ampla para incluir medidas estruturais, de processo e de resultado. Esses indicadores abordarão implicações para a prática clínica, pesquisa, educação e políticas públicas.

## 5 | CONCLUSÃO

O enfermeiro da clínica médica é o responsável por coordenar os profissionais do setor, planejar os planos de cuidados de cada paciente conforme a sua necessidade e realizar atividades específicas de sua responsabilidade, são indivíduos habilitados para prestar cuidados aos pacientes em seus momentos mais delicados, os pacientes com doença renal necessitam de uma observação mais rígida e específica do profissional responsável por ele durante a sua internação.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem nefrológica tem habilidade técnica e científica para oferecer uma assistência qualificada conforme a necessidade do paciente, do qual é uma assistência de alta complexidade como: monitorar função renal do paciente, ajudar a gerenciar os sintomas associados, entender seus problemas renais para que o mesmo possa tomar decisões acerca de seus cuidados futuros. Isso pode incluir diálise, transplante de rim ou cuidados conservadores. No entanto esses profissionais não estão presentes durante todo o processo de internação desses pacientes.

Faz-se necessário que os enfermeiros especialistas em clínica médica tenham conhecimento e habilidades específicas para atender à necessidade individual de cada paciente de forma a proporcionar uma assistência de forma eficaz durante a hospitalização. Além disto, é necessário dar continuidade ao enfrentamento dos desafios do ambiente de trabalho, desenvolver habilidades para que os cuidados prestados pela enfermagem sejam eficazes para o tratamento e manutenção da saúde desses pacientes, pois o diagnóstico precoce da doença resulta na estabilidade e longevidade desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALCALDE, Paulo Roberto; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-129, junho de 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002018000200122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002018000200122&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 13 de out de 2019.

ALMEIDA, DC De et al. A relação bidirecional entre doença periodontal e doença renal crônica: da progressão da doença renal crônica à terapia renal substitutiva de diálise. **Rev Periodontia**, v. 21, n. 1, p. 73-9, 2011. Disponível: <[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46066089/A\\_RELAO\\_BV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/46066089/A_RELAO_BV4ZA)> Acesso em 07 jan. 2020.

DE ALMEIDA SILVA, Daianny Cristina et al. PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, v. 2, n. 1, 2016. Disponível:<<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/viewFile/682/474>> Acesso em: 11 fev. 2020.

BOSCO, Adriana Gonçalves. Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência. 2008. **Dissertação** (Mestrado Enfermagem Psiquiátrica) - Escola Enfermagem Ribeirão Preto, USP Ribeirão Preto, 2008. Disponível: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-pt-br.php>>. Acessado em 17/11/2019 às 13h15min.

BRANDOLT, Caroline dos Santos; THOMÉ, Elisabeth Gomes da Rocha; ECHER, Isabel Cristina. Fístula arteriovenosa: manual de orientação para cuidadores e pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Anais. Semana de Enfermagem** (30.: 2019: Porto Alegre, RS)., 2019. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/200908/001098783.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13/06/2020.

BRAGA, Samira Alves et al. Segurança do paciente: conhecimentos e práticas dos enfermeiros da clínica médica em um Hospital público. **Temas em saúde**. Disponível: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2020.

CARDOSO, Silvana et al. Diálise Peritoneal: Atuação do Enfermeiro aos Pacientes em Tratamento Dialítico Domiciliar. **Revista UNIANDRADE**, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2015. Disponível:<<https://www.uniandrade.br/revistauniandrade/index.php/revistauniandrade/article/view/175/146>> Acesso em:07 mai. 2020.

CASTRO, Manuel Carlos Martins. Manejo conservador de pacientes com doença renal crônica recusando diálise. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 41, n. 1, p. 95-102, março de 2019. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002019000100095&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019000100095&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 de julho de 2020.

DÂMASO, Amanda G et al. Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de pacientes em transplante renal. *Cad.Ciências Biológicas e Saúde. UNIT ALAGOAS*, v. 4, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/biosauade/article/view/4553>> Acesso 20 mai. 2020.

DAURGIRDAS, J.T. et al. **Manual de diálise**. 3. ed. Minas Gerais: Medse, 2010.

DE FREITAS, Eliane Arantes et al. Assistência de enfermagem visando a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos na hemodiálise. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 1, n. 2, p. 114-121, 2018. Disponível em: <<https://revistasfasesenaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/59>>. Acessado em 21 jan. 2020.

EDUARDO MD, Araújo GMR, Araújo MZ, Dantas AA, Alves MJ. Atuação da enfermagem nas principais complicações decorrentes do tratamento hemodialítico. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. 14 de abril de 2016. Campina Grande, Brasil; 2016. p.1-12

FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Repositório UFC**. 2014. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10441/1/2014\\_art\\_albclira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10441/1/2014_art_albclira.pdf)> Acesso em 20 nov. 2019.

MARTINS, Marcos.C. Aliviando o sofrimento: O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida. **Repositório Univ. Lisboa**. Portugal.2010. Disponível:< <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3185>>. Acesso: 12 nov. 2012.

OLIVEIRA, Aline Cristine de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 212-217, Apr. 2010 . Disponível em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200010&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200010&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 08 mar. 2020.

OLIVEIRA, Stefanie G.; QUINTANA, Alberto M.; BERTOLINO, Karla Cristiane Oliveira. Reflexões sobre a morte: um desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 63, n. 6, dezembro de 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600033&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 01 de julho de 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Prática de enfermagem baseada em evidências: fundamentos. Polit DF, Beck CT, organizadores. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**, v. 9, p. 53-82, 2018. Disponível em: < [https://books.google.com.br/books?hl=pt-Polit+DF,+Beck+CT,+organizadores.+Fundamentos+de+pesquisa+em+enfermagem\\_WNq6f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-Polit+DF,+Beck+CT,+organizadores.+Fundamentos+de+pesquisa+em+enfermagem_WNq6f=false)>. Acesso em 11 mar. 2020.

POTTER Paulo. A; PERRY A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 5ª edição, 2004. 76

REMEDY, Pedro. P; et al. **Cuidados em pacientes terminais para adolescentes com câncer**. Revista Brasileira de Enfermagem, VOL. 62 (1), p. 107-12 Ribeirão Preto: jan/fev. 2009. Disponível em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000100016&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100016&lng=en&nrm=iso)>Acesso em: 05 fev. 2020.

SANCHO, Priscylla.O.S.; TAVARES, Rafaelle.P.; LAGO, Cristiana.C.L. Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em:<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view> Acesso em: 13 jan. 2020.

SILVA, Mariana M. R. P. et al. Análise da adesão da identificação do paciente no setor de clínica médica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019. Disponível: <http://revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/188/90>. Acesso em 01 jun. 2020

SILVA, Alessandra S. et al. . Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, 2011. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext-iso)>. Acesso: 11 Jun 2020.

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS POR SUFOCAMENTO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 29/06/2020

**Rachel Mola**

Universidade de Pernambuco campus  
Petrolina, Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/2346258272879036>

**Raíssa Isabella Pereira de Souza Madureira**

Universidade de Pernambuco campus  
Petrolina, Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/8608460159958768>

**Amanda Feitosa Pinto**

Universidade de Pernambuco campus  
Petrolina, Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/5904575779097275>

**Ana Milena Bonfim de Araújo**

Universidade de Pernambuco campus  
Petrolina, Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/7066233812064839>

**Angélica Kariny Rodrigues de Miranda**

Universidade de Pernambuco campus  
Petrolina, Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/3323216965544872>

**Rosana Alves de Melo**

Universidade do Vale do São Francisco,  
Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/3468266779182656>

**Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes**

Universidade de Pernambuco campus  
Petrolina, Departamento de Enfermagem  
Petrolina - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/0695657330429678>

**RESUMO:** Uma das principais causas de óbitos infantis é obstrução das vias aéreas por corpo estranho, sendo em muitos casos, acidentes domésticos provocados pela ingestão de pequenos objetos, por refluxo de secreções e/ou alimentos. O presente trabalho teve como objetivo capacitar profissionais da saúde e mães no período pré-natal e puerperal sobre as técnicas de desobstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças de zero a quatro anos de idade. Trata-se de um Projeto de Extensão Universitária idealizado e executado por 3 docentes e 4 discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade de Pernambuco campus Petrolina e teve início em abril de 2017. O mesmo está vinculado ao Programa de promoção à saúde e prevenção das emergências, acidentes e violência no Vale do São Francisco. O projeto foi aplicado em Unidades de atendimento multiprofissional, Unidades básicas de saúde, Escola Técnica de enfermagem e escolas da rede estadual de Petrolina-PE. As ações envolveram rodas de conversa, dinâmicas de grupo com auxílio de banner/panfleto informativo favorecendo a compreensão das intervenções planejadas, e a realização de manobras práticas de desobstrução de vias aéreas com auxílio de manequins/bonecos. Em todas as atividades realizadas houve interação e interesse do público

alvo, onde foi possível elucidar dúvidas, desmistificar informações errôneas e proporcionar a construção do conhecimento de condução dos casos de acidentes dessa modalidade. A implementação do projeto foi fundamental como estratégia de garantir um impacto positivo na saúde e educação de mães e profissionais de saúde da atenção primária que assistem as famílias, reiterando a importância de agir de forma calma e eficiente diante da ocorrência desses acidentes no ambiente doméstico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obstrução das Vias Respiratórias; Corpos estranhos; Prevenção de acidentes; Educação em saúde; Vulnerabilidade.

## MEASURES TO PREVENT CHILDREN'S DEATHS BY SUFFOCATION

**ABSTRACT:** One of the main causes of infant deaths is obstruction of the airways by a foreign body, and in many cases, domestic accidents caused by the ingestion of small goals, reflux of secretions and / or food. The present study aimed to train health professionals and mothers in the prenatal and puerperal periods on the techniques of unblocking the airways by a foreign body in children from zero to four years of age. It is a University Extension Project designed and executed by 3 professors and 4 students from the Bachelor of Nursing course at the Universidade e Pernambuco Petrolina campus and started in April 2017. It is linked to the Health Promotion and Prevention Program emergencies, accidents and violence in the São Francisco. The project was applied in multiprofessional care units, basic health units, technical nursing school and schools in the state of Petrolina-PE. The actions involved conversation circles, group dynamics with the help of an informative banner / pamphlet favoring the understanding of planned interventions, and the performance of practical airway clearance maneuvers with the aid of mannequins / dolls. In all the activities carried out, there was interaction and interest from the target audience, where it was possible to clarify doubts, demystify erroneous information and provide the construction of knowledge on how to handle accidents in this modality. The implementation of the project was fundamental as a strategy to ensure a positive impact on the health and education of mothers and primary care health professionals who assist families, reiterating the importance of acting calmly and efficiently in the face of these accidents in the domestic environment.

**KEYWORDS:** Airway obstruction; Foreign bodies; Accident prevention; Health education; Vulnerability.

## 1 | INTRODUÇÃO

Medidas de mortalidade são utilizadas como indicadores de saúde e refletem nas dimensões do estado de saúde da população para que haja uma significativa avaliação e planejamento de políticas e programas de saúde. A taxa de mortalidade infantil é um indicador de uma determinada população em que verifica o risco de morte por todas as causas, sendo a maioria dos óbitos por causas evitáveis (ROCHA BEZERRA et al., 2014).

A Meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assumida pela Assembleia das Nações Unidas, previu uma redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade entre 1990 e 2015, o que corresponderia a uma diminuição média

anual de 4,4% para o Brasil no período. Não obstante os avanços obtidos, os progressos alcançados pelo grupo de recém-nascidos, comparado aos demais grupamento de menores de cinco anos, foram menos importantes (DUTRA et al., 2015).

O aumento da mortalidade infantil é considerado um problema de saúde mundial, sendo uma realidade encontrada em vários países em desenvolvimento. Dentre as principais causas de óbitos de crianças de 0 a 4 anos, estão os acidentes de trânsito, afogamento e sufocação, onde as duas últimas totalizaram uma média de 1000 óbitos no ano de 2018 (DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nessa faixa etária, uma das principais causas de óbito é a obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE), que ocorrem comumente em ambiente doméstico, provocados pela ingestão de pequenos objetos, engasgamento por refluxo de secreções e ou alimentos e afogamentos em piscinas, baldes, tanques e pequenos depósitos de água (DE MATOS; MARTINS, 2013); e encontra-se em terceiro lugar para ambos os sexos, entre as causas externas de óbitos, ficando atrás apenas de mortes perinatais e anomalias congênitas (AGRANONIK; CRAINA RIBAS FURSTENAU; MARILENE DIAS BANDEIRA, 2017).

Vale salientar que estes números devem ser ponderados nos casos da demanda suprimida, ou seja, os casos que não foram registrados devido à falta de acesso de certos grupos populacionais à hospitais e clínicas de pronto atendimento. Muitos destes casos de óbito poderiam ser evitados com a adoção de medidas de desobstruções de vias aéreas aplicadas imediatamente ao fato, pelos próprios pais ou quem estiver presente.

Com vistas a contribuir para o fortalecimento do compromisso entre o universo acadêmico e a sociedade, a Universidade de Pernambuco está engajada nos serviços prestados à comunidade, de forma a contribuir com a educação em saúde da população do município. Considerando que ainda existem diversos casos de óbitos infantis associados a obstrução de vias aéreas por corpo estranho, bem como do desconhecimento das mães sobre o manejo adequado frente aos possíveis casos, foi relevante o desenvolvimento desse projeto como estratégia para garantir um impacto positivo na saúde e educação de mães e profissionais de saúde da atenção primária que assistem às famílias. Assim, o referido projeto teve como objetivo principal, capacitar profissionais da saúde e mães no período pré-natal e puerperal sobre as técnicas de desobstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças de zero a quatro anos de idade.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de um projeto de extensão de ação continuada que pode ser denominado com uma ação processual e contínua de caráter educativo, social, cultural, científico ou tecnológico, com objetivos específicos e prazo determinado, podendo acontecer isoladamente ou vinculado a um Programa de Extensão. Num âmbito geral, sua finalidade

é viabilizar uma relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade, com igualdade de direitos e de participação, o respeito à pessoa e à sustentabilidade das intervenções na comunidade (UNIVERSITÁRIA, 2007).

O projeto foi idealizado e executado por 3 docentes e 4 discentes do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade e Pernambuco campus Petrolina e teve início em abril de 2017. O mesmo está vinculado ao Programa de Promoção à Saúde e Prevenção das Emergências, Acidentes e Violências no Vale do São Francisco, e foi desenvolvido em parceria com a equipe do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco (CBMPE). Os seguintes componentes curriculares foram envolvidos na implementação das atividades envolvidas no projeto: Anatomia Humana, Fisiologia Humana, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, Práticas educativas em Enfermagem, Cuidar da Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, Cuidar da Enfermagem em Emergências e Traumas.

As atividades / intervenções educativas foram realizadas inicialmente em unidades básicas de saúde e nas unidades de Atendimento Multiprofissional Especializado do município de Petrolina por abrangerem um público maior. Diante da magnitude e alcance das ações realizadas, surgiram convites ao longo do projeto para implementação em instituições de ensino: escola técnica de Enfermagem e escola da rede estadual do município de Petrolina.

## **2.1 Planejamento e detalhamento das ações:**

O projeto teve a anuência da direção da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Petrolina. As etapas de planejamento para implementação do projeto se deram por meio de encontros semanais para extensa revisão de literatura e discussões sobre o tema, bem como criação de estratégias didáticas para a compreensão do público alvo sobre os conteúdos. Em seguida, houve a capacitação do grupo com relação às manobras de desobstrução, realizado pelo CBMPE.

Tais manobras consistiam em simulação de técnicas de posicionamento, utilizando para tal, manequins/bonecos, com aplicação de tapotagem, manobras de *Heimlich* (compressões abdominais ou torácicas para induzir o vômito) de acordo com a idade. Por fim, foi confeccionado material didático: banner e panfletos informativos (Figuras 1 e 2), e material de suporte (semáforo educativo) para dinâmica de grupo durante os encontros (Figura 3).





**SINAIS DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS X PARADA CARDIORESPIRATÓRIA**

CIA NOSE (BEBÊ/ CRIANÇA ARROXEADA)	INCONSCIÊNCIA
FALTA DE AR	SEM PULSO
AGITAÇÃO E TENTATIVA DE RESPIRAR	SEM RESPIRAÇÃO

**ENGASGO PARCIAL**

- Respiração ofegante e rápida
  - Agitação
  - Tosse
  - Choro

**ENGASGO TOTAL**

- Não consegue tossir ou chorar
  - Lábios arroxeados
  - Sem reação



**PRINCIPAIS CAUSADORES DE OBSTRUÇÃO / ENGASGO**



**MANOBRA: COMO FAZER ?**



Coloque a criança com a cabeça mais baixa que o corpo.  
Com a mão em formato de concha, aplique 5 pancadas moderadas entre os ombros.

Vire a criança e inicie 5 compressões torácicas tentando deslocar o objeto.  
Altere com a posição anterior até o objeto sair.

Olhe para o bebê. Se ele chorar, vomitar ou tossir é sinal que desengasgou e sua cor voltará ao normal.

**Bombeiros** ----- 193     **SAMU** ----- 192

Projeto de Extensão integrante do Programa de Promoção à Saúde e Prevenção das Emergências, Acidentes e Violências – PROPEAV UPE

Figura 1: Banner informativo utilizado nas palestras educativas.

Fonte: Acervo pessoal do projeto, uso de imagens do Google imagens.

**UPE**  
UNIVERSIDADE  
DE PERNAMBUCO

**MEDIDAS DE SUPORTE NA PREVENÇÃO DE OBSTRUÇÕES INFANTIS POR SUFOCAMENTO (MEPOS)**

**O QUE É OBSTRUÇÃO / ENGASGO?**



É quando qualquer objeto e/ou elemento causa a dificuldade ou impedimento da passagem de ar para os pulmões podendo levar ao sufocamento. A maioria dos sufocamentos são acidentais e os principais causadores são pequenos elementos como balas, chaves, alimentos, leite materno, moedas, pipoca e brinquedos. Pode acontecer em qualquer idade, mas se torna mais perigoso entre bebês e crianças pequenas por serem mais indefesas.



• SINAIS IMPORTANTES:

Obstrução / Sufocamento	Parada Cardiorrespiratória
Cianose (criança arroxeada)	Inconsciência
Falta de ar	Sem pulso
Agitação e tentativa de respirar	Sem respiração

**MANOBRA: COMO FAZER?**

- 1 – Coloque a criança com a cabeça para baixo, apoiando-o na coxa. Utilizando a parte mais saliente da palma da mão, aplique 5 pancadadas moderadas entre os ombros.
- 2 – Se o objeto continuar alojado, vire a criança e inicie 5 compressões torácicas tentando deslocar o objeto. Alterne com a posição anterior até o objeto sair.
- 3 - Olhe para a criança. Se ela chorar, vomitar ou tossir, é sinal que desengasgou e sua cor voltará ao normal.



1- SAMU ----- 192      2- BOMBEIROS ----- 193

Projeto de Extensão integrante do Programa de Promoção à Saúde e Prevenção das Emergências, Acidentes e Violências (PROPEAVE-UPE)

Figura 2: Panfleto informativo entregue aos participantes das ações.  
Fonte: Acervo pessoal do projeto, uso de imagens do Google imagens.



Figura 3: Semáforo educativo utilizado durante as palestras.  
Fonte: Acervo pessoal do projeto.

## 2.2 Operacionalização das ações

As ações foram realizadas após a criação de um cronograma, com periodicidade semanal, e prévio agendamento de acordo com a dinâmica das unidades selecionadas. No primeiro momento, foram realizadas rodas de conversa com aproximadamente 15 minutos

de duração para identificar os conhecimentos dos profissionais (técnicos em enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), gestantes, lactantes e puérperas sobre a identificação e consequências da obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças de zero a quatro anos.

No segundo momento, com aproximadamente 15 minutos de duração, foram realizadas dinâmicas de grupo sobre como identificar a obstrução, e os elementos mais comuns nas ocorrências de obstrução de vias aéreas, com auxílio de banner e panfleto educativo. O terceiro momento foi referente à execução prática das manobras de desobstrução tais como tapotagem específica para faixa etária, e a manobra de *Heimlich* com auxílio de manequins/bonecos, sob orientação das discentes, e duração aproximada de 30 minutos (Figuras 4, 5 e 6).



Figuras 4, 5 e 6: Momentos práticos das manobras de desobstrução.

Fonte: Acervo pessoal do projeto.

### 2.3 Estratégia de acompanhamento e avaliação das ações:

A avaliação do projeto foi realizada compreendendo duas dimensões após cada intervenção:

- 1) Avaliação grupal dos participantes quanto ao aproveitamento e grau de satisfação

das atividades ministradas, por meio de conversa e dinâmica de simulações, bem como observação da realização das manobras ensinadas pelos instrutores, por parte dos participantes (profissionais de saúde, gestantes e mães).

2) Avaliação pelos extensionistas, docentes e membros do CBMPE dos resultados alcançados com as atividades desenvolvidas. Esta, se deu por meio de reuniões quinzenais do grupo para a análise dos resultados das ações, a fim de monitorá-las, permitindo as adaptações necessárias nas atividades executadas. O número estimado de pessoas beneficiadas desde o início do projeto foi de 379 pessoas.

### 3 | RESULTADOS E ANÁLISE

As obstruções das vias aéreas estão presentes com frequência nas emergências pediátricas, as quais se tornam preocupantes devido às lesões e óbitos que ocorrem durante a infância, em especial na idade escolar (1 a 14 anos). Sendo um problema de saúde pública, as lesões e sequelas provocadas por custos sociais, econômicos e emocionais refletem nas crianças e conseqüentemente sua inserção no meio social (ROCHA BEZERRA et al., 2014; SANDERS et al., 2017).

A relação das atividades de ensino, pesquisa e extensão é fundamental no comprometimento acadêmico, e pode ser entendida como uma interlocução entre a Universidade e a Sociedade, havendo uma troca de saberes e ampliação dos conhecimentos tanto do público alvo, como dos docentes e discentes, levando a promoção da interdisciplinaridade nos problemas sociais existentes (UNIVERSITÁRIA, 2007). O referido projeto extensionista, além de trazer os aspectos que envolvem os casos de acidentes domésticos com crianças de zero a quatro anos de idade, com as respectivas ações de prevenção de óbitos decorrentes, enfatiza aos graduandos figura do profissional de saúde como um os atores principais na responsabilidade em desenvolver tais ações, proporcionando a melhor forma de assistir a demanda existente de casos na população, contribuindo com medidas que possibilitem a abordagem necessária gravidade de cada e caso.

Além das ações extensionistas executadas, também houve ações de ensino, tais como: participação da Semana Universitária UPE/FACAPE 2017 com apresentação de trabalho na modalidade pôster e Semana Universitária UPE 2018 com apresentação de trabalho na modalidade roda de conversa (contemplado com menção honrosa na categoria extensão), ambos publicados como resumo simples nos anais dos eventos; e a realização de duas oficinas sobre medidas de prevenção de óbitos por obstrução das vias aéreas, realizadas nos dois eventos supracitados.

Durante o período de execução do projeto, foi possível proporcionar momentos favoráveis à desmistificação de informações errôneas sobre o tema, à exemplo do manejo adequado do lactente após a mamada; sanar dúvidas relacionadas à forma de alimentação

adequada, respeitando as fases de maturidade fisiológica de cada faixa etária, conhecer os principais elementos causadores das obstruções nessa faixa etária, promover a construção de conhecimentos com vistas à favorecer o empoderamento e a segurança na tomada de decisões das mães diante das situações de emergência no ambiente doméstico.

A vulnerabilidade da criança ao acidente, de obstrução mecânica das vias aéreas, está diretamente ligada à sua imaturidade e curiosidade, por isso deve-se ter bastante atenção na relação ambiente e desenvolvimento (RODRIGUES et al., 2016). Um estudo realizado em Minas Gerais, evidenciou que entre os óbitos por causas externas na faixa etária de um a quatro anos, as obstruções das vias aéreas representaram 6,1% (RODRIGUES et al., 2016). Os acidentes por aspiração de corpos estranhos nas vias aéreas correspondem a terceira maior causa de morte no Brasil e nas crianças está associado à falha no reflexo de fechamento da laringe, controle inadequado de deglutição e hábito de levar objetos à boca (FRAGA et al., 2008).

A maior parte dos corpos estranhos correspondem a objetos de pequenas dimensões, nomeadamente peças de jogos/brinquedos, balões, tampas de esferográfica, feijões, amendoins, milho, botões, anéis, moedas e brincos. Anatomicamente, nesta faixa etária, o brônquio principal direito é mais verticalizado e tem maior diâmetro, o que favorece o alojamento do corpo estranho nesta topografia (RODRIGUES et al., 2016).

O conhecimento de técnicas de desobstrução de vias aéreas infantis embasado em treinamento com simulações proporcionam maior conhecimento na identificação da obstrução, do nível de profundidade na via aérea e maior segurança técnica na abordagem as vítimas de acidentes em ambiente domiciliar, evidenciando a prevenção de complicações relacionadas ao trauma como um procedimento satisfatório (RODRIGUES et al., 2016). Como profilaxia deste tipo de evento, recomenda-se a supervisão direta da alimentação do bebê/criança por um adulto atento até a idade de 6 anos, aproximadamente (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2016). No entanto, na ocorrência do acidente, medidas de atendimento pré-hospitalar, antes da chegada da vítima ao ambiente hospitalar visam à diminuição nas taxas de mortalidade e morbidade (DA PORCIÚNCULA PEREIRA; DA SILVA LIMA, 2006).

No decorrer da implementação das atividades, fez-se necessário adequar a linguagem técnica sobre as características da obstrução das vias aéreas, bem como sobre a nomenclatura das técnicas praticadas, para uma linguagem mais informal e popular, visto que, a maioria dos participantes, constituída principalmente por mães, possuía menor grau de escolaridade, convergindo com realidade de pesquisa realizada na capital do Nordeste Brasileiro, onde a maioria das mães possuíam grau de escolaridade menor ou igual a quatro anos (SANDERS et al., 2017). As diferenças estatísticas que envolvem as taxas de óbitos infantis, são devido as desigualdades socioeconômica e ambientais, que resultam na dificuldade do acesso aos serviços de saúde adequados, prestados em situações de emergência e conseqüentemente aos meios de promoção, prevenção e recuperação da

saúde (SANDERS et al., 2017).

A partir da avaliação do grau de satisfação das ações educativas em loco, muitos participantes relataram experiências negativas pessoais e de pessoas próximas relacionadas ao tema, onde poderiam ter tomado atitudes simples visando evitar o evento traumático vivenciado, e reforçaram a importância de ações como o referido projeto na sua comunidade.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo resume os cuidados para evitar a aspiração de corpos estranhos, por meio das seguintes recomendações: evitar o acesso de crianças pequenas a brinquedos destinados a crianças maiores; não deixar moedas, joias, agulhas e outros objetos pequenos ao alcance de crianças menores de três anos; inspecionar brinquedos que contenham peças que possam ser destacadas pelos dentes ou mãos da criança; impedir que crianças brinquem com sacos plásticos e balões de borracha sem supervisão direta; afastar da criança pequena aparelhos elétricos que contenham pilhas/baterias em formato de discos; cortar, partir ou triturar alimentos e supervisionar diretamente a ingestão em menores de cinco anos; não dar alimentos como sementes e grãos (amendoim, milho, feijão), assim como balas duras, para menores de cinco anos; evitar que as crianças usem joias, medalhas, broches, correntes, berloques, prendedores de chupeta, que possam se soltar e serem ingeridos; orientar as crianças a não colocarem objetos em geral na boca; evitar que as crianças corram, riam ou chorem com comida na boca; e, por fim, os pais devem conhecer as manobras de retirada de corpo estranho e de ressuscitação (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2016).

Grande parte desses acidentes são considerados evitáveis, por meio da implementação de medidas de segurança simples e com a aplicação de técnicas de desobstrução de vias aéreas aplicadas pelas mães, no momento imediato ao acidente. Assim, tais técnicas devem ser ensinadas durante o período pré-natal, preferencialmente na atenção primária, de forma a favorecer a compreensão das mães sobre a importância de agir de forma calma e eficiente diante da ocorrência desses acidentes que são passíveis de ocorrer no ambiente doméstico (BOING; BOING, 2008).

As dificuldades vivenciadas durante as ações do projeto estiveram relacionadas à dificuldade para o agendamento das ações nas Unidades Básicas de Saúde e nas unidades de Atendimento Multiprofissional Especializado, e o quantitativo reduzido de participantes, provavelmente pela divulgação insuficiente das atividades planejadas nas unidades de saúde.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando a existência de diversos casos de óbitos infantis associados a obstrução de vias aéreas por corpo estranho, bem como do desconhecimento de gestantes e mães sobre como manejar os casos existentes para favorecer um desfecho positivo,

compreende-se como essencial desenvolvimento do referido projeto como estratégia de garantir um impacto positivo na saúde e educação de mães e profissionais de saúde da atenção primária que assistem as famílias, visando elucidar dúvidas, desmistificar informações errôneas e proporcionar a construção do conhecimento de condução dos casos de acidentes dessa modalidade. Além disso, foi fortalecido o compromisso entre Universidade, serviço e comunidade, como devolutiva social e promoção saúde da população do município onde está situada.

## REFERÊNCIAS

AGRANONIK, M.; CRAINA RIBAS FURSTENAU; MARILENE DIAS BANDEIRA. Aspectos da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas no RS, em 2000-14. **Indicadores Econômicos FEE**, v. 44, n. 4, p. 53–64, 2017.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: Um estudo ecológico no período 2000-2002. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 447–455, 2008.

DA PORCIÚNCULA PEREIRA, W. A.; DA SILVA LIMA, M. A. D. Atendimento pré-hospitalar: Caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 279–283, 2006.

DATASUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatísticas vitais. Óbitos por causas evitáveis de 0 - 4 anos**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=23253854&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10>>.

DE MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. DE G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Espaç. saúde (Online)**, v. 14, n. 1/2, p. 82–93, 2013.

DUTRA, I. R. et al. Investigation of Infant and Foetal Deaths in Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 597–604, 2015.

FRAGA, A. D. M. A. et al. Foreign body aspiration in children: Clinical aspects, radiological aspects and bronchoscopic treatment. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 2, p. 74–82, 2008.

ROCHA BEZERRA, M. A. et al. Acidentes Domésticos Em Crianças: Concepções Práticas Dos Agentes Comunitários De Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 776–784, 2014.

RODRIGUES, M. et al. Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido. **Rev de pediatria do centro hospitalar do porto - Nascer e crescer**, v. 25, n. 3, p. 173–176, 2016.

SANDERS, L. S. DE C. et al. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 83–89, 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Recomendações: Atualização de Condutas em Pediatria Departamento de Segurança. Aspiração/ingestão de corpos estranhos.**, 2016. Disponível em: <[https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec76\\_Seguranca.pdf](https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec76_Seguranca.pdf)>

UNIVERSITÁRIA, C. P. DE A. DA E. **Institucionalização da Extensão nas Universidades Públicas Brasileiras : estudo comparativo 1993/2007**. 2ª ed. Belo Horizonte - MG: [s.n.].



## MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ANÁLISE DE DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE NA BAHIA, NO ANO 2018

*Data de aceite: 01/10/2020*

### **Joanna Falcão de Oliveira**

Faculdade Nobre de Feira de Santana (FAN).  
Especialista em Saúde Pública/FAN. Bacharel  
em Direito pela FAN.

### **Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva**

UEFS;  
Núcleo de Estudo e Pesquisa na Infância e  
Adolescência/UEFS e Professora do Grupo  
Nobre (FAN e UNEF). Feira de Santana - Bahia  
– Brasil. ORCID iD 0000-0001-5325-8871.

### **Jamil Musse Netto**

Universidade Católica do Salvador (2004),  
UNEF- Feira de Santana e da Uningá em Lauro  
de Freitas/BA. Mestrando em Ciências da  
Educação pela Associação dos Diplomados da  
Escola Superior de Guerra. ADESG/Bahia.

**RESUMO:** O presente artigo teve como objetivo geral discutir a mortalidade infantil por causas externas na perspectiva do Direito da Criança e do Adolescente, apresentando os dados epidemiológicos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), na Bahia, ano de 2018. A pesquisa tem natureza básica ou teórica, onde, inicialmente, utilizou-se a metodologia da coleta de dados por meio de investigação de consulta bibliográfica, doutrinas, publicações acadêmicas e exame da legislação brasileira, em especial o Estatuto da Criança e do Adolescente. As variáveis utilizadas foram: sexo; raça/cor de pele, local de ocorrência e mês do óbito por faixa-etária

das vítimas que foram divididas em dois grupos-etários de 0-9 anos e de 10-19 anos de idade. Na primeira seção é apresentado um panorama da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas; posteriormente, foi elencado sobre os direitos dos mesmos, no âmbito do ECA, incluindo um sub-tópico sobre seus Direitos Fundamentais; por fim, foi apresentado os dados obtidos através do Sistema de Informação de Mortalidade, no que concerne a crianças e adolescentes. Concluiu-se que, apesar de ter seus direitos assegurados prioritariamente, o índice de crianças e adolescentes mortas por meio de causas externas é crescente na Bahia, principalmente com adolescentes de cor parda e em vias públicas, o que é justificado com a expansão da urbanização no País, conseqüentemente, com o aumento dos diversos tipos de violência existente e ainda, acidentes domésticos e com qualquer que seja o meio de transporte.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mortalidade de Crianças e Adolescentes, Estatuto da Criança e do Adolescente, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

### MORTALITY FOR EXTERNAL CAUSES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: DATA ANALYSIS OF THE MORTALITY INFORMATION SYSTEM IN BAHIA, IN YEAR 2018

**ABSTRACT:** The present article had the general objective of discussing infant mortality due to external causes from the perspective of the Law of Children and Adolescents, presenting epidemiological data from the



Mortality Information System (SIM), in Bahia, in 2018. The research has basic or theoretical nature, where, initially, the methodology of data collection was used through investigation of bibliographic consultation, doctrines, academic publications and examination of Brazilian legislation, especially the Statute of Children and Adolescents. The variables used were: sex; race / skin color, place of occurrence and month of death by age group of victims who were divided into two age groups of 0-9 years and 10-19 years of age. The first section presents an overview of child and adolescent mortality from external causes; subsequently, he was listed on their rights, within the scope of ECA, including a sub-topic on their Fundamental Rights; finally, the data obtained through the Mortality Information System, regarding children and adolescents, was presented. It was concluded that, despite having their rights guaranteed as a priority, the rate of children and adolescents killed by external causes is increasing in Bahia, mainly with brown-colored adolescents and on public roads, which is justified with the expansion of urbanization in the country, consequently, with the increase of the several types of existing violence and also, domestic accidents and with whatever the means of transport.

**KEYWORDS:** Child and Adolescent Mortality, Child and Adolescent Statute, Mortality Information System.

## 1 | INTRODUÇÃO

Silva (2010) aduz que, a mortalidade por causas externas de crianças e adolescentes pode ocorrer nas formas de acidentes (afogamento, intoxicação, acidentes de trânsito), bem como dos diversos tipos de violências, a exemplo de agressões físicas, pelas quais são acometidas, até mesmo no âmbito familiar.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2011), no Brasil, 20% das causas de internamento hospitalar é decorrente de algum tipo de trauma físico, o que indica que, a cada 10 crianças ou adolescentes, com necessidade de atendimento no serviço de saúde, uma é motivado por causas externas. Cumpre salientar, no entanto que, faz-se necessário observar o perfil e as circunstâncias de cada óbito ocasionado por tais fatores, uma vez que, pode variar de acordo com a idade, sexo, cor e raça (ROMERO, 2016).

Com a tentativa de exemplificar, de maneira geral, tal representação, sabe-se que as crianças, tendem a ser mais curiosas, o que pode leva-las a sofrer acidentes; já na adolescência, fase caracterizada pelas transformações hormonais, que trazem consigo mudanças físicas, emocionais, sexuais e, até mesmo, sociais, são mais suscetíveis a mortes por causa externas ocasionadas por acidentes de transporte, agressões físicas, ainda vinculadas ao uso indevido e abusivo de bebida alcoólica e outras substâncias psicoativas.

A Lei nº. 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), preconiza que é considerada criança aqueles com idade inferior a 12 anos e adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos. Essa Lei delineou a doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente, já assegurada na Constituição Federal de 1988.

O objetivo da presente pesquisa foi discutir a mortalidade de infanto-juvenil por

causas externas na perspectiva do Direito da Criança e do Adolescente, apresentando os dados epidemiológicos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Estado da Bahia, no ano de 2018.

Para isso, a pesquisa foi feita em dois momentos. Inicialmente, utilizou-se a metodologia da coleta de dados por meio de investigação de consulta bibliográfica, doutrinas, publicações acadêmicas e exame da legislação brasileira, em especial o Estatuto da Criança e do Adolescente. O presente artigo, no que tange à classificação da pesquisa, possui natureza básica ou teórica, tendo em vista que buscou produzir conhecimentos úteis e promover reflexões acerca da seletividade mortalidade de crianças e adolescentes ocasiona por causas externas, tendo em vista o crescente número de óbitos motivados por situação de violências e acidentes, analisando assim as causas e as consequências que esta problemática traz para a sociedade com a real intenção de demonstrar verdades sobre a mortalidade na infância e adolescência - não necessariamente verdades permanentes e absolutas, mas tratando o tema em si de maneira mais ampla.

A posteriori, realizou-se coleta de dados através do site do Ministério da Saúde com dados do Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM/DATASUS), com intuito de investigar variáveis relacionadas a crianças e adolescentes que vieram a óbito por causas externas na Bahia no ano de 2018 (último ano em que há registro disponível sobre as notificações dos casos). As variáveis utilizadas foram: sexo; raça/cor de pele, local de ocorrência e mês do óbito por faixa-etária das vítimas que foram divididas em dois grupos-etários de 0-9 anos e de 10-19 anos de idade (divisão pré-determinada pelo próprio Sistema de Informação) o que impediu de ser utilizado a subdivisão de faixa-etária estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (TABELA 1). Em seguida foram demonstrados os óbitos de crianças e adolescentes através dos mapas da Bahia divididos por macrorregião de saúde (FIGURA 1 e FIGURA 2).

A pesquisa apresentada está organizada por seções. Na primeira seção é apresentado um panorama da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas. Após é tratado sobre a evolução histórica da proteção à criança e do adolescente, abordando sobre os direitos dos mesmos, no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente, incluindo um sub-tópico sobre seus Direitos Fundamentais. Outra seção a ser citada, insta apresentado os dados obtidos através do Sistema de Informação de Mortalidade, no que concerne a crianças e adolescentes.

## **2 | MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Por se tratar de um problema de saúde pública, em 2000, no Brasil, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, implementou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência que, seria utilizada como base para a atuação dos profissionais da área da saúde, quando demandados esse tipo de

situação, considerando as causas acidentais, tais como acidentes de trânsito, ingestão de veneno, afogamentos ou através de violência, inclusive as intencionais e lesões feitas pela própria vítima (BRASIL, 2000).

Em seu estudo sobre as causas externas de mortalidade crianças e adolescentes, Barros (2001), visualizou que houve um aumento, em detrimento a outras causas infecciosas, de 53,9% de óbitos ocasionados por acidentes ou violências e que, mesmo com medidas inibitórias, nos casos de veículos, como orientações do uso de cinto de segurança, limites de velocidade diminuídos, restrição do uso de bebida alcoólica, esse contingente não foi reduzido.

Foi-se tratado ainda que, um dos motivos do aumento de mortalidade dos adolescentes é a disseminação da urbanização no Brasil. A população, na busca por melhoria na qualidade de vida, buscou os grandes centros urbanos e atrelado a este fator, emerge-se as diversas expressões das questões sociais, que surgem com as crescentes mudanças ocorridas na sociedade, a exemplo da extrema pobreza, marginalização, geralmente frutos da má distribuição do capital e busca incessante pela inserção tanto dos jovens, quanto dos seus familiares no mercado de trabalho.

Brasil (2000) assevera que, quando criança, a residência é o local de maior incidência de acidentes, qualquer que sejam eles ou de violências, enquanto que, na adolescência é o ambiente externo, até mesmo o ambiente escolar, vias públicas e cenários aquáticos.

No que concerne ao motivo de óbito infantil, Santos (2015) aponta que, faz-se necessário um estudo minucioso dos óbitos precoces e evitáveis de crianças, uma vez que, há facilidade de acesso aos serviços de saúde necessários. As causas de óbito ocasionadas por acidentes domésticos, por exemplo, são facilmente passíveis de prevenção. A questão da violência doméstica traz mais dificuldades para a investigação da morte derivada de sucessivas agressões físicas, devido à ausência de denúncias aos órgãos pertencentes ao Sistema de Garantia de Direitos, tais quais Delegacias Especializadas e Conselhos Tutelares, responsáveis, junto com a sociedade e família pela Proteção Integral à Criança e ao Adolescente.

A violência contra crianças e adolescentes é assunto discutido em todos os espaços, principalmente quando tais atos levam este público a óbito. Segundo Minayo (2001) a violência em crianças e adolescentes é um problema de origem social e político que envolve a humanidade, impactando na saúde emocional e física da população que é atingida direta e indiretamente.

O trabalho em Rede é indispensável para evitar ou até mesmo diminuir o índice de mortalidade por causas externas de crianças e adolescentes. Faz-se necessário o trabalho Inter setorial e o liame entre as Políticas Públicas garantidoras de direitos, assistência social, educação, saúde, a fim de que seja evitada a tolerância à violência, ao acesso a drogas e seja facilitado o acesso aos seguimentos que de fato são imprescindíveis ao crescimento salutar de crianças e adolescentes.

## 3 I ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Paralelo aqui no Brasil, com a promulgação da atual Constituição Federal o tratamento infanto-juvenil sofreu uma grande transformação. As crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos do Direito. Essa mudança só veio a ser confirmada em julho de 1990 quando surge então o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069/90.

Segundo Emilio Salomão Pinto Resedá (2008, p. 20), a partir deste momento é que os jovens passam a ser sujeitos de direito, independentemente da situação em que se encontrem, considerando-os como titulares dos mesmos direitos fundamentais pertencentes à pessoa humana e de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros pela Constituição Federal.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) foi criado principalmente concebido sob a base da Doutrina da Proteção Integral, quer dizer, dá a criança direitos que precisam ser realizados. Além dos direitos, o ECA impõe também sanções que precisam ser cumpridas pelos jovens quando estes praticam atos infracionais.

O ECA possui as disposições sobre a doutrina da proteção integral, conferindo as crianças e aos adolescentes total amparo. O ECA define o que é criança e adolescente, sendo criança o menor entre 0 e 12 anos e adolescente, o menor entre 12 a 18 anos.

Podemos encontrar também no Estatuto, os direitos fundamentais da população infanto-juvenil, as medidas socioeducativas e de internação, as medidas aplicáveis aos pais e responsáveis, as atribuições do conselho tutelar e os crimes e infrações.

Destarte, foram implementados os Conselhos Tutelares, pertencentes ao Sistema de Garantia de Direitos, cujo principal objetivo é assegurar que, os direitos e deveres estabelecidos no ECA sejam cumpridos, bem como prevenir que crianças e adolescentes estejam em situação de violação de direitos.

### 3.1 Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente

Os direitos fundamentais estão presentes no Título II do ECA, e são divididos em 5 espécies: Vida e saúde (arts. 7º a 14); Liberdade, respeito e dignidade (arts. 15 a 18); Convivência familiar e comunitária (arts. 19 a 52); Educação, cultura, esporte e lazer (arts. 53 a 59); Profissionalização e proteção no trabalho (arts. 60 a 69).

Começando pela análise dos artigos 7º ao 14º encontramos o direito à vida e a saúde. Como já se sabe, a Vida é um bem jurídico indisponível, protegido não apenas pela nossa constituição (art. 5º), mas por vários instrumentos jurídicos internacionais.

Tavares (2001) traz que, a comunidade em geral e em especial as crianças e adolescentes tem direito a vida por se tratarem de grupo vulnerável. O direito a saúde é um direito básico (art. 6º C.F.) que para sua efetivação é necessária uma atuação do estado, isso garantido, através mediante a pratica de políticas sociais e econômicas.

Entre os artigos 15 ao 18 encontramos o direito a liberdade, respeito e dignidade,

para Liberati (2007, p. 21) “são valores intrínsecos que asseguram as condições que determinam o desenvolvimento da personalidade infanto-juvenil, e sem os quais o ser frágil tem frustrada a sua evolução”.

Os direitos à liberdade apenas são mostrados de forma exemplificativas no ECA, há que falar aqui, que não se trata da mesma liberdade dada aos adultos, essa liberdade é limitada visando a proteção integral desse jovem.

O direito ao respeito tem como grande objetivo a manutenção da integridade física, mental e moral, o ECA explica detalhadamente o que significa o direito ao respeito, O direito a dignidade visa o cumprimento a doutrina da proteção integral, procura evitar atos desumanos contra a criança e os adolescentes. Nas palavras de Antonio Cezar Lima da Fonseca (2011, p. 62), “a dignidade é vizinha dos direitos a ao respeito, a vida e a liberdade”.

O próximo rol de direitos fundamentais fala da convivência familiar e comunitária. Toda criança e adolescente tem direito de conviver com sua família natural ou adotiva, família esta que é protegida também pela Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 226).

A família é considerada a base da sociedade e é de fundamental importância para o desenvolvimento intelectual do jovem. Deve o estado garantir todos os meios possíveis para que o convívio em família se dê da maneira mais harmoniosa possível, intervindo apenas quando tal convívio se mostrar prejudicial à criança e adolescente. Já o direito de viver em comunidade tem a ver com o direito do indivíduo de viver junto com alguém ou pertencer a um grupo, o direito a convivência comunitária procura estimular a criança e adolescente a ter relações de amizade o que com certeza irá contribuir e muito para formação intelectual e amadurecimento emocional (PRATTA, 2007).

Pertence ao jovem também o direito a educação, cultura, esporte e lazer (arts. 53 a 59 do ECA). A educação através da nossa constituição é incluída como direito fundamentais a todos sendo dever do estado a prestação gratuita, não basta ao estado apenas disponibilizar vagas, a própria C.F. (art. 3 – 5) exige do estado manter que as crianças e os adolescentes frequentem a escola assiduamente.

O jovem precisa de diferentes estímulos que o ajudem na sua formação, a cultura estimula o pensamento de maneira diversa da educação formal. O esporte desenvolve habilidades motoras, socializa o indivíduo. O lazer envolve entretenimento, a diversão que são importantes para o desenvolvimento integral do indivíduo.

É claro que cabe ao governo assegurar todos esses direitos adotando políticas públicas que tenham como objetivo facilitar o jovem. O governo pode construir quadras poliesportivas nos bairros, construção de espaços públicos destinados ao lazer e a cultura como os parques e os teatros públicos etc.

E por fim temos o direito à criança e adolescente a profissionalização e a proteção no trabalho (art. 60 a 69). Quando a criança ou o adolescente exercitam o trabalho deve o estado assegurar um regime especial de trabalho, com direitos e restrições, tudo isso

para evitar que o trabalho venha a interferir em outras atividades necessários ao seu pleno desenvolvimento, como a escola (MACHADO, 2003).

O ECA detalhou a doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente, que já havia sido abraçada pela Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 227, o qual estabelece:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

#### **4 | ÓBITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO REGISTRO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) NO ESTADO DA BAHIA, ANO 2018**

Ao reconhecer que, a mortalidade entre crianças e adolescentes é matéria de saúde pública no Brasil, Matos (2012) esclarece que, o número é ainda maior na população jovem, no que diz respeito à causa de os óbitos serem fatores externos, conforme explica a seguir:

A população infanto-juvenil (zero a 24 anos) é muito susceptível às causas externas devido à imaturidade e curiosidade da criança e ao espírito de aventura, excesso de coragem, além do uso de álcool e drogas por parte dos adolescentes e jovens. Outro fator que pode favorecer essa susceptibilidade é o processo desestruturado de urbanização e aumento da desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e a exclusão da população de baixa renda. (MATOS, 2012, p. 44).

Para regular o índice de mortalidade no Brasil, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) criou o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e através desse sistema, foram extraídos os dados quantitativos para fundamentar esse artigo. Inicialmente, será apresentada uma tabela com o perfil sócio demográfico dos óbitos por causas externas ocorridos com crianças e adolescentes, no ano de 2018, no Estado da Bahia. Posteriormente, é exposto os mapas, evidenciando os números percentuais de mortalidade por causas externas, por macrorregiões em saúde da Bahia.

	Faixa-etária			
	Crianças		Adolescentes	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	63	28,9	155	71,1
Masculino	112	6,3	1670	93,7

<b>Raça/cor da pele</b>				
Branco	20	14,7	116	85,3
Preto	11	3,9	270	96,1
Pardo	134	8,9	1375	91,1
<b>Local da ocorrência</b>				
Hospital	2	2,3	86	97,7
Domicílio	2	6,5	29	93,5
Via Pública	4	2,6	151	97,4
Outros	6	6,7	84	93,3
<b>Mês do óbito</b>				
Janeiro	2	4,5	43	95,5
Fevereiro	3	10,7	25	89,3
Março	-	-	38	100
Abril	-	-	26	100
Maiο	-	-	28	100
Junho	1	3,3	29	96,7
Julho	2	11,6	15	88,2
Agosto	1	3,1	31	96,9
Setembro	-	-	36	100
Outubro	1	4,8	20	95,2
Novembro	1	3,3	29	96,7
Dezembro	3	9,1	30	90,9

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico e da ocorrência dos óbitos de crianças e adolescentes por causas externas na Bahia, em 2018, registrados no SIM/DATASUS

Fonte: SIM/DATASUS

No que tange ao sexo constata-se que, o número tanto de crianças quanto de adolescentes do sexo masculino, que faleceram por causas externas é superior ao do sexo feminino. Em relação a raça/cor da pele, a maioria foram adolescentes de cor parda. Sobre o local da ocorrência do óbito percebe-se que, a prevalência maior é de adolescentes mortos nas vias públicas do Estado da Bahia. No que concerne aos meses do ano de 2018, o número de mortes por causas externas no mês de janeiro com adolescentes, é superior em relação aos demais meses do ano.

Asseverando sobre o perfil supracitado, identificado na Bahia, no ano de 2018, Barros (2001) destacou, em sua pesquisa realizada na capital pernambucana que:

Uma das explicações utilizadas para justificar o aumento da mortalidade por causas externas para os adolescentes é o modo como se verificou a urbanização no País. Além da velocidade e da magnitude desse processo, é essencial destacar as desigualdades acentuadas entre os grupos populacionais urbanos.

[...]

O predomínio do sexo masculino na mortalidade por causas externas, verificado no presente estudo, vem sendo referido em diversas partes do mundo. Autores justificam esse comportamento pela maior exposição desse sexo a fatores de risco individuais como consumo de álcool, fumo e/ou outras drogas; uso de arma de fogo; e maior inserção no mercado informal de trabalho em atividades lícitas ou ilícitas. (BARROS, 2001, p. 147).

Insta salientar, entretanto que, no que se refere ao local do óbito, contradizendo o número ora apresentado, de maioria de mortes ocorridas em via pública, Batista (2018), baseado em dados extraídos no ano de 2012, no Estado da Bahia, aduz que:

O local de ocorrência dos óbitos foram predominantemente na área hospitalar, condizendo com estudo desenvolvido no Estado da Bahia, que identificou 41,28% do total de óbitos terem ocorrido em ambiente hospitalar. Infere-se da gravidade dos casos, já que necessitaram de atenção terciária, assim como da responsabilidade que a sociedade civil e órgãos governamentais possuem em oferecer estabelecimentos de saúde com qualidade, equipes interdisciplinares capacitadas para o atendimento das vítimas e posterior notificação dos casos. (BATISTA, 2018, p. 7).

Assim, é salutar compendiar que, adolescentes, do sexo masculino, cor parda, em vias públicas faleceram vítima de fatores externos. Logo, percebe-se que, não se trata de um problema de saúde pública apenas no Estado citado alhures, mas sim, em outras regiões do País.

Abaixo, apresentam-se os mapas com os números de crianças e adolescentes mortos na Bahia, divididas por macrorregiões:

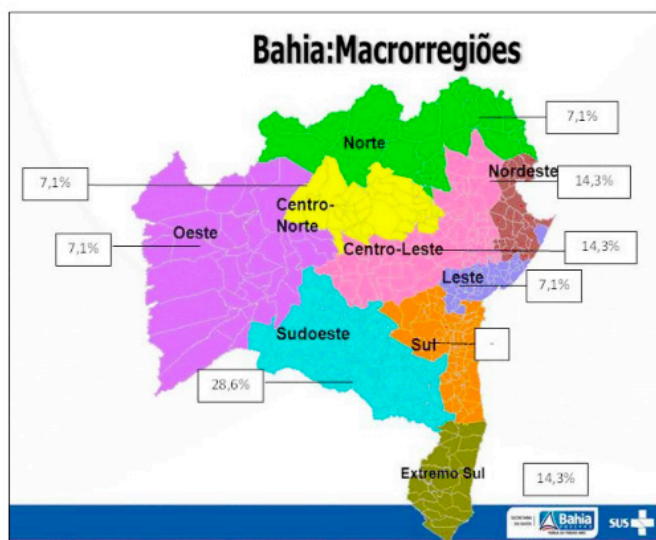


Figura 1 – Óbitos de crianças (0-9 anos) vítimas de causas externas por macrorregiões da Bahia, no ano de 2018.



O mapa acima é claro quando mostra que, o maior número de crianças falecidas por motivadores externos, ou seja, violência ou acidente, independentemente do tipo, ocorreu na Macrorregião de Saúde (MRS) Sudoeste, sendo 28,6% dos casos. É importante considerar que é a macrorregião com o maior número de habitantes do Estado.

Provavelmente, a proporção de jovens na população, a densidade populacional, a taxa de desemprego e os territórios de fronteira, ajudam a explicar as elevadas taxas de homicídio nessas MRS. Com relação às altas taxas de homicídio em áreas fronteiriças, é possível que os corredores de ligação (rodovias, estradas e municípios contíguos) entre as MRS e os Estados, favoreçam o espalhamento e a interiorização dos homicídios. (SOUZA, 2014, p. 1898)

Cumprido destacar que, Santos (2012) aborda em seu artigo, no que concerne a alta incidência de óbitos em crianças, a seguir exposto:

De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Brasil, em 2008, as causas externas foram a primeira causa de morte (em números de óbitos) na faixa etária de zero a 14 anos, à exceção dos menores de um ano.

[...]

A criança, por sua imaturidade e curiosidade encontra-se muitas vezes indefesa, vulnerável às violências e propensa aos acidentes. A verificação do crescimento da mortalidade por causas externas principalmente nos grupos mais jovens tem sido feita por estudo em várias partes do mundo. (SANTOS, 2012, p.17)

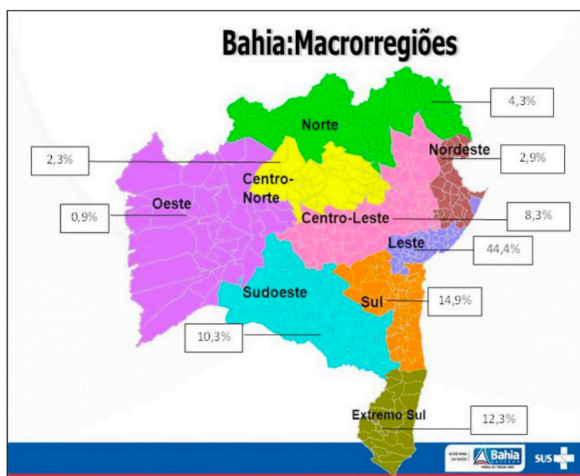


Figura 3 – Óbitos de adolescentes (10-19 anos) vítimas de causas externas por macrorregiões da Bahia, no ano de 2018.

É salutar evidenciar que, sobre o quantitativo de óbitos de adolescentes, subdivididos por macrorregiões do Estado, é possível vislumbrar no mapa acima que, em sua maioria ocorrem na macrorregião de saúde Leste, ao contrário do constatado acima com o público infantil.

Sobre o público juvenil, Souza (2014) diz que as taxas crescem ano após ano, com aumento mais acentuado entre as idades de 10 a 19 anos.

## 5 | CONCLUSÃO

A mortalidade infantil por causas externas é discutida no âmbito da saúde pública brasileira, comumente fundamentada na perspectiva do Direito da Criança e do Adolescente e apresentada através de dados quantitativos, disponibilizados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Os diversos tipos de violência, ocorridos ou não no âmbito familiar, acidentes domésticos ou com algum transporte, tornou-se causa de aumento nos números de óbitos de crianças e adolescentes por causas externas, o que pode ser justificado com a expansão do processo de urbanização, considerando ser este fator gerador para o surgimento e transformação de expressões das questões sociais, a exemplo da pobreza e da marginalização.

O ECA, criado em 1990, com base nas mais modernas correntes doutrinárias e jurídicas, elegendo a criança e o adolescente não como um problema social a ser resolvido, mas como o bem maior a ser protegido pela sociedade, apresenta tanto os deveres do seu público quanto a proteção integral da criança e do adolescente, objetivando assegurar que os direitos garantidos no artigo 227 da Constituição Federal de 1988 sejam efetivados com prioridade, a exemplo do acesso às políticas públicas como, saúde, educação, habitação, alimentação, esportes, cultura e lazer. Junto ao ECA foram implementados os Conselhos Tutelares, órgãos autônomos e deliberativos, pertencentes ao Sistema de Garantia de Direitos, cujo objetivo é trabalhar para que os direitos e deveres de crianças e adolescentes sejam afiançados.

Restou, assim, esclarecido que, através dos dados obtidos no SIM, o número de crianças e adolescentes falecidas por fatores externos, vem crescendo na Bahia, o que foi constatado por meio da apresentação dos dados extraídos desse Sistema, criado pelo DATASUS, do Ministério da Saúde.

Assim, conclui-se que, por vezes o Estado é omissivo na garantia da prioridade ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de violação de direitos, até mesmo não proporcionando oportunidades tanto aos mesmos quanto aos seus respectivos familiares, não restando outra opção que não seja o caminho da marginalidade, ocasionando com a cessação repentina e fortuita de um dos mais importantes direitos garantidos pela Carta Magna, que é o direito à vida.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, Maria Dílma de A et al. **Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995**. Rev. Saúde Pública vol.35 no.2 São Paulo Apr. 2001. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000200007> Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000200007&lng=pt&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200007&lng=pt&lng=pt)> Acesso em 11 mai 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266)>. Acesso em 13 mai 2020.
- BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde. Rev. Saúde Pública vol.34 n.4 São Paulo Aug. 2000. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400020> Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000400020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400020)> Acesso em 14 mai 2020.
- BATISTA, Josemar et al. **Perfil Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas Entre Beneficiários de Planos de Saúde no Brasil**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2018; 8:e1870. Disponível em: <<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1870>> Acesso em 31 mai 2020.
- FONSECA, Antonio Cezar Lima da. **Direitos da Criança e do adolescente**. São paulo, Editora Atlas, 2011.
- LIBERATI, Wilson Donizeti. **Direito da criança e do adolescente**. Imprensa: São Paulo, Rideel, 2007.
- MACHADO, Martha de Toledo. **A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos**. São Paulo: Manole, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.1 no.2 Recife May/Aug. 2001. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292001000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000200002)> Acesso em 13 mai 2020.
- MATOS, Karla Fonseca de et al. **Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(1):43-53, jan-mar 2012. Disponível em: < <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a05.pdf>> Acesso em 31 mai 2020.
- Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
- PRATTA, Elisângela Maria Machado et al. **Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros**. Psicologia em Estudo. *Print version* ISSN 1413-7372 *On-line version* ISSN 1807-0329. Psicol. estud. vol.12 no.2 Maringá May/ Aug. 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>, Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000200005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005)> Acesso em 14 mai 2020.

RESEDÁ, Emílio Salomão Pinto. **Da Criança e do Adolescente**. São Paulo, , p. 20, Editora Baraúna, 2008.

ROMERO, Helena Serpa Passos. **Mortalidade por causas externas em crianças de um a nove anos**. Submetido em: 11/08/2015. Aprovado em: 29/06/2016. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160027>> Acesso em 13 mai 2020.

SANTOS, Orlando José dos, et al. **MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS DE 0 A 12 ANOS: UMA ANÁLISE DOS REGISTROS DE ÓBITOS**. *Rev Pesq Saúde*, 13(3): 17-21, set-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1456/4039>> Acesso em 31 mai 2020.

SANTOS, Simone Passos de Castro et al. **Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2015, vol.15, n.4, pp.389-399. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000400003>. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-38292015000400389&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292015000400389&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 09 mai 2020.

SILVA, Marta Angélica lossi et al. **Perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de causas externas de morbimortalidade, 2000-2006**. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) vol.31 no.2 Porto Alegre June 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200021>. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200021](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200021)> Acesso em 13 mai 2020.

SOUZA, Tiago Oliveira de. **Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010**. *Temas Livres - Ciênc. saúde coletiva* 19 (6) Jun 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04772013>> Acesso em 31 mai 2020.

SOUSA, CAM. **Homicídios na Bahia em 2009: determinantes socioeconômicos e a mortalidade por violência** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04772013>> Acesso em 31 mai 2020.

TAVARES, Jose de Farias. **Direito da infância e da juventude**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001, p.85.

## NÍVEIS PRESSÓRICOS ALTERADOS EM ADULTOS DO SUBMÉDIO DO VALE DO SÃO FRANCISCO-PE

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

### **Dayenne Cíntia Alves de Lima**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/5736144043118728>

### **Ana Letícia de Souza Menezes Gomes**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/9620716163752793>

### **Andrea Marques Sotero**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/6373207277345178>

### **Diego Felipe dos Santos Silva**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/6060534833080549>

### **Diego Barbosa de Queiroz**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/4480242581443368>

### **Iracema Hermes Pires de Melo Montenegro**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/1250376871510130>

### **Marcos Veríssimo de Oliveira Cardoso**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/8873017504163975>

### **Michele Vantini Checchio Skrapec**

Universidade de Pernambuco – *Campus*  
Petrolina, Colegiado de Nutrição  
Petrolina – Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/3711081070306339>

**RESUMO:** A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica, considerada um grande problema de saúde pública diretamente associada ao estilo de vida e alimentação do indivíduo, sendo responsável por doenças cardiovasculares. O estudo tem como objetivo identificar os possíveis grupos em risco e os principais fatores associados, acometidos por níveis pressóricos elevados. No estudo epidemiológico de base populacional conduzido por 293 indivíduos adultos  $\geq 20$  <50 anos, de ambos os sexos, foram coletados dados sociodemográficos, antropométricos e pressão arterial, sendo considerados com níveis alterados de pressão os que apresentaram pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg. As análises estatísticas foram geradas no Epi-info”, versão 7.2.1.0. Os níveis pressóricos se mostraram alterados em 45,4% da amostra (IC95% 39,60-51,20). Após a análise univariada, foi possível perceber maior prevalência de pressão arterial alterada no sexo masculino (69,3%), alcançado uma prevalência de 64,7% nos adultos entre 40 a 50 anos, sendo possível observar associação positiva desta categoria com o desfecho (RP:

1,38; IC95%: 1,13-1,70). A pressão arterial alterada se mostrou mais elevada em indivíduos com maior renda per capita (55,8%), e entre aqueles que se encontravam com excesso de peso (57,4%) apresentando ainda, associação positiva com o desfecho (RP: 1,74; IC95%: 1,42-2,12). O estudo evidenciou que os níveis pressóricos elevados foram mais prevalentes no sexo masculino, progredindo com a idade, renda per capita superior a um salário mínimo e excesso de peso.

**PALAVRAS-CHAVE:** hipertensão arterial sistêmica, doença crônica, estilo de vida.

## PRESSORIC LEVELS CHANGED IN ADULTS FROM THE SÃO FRANCISCO-PE VALE SUBMEDIATE

**ABSTRACT:** Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease, considered a major public health problem directly associated with the lifestyle and diet of the individual, being responsible for cardiovascular diseases. The study aims to identify the possible groups at risk and the main associated factors, affected by high blood pressure levels. In the population-based epidemiological study conducted by 293 adult individuals  $\geq 20 < 50$  years old, of both sexes, sociodemographic, anthropometric and blood pressure data were collected, being considered with altered levels of pressure. Statistical analyzes were generated using Epi-info<sup>®</sup>, version 7.2.1.0. Blood pressure levels were altered in 45.4% of the sample (95% CI 39.60-51.20). After univariate analysis, it was possible to notice a higher prevalence of altered blood pressure in males (69.3%), reaching a prevalence of 64.7% in adults between 40 and 50 years, and it was possible to observe a positive association of this category with the outcome. (RP: 1.38; 95% CI: 1.13-1.70). Altered blood pressure was higher in individuals with higher per capita income (55.8%), and among those who were overweight (57.4%) and had a positive association with the outcome (PR: 1,74; 95% CI: 1.42-2.12). The study showed that high blood pressure levels were more prevalent in males, progressing with age, per capita income above one minimum wage and overweight.

**KEYWORDS:** systemic arterial hypertension, chronic disease, lifestyle.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, considerada um problema de saúde pública, que se enquadra no cenário atual mundial diretamente relacionada com o contexto da urbanização e do envelhecimento populacional, estando também associada aos distúrbios metabólicos, como a obesidade e o diabetes, e, até mesmo, aos eventos ditos fatais como as doenças cardiovasculares (CORRÊA et al., 2005; FRANZEN et al., 2007; ROSÁRIO et al., 2009; MALACHIAS et al., 2016).

A HAS está diretamente associada ao estilo de vida e à alimentação do indivíduo, como a inatividade física, o uso habitual do tabaco, de bebidas alcoólicas, consumo exacerbado de alimentos industrializados e que contenham grande quantidade de gordura saturada, sal e açúcar. Percebe-se, portanto, que o manejo da doença versa sobre práticas consideradas passíveis de intervenção que visam mudanças no estilo de vida e, quando o quadro encontra-se descompensado, o uso de medicamentos adequados, prescritos por

um médico, pode ser considerado (MARTINS et al., 2010; PAULI, 2016; PIATI; FELICETTI; LOPES, 2009).

A prevalência de hipertensão, no âmbito mundial, é cerca de um bilhão de indivíduos, provocando aproximadamente a morte de 7,1 bilhões de pessoas por ano (PAULI, 2016). Segundo os dados do Ministério da Saúde, estima-se que, a prevalência de HAS no Brasil, é de aproximadamente 35%, sendo previsto um aumento de 60% até o ano de 2025 (BRITISH BROADCASTING CORPORATION, 2019; DAMAS, 2016).

Em 2013 no Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizou um estudo que constatou que 21,4% dos indivíduos, nesta mesma faixa etária, apresentavam hipertensão, representando 31,3 milhões de pessoas (PAULI, 2016). Estudos conduzidos no Brasil, no ano de 2010, mostraram que a prevalência de hipertensão na região Nordeste foi de 26,6%, sendo que a PNS revelou estimativa de 21,5% em Pernambuco, no ano de 2013 (ANDRADE, 2015; DAMAS, 2016).

Considerando-se a magnitude das estimativas da HAS, bem como seus impactos sobre a morbimortalidade nas populações, o presente estudo pretende identificar a prevalência e os possíveis fatores associados aos níveis pressóricos elevados.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, com delineamento transversal. A população alvo foi constituída por adultos  $\geq 20$  <50 anos, de ambos os sexos, que frequentaram as unidades básicas de saúde, do perímetro urbano do município de Petrolina – PE, no momento da coleta. Os dados do estudo foram coletados no período de julho a novembro de 2017.

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado o universo de adultos ( $\geq 20$  <50 anos) tomando-se por base a pirâmide etária do Município de Petrolina (IBGE, 2010) fixando-se 5% como a diferença mínima tolerada entre as estimativas e os valores reais das proporções procuradas no estudo e, para tal, foi considerada uma prevalência do evento em questão, “hipertensão arterial sistêmica” (19,4%), considerando-se a literatura como referência (IBGE, 2013). Ao todo, considerando-se uma margem de 20% para eventuais perdas, a amostra esperada foi composta por 288 indivíduos, os quais foram distribuídos por meio de sorteio aleatório simples entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município.

Todos os indivíduos que frequentaram as UBS no momento em que os entrevistadores estavam presentes para coleta dos dados foram convidados a participar da pesquisa e, àqueles que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Foram excluídas do presente projeto gestantes e puérperas, tendo em vista que suas aferições antropométricas não eram comparáveis com as da população geral.

Os níveis pressóricos foram aferidos utilizando-se esfigmomanômetros portáteis (BIOLAND, modelo 3005 ®), considerando-se a média de 03 aferições consecutivas da

pressão arterial sistólica e diastólica. De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão (MALACHIAS et al., 2016), todas as medidas de pressão arterial foram realizadas com o indivíduo na posição sentada, com o braço direito apoiado na altura da região do coração após permanecer cinco minutos na posição sentada, as pernas descruzadas, não ter realizado atividade física 60 a 90 minutos antes, pelo menos 30 minutos sem ingestão de cafeína, bebidas alcoólicas e consumo de tabaco. A variável “hipertensão arterial sistêmica” foi gerada de forma dicotômica. Os participantes cujos níveis pressóricos apresentarem valores  $\geq 140$  mm/Hg para a pressão sistólica e  $\geq 90$  mm/Hg para a diastólica, foram considerados alterados e classificados na categoria “sim” e, àqueles cujos níveis pressóricos apresentarem valores  $< 140$  mm/Hg e  $< 90$  mm/Hg para pressão sistólica e diastólica, respectivamente, foram classificados na categoria de referência “não”.

O Estado Nutricional foi definido a partir do índice de massa corporal (IMC), expresso pela fórmula  $IMC = \frac{peso}{(altura)^2}$ . O IMC foi tratado sob a forma contínua, sendo posteriormente agrupado em quatro categorias, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS): “baixo peso” (IMC  $< 18,5$  Kg/m<sup>2</sup>); “eutróficos” (IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m<sup>2</sup>); “sobrepeso” (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m<sup>2</sup>) e “obesos” (IMC  $\geq 30,0$  Kg/m<sup>2</sup>) (WHO, 2000). As medidas de peso foram aferidas utilizando-se balanças eletrônicas digitais (CAMRY, modelo EB9013 ®), com precisão de 100 gramas e, para aferição da altura, estadiômetros com escala em décimos de centímetros (SECA®), foram utilizados. Para a aferição do peso, entrevistadores treinados utilizaram a técnica proposta por Habicht et al (1979), segundo a qual os participantes deveriam estar sem sapatos, usando roupas leves, posicionados com os dois pés sobre a balança, distribuindo seu peso igualmente sobre as duas pernas e com o olhar voltado para o horizonte. Antes de cada aferição do peso, os entrevistadores calibraram a balança, seguindo informações do fabricante. Para a aferição da altura, os participantes, sem sapatos, foram posicionados com os pés unidos e contra a parede, de modo a apoiar cinco pontos do corpo: calcanhar, panturrilha, glúteos, espáduas e a cabeça, respeitando-se o plano de Frankfurt.

Foram consideradas para o presente estudo as seguintes variáveis: sexo (considerados os participantes de ambos os sexos); idade (“20-29”, “30-39” e “40-49”); escolaridade (“0 a 3”, “4 a 8”, “9 a 11” e “12 anos e/ou mais”); renda individual foi obtida a partir de informações sobre a renda familiar mensal (em Reais), utilizando-se como referência o mês que antecedeu a entrevista. Os participantes foram classificados de acordo com os tercis da distribuição e, para àqueles que não referiram ganho mensal foram classificados como “sem renda”; condição de trabalho (“não” - sem trabalho e “sim” - com trabalho); estado civil (“não vivem em união” e “vivem em união”).

Os dados foram digitados em dupla entrada, em formulário específico, gerado no Epi-info”, versão 7.2.1.0 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA). Após a construção e “limpeza” do banco de dados, a análise estatística foi feita com o auxílio do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0 para Windows. A análise estatística compreendeu,



além da caracterização da amostra, a fase descritiva, mediante o cálculo de prevalências brutas, com respectivos intervalos de confiança (95%) para as categorias da variável dependente (“nível pressórico alterado”). Posteriormente, foi conduzida a análise bivariada para identificação da associação entre as categorias das variáveis independentes com o desfecho, adotando-se um valor de “p”  $\leq 0,20$ . Finalmente, a análise multivariada foi conduzida para a detecção de fatores associados aos níveis pressóricos, sendo, a regressão de Poisson utilizada para obtenção de razões de prevalências (RP) que foram estimadas por pontos e por intervalos com 95% de confiança, considerando-se como representantes dos modelos finais as variáveis que apresentaram valores “p”  $< 0,05$ .

Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 foram cumpridas, sendo a presente pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, da Universidade de Pernambuco (CEPE-CISAM/UPE) sob o número CAAE 89891117.0.0000.5207.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 293 indivíduos, dos quais 72,70% (n=213) eram do sexo feminino, 57% com nível de escolaridade médio (entre 9 a 11 anos) e 67,60% possuíam renda per capita menor que um salário mínimo. A maioria dos participantes foi composta por adultos jovens, menores de 40 anos (Tabela 1).

Variáveis	N	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Sexo</b>			
Masculino	80	27,30	22,20-32,40
Feminino	213	72,70	67,60-77,80
<b>Estado civil</b>			
Vive em união	193	65,90	60,10-71,30
Não vive em união	100	34,10	28,70-39,90
<b>Faixas etárias</b>			
20-29	109	37,20	31,70-43,00
30-39	116	39,60	33,80-45,40
40-50	68	23,20	18,80-28,30
<b>Escolaridade</b>			
1-8 anos	81	27,60	22,50-33,10
9-11 anos	167	57,00	51,20-62,50
12 anos ou mais	45	15,40	11,30-19,50
<b>Renda per capita (em SM*)</b>			
≤937	198	67,60	62,10-73,00
>937	95	32,40	27,00-37,90
<b>Condição de trabalho</b>			
Não	125	42,70	36,90-48,50
Sim	168	57,30	51,50-63,10

\*SM = Salário Mínimo

Fonte: Próprio Autor.

Tabela 1 – Caracterização da amostra, segundo variáveis sociodemográficas. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2017.

Os níveis pressóricos mostraram-se alterados em 45,4% da amostra ( $IC_{95\%}$  39,60-51,20), contabilizando um total de 133 indivíduos de ambos os sexos. Após a análise univariada, foi possível perceber maior prevalência de pressão arterial alterada no sexo masculino (63,3%) e progredindo com a idade, alcançado uma prevalência de 64,7% nos adultos entre 40 a 50 anos, sendo possível observar associação positiva desta categoria com o desfecho (RP: 1,38;  $IC_{95\%}$ : 1,13-1,70). A pressão arterial alterada foi mais elevada em indivíduos com maior renda per capita (55,8%) e entre aqueles que se encontravam com excesso de peso (57,4%) apresentando ainda, associação positiva com o desfecho (RP: 1,74;  $IC_{95\%}$ : 1,42-2,12) (Tabela 2).

Na análise multivariada (Tabela 3), as variáveis que apresentaram associação com os níveis pressóricos alterados foram: faixa etária, renda per capita, estado nutricional e sexo. Logo, aqueles indivíduos com faixa etária de 40-50 anos apresentaram uma RP 1,10 vezes maior de desenvolver alterações nos níveis pressóricos, quando comparados às outras faixas etárias.

Os participantes com renda per capita maior que um salário mínimo e os que apresentaram estado nutricional classificado como excesso de peso tiveram uma RP de 1,10 e 1,20 vezes maior de apresentar a pressão arterial alterada, respectivamente. Com relação ao sexo, as mulheres apresentaram uma RP de 0,85 vezes menor de desenvolver alteração da pressão arterial quando comparados com os homens, ou seja, o sexo feminino foi fator de proteção para o aparecimento dos níveis pressóricos elevados (Tabela 3).

Variáveis	Total		Nível pressórico alterado			
	N	%	N	% prevalência	RP [IC <sub>95%</sub> ]	P
<b>Sociodemográficas</b>						
<b>Sexo</b>						
Masculino	80	27,30	50	63,30	1	0,05
Feminino	213	72,70	83	39,20	1,31 [0,98 – 2,26]	
<b>Estado civil</b>						
Vive em união	193	65,90	94	49,20	1	0,09
Não vive em união	100	34,10	39	39,00	1,51 [0,92 – 2,48]	
<b>Faixa etária</b>						
20-29	109	37,20	37	34,60	1	0,00
30-39	116	39,60	52	44,80	0,65 [0,48 – 1,15]	
40-50	68	23,20	44	64,70	1,38 [1,13 – 1,70]	0,00
<b>Escolaridade</b>						
1-8 anos	81	27,60	39	48,80	1	0,77
9-11 anos	167	57,00	73	44,00	1,08 [0,82 – 1,42]	
12 anos ou mais	45	15,40	21	46,70	0,93 [0,73 – 1,18]	0,55
<b>Renda per capita (SM)</b>						
≤937	198	67,60	80	40,80	1	0,01
>937	95	32,40	53	55,80	1,34 [1,04 – 1,72]	
<b>Condição de trabalho</b>						
Não	125	42,70	52	42,30	1	0,31
Sim	168	57,30	81	48,20	0,78 [0,49 – 1,25]	
<b>Estado Nutricional</b>						
Eutrófico	110	37,50	28	25,90	1	0,00
Excesso de peso	183	62,50	105	57,40	1,74 [1,42 – 2,12]	

Tabela 2 – Níveis pressóricos alterados, segundo variáveis sociodemográficas e estado nutricional. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2017.

Fonte: Próprio Autor.

A prevalência dos níveis pressóricos alterada, bem como os possíveis fatores de risco associados encontrados para o município de Petrolina-PE foram semelhantes aos resultados de estudos conduzidos em outros municípios do Brasil.

Variáveis	Nível pressórico alterado	
	RP ajustada	IC <sub>95%</sub>
<b>Sexo</b>		
Masculino	1	
Feminino	0,85	0,78 – 0,92
<b>Faixa etária</b>		
20-29	1	
30-39	1,03	0,95 – 1,12
40-50	1,10	1,01 – 1,16
<b>Renda per capita (SM)</b>		
≤937	1	
>937	1,10	1,01 – 1,16
<b>Estado Nutricional</b>		
Eutrófico	1	
Excesso de peso	1,20	1,12 – 1,28

Tabela 3 – Razão de prevalência dos fatores associados aos níveis pressóricos alterados. Petrolina, Pernambuco, Brasil, 2017.

Fonte: Próprio Autor.

Apesar da quantidade de mulheres ter sido superior à quantidade de homens que participaram da pesquisa, a prevalência no sexo masculino foi superior à do sexo feminino, semelhante a alguns resultados encontrados na literatura. Um estudo conduzido com uma amostra representativa de 60.202 domicílios de várias regiões brasileiras identificou que níveis alterados de pressão ( $\geq 140/90$  mmHg) acometeram um quarto da população masculina e um quinto da população feminina (MALTA et al., 2018). Outro estudo, realizado na Amazônia Legal-MT, identificou prevalências de níveis pressóricos alterados diferentes entre homens (26,9%) e mulheres (22%). Os autores postularam que a maior prevalência no sexo masculino pode ter sido devido ao maior consumo de bebida alcoólica e tabaco (SILVA et al., 2016).

Ressalta-se ainda, para o município de Petrolina, a importância de um olhar mais atento para o sexo masculino, visto que, apesar do reduzido tamanho amostral, mais da metade dos homens apresentou níveis pressóricos alterados, o que denota, assim como mostra a literatura, menor preocupação com o estado geral de saúde, bem como menor procura pelos serviços de saúde, quando comparados às mulheres e, além do mais, quando o fazem, na maioria das vezes, já apresentam alguma comorbidade instalada (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; DIAS et al., 2016).

Na presente pesquisa, foi possível verificar que o sexo feminino se apresentou como fator de proteção para o aparecimento dos níveis pressóricos elevados e, tal fato, pode ser explicado, ao menos em parte, pela presença do hormônio feminino, estrogênio, o qual apresenta, entre outras funções, importante efeito metabólico no sistema cardiovascular, visto que atua no metabolismo hepático das lipoproteínas, aumentando o catabolismo da lipoproteína de baixa densidade (LDL - *Low Density Lipoprotein*) e elevando a produção da lipoproteína de alta densidade (HDL - *High Density Lipoprotein*), assim, aumentando a dilatação dos vasos sanguíneos (SOUZA, 2014).

A literatura tem apresentado resultados bastante homogêneos com relação a variável idade. Malta et al (2018) verificaram que os níveis de pressão aumentam diretamente com o avançar da idade, apresentando valores superiores que 10% em indivíduos entre 18 a 29 anos e, ainda maiores que 40% nos indivíduos com mais de 70 anos. Similarmente, Silva et al (2012) e Malta et al (2017), em estudos conduzidos com população adulta residente no Sul do país e nas 26 capitais e no Distrito Federal, respectivamente, observaram níveis pressóricos alterados com o avançar da idade, bem como associação positiva da variável idade com o desfecho, dados esses que corroboram a presente pesquisa desenvolvida no município de Petrolina. A medida que a população envelhece, um maior número de comorbidades vai se instaurando devido a alterações que são típicas do próprio processo de envelhecimento como o enrijecimento das artérias e o aumento da resistência vascular periférica, fatos estes que podem explicar a associação encontrada (SBH; SBC; SBN, 2010).

Com relação à renda, os estudos encontrados na literatura apresentam resultados

divergentes entre a associação desta variável com os níveis pressóricos elevados. Em estudo de revisão conduzido por Galvão e Soares (2016), no período de 2005 a 2012, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis renda e níveis pressóricos elevados, resultados estes que foram similares aos encontrados por Zangirolani et al (2018) em estudo de base populacional. Por outro lado, Lobo et al (2017) em pesquisa com dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios conduzida nos anos de 1998, 2003 e 2008, encontraram associação positiva da baixa renda com níveis pressóricos elevados no sexo feminino e associação negativa da baixa renda com níveis pressóricos elevados no sexo masculino.

No presente trabalho, foi possível observar que a prevalência dos níveis pressóricos alterados foi maior para àqueles indivíduos que apresentaram renda per capita superior a um salário mínimo, bem como associação positiva com desfecho no modelo final. Cavalcante et al (2017) e Sichieri (2013) nas suas pesquisas mostraram que o consumo alimentar fora de casa está crescendo cada vez mais, principalmente nas famílias com melhor renda per capita e, que estes alimentos são menos saudáveis do que os consumidos no domicílio, visto que são ricos em gorduras e açúcares, os quais estão intimamente associados ao desenvolvimento de doenças crônicas, dentre elas, a hipertensão arterial. Fatos estes, que poderiam justificar os resultados encontrados para o município de Petrolina.

Na presente pesquisa, os níveis pressóricos foram maiores naqueles indivíduos com excesso de peso, permanecendo como fator de risco no modelo final. Resultados similares foram encontrados por Silva et al (2016) em estudo transversal e por Massaroli et al (2018) em revisão sistemática, demonstrando a estreita relação do IMC elevado com os níveis pressóricos alterados. O excesso de peso revela, na maioria dos indivíduos, uma concentração maior de gordura corporal, a qual pode estar distribuída de forma generalizada e/ou localizada. O acúmulo na região abdominal reflete o depósito de gordura visceral, induzindo a um aumento da atividade lipolítica da célula adiposa com consequente liberação dos ácidos graxos livres na corrente sanguínea e, aumento do risco para doença aterosclerótica, bem como, para o surgimento de dislipidemia, hipertensão arterial e resistência à insulina (VIERA et al., 2018).

Como limitação deste estudo, destaca-se o delineamento transversal, visto que a exposição e o desfecho são medidos simultaneamente não é possível inferir uma relação de causa e efeito. Outro fator a ser considerado é a diferença do tamanho amostral entre homens e mulheres e, embora os resultados aqui apresentados representem um retrato da prevalência dos níveis pressóricos alterados, bem como os possíveis fatores associados ao desfecho na população em estudo, a associação encontrada, com relação a variável sexo especificamente, merece cautela na interpretação, sendo necessário a condução de estudos, com uma melhor proporção entre homens e mulheres, para investigar essa possível associação.

## 4 | CONCLUSÃO

O presente estudo identificou importantes prevalências de níveis pressóricos alterados na população do município de Petrolina, bem como a presença de associações entre variáveis com o desfecho que são consideradas passíveis de intervenção. Desta forma, estratégias que visem a promoção e a prevenção em saúde são necessárias para a redução dos níveis pressóricos alterados.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. S. A. et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n. 2, 297-304, abr-jun 2015.
- BOTTON, A; CÚNICO, S. D; STREY, M. N. **Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias**. Mudanças–Psicologia da Saúde, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017.
- BRITISH BROADCASTING CORPORATION. **Hipertensão arterial: a doença silenciosa que atinge 35% da população brasileira**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/17/hipertensao-arterial-a-doenca-silenciosa-que-atinge-35-da-populacao-brasileira.ghtml>> Acesso em: 01 de out. de 2019.
- CAVALCANTE, J. B. et al. **Ingestão de energia e nutrientes segundo consumo de alimentos fora do lar na Região Nordeste: uma análise do Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 115-123, 2017.
- CORRÊA, T. D. et al. **Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento**. Arquivos Médicos do ABC, v. 31, n. 2, p. 91-101, 2005.
- DAMAS, Liliane Vidal de Oliveira. **Hipertensão Arterial e fatores associados em usuários do Programa de Saúde da Família de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil**. 2016. 83 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.
- DIAS, O. V. et al. **Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.
- FRANZEN, E. et al. **Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem**. Revista HCPA, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 28-31, 2007.
- GALVÃO, R. R. S; SOARES, D. A. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em adultos: uma revisão na literatura brasileira**. Revista de APS, v. 19, n. 1, 2016.
- GONDIM PEIXOTO, M. R. et al. **Ganho de peso na vida adulta: preditor da hipertensão arterial?**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, 2017.
- HABICHT, Jean-Pierre et al. Measurement of health and nutrition effects of large-scale nutrition intervention projects. In: **Evaluating the impact of nutrition and health programs**. Springer, Boston, MA, 1979. p. 133-182.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Petrolina (PE), 2010**. Disponível em: <[https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=261110&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=261110&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc)>. Acesso em: 10 de out. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação, 2013**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2019.

LOBO, Larissa Aline Carneiro et al. **Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00035316, 2017.

MALACHIAS, M. V. B. et al. **7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, p. e180021, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. **Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros**. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 11s, 2017.

MARTINS, M. S. A. S. et al. **Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, Município da Amazônia Legal**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 94, n. 5, p. 639-644, maio. 2010.

MASSAROLI, L. C. et al. **Qualidade de vida e o imc alto como fator de risco para doenças cardiovasculares: revisão sistemática**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 16, n. 1, 2018.

PAULI, S. et al. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. 131f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

PIATI, J; FELICETTI, C.R; LOPES, A. C. **Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense**. Revista Brasileira Hipertensão, v. 16, n. 2, p. 123-129, 2009.

ROSÁRIO, T. M. et al. **Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobres - MT**. Arquivos Brasileiros Cardiologia, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 672-678, dez. 2009.

SICHERI, R. **Consumo alimentar no Brasil e o desafio da alimentação saudável**. ComCiência, n. 145, p. 0-0, 2013.

SILVA, D. A. S; PETROSKI, E. L; PERES, M. A. **Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional**. Revista de Saúde Pública, v. 46, p. 988-998, 2012.

SILVA, E. C. et al. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 38-51, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC) E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. ArqBrasCardiol, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOUZA, S. O. **Hipertensão arterial na mulher. 2014. 51f. Tese (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)**– Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberama, 2014.

VIEIRA, S. A. et al. **A pressão arterial está associada a indicadores de adiposidade corporal em crianças de quatro a sete anos**. Revista Portuguesa de Cardiologia, v. 37, n. 5, p. 425-432, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. World Health Organization, 2000.

ZANGIROLANI, L. T. O. et al. **Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1221-1232, 2018.



# CAPÍTULO 21

## NOVEMBRO AZUL: EXPERIÊNCIA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

**Micaelly Lube dos Santos**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT) – Diamantino, MT

**Juliana Ferreira Magalhães**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT), Diamantino-MT, <http://lattes.cnpq.br/1738417291555455>

**Letícia Gomes de Moura**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT), Diamantino-MT, <http://lattes.cnpq.br/2852125722515058>

**Izabel Cristina Leite**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT)- Diamantino, MT. <http://lattes.cnpq.br/5141098008796316>

**Taís Caroline Pereira dos Santos**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT) – Diamantino, MT. <http://lattes.cnpq.br/2811328968997425>

**Gabrielle Nathallie Cardoso Batista**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT) – Diamantino, MT. <http://lattes.cnpq.br/8419690971814852>

**Isamara Maisa da Silva**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT) – Diamantino, MT. <http://lattes.cnpq.br/9462287744974920>

**Angela Mara Brugnago Ayala**

Universidade do Estado de Mato Grosso  
(UNEMAT) – Diamantino, MT. <http://lattes.cnpq.br/9696169429614077>

**RESUMO:** O presente trabalho é referente a uma ação alusiva ao novembro azul, desenvolvida em uma Estratégia de Saúde da Família, no município de Diamantino Mato Grosso, a educação em saúde teve como público alvo homens, no qual foi abordada temáticas sobre o câncer de próstata e outras morbidades que acometem os homens.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do homem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

**ABSTRACT:** The present work refers to an action alluding to the blue November, developed in a Family Health Strategy, in the municipality of Diamantino Mato Grosso, health education was aimed at men, in which themes about prostate cancer and other morbidities that affect men.

**KEYWORDS:** Men's health; Primary Health Care; Nursing

### INTRODUÇÃO

Os homens atualmente representam aproximadamente 48,4% da população do Brasil e caracterizam a parcela com o maior índice de morbidade e mortalidade (IBGE, 2017). O autocuidado não é colocado como prioridade pelos homens, a construção sociocultural do ser homem está ligada ao ser forte, resistente, e a

doença contrapõe todos os aspectos da masculinidade. Apesar de haver uma mudança comportamental ainda há atualmente resquícios do ser homem imposto pela sociedade (MOREIRA, FONTES, BARBOZA, 2014). É predominante um comportamento caracterizado pela crença na invencibilidade, uso da violência, emprego da força física e certeza do não adoecimento, sendo o cuidado com a saúde uma atitude considerada feminina (CORRÊA; MOZER, 2016)

Discussões no âmbito da saúde do homem são recentes no país e há de se reconhecer que a masculinidade ainda é um fator que contribui para a suscetibilidade às doenças principalmente crônicas influenciando diretamente na morte precoce (MOREIRA; FONTES; BARBOSA, 2014). Nesta perspectiva, no contexto do Sistema Único de Saúde foi criada a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) com vistas a nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado destes sujeitos, reforçando a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros principalmente os que se encontram na faixa etária dos 20 aos 59 anos (BRASIL, 2009).

Dentro da PNAISH o mês de novembro é o mês de dedicação especial à saúde dos homens. O Novembro Azul foi elaborado inicialmente pelo instituto Lado a Lado pela Vida com enfoque no câncer de próstata mas as oportunidades têm sido aproveitadas para abordagem de outras temáticas e questões relacionadas a saúde masculina (BRASIL, 2013). Inúmeras Estratégias Saúde da Família (ESF) no Brasil utilizam o mês de maneira alusiva no direcionamento de ações aos homens.

Propostas como o Novembro Azul são fundamentais para que os homens se sintam acolhidos pela unidade de saúde e na implementação de práticas inclusivas que permitam a estes reconhecerem a unidade também como espaços masculinos (BRASIL, 2013). Nos mais diversos contextos ressalta-se a importância do estabelecimento do diálogo e de educações em saúde para disseminar informações e estabelecer vínculo com a população masculina.

A educação em saúde tem como foco a promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças no indivíduo partindo do princípio que o diálogo possibilita uma troca de experiências e de saberes entre os usuários e os profissionais (BRASIL, 2017). Diálogos com a população masculina propiciam o desenvolvimento de um pensar crítico, reflexivo, que permitir desvelar a realidade, propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG et al., 2014)

Nesse contexto o presente estudo visa relatar a experiência de acadêmicos do curso de enfermagem na prática de educação em saúde relacionada ao Novembro Azul desenvolvida em uma Estratégia Saúde da Família da cidade de Diamantino-MT.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, desenvolvido por acadêmicos de enfermagem na disciplina de Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto, no curso de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) campus de Diamantino-MT, no dia 26 de novembro de 2018 na Estratégia Saúde da Família (ESF) Buriti.

A ação Novembro Azul já é desenvolvida anualmente pela equipe da ESF e teve como público alvo a população masculina adstrita à unidade. A ideia partiu da equipe da ESF que convidou a professora responsável pela disciplina e os acadêmicos de enfermagem para participarem na educação em saúde do evento. A atividade foi desenvolvida no período noturno das 17:00 às 21:00 horas, principalmente por ser um horário acessível aos homens.

Inicialmente houve um encontro entre os acadêmicos e a enfermeira da unidade para a definição da temática a ser abordada e o método que seria utilizado. Após houve a realização de uma reunião para discussão e elaboração do material que seria apresentado.

As temáticas escolhidas partiram do referencial teórico do Ministério da Saúde e a PNAISH, sendo abordadas de maneira expositiva e dialogada viabilizando também a participação dos homens, pois compreende-se que a interação com os mesmos facilita o entendimento dos assuntos. Os temas abordados contemplaram grande parte dos fenômenos que acometem a população masculina e foram escolhidos devido ao impacto na saúde destes.

No dia do evento discorreu-se sobre câncer de próstata, doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes), infecções sexualmente transmissíveis, alimentação saudável, atividade física, tabagismo e etilismo. Foram realizadas concomitantemente consultas médicas disponibilizadas para homens que por conta do trabalho não frequentavam a unidade de saúde, consultas odontológicas, conscientização sobre prevenção do câncer bucal e coleta do sangue para realização de exames como dosagem do (PSA). Ao final foram sorteados brindes e houve ainda um coffee break para todos os presente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Observou-se a participação de uma parcela significativa de homens, principalmente indivíduos de meia idade, o que remete a uma quebra de paradigmas pois é sabido que as políticas que discutem a saúde do homem são recentes, no entanto, nota-se uma progressão da assistência prestada a essa parcela da população.

A unidade básica de saúde é responsável pela atenção primária e exerce um papel significativo, pois tem como foco a prevenção de doenças e a promoção da saúde (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Neste cenário compreende-se que é necessário estimular os homens a terem participação ativa dentro do processo saúde e doença, bem como,

promover interação destes com a unidade de saúde, desmitificando a ideia que os homens não cuidam de si.

Pelo fato de o evento ter sido realizado no período noturno houve comparecimento mais significativo dos homens, pois muitos destes trabalham durante o dia, impossibilitando frequentar a unidade de saúde. Dessa forma, é evidente que a possibilidade de um horário alternativo permitiria uma maior frequência e adesão aos programas da unidade de saúde (MOREIRA, FONTES, BARBOZA, 2014).

Após a ação ter sido concluída, a enfermeira da unidade relatou que houve uma maior procura por parte dos homens aos serviços de saúde isso nos leva a pensar o evento surtiu efeito positivo. Portanto, infere-se que a realização do Novembro Azul com atividades de educação em saúde tem um papel primordial para o estabelecimento de vínculo com a comunidade masculina, prevenção de vários tipos de doenças chamando a atenção para realização de exames anuais, ou seja, as ações possuem relevância para a comunidade (BRASIL,2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde no evento Novembro Azul foi considerada exitosa tanto pelos usuários quanto pela equipe de saúde. Houve uma grande repercussão e o momento revelou-se uma oportunidade para intensificar o vínculo dos homens com a unidade.

A experiência trouxe inúmeros benefícios para a formação acadêmica principalmente pelo fato da PNAISH ainda ser muito pouco abordada dentro do currículo da universidade O contato com os homens possibilitou a troca de saberes entre acadêmicos de enfermagem, equipe e comunidade reiterando a relevância de se enfatizar e valorizar momentos de interação com o universo masculino.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria N° 1.944, de 27 de Agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html). Acessado em 22 de Abril de 2019.

MOREIRA R.L.S.F, FONTES W. D., BARBOZA T.M. **Dificuldades de Inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** Revista de Enfermagem, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0615.pdf>. Acessado em 22 de Abril de 2019.

IBGE – INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Quantidade de homens e mulheres.** 2017. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acessado em 15 de Abril de 2019.

CORRÊA, A. C. P. MOZER, I. T. **Gestão do processo de implementação da política de saúde do homem.** Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a20.pdf>. Acessado em: 22de abril de 2018.

FALKENBERG, M. B; et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva 19 (03) Mar 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n3/847-852/>. Acessado em: 22 de abril de 2019

## O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR PODE PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA?

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 03/07/2020

### Elizângela Márcia de Carvalho Abreu

Doutora e Mestre em Engenharia Biomédica,  
Fisioterapeuta do Núcleo Ampliado da Saúde  
da Família e Atenção Primária.  
Jacareí - São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/8876412281894116>

### Tamires Camile Nascimento Oliveira

Nutricionista do Núcleo Ampliado da Saúde da  
Família e Atenção Primária.  
Jacareí - São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/5278739594785843>

**RESUMO: Introdução.** O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) reforça diretrizes da atenção à saúde, entre elas a Educação Permanente em Saúde (EPS). Uma ferramenta usada para realizar EPS entre as equipes NASF-AP e de Saúde da Família (eSF) é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). **Objetivo.** Realizar revisão sobre a possibilidade do uso do PTS como ferramenta de EPS no âmbito da atenção básica (AB). **Metodologia.** Buscou-se publicações no Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e publicações do Ministério da Saúde (MS), com os descritores PTS, NASF, EPS, Educação em Saúde em português, entre os anos de 2005-2019. **Resultados e Discussão.** Não foram encontrados artigos que avaliassem diretamente o uso do PTS como ferramenta de EPS na AB. Porém, a partir da análise de 20 publicações

relacionadas, observou-se que o PTS é uma ferramenta utilizada pelas eNASF-AP e eSF para realizar discussão de caso, na qual se firmam condutas, resultantes da troca de saberes entre os profissionais, permitindo o apoio matricial, a clínica ampliada e a interprofissionalidade. Para que o PTS dialogue com a realidade do usuário, é necessário que ele participe da escolha das ações, ampliando a humanização do cuidado, autonomia e corresponsabilização do sujeito. Logo, os profissionais precisam amadurecer e entender que são apenas orientadores do processo em saúde e não determinantes, como no modelo assistencialista, sendo o usuário o dono de sua saúde. Nessa visão, nota-se a proximidade entre EPS e PTS, objetivando ampliar a resolubilidade em saúde. Assim, o PTS será mais ou menos terapêutico a depender desse processo de educação e transformação.

**Conclusão.** A partir dos indícios encontrados pode se inferir que o PTS é uma ferramenta de organização das ações em saúde e a partir dele estabelece-se um rico processo de EPS a ponto de modificar o modelo de assistência em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica, Educação Permanente em Saúde, Projeto Terapêutico Singular.

### CAN THE THERAPEUTIC PROJECT SINGULAR PROMOTE PERMANENT EDUCATION FOR PRIMARY HEALTHCARE PROFESSIONALS?

**ABSTRACT: Introduction.** The Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AP) reinforces the guidelines for health care, including Permanent Education in Health

(EPS). One tool used to perform EPS between the NASF-AP and Family Health (eSF) teams is the Singular Therapeutic Project (STP). **Objective.** Perform a review about the possibility of using the STP as an EPS tool in primary healthcare. **Methodology.** Publications were searched on Lilacs, Scielo, Google Scholar and Publications of the Brazilian Secretary of Health (Ministry of Health of Brazil), with the descriptors STP, NASF, EPS, Health Education in Portuguese, between 2005 and 2019. **Results and discussion.** No articles were found that directly evaluated the use of SPT as a EPS tool in primary healthcare. However, from the analysis of 20 publications related, it was observed that, SPT is a tool used by eNASF-AP and eSF to perform case study, in which conducts are formed, resulting from the exchange of knowledge between professionals, allowing the matrix support, amplified clinic and interprofessionality. In order for the STP to be able to understand the patients' reality, their participation in the choice of actions is necessary, enabling the expansion of humanization of care, the patients' autonomy and co-responsibility. Therefore, health professionals need to improve themselves and understand that they are only guides in the process and not determinants, as in the allopathic health care, being the patients the ones responsible for their own health. In this point of view, note the proximity between EPS and SPT, with the aim of expanding the resolvability of primary care patients' cases. Thus, the STP will be more or less therapeutic and will depend on this process of education and transformation. **Conclusion.** From the evidence found, it can be inferred that the STP is an organization tool for health actions and, from it, an advanced process of EPS is instituted, modifying the health care model.

**KEYWORDS:** Primary Care, Permanent Education in Health, Singular Therapeutic Project.

## 1 | INTRODUÇÃO

Na rotina, os profissionais da Atenção Básica (AB) muitas vezes enfrentam problemas tão complexos que vão além dos saberes específicos das equipes de Saúde da Família (eSF), e, portanto, requerem o auxílio de outros profissionais da saúde e mesmo de outros setores. É neste contexto, que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, para ampliar o escopo de ações das equipes da Estratégia Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde (ESF/UBS) (BRASIL, 2010 e 2014a).

O NASF-AP tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, a saber: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde (EPS), a promoção da saúde e a humanização.

No tocante à EPS, essa pode ser entendida como um processo, que não tem início ou fim, não é pontual, tampouco apenas repasse de conceitos ou técnicas, mas um aprender a aprender, individual e coletivamente, com o compartilhamento de saberes e experiências (BRASIL, 2014b).

Além disso, a EPS tem o propósito de aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação

de serviços e fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Entre as ferramentas utilizadas pelas eNASF-AP, para realizar EPS, destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma forma de realizar uma discussão de “caso clínico”, bem estruturada, capaz de organizar e sustentar as ações articuladas em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na qual são estabelecidas propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado do compartilhamento de percepções e reflexões entre os profissionais. Assim, o PTS é considerado um instrumento potente de cuidado, bem como uma ferramenta de organização e sustentação das ações da eSF, eNASF-AP e outros (BRASIL, 2006; HORI & NASCIMENTO, 2014).

Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre a possibilidade do uso do PTS como ferramenta de EPS entre as eNASF-AP e eSF.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura sobre o uso do PTS como ferramenta para promover EPS entre as eNASF-AP e eSF. Buscou-se publicações que se relacionavam ao tema nos bancos de dados Lilacs, Scielo, Google Acadêmico, além de publicações do Ministério da Saúde (MS), utilizando o cruzamento dos descritores Projeto Terapêutico Singular (PTS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Educação Permanente, Educação em Saúde em português, entre os 2005 a 2019.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 51 artigos científicos, dentre os quais 14 foram selecionados por estarem relacionados ao objetivo deste estudo, além de seis publicações do MS. Vale ressaltar que não foram encontrados artigos que avaliassem diretamente o uso do PTS como ferramenta de EPS no âmbito da AB. Observou-se, portanto, uma escassez de publicações sobre o assunto.

Inicialmente é fundamental compreender um pouco mais o PTS e apontar qual é o passo inicial para a sua construção. Para Silva *et al.* (2016), trata-se de um movimento de coprodução e de cogestão do cuidado entre os envolvidos. É uma ferramenta recente que veio do movimento da reforma psiquiátrica, inicialmente utilizado nos equipamentos de saúde mental e sendo seu uso ampliado para os outros serviços de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Pode-se dizer que entre seus objetivos estão:

- Oferecer cuidado mais integral e efetivo;
- Ampliar os recursos do sujeito e da comunidade para promover o cuidado em saúde;



- Ampliar o conhecimento sobre a atuação de cada categoria e permitir o trabalho em equipe (Interprofissionalidade);
- Qualificar as equipes e a rede a partir do caso discutido (Apoio Matricial);
- Pensar nos processos de trabalho das equipes.

O PTS surge por meio da elegibilidade dos casos, pode ser construído para casos complexos, comuns ou para o território como mostra a figura 1. Geralmente sua construção se destina a casos complexos, com alto grau de vulnerabilidade e de difícil resolução, que demande ações intersetoriais, mas também pode ser realizado para casos comuns do cotidiano da eSF, nessas condições, sua produção resultará em um modelo facilitador para próximos casos (BRASIL, 2010). O PTS também pode surgir de uma demanda do território.

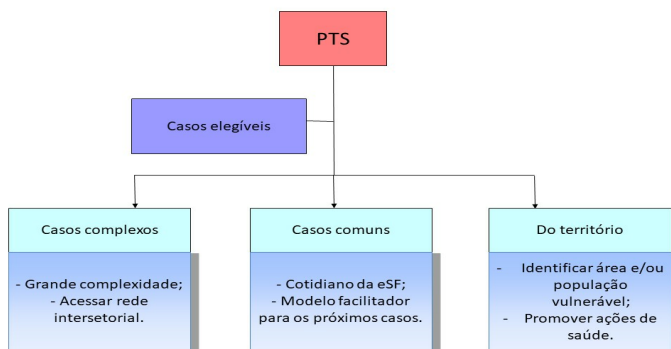


Figura 1: Casos elegíveis para um PTS.

Além disso, ele pode ser direcionado para um sujeito, família ou coletivo, a depender da demanda inicial, como mostra a figura 2.

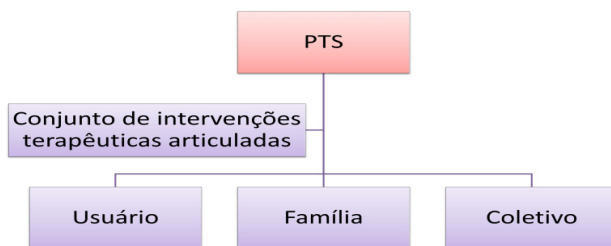


Figura 2: Direcionamento do PTS.

Hori e Nascimento (2014) definem os quatro pilares do PTS (figura 3), sendo eles: a hipótese diagnóstica; a definição de metas; a divisão de responsabilidades e a reavaliação. Esses pilares facilitam a construção do PTS e organizam os processos, facilitando o envolvimento dos profissionais de acordo com a demanda do caso.

De acordo com os pilares pode-se montar um roteiro de elaboração do PTS, seguindo os seguintes passos:

- **Hipótese diagnóstica:** elaborar um material de identificação completa dos usuários envolvidos (contendo: nome, data de nascimento, filiação, escolaridade, trabalho, fontes de renda familiar, posses, endereço, área, microárea, condições de moradia, etc); é preciso levar em consideração todas as questões de vida social, cultural e econômica; avaliação de risco/vulnerabilidade e potencialidades; anamnese (queixa principal, demandas familiares e da equipe de saúde, história da moléstia atual e progressão, exames complementares, consultas, comorbidades, condutas já realizadas); Uso do genograma e do ecomapa, ferramentas que aproximam os profissionais não só do contexto em que o usuário se encontra, mas também do próprio usuário, o que facilita a elaboração de ações;
- **Definições de metas:** nessa etapa é importante propor ações que sejam possíveis e metas alcançáveis a curto, médio e longo prazo;
- **Divisão de responsabilidades:** definir um profissional de referência para o caso, que manterá a equipe informada e demandará novas discussões quando necessário (geralmente deve ser o profissional que tenha maior proximidade/vínculo com o usuário, e não precisa necessariamente ter nível superior), além de datas, prazos e responsáveis para execução de cada uma das ações estabelecidas, incluindo os profissionais envolvidos, usuário e família. É nessa fase que o PTS deixa de ser apenas um organizador do processo e passa a representar a efetivação das ações assistenciais, pois são estas que darão concretude ao planejamento inicial;
- **Reavaliação:** essa fase serve para avaliar se as ações propostas foram executadas, mostrar os resultados das ações pactuadas inicialmente e se há necessidade de reformular as propostas.



(Hori e Nascimento, 2014, Caderno 27)

Figura 3: Pilares do PTS.

O PTS geralmente é utilizado no nível da AB, a partir do apoio da eNASF-AP ou de outra equipe de matriciamento. O Apoio Matricial é uma ferramenta de suporte técnico-pedagógico e especializado, que se concretiza em discussão interdisciplinar para a elaboração, por exemplo, do próprio PTS, ampliando as possibilidades de ação no território (BRASIL, 2008; HORI & NASCIMENTO, 2014).

O PTS cria um ambiente propício para as trocas de saberes de forma prática e dinâmica entre os profissionais envolvidos no planejamento da assistência, seja de um indivíduo, família ou comunidade, possibilitando o desenvolvimento das ações na perspectiva do apoio matricial, da clínica ampliada e da interprofissionalidade, garantindo assim um cuidado integral e, portanto, mais resolutivo (LINASSI *et al.*, 2013; HORI & NASCIMENTO, 2014; BELOTTI & LAVRADOR, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Dessa forma, a EPS acontece com a prática profissional, viabilizando a aprendizagem durante a atuação, estimulando a problematização do fazer no próprio lócus de prestação do serviço.

A postura de compartilhamento de saberes e responsabilidades requer a compreensão de que não há saberes maiores ou menores, superiores ou inferiores, mais ou menos importante, apenas diferentes, possibilitando uma interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família) (PINTO *et al.*, 2011; LINASSI *et al.*, 2013).

Existe a possibilidade de diferentes interações entre os equipamentos da rede de assistência, essa interação dependerá das demandas do caso em discussão. A figura 4 mostra uma possível interação entre diferentes equipamentos envolvidos em um PTS.

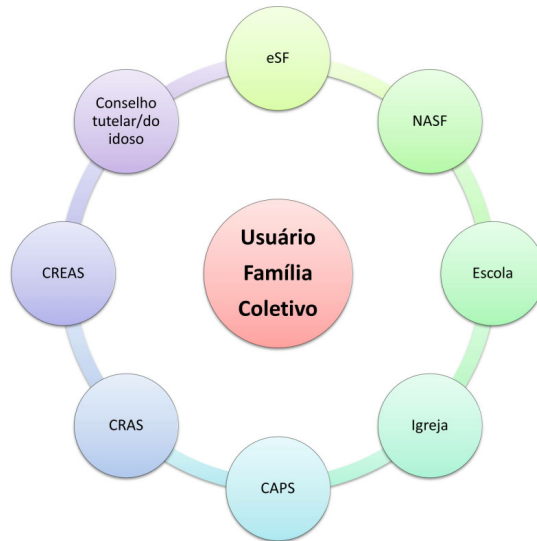


Figura 4: Equipamentos que podem estar envolvidos em um PTS.

Legenda: eSF - equipe de Saúde da Família; NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família; CRAS - Centro de Referência de Assistência Social; CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

Nesse contexto, o PTS funciona como dispositivo capaz de gerar reflexões sobre as práticas profissionais, num processo no qual a equipe interrogue seu próprio agir, saindo da inércia, provocando uma ruptura com práticas arcaicas e pré-determinadas (seja durante a formação básica ou nos protocolos e fluxos do serviço), incorporando novos modos de atuação no cuidado em saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016), voltando os olhares para as reais necessidades do usuário.

A prática da interprofissionalidade evita o cuidado segmentado e encaminhamentos precoces, sem antes esgotar as possibilidades terapêuticas no próprio território. Portanto, o uso do PTS como prática em saúde, representando uma tentativa de escapar à fragmentação das disciplinas e das intervenções que dividem o usuário em fatias. Ceccim (2005) acredita que este é o caminho para a melhoria da assistência à saúde.

É neste ambiente que o profissional da saúde, em conjunto aos demais, encontrará seu protagonismo, sua autonomia em seu processo de trabalho, gerindo sua atuação e sua formação, ampliando sua capacidade resolutive (JORGE *et al.*, 2015; VASCONCELOS *et al.*, 2016). Nessa perspectiva é possível perceber a proximidade entre EPS e PTS, em seus processos e principalmente em seus objetivos. Essa proximidade não constitui coincidência, é permeada pela intenção de ampliar a resolubilidade na assistência à saúde.

A EPS é um processo de aprendizagem que ocorre na prática diária dos trabalhadores do SUS. Se dá a partir das relações entre equipes multiprofissionais, por meio da

interdisciplinaridade, reconhecendo práticas e saberes de modo a incentivar, a produção de novos sentidos no fazer saúde, sempre comprometida com os coletivos (BRASIL, 2014b). Todas as vezes que se fala em equipes multiprofissionais e interdisciplinaridade percebe-se a importância de uma equipe interdisciplinar, como NASF-AP, na construção do trabalho dentro das Unidades de Saúde.

É relevante observar que o uso do PTS permite trabalhar uma diversidade de cenários dos usuários e do território (SCHONHOFEN *et al.*, 2010), possibilitando a aprendizagem, orientada por metodologias ativas, que permite uma análise crítica e reflexiva da atenção a saúde, tanto do ponto de vista da autoavaliação dos processos de trabalho como das necessidades do usuário/comunidade.

O espaço do PTS também é privilegiado para a construção articulada de diversos recursos de intervenção que a equipe dispõe, por exemplo, produzir um cardápio de oferta de ações ou traçar uma linha de cuidado. Dessa forma, é um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento desses mesmos recursos (“por que funcionou ou não, esta ou aquela proposta?”) (BRASIL, 2007).

Outro aspecto importante na construção do PTS é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, escuta, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento (SLOMP, FEUERWERKER & LAND, 2015; PINTO *et al.*, 2011). Essas tecnologias permitem a identificação das reais necessidades do usuário, objetivando a assistência integral do usuário, desde sua entrada na AB ao seu percurso em toda a rede assistencial (JORGE *et al.*, 2015). Vale ressaltar que apesar de serem tecnologias leves, não quer dizer que são simples, pelo contrário, muitas vezes o trabalho das relações pode ser extremamente complexo e cansativo, e demanda muitas habilidades e flexibilização dos profissionais.

O PTS propõe encontrar possibilidades singulares a cada usuário, nas diferentes situações de suas vidas, e para isso pede-se uma escuta que reconheçam as subjetividades, que determinarão as ações em saúde para cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros (PINTO *et al.*, 2011).

Kinker (2016) em seu estudo propõe que a prática do PTS dialogue com a realidade concreta dos usuários envolvidos e suas relações nos territórios em que vive, de forma a transformar as relações de poder e de saber que reproduzem a anulação dos sujeitos. Portanto, isso somente será garantido com a participação ativa do usuário no PTS, decidindo juntamente com a equipe, quais ações são pertinentes a sua realidade. Dessa forma, amplia-se os conceitos de humanização do cuidado, autonomia, protagonismo e corresponsabilização do sujeito no cuidado da sua própria saúde.

Segundo Linassi *et al.* (2013) para que as ações em saúde possam ter algum resultado satisfatório é imprescindível que o usuário não seja reduzido a sua patologia. Que ele se desloque de uma posição passiva (onde os profissionais têm o saber) para assumir

uma condição ativa, tendo responsabilidade e autonomia sobre sua vida. Quando o PTS é conduzido por uma relação entre equipe/usuário/família há empoderamento e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles.

No entanto, observa-se uma dificuldade em programar ações de forma conjunta (equipe/usuário/família), na medida em que o usuário, muitas vezes, não é autorizado a participar da definição das ações, sendo por vezes convidado a se retirar do local de discussão do caso (JORGE *et al.*, 2015).

A participação do usuário em PTS pode acontecer, mesmo que de forma parcial, nos equipamentos de saúde mental, como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), mas não ocorre nos demais equipamentos de saúde. Portanto, os profissionais precisam passar por um processo de aprendizagem e amadurecimento enquanto equipe de saúde para entender que o usuário é o dono de sua própria saúde (modelo paciente centrado), que os profissionais são apenas orientadores do processo em saúde e não determinantes, como no modelo assistencialista/profissional centrado.

À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco a fazer, pode-se encontrar muito trabalho. As possibilidades descortinadas por este tipo de abordagem têm que ser trabalhadas cuidadosamente pela equipe para evitar atropelos (BRASIL, 2007).

Desse modo, o projeto terapêutico é visto como um processo de educação e de transformação a que todos os atores implicados estão sujeitos, sejam eles usuários, seus familiares, profissionais e rede de assistência. Ele será mais ou menos terapêutico a depender das transformações em curso, modificando as cenas, pois a mudança do usuário depende da mudança do profissional do serviço e dos atores sociais envolvidos na vida concreta e substancial dos usuários (KINKER, 2012).

O trabalho em equipe precisa ser compreendido além de diferentes pessoas em um mesmo espaço, é um processo contínuo mantido através da parceria, interdependência, sintonia de ações e finalidades, e equilíbrio das relações de poder, que visa potencializar a atuação do usuário, das famílias e comunidades na tomada de decisões e na elaboração de ações que possam dar respostas às suas demandas. Sendo um poderoso instrumento na garantia da segurança do paciente, viabilizando uma comunicação produtiva entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença (BRASIL, 2018).

Apesar do disposto, observa-se que, de uma maneira geral, poucos equipamentos de saúde incorporaram o PTS em sua rotina e isso tem sido visto como uma falha no serviço (FERREIRA *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2012). Portanto, estudos como este

podem facilitar a divulgação dessa ferramenta com tanto potencial para trabalhar a educação permanente, permitir que a interprofissionalidade aconteça, bem como melhorar as condições de assistência em saúde ofertada ao usuário e comunidade.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que não foram encontrados artigos que avaliassem diretamente o uso do PTS como ferramenta de EPS no âmbito da AB, mas a partir dos indícios encontrados pode-se inferir que o PTS é considerado uma ferramenta de organização e sustentação das ações de cuidado em saúde e que a partir dele pode-se estabelecer um rico processo de EPS entre os profissionais, a ponto de contribuir para transformar o modelo de assistência em saúde, partindo de um modelo profissional-centrado para paciente-centrado, e dessa forma direcionando os esforços em saúde para as demandas reais, com maior resolutividade.

Novos estudos devem ser desenvolvidos para facilitar a divulgação e fortalecimento o uso do PTS para promover EPS entre os profissionais da AB.

## REFERÊNCIAS

BELOTTI M.; LAVRADOR, M.C.C. **A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 373-378, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1227>>. Acesso em: 10. mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10. mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10. mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10. mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10. mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde. Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes.** Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10. mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10. jun. 2020.

CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012. Disponível em: <[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/95/15.pdf&ved=2ahUKewjPqZGkzrHqAhVZH7kGHZxgAvUQFjAAegQIBRAB&usg=AOvVaw0uh0-uJCoSAFTr-PK77HoK](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/15.pdf&ved=2ahUKewjPqZGkzrHqAhVZH7kGHZxgAvUQFjAAegQIBRAB&usg=AOvVaw0uh0-uJCoSAFTr-PK77HoK)> Acesso em: 05. mar. 2019.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03. fev. 2019.

FERREIRA S.O.; ANDRADE, R.D.S., MEDEIROS, S.C.; COUTO, V.B.M.; CALDAS, N.M.; MOREIRA, C.S.; ROCHA, G.D.C.C. **Construção de um projeto terapêutico singular durante visita domiciliar: relato de experiência.** Revista Cidadania em Ação Extensão e Cultura, v. 9, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/6190/4810>>. Acesso em 15. fev. 2019.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3561-3571, Ago. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05. abr. 2019.

JORGE, M.S.B.; DINIZ, A.M.; LIMA, L.L.; PENHA, J.C. **Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 112-20, 2015, Mar. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100112&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100112&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05. abr. 2019.

KINKER, F.S. **Encontro terapêutico ou processo-metamorfose: desafio dos serviços territoriais e comunitários.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 695-701, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05. fev. 2019.

KINKER, F.S. **Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1202>>. Acesso em: 05. mar. 2019.

LINASSI, J.; STRASSBURGER, D.; SARTORI, M.; ZARDIN, M.V.; RIGHI, L.B. **Projeto Terapêutico Singular: Vivenciando Uma Experiência de Implementação.** Revista Contexto & Saúde, v. 10, n. 20, p. 425-434, 26. Jun. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>>. Acesso em: 10. abr. 2019.

PINTO, D.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A.; VASCONCELOS, M.G.F.; CAVALCANTE, C.M; FLORES, A.Z.T.; ANDRADE, A.S. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.** Texto contexto - enferm., v. 20, n. 3, p. 493-302, set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03. fev. 2019.

SCHONHOFEN, A.; PLEGGE, J.; WARMILING, C.M.; SCALCO, G.; SANTOS, J.A.; OLIVEIRA, P.; BULGARELLI, A.F. **Projeto Terapêutico Singular no processo ensino-aprendizagem de alunos em estágio supervisionado: relato de uma experiência efetiva.** Rev ABENO, v. 10, n. 2, p. 59-63, 2010. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://>>



revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/download/22/22&ved=2ahUKEwj2\_LWI0bHqAhVYEBkGHVtqDd0QFjAAegQIBhAB&usg=AOvVaw0VyOkFVHDrVjIhE5j6Jj8d>. Acesso em: 05. fev. 2019.

SILVA, A.I.; LOCCIONI, M.F.L.; ORLANDINI, R.F.; RODRIGUES, J.; PERES, G.M.; MAFTUM, M.A. **Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família.** *Cogitare Enferm*, v. 21, n. 3, p. 01-08, jul/set, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437>>. Acesso em: 05. mar. 2019.

SLOMP, J.H.; FEUERWERKER, L.C.M; LAND, M.G.P. **Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 537-546, fev. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000200537&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05. mar. 2019.

VASCONCELOS; M.G.F; JORGE, M.S.B.; CATRIB, A.M.F.; BEZERRA, I.C.; FRANCO, T.B. **Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial.** *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-23, jun.2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05. mar. 2019.

## O SABER E O FAZER DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 07/07/2020*

### **Fernanda Vicenzi Pavan**

Fundação Universidade Regional de Blumenau  
Blumenau-SC  
<http://lattes.cnpq.br/5986467846391413>

### **Judite Hennemann Bertoncini**

Fundação Universidade Regional de Blumenau  
Blumenau-SC  
<http://lattes.cnpq.br/2800569365579713>

**RESUMO:** Esse estudo teve como objetivo analisar os saberes e práticas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de um município de pequeno porte quanto ao cuidado prestado às pessoas com Diabetes Mellitus (DM), a partir da perspectiva ergológica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa é composta por 60 profissionais de 6 equipes de Saúde da Família que atendem pessoas cadastradas com DM. Foram realizados 11 Encontros de Trabalho para a produção dos dados. Esses foram gravados em áudio, transcritos e analisados através da análise de conteúdo. Os profissionais privilegiam a prescrição de normas aos usuários; espaços de reuniões não são percebidos pelos trabalhadores como potenciais espaços de Educação Permanente; a educação em saúde se faz a partir de grupos nas Unidades de Saúde; há necessidade dos profissionais serem escutados pela gestão. A maioria dos trabalhadores desconhece a

proposta do modelo de autocuidado apoiado na atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Além dos saberes adquiridos na graduação, utilizam-se daqueles produzidos no cotidiano do trabalho, mais no sentido de alcançar a produtividade prescrita. Os encontros de trabalho produziram a observação do trabalho e escuta pelos trabalhadores quanto às renormalizações inerentes à atividade de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia de Saúde da Família; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Autocuidado Apoiado; Processo de Trabalho; Ergologia.

### THE KNOWLEDGE AND PRACTICE OF THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY'S PROFESSIONALS IN THE ATTENTION TO PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze the knowledge and practices of professional of the Family Health Strategy of small town regarding the care provided to people with Diabetes Mellitus (DM), from an ergologic perspective. It is a qualitative research. The sample is made up of 60 professionals from 6 Family Health teams that attend people registered with DM. 11 Work Meetings were held for the production of the data. These were recorded in audio, transcribed and analyzed through content analysis. The professional privileges the prescription of norms to the users; spaces of meetings are not perceived by the workers as potential spaces of Permanent Education; Health education is done from groups in the Health Units; There is a need

for professional to be heard by management. Most of the workers are unaware of the proposal of self-care model supported in the health care of people with Chronic Noncommunicable Diseases. In addition to the knowledge acquired in the undergraduate studies, those produced in the work routine are used, more in the sense of achieving the prescribed productivity. The work meetings produced the observation of the work and listened to buy the workers as to the changes inherent in the work activity.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy; Chronic Noncommunicable Diseases; Self-care Supported; Work process; Ergology.

## INTRODUÇÃO

A atenção em saúde para as doenças crônicas constitui-se um desafio para as equipes de saúde da família. Os profissionais da Atenção Básica (AB) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle do DM (Brasil, 2013a).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, elencou-se como foco principal neste trabalho o Diabetes Mellitus (DM), por ser considerado pelo Ministério da Saúde um dos problemas mais comuns que as equipes de saúde enfrentam e por se tratar de uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de crescente prevalência (Brasil, 2013a; Alfradique, 2009).

O modelo de atenção à saúde vigente (modelo biomédico tradicional), que utiliza propostas de cuidado formatadas antecipadamente, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo (Malta; Merhy, 2010 apud Brasil, 2013a).

Como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um município de pequeno porte, é possível observar no cotidiano dos profissionais envolvidos com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), práticas, em sua maioria, prescritivas, voltadas para a doença, desprovidas de corresponsabilização entre equipe de saúde e usuário ou mesmo entre equipe de saúde e apoio especializado.

Atualmente, o Ministério da Saúde propõe uma nova abordagem de enfrentamento e acompanhamento das pessoas que vivem com uma condição crônica, enfatizando o apoio dos profissionais ao autocuidado: o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Mendes (2011) propõe o MACC, adaptado ao sistema público de saúde brasileiro. Este modelo tem como princípios: organização da atenção à saúde, recursos da comunidade, autocuidado apoiado, desenho da linha de cuidado, suporte às decisões clínicas, sistema de informações clínicas.

Scherer (2006) sugere que é necessário o desenvolvimento de competências com vistas a enfrentar a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde.

Para trabalhar é necessário que haja um prescrito, ou seja, um conjunto de objetivos, procedimentos e regras a fim de se chegar a um resultado esperado (Duc; Durafforg;

Durrive, 2007). Schwartz (2007) dá o nome de “normas antecedentes” àquilo que foi prescrito e legitimado socialmente e afirma que sempre haverá uma distância entre o que foi prescrito e o que se faz na realidade, já que os trabalhadores não são meros executores passivos das normas antecedentes.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é verificar a práxis dos profissionais de saúde da ESF de um município de pequeno porte no cuidado às pessoas com DM, considerando o trabalho prescrito e trabalho real.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, classificada como estudo de caso (Gil, 1996; Yin, 2009) e pesquisa-ação (Gil, 1996; Thiollent, 2002). É resultado de dissertação de mestrado. Foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau (FURB) sob o parecer n: 1.615.147 e não há conflitos de interesse.

Participaram da pesquisa 60 profissionais de 6 equipes de Saúde da Família que atendem pessoas cadastradas com DM em um município de pequeno porte, através de Encontros de Trabalho. Os participantes eram de diferentes categorias: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, dentistas, técnicos/auxiliares em saúde bucal, psicólogos, agentes comunitários de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional das ESF elencadas, desejar participar do estudo, ter disponibilidade para participar da pesquisa. Não houve nenhuma recusa na participação.

Foram realizados 11 Encontros de Trabalho, sendo 2 Encontros em 4 UBS e 3 Encontros em 1 UBS. Teve-se o cuidado de não demorar mais de 1 mês entre o primeiro, o segundo e o terceiro encontros, para que o processo criativo e interativo não se perdesse. A duração dos Encontros foi de 1 hora e trinta minutos em média.

O terceiro encontro ocorrido em uma das equipes aconteceu por solicitação da própria equipe em estudar o assunto do Autocuidado Apoiado. Os encontros tiveram a coordenação de um moderador- a pesquisadora-, e a participação de um relator (voluntário), que auxiliou o coordenador nos aspectos organizacionais além de registrar tudo o que fosse pertinente ao processo interativo.

Após os primeiros encontros de trabalho, as falas produzidas foram transcritas. O roteiro semiestruturado de perguntas dos primeiros encontros contemplava a descrição dos profissionais quanto às práticas de cuidado realizadas às pessoas com Diabetes Mellitus, o modo de fazer e os saberes relativos a essas práticas, desenvolvidos no seu cotidiano de trabalho. Os integrantes de cada ocupação escreviam num papel *Kraft* as ações realizadas por eles e depois, apresentavam em plenária.

Nos segundos encontros foram feitos *feedbacks* do primeiro e então, seguia-se com a apresentação de normativas trazidas pela pesquisadora para cada ocupação.

Em seguida, cada participante comparava as normativas com o que havia escrito no papel *Kraft* sobre suas ações e então, a partir de um roteiro semiestruturado para o segundo encontro, discutia-se refletindo sobre as diferenças entre o trabalho real e as normas antecedentes. Então, a pesquisadora apresentava o Manual do profissional de saúde sobre o Autocuidado Apoiado e o Caderno de Exercícios sobre o Autocuidado Apoiado, ambos desenvolvidos pela Secretaria de Saúde de Curitiba, em 2012, como uma nova proposta para melhorar as ações de cuidado às pessoas com DCNT, a fim de que conhecessem outras possibilidades de atenção às doenças crônicas.

A partir da análise dos dados obtidos nos encontros de trabalho, foram desenvolvidas cinco categorias temáticas. Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos exigidos pela Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Entre o prescrito e o real: o fazer das equipes na atenção às pessoas com DCNT

Nos Encontros de Trabalho, todas as equipes afirmaram escutar as queixas dos usuários, orientar hábitos de vida saudáveis, questionar a ingestão regular de medicamentos, conforme estabelece a PNAB/2011. Porém, observa-se certa culpabilização do usuário por sua condição e transferência de responsabilidade por parte dos profissionais, como pode-se observar:

[...] mas geralmente não dão ouvidos (os usuários) pro que a gente fala, só querem pegar a medicação e deu. (E 1)

Observa-se a partir dessas falas que o profissional coloca-se na posição de detentor do saber, afinal, está usando o seu conhecimento técnico, primeiro ingrediente de competência citado por Schwartz (2007), o que lhe dá uma certa posição de poder sobre o usuário.

Em muitas falas observou-se que os profissionais sentem-se cansados em repetir a prescrição aos usuários, demonstrando privilegiar a estratégia de prescrever o que deve ser feito, sem considerar o contexto do usuário, e/ou de encaminhar a outros profissionais.

Para Finset (2010), a clínica da ESF é uma clínica da narrativa e da empatia. Bem, para que isso aconteça, sugere-se que o profissional tenha disponibilidade (uso de si) e tempo (o do relógio) para deixar o usuário narrar sua história e assim, poder compreender seu contexto. Porém, observa-se em uma das falas, o que Schwartz (2007) chama de economia do corpo, em que o profissional através de um debate de valores, decide economizar a sua disponibilidade, o seu tempo, apesar de saber o que está prescrito. Conforme a seguir:

[...] mas a gente também não tem muito tempo pra conversar com eles, a coisa é muito no automático, vem pede a medicação, e muitas vezes se perde, é o que a gente faz

aqui. (E 1)

Muitas vezes, mesmo sabendo o que está prescrito, relatam fazer de maneira diferente (renormalizar) a situação para tornar possível o trabalho:

Então, que legal seria estar chamando o companheiro dela, as 3, 4 filhas sei lá, que ela tem, mas, às vezes na correria não dá conta. (C 2)

Apesar de ter observado um cenário de práticas fragmentado nos Encontros de Trabalho, também pôde-se observar práticas provedoras de saúde, como se vê:

[...] primeira coisa que eu pergunto é porquê está ali né, o que veio buscar, e aí você vê que eles estão desestimulados [...] e só numa palavra de conforto tu acaba resolvendo ali mesmo o que ele estava tanto precisando e sai dessa conversa bem [...] (D 1)

O profissional em questão disponibilizou-se a ouvir a narrativa do usuário, dando-lhe espaço para contar sua história, e, desta forma, deu-lhe poder para protagonizar esse encontro.

O cuidado na ESF deve ser um fazer de todos os integrantes e o ACS é um personagem importante no acompanhamento dos indivíduos e suas famílias. A maioria dos ACS diz orientar a escovação correta dos dentes após as refeições e orientar os cuidados com o pé diabético, atribuições encontradas no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, publicado pelo MS, em 2009. Apesar de todos os profissionais ACS da SMS desta cidade terem participado do curso de formação, profissionais de uma ESF relataram desconhecer essa função como deles. Afirmam que não fazem leitura regular daquele ou de qualquer outro material oferecido pelo MS.

O objetivo dos Encontros de Trabalho é que os participantes se fortaleçam para ‘convocar e reconvocar’ saberes, alimentando novas perspectivas. No segundo e último Encontro daquela equipe, os ACS declararam que estavam realizando as ações de orientação à escovação correta dos dentes e cuidados com o pé diabético, conforme haviam “aprendido” no I Encontro.

Observa-se então, uma recriação do meio em que se trabalha, possibilitado pela mobilização individual e coletiva da equipe, despertada através dos Encontros de Trabalho. Schwartz (2007) afirma que o agir em competência é marcadamente determinado por aquilo que pode “valer” para a pessoa.

### **O fazer das equipes: Espaços de educação permanente X espaços de reuniões**

Nos Encontros de Trabalho foi possível observar que os espaços de reuniões não são percebidos pelos trabalhadores como potenciais espaços de Educação Permanente (EP) e subutilizam esses espaços com repasses de informações, às vezes pertencentes ao seu núcleo de saber:

Nós temos o nosso momento pra passar algum informativo, alguma questão específica da área né, nas nossas reuniões aqui. (A 4)

De acordo com Ceccim e Ferla (2009) a EP em Saúde deve ser entendida como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação em saúde, com o intuito de melhorar o trabalho em saúde. Para a Educação Permanente em Saúde (EPS) não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe. Este conceito de EPS parece não estar claro para os participantes quando declaram “passar algum informativo” ou mesmo “alguma questão específica da área”.

Da mesma forma é observado na fala dos ACS de uma equipe de saúde, quando deparados com a prescrição “verificar o comparecimento das pessoas agendadas na UBS”, do Guia Prático do ACS (2009), justificam não ser possível executá-la. Além de declararem a impossibilidade de realizarem essa prescrição, o que Schwartz (2007) chama de prescrição infinita, não vêem as reuniões de equipe como espaços para discutir questões como essa, referentes ao processo de trabalho em saúde.

Discutir o processo de trabalho é função de todos os profissionais integrantes da ESF e a construção desse processo só ocorre com a participação de toda a equipe (Junqueira, 2012).

## **A Educação em Saúde como saber das equipes**

Todas as equipes que participaram da pesquisa declararam realizar o Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes). A maioria utiliza um dia do mês para realizar as ações do Hiperdia, que se resumem basicamente a entregar medicação e registrar no sistema informatizado.

Porém, todas deixam claro que não priorizam a educação em saúde neste dia, seja por excesso de população, por falta de interesse da população ou por falta de interesse da própria equipe:

(O que é hiperdia?) Pegar a receita, entregar medicação e tchau pro paciente. (E 1)

Pôde-se observar pelas falas de alguns profissionais a preocupação em criar e manter o vínculo com o usuário, importante ferramenta apontada pelo MS para favorecer mudanças saudáveis de hábito e a adesão ao tratamento. Portanto, percebe-se o esforço do profissional em persistir na busca pela integralidade da atenção.

[...]o que a gente tem notado é que menos usuários estão vindo buscar seus medicamentos, delegam a vizinhos, delegam a parentes, [...] e é um dos pontos negativos do hiperdia[...] porque assim tu acaba perdendo o vínculo né, se tu tem que pedir algum exame complementar, tu não sabe exatamente como está aquela pessoa, [...] (A 2).

Segundo as equipes que participaram dos Encontros de Trabalho, a educação em saúde se faz a partir de grupos, por exemplo, de atividade física, de homens, mulheres, conforme organização de cada equipe. Todas as equipes declararam realizar pelo menos, 1 grupo, nem que seja mediado por um profissional do NASF. Esta prática pode deixar a equipe alijada dos assuntos tratados no grupo e até mesmo sem saber quais usuários

participam do grupo, resultando em transferência de responsabilidade do grupo para o NASF.

Uma das equipes de saúde declara que é difícil realizar grupos devido à falta de espaço (estrutura física) na unidade de saúde. Observa-se que houve uma renormalização da atividade devido à inadequação de estrutura da unidade de saúde. Rocha *et al.* (2012) afirmam que as más condições ou inadequação da infraestrutura do local de saúde repercutem negativamente na realização de atividades consideradas essenciais para a ESF.

### **O fazer das equipes como reflexo do fazer da gestão**

A partir dos Encontros de Trabalho foi possível observar através das falas, silêncios e expressões corporais, o sentimento de distanciamento da gestão com os profissionais. Pode-se verificar em seus depoimentos a necessidade dos profissionais serem escutados e valorizados pela gestão.

[...] aí quando estava tudo engajado, eles (a gestão) tiraram a enfermeira, aí eu disse pro coordenador da AB que eu sozinha não estava mais dando conta, estava descompensando. (D 1)

Considerando a produção do cuidado como encontro entre o trabalhador e o usuário, cada um com sua história de vida, suas experiências (Merhy e Feuerwerker, 2009) o encontro entre o profissional da fala acima e seus usuários certamente será prejudicado, pela preocupação desse em apenas dar conta da demanda.

[...] então a enfermeira voltou [...] pra me ajudar nos preventivos, então eu mantenho minha meta alta de preventivo, mantenho alta minha demanda de consulta de enfermeiro [...] (D 1)

Observa-se que o profissional valoriza a questão de atingir as metas. Faz um debate de valores e decide por manter alta suas metas, justamente, por uma heterodeterminação, no caso, a determinação da gestão. Micro escolhas são realizadas no dia-a-dia do trabalho, com base nos valores sociais e históricos que estão presentes.

Canguilhem (1999) afirma que a capacidade de conseguir lidar com as variações de um meio 'ínfiel', produzindo novas normas, é o que caracteriza o ser vivo.

[...]se tu chegar aqui e ficar o dia todo ali sentada conversando com eles (usuários) tu resolve milhões de problemas, mas é uma coisa que eu não consigo fazer, é que são quase 4000 (pessoas) [...] só que eles (usuários) não entendem. (D 1)

Ao contrário do outro participante, este apesar de saber que utilizando uma tecnologia leve, a conversa, resolveria muitos problemas (necessidades dos usuários), decide não fazê-lo para "dar conta" da demanda, que supõe utilizar o modo de fazer queixa-conduta (Brasil, 2013b).



Com esta fala, percebe-se que o trabalhador está interessado em atender a demanda que chega à equipe, para cumprir uma prescrição histórica, vinculada ao conceito restrito de saúde como ausência de doença e um modelo de atenção que é episódico, reativo e prescritivo. Pela percepção dos trabalhadores, essa também é uma prescrição da gestão: ter quantidade de atendimentos registrados, diminuir a fila, diminuir ruídos/queixas dos usuários por não atendimento.

O cotidiano das práticas de saúde tem mostrado que os trabalhadores ainda participam pouco dos processos decisórios nas unidades em que trabalham, o que pode ser atribuído aos modos de gestão centralizadora e pouco democrática da maioria dos gestores (Brasil, 2009).

### **O saber e o fazer das equipes relativo ao Autocuidado Apoiado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis**

Nos encontros de Trabalho realizados, poucas foram as falas espontâneas sobre o estímulo dos profissionais às mudanças no estilo vida/ comportamento e ao apoio ao autocuidado e, geralmente quando feitas, essas práticas estão associadas a uma prescrição/ norma a ser seguida, sem que o profissional deva se envolver com isso:

[...] e aí então o que eu vou fazer, é dar as normas para o tratamento, orientações, mudança de hábito, se fuma, para de fumar, se bebe, para de beber e se come muita coisa gorda, vai aumentar o triglicérides, então, dieta, mudança de hábitos [...] (C 4)

Apenas uma das equipes de saúde mencionou o apoio ao autocuidado espontaneamente, antes da leitura das normativas, em que se falava sobre o autocuidado apoiado. Os ACS desta equipe afirmaram que a cada 15 dias reúnem-se com o médico da equipe para estudar o autocuidado apoiado. Apesar do estudo que o médico e os ACS desta equipe estão realizando, ainda parece ficar um pouco obscura a questão da participação do profissional da saúde neste processo de cuidado:

Então autocuidado apoiado é isso, eu vou lá todo mês, vejo se ela tá cuidando da alimentação, tá fazendo exercício e é isso. (E 3)

Mendes (2012) afirma que o foco principal do autocuidado apoiado está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores de sua saúde.

Após a leitura das normativas, realizada sempre no segundo Encontro de Trabalho, em que apareciam as prescrições de estimular o plano de autocuidado e estimular mudanças saudáveis no estilo de vida, as falas foram de que sim, eles realizam estas prescrições, mesmo que às vezes, se perceba que não se trata realmente de uma ação de estímulo a mudanças ou apoio ao autocuidado:

[...]a pessoa tem que desenvolver seu plano de autocuidado apoiado, então a gente não pode fazer por ele, eu posso orientar (A 1)

Ao final dos segundos Encontros de Trabalho de cada equipe, foi proposta a inclusão de ações de autocuidado apoiado na atenção às pessoas com DCNT nos processos de trabalho. Os integrantes da equipe E, que já vêm estudando o autocuidado apoiado, entendem como função deles essas ações, apesar de afirmarem não ser tarefa fácil conseguir apoiar o cuidado das pessoas.

A maioria das equipes declarou ser uma boa proposta e que pretendem incluir as ações de apoio ao autocuidado no seu processo de trabalho:

Apenas uma das equipes declarou que as ações de autocuidado apoiado não são possíveis de serem realizadas. A isso, Schwartz (2010) dá o nome de prescrição infinita, pois os profissionais não vêem possibilidade de incluir essas ações em seu processo de trabalho:

Eu tenho 50 pra atender e 1h pra fazer, entendeu? Se o médico demora 20 minutos com o paciente, eles já estão surtando aqui fora. No papel é bonito. (C 1)

Com exceção da equipe E, nenhuma das equipes participantes da pesquisa conhecia a proposta das ações de autocuidado apoiado como uma das mudanças fundamentais na atenção à saúde das pessoas com DCNT, como recomenda o MS.

Hennington (2008) afirma que, como parte vital da política de humanização em saúde, a gestão dos processos de trabalho pressupõe o conhecimento e a consideração das questões macrossociais, políticas, econômicas e também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas.

O desempenho das atribuições por parte dos profissionais exigirá o desenvolvimento de competências individuais e/ou coletivas ao fazer uso de si por si ou uso de si pelo outro em suas atividades de trabalho, exigindo sempre decisões, relações e escolhas (Bertoncini, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção em Saúde para as doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus, constitui-se um desafio para as equipes de saúde da família. Atualmente, o Ministério da Saúde propõe uma nova abordagem de enfrentamento e acompanhamento das pessoas que vivem com uma condição crônica, enfatizando o apoio dos profissionais ao autocuidado.

Neste estudo predominam as práticas prescritivas e de transferência de responsabilidade para os usuários em detrimento de projetos terapêuticos singulares aderentes ao contexto em que as pessoas vivem. Os trabalhadores conhecem as orientações das políticas públicas para a atenção às pessoas com DM, mas usam majoritariamente, a

experiência profissional na atividade de trabalho.

Apesar dos profissionais falarem da importância do autocuidado, essa prática é mais orientada para dar conta da demanda, por motivos diversos como economia do corpo, heterodeterminação, uso de si por si.

Observou-se ainda que o fazer dos profissionais é um reflexo do fazer da gestão, tornando um dos pontos fundamentais para a transformação dos seus processos de trabalho a aproximação de gestores e profissionais. Ficou clara a necessidade dos profissionais de serem ouvidos e valorizados pela gestão. Para facilitar a transformação da práxis dos profissionais sugere-se uma gestão participativa, de maneira a promover a visibilidade e o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria E. *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, jun. 2009.

AYRES, José R. C. M. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva**. Tese de livre docência. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA, 1977.

BERTONCINI, Judite H. **Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011, Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

CANGUILHEM, Georges. **Le normal e Le pathologique**. 8 ed. Paris: Quadrige, PUF, 1999.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. **Educação Permanente em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em: 13 out. 2016.

DUC, Marcelle; DURAFFOURG, Jacques; DURRIVE, Louis. **O trabalho e o ponto de vista da atividade**. In: *SCHWATZ, Yves; DURRIVE, Louis*. (Orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007. p. 47-82.

FINSET, Arnstein. **Emotions, narratives and empathy in clinical communication**. International Journal of Integrated Care, Utrecht, v. 10, p. 53-55, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Saude/Downloads/490-1190-1-PB.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1996.

HENNINGTON, Élide A. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n.3, p. 555-561, jun. 2008.

JUNQUEIRA, Simone R. **Competências profissionais na ESF e o trabalho em equipe**. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_9.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2017.

MENDES, Eugênio V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, Emerson E.; FEUERWERKER, Laura C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: *MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E.* (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, p.29-74, 2009.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela R.; MENDES, Vera L. F.; AMATO, Cibelle A. H. **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

REIS, Dener C. *et al.* **Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação**, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012.

ROCHA, Ana C. D. *et al.* **Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo**. Rev. Administração em Saúde, São Paulo, SP, vol. 14, n. 54, p. 71-79 Abril-Junho, 2012.

SCHERER, Magda D. A. **O trabalho na Equipe de Saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade.** Tese (Doutorado em Enfermagem), Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SCHWARTZ, Yves. **A dimensão coletiva do trabalho e as entidades coletivas relativamente pertinentes.** In: Trabalho e ergologia: Conversas sobre a atividade humana (Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde *et al.*) Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

SCHWARTZ, Yves. **Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel.** Educação e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-139, 1998.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana.** 2 ed. Niterói: Editora da UFF, 2010.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** 11 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4a ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

# CAPÍTULO 24

## O USO DA TEORIA DE DOROTHÉA OREM PELO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EM UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 20/07/2020

### **Valéria Gabriele Caldas Nascimento**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0002-8900-8388>

### **Julielen Larissa Alexandrino Moraes**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0003-3753-6645>

### **Gabriel de Luca Sousa Bandeira**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0001-9607-2348>

### **Pedro Vitor Rocha Vila Nova**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0001-6398-1326>

### **Wanderson Santiago de Azevedo Junior**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0001-6125-3261>

### **Monique Teresa Amoras Nascimento**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0003-1413-1565>

### **Josele de Jesus Quaresma Trindade**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0003-2510-2583>

### **Reginaldo Corrêa Ferreira**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0001-5146-4348>

### **Amanda Loyse da Costa Miranda**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0002-2815-7400>

### **Sammy Adrielly Guimarães Martins**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0001-6795-5897>

### **Nathália Oliveira de Souza**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0002-6652-5534>

### **Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar**

Universidade Federal do Pará (UFPA),  
Faculdade de Enfermagem  
Belém - Pará.  
<https://orcid.org/0000-0003-3025-1065>

**RESUMO:** O presente estudo tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada sobre o

desenvolvimento do processo de enfermagem na consulta, baseado na Teoria do déficit de autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, a partir da consulta de enfermagem a uma idosa de 62 anos, hipertensa e diabética, realizada em uma Unidade Básica de Saúde. Entre os requisitos de autocuidado verificou-se os universais (alimentação, água, sensibilidade e dor), desenvolvimentais ( interação social) e desvios de saúde ( adesão ao regime médico e circulação, integridade tissular). A partir dos requisitos identificou-se os déficits de autocuidado como alimentação inadequada, baixa Ingesta Hídrica, risco de perfusão cerebral e periférica diminuída, glicemia e pressão arterial alterada, déficit no relacionamento com a família por não ter ajuda para cuidar da mãe, déficit na circulação sanguínea, risco da integridade tissular prejudicada, distúrbio de sensibilidade somática e dor aguda. A partir do déficit do autocuidado foi possível traçar os diagnósticos de enfermagem, como risco de sobrepeso risco de volume de líquidos deficiente, risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, risco de perfusão tissular periférica ineficaz, tensão do papel do cuidador, perfusão tissular periférica ineficaz, integridade tissular periférica, risco de lesão, dor aguda, e risco da integridade da pele prejudicada. Identificou-se também os resultados esperados e intervenções de enfermagem. A teoria do déficit do autocuidado mostra-se como uma das principais ferramentas do cuidado de enfermagem, onde o enfermeiro deve estimular a adoção e/ou manutenção de hábitos que venham trazer benefícios a curto e longo prazo para o paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Teoria de Enfermagem; Autocuidado; Processo de Enfermagem; Autonegligência.

## THE USE OF DOROTHÉA OREM THEORY BY NURSES IN CARE IN BASIC HEALTH UNITS: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** This study aims to report an experience about the development of the nursing process in the consultation, based on Orem's self-care deficit theory. This is a descriptive study of the experience report type, carried out by nursing students at the Federal University of Pará, based on the nursing consultation with a 62-year-old woman, hypertensive and diabetic, carried out in a Basic Health Unit. self-care requirements were universal (food, water, sensitivity and pain), developmental (social interaction) and health deviations (adherence to the medical regime and circulation, tissue integrity). From the requirements, self-care deficits were identified as inadequate nutrition, low water intake, risk of impaired cerebral and peripheral perfusion, glucose and altered blood pressure, deficit in the relationship with the family due to not having help to care for the mother, deficit in blood circulation, risk of impaired tissue integrity, somatic sensitivity disorder and acute pain. From the deficit of self-care, it was possible to trace nursing diagnoses, such as risk of overweight, risk of deficient fluid volume, risk of ineffective cerebral tissue perfusion, risk of ineffective peripheral tissue perfusion, tension of the caregiver role, ineffective peripheral tissue perfusion, peripheral tissue integrity, risk of injury, acute pain, and risk of impaired skin integrity. The expected results and nursing interventions were also identified. The theory of self-care deficit is shown as one of the main tools of nursing care, where the nurse must encourage the adoption and / or maintenance of habits that will bring benefits in the short and long term for the patient.

**KEYWORDS:** Nursing Theory; Self Care; Nursing Process; Self-Neglect.

## 1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem conhecida como a arte do cuidar corrobora para o avanço da saúde do cliente por meio de ações que são pautadas no âmbito científico e um cuidado sistemático devendo realizar práticas científicas que visam o bem estar, conforto, atenção e o alívio dos sofrimentos (LIMA, GUIMARÃES, 2020).

As teorias de enfermagem fundamentam o cuidado a partir de conceitos inter-relacionados que permitem um planejamento sistemático de perceber, prever e explicar os fatos e eventos para o usuário e sua família. Neste sentido, o enfermeiro faz uso da teoria de enfermagem com intuito de desenvolver a promoção, manutenção e restauração do conforto, adequação do ambiente, diminuição dos fatores estressores e promoção do enfrentamento (SANTOS, 2018).

Entre as teorias utilizadas pelo enfermeiro está a Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem (TDAE), desenvolvida entre os anos de 1959 e 1985, por Dorothea Orem. Foi criada a partir da preocupação da autora quanto a importância do cliente manter sua própria condição física e mental contribuindo para si mesmo no processo saúde-doença. Neste contexto, o enfermeiro deve fazer o acompanhamento deste cliente, visando uma dinâmica dialógica e ações que alcance o equilíbrio biopsicossocial (QUEIRÓZ; VIDINHA; ALMEIDA FLHO, 2014).

Queiróz, Vidinha e Almeida Filho (2014) ainda ressaltam que a TDAE é composta por três teorias inter-relacionadas que são a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

O autocuidado pode ser realizado por si próprio, quando o indivíduo é capaz de realizar suas próprias atividades para manter seu bem estar e melhorar sua saúde ou quando há dependência e necessita de alguém para que execute. Para que a TDAE seja utilizada na prática clínica deve-se refletir sobre as ações da enfermagem. Neste contexto, o processo ensino/formação dos profissionais é fundamental para atuarem no desenvolvimento teórico/prático e implementação da qualidade na assistência, priorizando o conhecimento ao se criar e reestruturar o aprender e o fazer (SANTOS; RAMOS; FONSECA, 2017).

Desta maneira, este estudo tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada sobre o desenvolvimento do processo de enfermagem na consulta, baseado na Teoria do déficit de autocuidado de Orem.



## 21 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir das vivências de acadêmicos nas aulas práticas, vinculadas ao curso de enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). A vivência ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em um bairro periférico no município de Belém-Pará. O estudo foi desenvolvido com uma paciente de 62 anos, que deu entrada na unidade para realizar a consulta de enfermagem. A paciente tinha duas patologias de base, a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Foi elaborado um formulário padronizado para coleta de dados no momento da consulta de enfermagem, tendo como base a Teoria do Déficit do Autocuidado. Esse instrumento tinha como objetivo analisar os requisitos de autocuidado para identificação de possíveis déficits na referida paciente, sendo dividido em três categorias: os requisitos universais, de desenvolvimento e os desvios da saúde.

A consulta de enfermagem utilizou o processo de enfermagem, de acordo com a resolução COFEN 358/2009, envolvendo a investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento e intervenção, sendo utilizado para subsidiar a pesquisa os diagnósticos de enfermagem de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), as intervenções de enfermagem baseado na Nursing Interventions Classification (NIC) e resultados esperados pelo Nursing Outcomes Classification (NOC). A atividade foi realizada no mês de maio no ano de 2018.

O formulário foi dividido em duas etapas: 1) identificação, dados socioeconômicos, antecedentes familiares e pessoais, condições e hábitos de vida, queixas, exame físico céfalopodálico; 2) Diagnóstico de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem. Foi realizada a investigação para identificar as principais necessidades da paciente. Sendo assim, no quadro 1 evidencia tal situação e também aborda sobre o requisito de autocuidado e o déficit do autocuidado.

Alterações encontradas	Requisito de autocuidado	Déficit do autocuidado
Alimentação rica em sódio e carboidrato.	Alimentação (Universais).	Alimentação inadequada.
Toma pouco água no dia. Cerca de 3 copos por dia.	Água (Universais).	Baixa Ingesta Hídrica.
Não toma as medicações no horário correto e, às vezes prefere não tomar por se sentir bem.	Adesão ao regime médico (Desvios de saúde).	Risco de perfusão cerebral e periférica diminuída, glicemia e pressão arterial alterada.
Única cuidadora da mãe.	Interação social (Desenvolvimento).	Déficit no relacionamento com a família por não ter ajuda para cuidar da mãe.
Edema em membros inferiores.	Circulação (Desvio de saúde).	Déficit na circulação sanguínea.

Onicomicose (Decorrência da Diabetes).	Integridade tissular (Desvio de saúde).	Risco da integridade tissular prejudicada.
Ausência de sensibilidade em alguns pontos dos pés.	Sensibilidade (Universais).	Distúrbio de sensibilidade somática.
Dor em membros inferiores.	Dor (Universais).	Dor aguda.

Quadro 1: Identificação das alterações encontradas na paciente, requisito de autocuidado e déficit do autocuidado, 2020.

Fonte: Nascimento et al., 2020.

A partir do déficit do autocuidado foram identificados os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem, conforme o quadro 2.

Déficit do autocuidado	Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Alimentação inadequada.	Risco de sobrepeso relacionado ao consumo em excesso de sódio e carboidrato.	Manutenção de alimentação adequada de acordo com as comorbidades da paciente.	Encaminhar à nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para atingir e/ou manter o peso-alvo; Ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição; Estimular o paciente a conversar sobre as preferências alimentares com o nutricionista; Estabelecer expectativas quanto a comportamentos alimentares adequados, ingestão de alimentos/ líquidos e quantidade de atividade física.
Baixa Ingesta Hídrica.	Risco de volume de líquidos deficiente relacionado a baixa ingestão hídrica.	Equilíbrio do volume de líquido.	Ensinar e reforçar a importância da ingestão hídrica para sua condição de saúde; Estimular o paciente a aumentar seu consumo de água e de alimentos ricos no líquido.

Risco de perfusão cerebral e periférica diminuída, glicemia e pressão arterial alterada.	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz associado a hipertensão e diabetes mellitus e agente farmacêutico.	Evitar perfusão tissular cerebral ineficaz.	Fazer uma avaliação completa da circulação periférica; Manter a hidratação adequada para evitar o aumento da viscosidade do sangue; Evitar lesão na área afetada. Orientar o paciente sobre cuidados com os pés e as unhas; Monitorar as extremidades quanto a áreas de calor, vermelhidão, dor ou edema.
	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz associado a diabetes mellitus e hipertensão relacionado ao conhecimento ineficaz sobre o processo da doença.	Melhora da perfusão tissular periférica.	
Déficit no relacionamento com a família por não ter ajuda para cuidar da mãe.	Tensão do papel do cuidador relacionado ao padrão de disfunção familiar evidenciado por conflito familiar.	Restabelecimento dos laços familiares.	Ajudar os membros da família a identificar e solucionar conflitos de valores; Encorajar a manutenção do contato com os membros da família, conforme apropriado; Auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização de sua situação.
Déficit na circulação sanguínea.	Perfusão tissular periférica ineficaz relacionado à Diabetes Mellitus evidenciado por edema.	Melhora na circulação sanguínea periférica.	Avaliar indicadores de sobrecarga/ retenção hídrica (edema); Monitorar os sinais vitais: quanto a presença e qualidade dos pulsos; Monitorar parestesia; Examinar a pele na busca de alterações na integridade, cor, temperatura e umidade; Realizar o controle de líquidos: manter registro da ingestão e eliminação, monitorar resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos; Administrar diuréticos, quando adequado.
Risco da integridade tissular prejudicada.	Integridade tissular periférica relacionado ao conhecimento insuficiente sobre a manutenção da integridade tissular evidenciado por a alteração do metabolismo caracterizada por dano tecidual.	Melhora na integridade tissular.	Secar cuidadosamente entre os dedos; Limpar as unhas; Monitorar a limpeza e a condição geral dos calçados; Cortar as unhas dos pés normalmente mais espessas quando estiverem macias, usando um cortador especial e utilizando a curvatura do dedo como guia.
Distúrbio de sensibilidade somática.	Risco de lesão relacionada à alteração na sensibilidade.	Diminuição do risco de lesão.	Orientar o paciente sobre a importância da inspeção, especialmente quando houver diminuição da sensibilidade; Examinar a pele quanto a irritação, fissuras, lesões, joanetes, calos, deformações ou edema; Orientar o paciente sobre cuidados com os pés e as unhas.

Dor aguda.	Dor aguda relacionado a agente biológico lesivo evidenciado por expressão facial de dor.	Alívio ou redução da dor a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente.	Realizar um levantamento abrangente da dor de modo a incluir o local, as características, o início/duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes; Determinar o impacto da dor sobre a qualidade de vida; Selecionar e implementar uma variedade de medidas, sendo farmacológica, não farmacológica, interpessoais, para facilitar o alívio da dor; Assegurar ao paciente cuidados precisos de analgesia; Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente.
Risco da integridade da pele prejudicada.	Risco da integridade da pele prejudicada relacionado a agente infeccioso associado à alteração da pigmentação.	Diminuição do risco da integridade da pele prejudicada.	Avaliar a presença de sinais flogísticos; Monitorar a pele quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios; Orientar o paciente e familiares sobre os sinais de degradação da pele, conforme apropriado.

Quadro 2: Identificação dos diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem, a partir do déficit do autocuidado, 2020.

Fonte: Nascimento et al., 2020.

### 3 I DISCUSSÃO

A teoria do autocuidado refere-se ao cuidado de si, às demandas terapêuticas e aos requisitos para ele. O autocuidado é definido como a prática de atividades exercidas pelo indivíduo para o seu benefício, buscando a manutenção da vida, da saúde e bem-estar. Quando o indivíduo tem habilidades para desenvolver ações que atendam suas necessidades, ele está apto para o autocuidado, sendo essa aptidão adquirida por meio do aprendizado e influenciada pela idade, experiências de vida, cultura, crenças, educação, dentre outros fatores (PIRES et al., 2015).

Verificou-se que a consulta permitiu identificar a presença do déficit de autocuidado. Segundo a teoria de Orem, o déficit no Autocuidado esta continuamente associada à inaptidão do indivíduo em efetuar o seu próprio cuidado, usualmente, por conta da perda de interesse e/ou vontade de propiciar ações que beneficiam a sua saúde, corpo, mente e bem estar. O comprometimento do indivíduo com a própria saúde e o seu empenho com o autocuidado podem ser analisados pela sua presença às consultas, uso regular dos medicamentos prescritos e as mudanças no estilo de vida (HERNÁNDEZ; PACHECO; LARREYNAGA, 2017).

Dentro das Necessidades Humanas Básicas notou-se a ingesta hídrica baixa o que posteriormente poderá acarretar em prejuízos renais; nutrição com a ausência da utilização de dietas regulares para pacientes hipertensos e diabéticos que podem levar ao

agravamento dessas patologias, além disso, a falta de organização e a frequência da sua alimentação, prejudicam tanto nas patologias já existentes quanto no desenvolvimento de doenças gastrointestinais (JESUS et al., 2019).

Diversos são os fatores de risco associados à hipertensão arterial como idade, sexo, raça, hereditariedade, alimentação rica em sal e gorduras, álcool, tabaco, sedentarismo, obesidade, estresse e uso de anticoncepcionais (MENDES et al., 2015).

Para Orem, a reeducação alimentar é essencial para indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A alimentação é um elemento indispensável na qualidade de vida de um hipertenso, pois, existem alguns alimentos que colaboram para a elevação dos níveis pressóricos (alimentos de risco) pelo alto teor de sódio e carboidratos. Ademais, alimentos ricos em sódio e carboidratos propiciam dislipidemias e aumentam o risco para a obesidade. A junção de todos esses fatores, quando associados ao sedentarismo, contribuem para a alta prevalência de hipertensão arterial e doenças coronarianas (MENDES et al., 2015).

A paciente relatou um laço familiar conflituoso que influencia diretamente no desenvolvimento do seu dia a dia, pois referiu que o cuidado da mãe é feito somente por ela. De acordo com Orem, a retração do estado mental, principalmente em relacionamentos sociais, pode afetar na alimentação, apetite e preconizar uma depressão (BEZERRA, 2019). Ainda na teoria de Orem, ela destaca que para um bom funcionamento o indivíduo precisa estar bem fisicamente e psicologicamente, além de estar em sintonia com o contexto social (BEZERRA, 2019). Diante disso, identificamos na paciente algumas patologias visíveis e traços psicológicos afetados, corroborando para o surgimento de patologias futuras.

O papel do Enfermeiro é incentivar sempre o paciente a se cuidar por conta própria baseando-se na teoria de Dorothea Orem, cabendo a este profissional auxiliar nos procedimentos necessários. Nesse sentido o enfermeiro precisa intervir através de orientações ao paciente, relacionando suas prescrições à rotina do cliente e estimular para que sua convivência com seus familiares possa ser melhorada (MENDES et al., 2016).

Tem como papel colaborar com estratégias e criar habilidades de cuidar dessa paciente de modo que possa prevenir com tratamentos antes, durante e depois que o indivíduo fica doente, promovendo assim a saúde nos ambientes de dentro e fora dos hospitais (SHAMIAN, 2014).

A construção de um Processo de Trabalho e SAE subsidiado por uma teoria de enfermagem, traz qualidade ao processo de cuidar do indivíduo, adequada estruturação e planejamento das intervenções, já que se baseia em evidências científicas. Trazendo assim, uma assistência totalmente voltada a suas necessidades, objetivando uma maior segurança e resolutividade das demandas do paciente (BEZERRA, 2019).

A aplicação da Teoria do Déficit de Autocuidado em pacientes idosos e/ ou com doenças crônicas, em específico hipertensos e diabéticos, fomenta um olhar holísticos as mudanças sofridas e dificuldades de realização da assistência adequada, através da promoção do apoio e estratégias de saúde, para que possam alcançar autonomia nos

cuidados. Além disso, esta teoria permite ao profissional de enfermagem aproveitar-se de seu papel de educador em saúde, construindo métodos de autocuidado mais seguros em conjunto do paciente (BEZERRA, 2019).

## 4 | CONCLUSÃO

É notória a necessidade da participação e monitoramento do autocuidado pelo enfermeiro para prevenir futuros agravos e melhorar a qualidade de vida dos clientes, utilizando-se o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para que os melhores direcionamentos em relação ao tratamento sejam tomados, tendo em vista que o principal fator do sucesso do tratamento é a adesão do mesmo pelo cliente.

Portanto, a teoria do déficit do autocuidado mostra-se como uma das principais ferramentas do cuidado de enfermagem, onde o enfermeiro deve estimular a adoção e/ou manutenção de hábitos que venham trazer benefícios a curto e longo prazo para o paciente.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. L. R.; FARIA, R. DE P. R.; COSTA DE JESUS, C. A.; DOS REIS, P. E. D.; PINHO, D. L. M.; KAMADA, I. **Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de ordem no Brasil**: uma revisão integrativa. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, v. 9, 11 jan. 2019. Acesso em: 29 de jun. 2020. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/538/741>

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN358/2009, de 15 de outubro de 2009**: dispõe sobre 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. Brasília (DF), 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html) >. Acesso em 11 de junho de 2018.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FERREIRA, Marcia de Assunção. **Enfermagem: arte e ciência do cuidado**. Escola Anna Nery, v. 15, n. 4, p. 664-666, 2011. Acesso em 29 de Jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v51n2/v51n2a03.pdf>

HERNÁNDEZ, N. Y.; PACHECO, J. A.C.; LARREYNAGA, M.R. **La teoría déficit de autocuidado**: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espirituaña, v. 19, n. 3, 2017. Acesso em: 01 de Jul. de 2020. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

JESUS, N. M.; SOUZA, G. F. D.; RODRIGUES, C.M.; NETO, O. P. A.; RODRIGUES, D. D. M.; CUNHA, C. M. **Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico**. Brazilian Journal of Nephrology, n 41, v. 3, p. 364-374, 2019. Acesso em: 01 de Julho de 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002019005004104&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002019005004104&script=sci_arttext&tlng=pt)

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos Resultados de enfermagem (NOC)**. Porto Alegre. Artmed. 2004.

LIMA, Vanessa Soares De Moura; GUIMARÃES, Reginaldo Felismino. **ENFERMAGEM: ARTE OU CIÊNCIA?**. Revista da JOPIC, v. 3, n. 6, 2020. Acesso em: 01 de julho de 2020. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/1908>

MENDES, C. R. S.; MIRANDA, M. D. C.; LIMA, F. E. T.; BRITO, E. A.W.S, FREITAS, I.; MATIAS, É. O. **Prática de autocuidado de pacientes com hipertensão arterial na atenção primária de saúde**. Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste, n 17, v. 1, p. 52-59, 2016. Acesso em: 01 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324044160008.pdf>

MENDES, C. R. S.; SOUZA, T. L. V. D.; FELIPE, G. F.; LIMA, F. E. T.; MIRANDA, M. D. C. **Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços da atenção à saúde primária e secundária**. Acta Paulista de Enfermagem, n 28, v. 6, p. 580-586, 2015. Acesso em: 01 de Julho de 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600580&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000600580&script=sci_arttext&tlng=pt)

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. Tradução de Regina Machado Garcez, revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. Porto Alegre, Artmed, 2018.

PIRES, A. F.; SANTOS, B. N.; SANTOS, P. N.; BRASIL, V. R. LUNA, A. A. **A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem**. Rev. Rede de Cuidados em Saúde, n 9, v. 2, 2015. Acesso em: 01 de Julho de 2020. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2533>

QUEIRÓZ, P.J.P.; VIDINHA, T.S.S.; ALMEIDA FILHO, A.J.de **Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem**. Rev. de Enfermagem Referência, série IV - n°. 3, p.157-164, 2014. Acesso em: 29 de jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

SANTOS, B.; RAMOS, A.; FONSECA, C. **Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care**. Journal of Aging & Innovation, n. 6, v. 1, p. 51-54, 2017. Acesso em: 29 de jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v51n2/v51n2a03.pdf>

SANTOS, L.S. **A aplicação da teoria do autocuidado na assistência de enfermagem à criança e ao adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2018. Acesso em: 29 de jun. 2020. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/750/1/TCCLUCIANASANTOS.pdf>

SHAMIAN, Judith. **O papel da enfermagem na saúde**. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 67, n. 6, Dezembro de 2014. p. 867-868. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000600867&lg=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000600867&lg=en&nrm=iso). Acesso em 11 de junho de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670601>.

SOARES, Mirelle Inácio et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência**. Escola Anna Nery, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452015000100047&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452015000100047&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 11 de junho de 2018.

## PRÁTICAS EDUCATIVAS EM ENFERMAGEM E SAÚDE, AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA

Data de aceite: 01/10/2020

Data da submissão: 03/07/2020

### Inalda Maria de Oliveira Messias

Universidade de Pernambuco – Campus  
Petrolina  
<https://orcid.org/0000-0001-8699-3717>

### Adriano Gomes Ferreira

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE  
ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-3696-1623>

### João Ferreira da Silva Filho

Universidade de Pernambuco - Campus Santo  
Amaro / Instituto de Ciências Biológicas  
<https://orcid.org/0000-0002-2527-8864>

### Júlio Brando Messias

Universidade de Pernambuco - Campus Santo  
Amaro / Instituto de Ciências Biológicas  
<https://orcid.org/0000-0001-6996-974X>

**RESUMO:** A monitoria constitui uma experiência muito importante durante a formação de alunos de enfermagem, contribuindo na construção da identidade do enfermeiro, tão necessária para as práticas educativas junto às comunidades, para prevenção de doenças, para o ambiente e para uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Contribuir para a formação da identidade profissional do enfermeiro através da monitoria e das boas práticas educativas. **Metodologia:** Após a realização de cada atividade em sala de aula ou nos postos de saúde, os participantes respondiam a uma pesquisa de opinião sobre

a monitoria da disciplina e a participação dos monitores nas atividades. As atividades foram realizadas junto ao professor na sala de aula e na comunidade, na avaliação dos painéis, nas visitas aos postos de saúde e acompanhamento nas comunidades. **Resultado:** Houve a participação de 42 (quarenta e dois) alunos, divididos em grupos de 5 (cinco), em conjunto com 2 (dois) professores e 2 (dois) monitores. Dos participantes, 95% responderam que a monitoria foi de grande importância para a compreensão do papel do enfermeiro nas atividades das práticas educativas. 100% dos alunos afirmaram que os monitores foram excelentes, tanto do ponto de vista das explicações, das visitas e das orientações em sala de aula, como na postura e no domínio do conteúdo. **Conclusão:** A monitoria é de extrema importância para a formação do aluno de enfermagem, contribuindo para a definição de sua identidade. Ademais, as práticas educativas são um meio para atingir um maior número de comunidades, prevenindo doenças e melhorando a qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Monitoria. Educação. Enfermeiro.

### EDUCATIONAL PRACTICES IN NURSING AND HEALTH, ENVIRONMENT AND QUALITY OF LIFE

**ABSTRACT:** Monitoring is a very important experience during the training of nursing students, contributing to the construction of the nurse's identity, so necessary for educational practices with communities, for disease prevention, for the environment and for a better quality of life. **Objective:** To contribute to the



building of the professional identity of nurses through monitoring and good educational practices. **Methodology:** After carrying out each activity in the classroom or at health centers, the participants responded to an opinion survey on the monitoring of the discipline and the participation of the monitors in the activities. The activities were carried out with the teacher in the classroom and in the community, in the evaluation of panels, in visits to health posts and monitoring in the communities. **Result:** There was the participation of 42 (forty-two) students, divided into groups of 5 (five), together with 2 (two) teachers and 2 (two) monitors. Of the participants, 95% responded that monitoring was of great importance for understanding the role of nurses in the activities of educational practices. 100% of the students stated that the monitors were excellent, both in terms of explanations, visits and guidance in the classroom, as well as in their posture and in the domain of the content. **Conclusion:** Monitoring is extremely important for the training of nursing students, contributing to the definition of their identity. In addition, educational practices are a means to reach a larger number of communities, preventing diseases and improving the quality of life.

**KEYWORDS:** Monitoring. Education. Nurse.

## INTRODUÇÃO

A monitoria constitui uma experiência muito importante durante a formação de alunos de enfermagem, contribuindo na construção da identidade do enfermeiro. A formação da identidade é pensada como uma congruência de ideias, papéis, aspectos históricos, socioeconômicos e culturais que formam elementos cuja função é atribuir a determinado indivíduo características únicas e impressões de si mesmo enquanto ser humano e membro de um corpo social. Atualmente, a monitoria é uma ferramenta pedagógica para os alunos que querem seguir como docentes ou que só queiram aprofundar conteúdos e enriquecer os seus currículos, além de oferecer momentos de discussões e debates acerca das temáticas de cada disciplina (FERNANDES *et al.*, 2015).

Quando nas práticas educativas em saúde, tentamos compreender o ser humano englobando os aspectos sociais, históricos e culturais, entendendo-o em suas múltiplas manifestações, como: o homem ético de Sócrates, o homem racional de Descartes, o homem simbólico de Cassirer, o homem universal de Kant, o homem matéria de Marx, o homem fragmentado de Hall, e, com o refinamento e a penetração do mundo da produção em todas as esferas da vida, consideramos possível falar também do homem consumidor. Essas concepções de ser humano emergem no processo educativo (GONÇALVES, 2015).

Por fim, para Figueiredo *et al.* (2015), as práticas educativas em saúde não requerem apenas a capacitação para as práticas do (auto) cuidado, mas o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes positivas a partir do trabalho crítico reflexivo; possibilidades para a construção do saber pedagógico na formação do enfermeiro.

São muitas as propostas para fundamentar a educação em saúde para que o indivíduo seja senhor de suas escolhas. A estimulação para a proposta de auto governabilidade estão não só na educação em saúde, mas também em sua promoção. A educação sempre será

um processo de formação, onde o ser humano aprende através de suas experiências, pelo desenvolvimento de valores, mudanças em suas atitudes e da obtenção de conhecimentos através da teoria e da prática, podendo modificar sua vida e sua realidade (BAGNATO, 2009).

Para que o enfermeiro tenha uma boa formação na graduação e saia com uma identidade definida e consistente, é necessário que seus atributos sejam construídos coletivamente, descobrindo seus conhecimentos junto a famílias, grupos, usuários e trabalhadores da área da saúde, mostrando seu diferencial (FASCIONI, 2011).

Esse é só o primeiro fio que se desponta neste processo de construção da identidade. O diálogo com outras disciplinas e a continuidade destas discussões deveriam permear toda trajetória de formação profissional do enfermeiro para que o movimento do diálogo, da construção, da desconstrução, da desnaturalização e da problematização se tornassem fundantes para o exercício das práticas educativas em saúde, contribuindo para o crescimento profissional através da experiência da monitoria, definição de sua identidade como enfermeiro, desenvolver a responsabilidade pessoal, buscando sempre atualização e a educação permanente (LIMA; BINSFELD, 2003).

A saúde, o ambiente e a qualidade de vida, junto às práticas educativas, circulam nos mais variados espaços e atingem a nossa cotidianidade, em que se percebem discursos sobre a saúde, sobre o corpo e comportamentos, ou a crença ainda presente de que os problemas da falta de saúde estão interligados à carência de informações técnico-científicas e à necessidade de alguém (autoridade) capaz de ensinar, orientar e educar como cada indivíduo deve proceder para ter saúde, disciplinando e homogeneizando condutas. O objetivo desse trabalho é contribuir para a formação da identidade profissional do enfermeiro através da monitoria e das boas práticas educativas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência dos monitores e discentes na monitoria da disciplina Práticas Educativas, que, no curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco, sendo oferecida a discentes do 4º período. Tal experiência ocorreu no município de Petrolina/PE, no período de março a dezembro de 2017, correspondendo ao semestre 2017.1 e 2017.2. O presente trabalho utilizou levantamento bibliográfico, sendo utilizados artigos a respeito da monitoria no âmbito acadêmico e sobre a iniciação da docência, bem como artigos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde.

A disciplina de Práticas Educativas trabalha conhecimentos sobre a importância da educação em saúde no processo de transformação social, bem como o papel do Enfermeiro/a como educador/a em saúde, além de buscar reflexões sobre diferentes concepções e tendências da educação; compreender as formas de planejar, executar e

avaliar a ação pedagógica em situação escolar, comunitária, nos programas de educação em saúde, na formação de professores na área de saúde e no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS; discutir a prática pedagógica em enfermagem; debater e avaliar a ação de proposta pedagógica na área de saúde/enfermagem, destacando a posição atual, limites e avanços, perspectivas e sua relação com a formação do enfermeiro-professor; analisando os saberes e os conhecimentos que organizam a prática educativa dos enfermeiros e vivencia uma ação docente significativa na educação profissional em enfermagem. Com aulas teóricas e práticas, ministradas por 2 (dois) docentes, sendo que as práticas são realizadas em no laboratório, na sala de aula e nas comunidades.

A referida disciplina é eletiva, com carga horária de 45 horas, o atendimento aos alunos é feito de forma individualizada e coletiva, e possui um programa de monitores através do Programa de Fortalecimento Acadêmico – PFA da Universidade de Pernambuco - UPE. Os monitores dão suporte às aulas práticas, auxiliam em provas, acompanham as atividades em sala de aula, laboratório e visitas às comunidades, preparar materiais didáticos a serem utilizados como instrumento metodológico de ensino; dúvidas sobre os diversos conteúdos teóricos e práticos ofertados na disciplina, de modo a facilitar o processo ensino-aprendizagem. Para a consolidação das atividades os monitores seguiram 7 passos: 1. Participação na construção de práticas educativas; 2. Criação de grupos de alunos e demonstração da metodologia; 3. Construção das atividades junto aos alunos através das práticas educativas, que levem a qualidade de vida; 4. Apresentação dos casos encontrados, propostas para a resolução dos problemas através do ABP; 5. Desenvolvimento da I Mostra de Práticas educativas das disciplinas e apresentação de painéis pelos alunos; 6. Visitas as comunidades e exposição de boas práticas de educação e meio ambiente e qualidade de vida; 7. Incentivo para criação de pesquisas envolvendo saúde, ambiente e qualidade de vida através das práticas educativas;

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos as atividades e passos desenvolvidas na monitoria objetivaram ajudar os discentes na aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, tirando dúvidas sobre as aulas práticas, teóricas, além do acompanhamento dos discentes nas atividades avaliativas. A monitoria atua no processo de ensino-aprendizagem, dando qualificação ao aluno-monitor, como facilitador do conhecimento, reduzindo o distanciamento entre aluno e professor (MAGALHÃES; JANUÁRIO; MAIA, 2014; SANTOS; BATISTA, 2015).

Nos últimos anos, com o crescente pensamento pedagógico de orientação crítico-progressista, procedimentos de monitoria vêm ganhando espaço no contexto da realidade educacional das instituições de educação superior (CANDAU, 2000). A monitoria, como procedimento pedagógico, tem demonstrado sua utilidade, à medida que atende às dimensões política, técnica e humana da prática pedagógica.

Nesse trabalho, após cada atividade, os alunos fizeram uma avaliação da atividade com seu grupo, junto ao monitor, e respondia às perguntas de pesquisa de opinião com 4 (quatro) perguntas: a importância da monitoria para eles; o papel do enfermeiro nas práticas educativas, e como foi o desempenho dos monitores; e por fim se eles fariam essa monitoria.

Em uma pesquisa de opinião realizada ao término de cada semestre, 95% dos alunos que responderam o questionário o fizeram no sentido de que a monitoria foi de grande importância para a compreensão do papel do enfermeiro nas atividades das práticas educativas. 100% dos alunos afirmaram que os monitores foram excelentes, tanto do ponto de vista das explicações, das visitas e das orientações em sala de aula, como em relação à postura e ao domínio do conteúdo.

## CONCLUSÃO

A monitoria é de extrema importância para a formação do aluno de enfermagem, e, dentro da disciplina “Práticas Educativas”, é de extrema relevância, uma vez que são um meio para atingir um maior número de comunidades, prevenindo doenças e melhorando a qualidade de vida.

De acordo com a pesquisa para os alunos monitores as experiências vivenciadas nunca serão esquecidas, são marcas no seu currículo composto de pesquisa, extensão e ensino e que são realizadas em conjunto, pois essa atividade pedagógica agrega um pouco de tudo.

Para o professor a monitoria tem o papel fundamental de estreitar a relação com os alunos, acompanhando, incentivando e direcionando aquele aluno com perfil docente, visualizando o futuro através de ensinamentos passados, vivenciados e orientados, aumentando as expectativas acadêmicas, sociais e profissionais, despertando sua vocação.

Para os discentes os monitores são mais próximos que o próprio professor, o que reduz o nervosismo, a ansiedade e o medo através da procura do monitor, para tirar dúvidas ou obter orientação quanto à prova.

## REFERENCIAS

1. BAGNATO, M. H. S.; MISSIO, L.; RENOVATO, R. D.; BASSINELLO, G. A. H. Práticas educativas em saúde: da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 13, n. 3, p. 651-656, 2009.
2. CANDAU, V. M. F. **A didática em questão e a formação de educadores-exaltação à negação:**a busca da relevância. In: CANDAU, V. M. F. (Org). A didática em questão. Petrópolis: Vozes; 2000, p. 12-22
3. FASCIONI, L. **Identidade corporativa e design.** 2011. Disponível em: <<http://www.ligiafascioni.com.br/consultoria/identidade-profissional/>>. Acesso em: 24 maio 2013.

4. FERNANDES, N. C. *et al.* Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com estomia: relato de experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.19, n. 2, p.238-241, 2015.
5. FIGUEREDO, R. C. **Educação em saúde na escola**: atuação dos educadores e colaboração do enfermeiro. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5334>>. Acesso em: 24 de maio 2016.
6. GONÇALVES, N. G. **Fundamentos históricos e filosóficos da educação brasileira**. Curitiba: Ibpex, 2005.
7. LIMA, J.C; BINSFELD, L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? **Rev. Enfer. UERJ**, n. 11, p. 98-103. Rio de Janeiro, maio, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a16.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.
8. MAGALHÃES, L.D.; JANUÁRIO, I.J.; MAIA, A.K.F. A monitoria acadêmica da disciplina de cuidados críticos para a enfermagem: um relato de experiência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Minas Gerais, v.12, n.2, p.556-565, 2014.

## PROMOÇÃO EM SAÚDE: DEBATENDO A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS ATRAVÉS DO EXTENSIONISMO

*Data de aceite: 01/10/2020*

*Data de submissão: 20/07/2020*

### **Sally Andrade Silveira**

Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF e Residente em Saúde Mental pela COREMU - UNIVASF.  
<http://lattes.cnpq.br/1526766433141825>

### **Talita Claudia Sá da Silva**

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.  
<http://lattes.cnpq.br/5530564288929749>

### **Mariana Vasconcelos Batista dos Santos**

Universidade de Pernambuco – UPE e Pós-graduanda em Auditoria pela Faculdade da Região Serrana – FARESE.  
<http://lattes.cnpq.br/2459491482124548>

### **Layane Nunes de Lima**

Universidade de Pernambuco – UPE.  
<http://lattes.cnpq.br/5601530329436221>

### **Amanda Caroline da Silva Ferreira**

Universidade de Pernambuco – UPE. <http://lattes.cnpq.br/4204731835552045>

### **Gerlene Grudka Lira**

Universidade de Pernambuco – UPE, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e Docente assistente do Colegiado de Enfermagem da UPE.  
<http://lattes.cnpq.br/4600249107473054>

**RESUMO:** A doação de órgãos e tecidos é considerada um ato de solidariedade, que consiste na doação de uma ou mais partes do corpo em bom estado de funcionamento. Apesar da importância, é um tema polêmico e pouco abordado, situação esta, que colabora para o aumento do número de recusas familiares. Diante disso tem-se a importância de trabalhar a população através de informações sobre o processo de doação, para que se tenha conhecimento sobre a seriedade do sistema, colaborando assim para aceitação da doação. O presente trabalho objetivou estimular a discussão a respeito da importância da doação de órgãos e tecidos em uma escola de referência do município de Petrolina-PE. A execução ocorreu em três etapas. A primeira consistiu em reuniões com os discentes do curso de Enfermagem da Univasf e UPE, para construção do conhecimento sobre a temática, a segunda etapa ocorreu em uma visita técnica na Central de Transplantes da Macrorregional Petrolina e Banco de Olhos do Vale do São Francisco, para conhecer do fluxo do processo de doação e transplantes na região. Por fim, a última etapa ocorreu com a realização de palestras de sensibilização em uma escola estadual do município. Para esta etapa foram utilizados recursos audiovisuais, folders, panfletos e gibis, os quais auxiliaram na disseminação e construção do conhecimento. O público alvo foram os alunos do 1º a 3º ano do Ensino Médio, totalizando 10 turmas com média de 40 alunos cada, sendo possível estimular a discussão e reflexão sobre a doação de órgãos e tecidos, os quais elencaram questionamentos acerca deste processo. Averiguou-se que alguns

estudantes tinham opiniões pré-formadas a respeito da temática assim como dúvidas e crenças em mitos acerca do processo. Contudo, com as atividades educativas conseguiu-se esclarecer as dúvidas e os mitos, colaborando assim para uma visão positiva sobre o assunto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção Da Saúde; Educação em Saúde; Transplante; Obtenção de Tecidos e Órgãos.

**ABSTRACT:** The donation of organs and tissues is considered an act of solidarity, which consists of the donation of one or more parts of the body in good working order. Despite its importance, it is a controversial topic and rarely addressed, a situation that contributes to the increase in the number of family refusals. In view of this, it is important to work with the population through information about the donation process, so that they have knowledge about the seriousness of the system, thus collaborating to accept the donation. The present study aimed to stimulate the discussion about the importance of organ and tissue donation in a reference school in the city of Petrolina-PE. The execution took place in three stages. The first consisted of meetings with the students of the Nursing course at Univasf and UPE, to build knowledge on the theme, the second stage took place during a technical visit at the Transplant Center of Macrorregional Petrolina and Banco do Olhos do Vale do São Francisco, to learn about the flow of the donation and transplantation process in the region. Finally, the last stage took place with awareness lectures at a state school in the city. For this stage audiovisual resources, folders, pamphlets and comic books were used, which helped in the dissemination and construction of knowledge. The target audience were students from the 1st to the 3rd year of high school, totaling 10 classes with an average of 40 students each, making it possible to stimulate discussion and reflection on the donation of organs and tissues, which listed questions about this process. Some students had preformed opinions about the theme as well as doubts and beliefs in myths about the process. However, with educational activities it was possible to clarify doubts and myths, thus collaborating for a positive view on the subject.

**KEYWORDS:** Health Promotion; Health Education; Transplantation; Tissue An Organ Procurement.

## REFERÊNCIAS

EIRA, Carla Sofia Lopes da; BARROS, Maria Inês Trindade de; ALBUQUERQUE, Ana Maria Pina de. **Doação de órgãos: a realidade de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa.** Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 201-207, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2018000200201&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2018000200201&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 6 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180040>.

GOIS, Renata Santos Silva et al. **Efetividade do processo de doação de órgãos para transplantes.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 30, n. 6, p. 621-627, dez. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000600621&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600621&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 6 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700089>.

TEIXEIRA, Renan Kleber Costa; GONCALVES, Thiago Barbosa; SILVA, José Antonio Cordero da. **Is the intention to donate organs influenced by the understanding of brain death?** Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 258-262, set. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2012000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300009>.

MORAIS, T.R; MORAIS, M.R. **Doação de órgãos: é preciso educar para avançar.** Rev Saúde debate, v. 36, n. 95, p. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400015)>. Acesso em 10 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400015>.



# CAPÍTULO 27

## SIMULAÇÃO REALÍSTICA EM RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR COMO FERRAMENTA FACILITADORA NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

**Eduarda Beatriz de Azevedo Silva**

Faculdade Cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/9663267964999313>

**Elaine Cristina Pinheiro Viana Pastana**

Faculdade Cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/3805239118343411>

**Jaqueline Eduarda Carvalho dos Santos**

Faculdade Cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/1169438209955804>

**Danilo Sousa das Mercês**

Universidade da Amazônia

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/8178942036724443>

**Amanda Carolina Rozario Pantoja**

Universidade da Amazônia

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/9448660394324749>

**Edivone do Nascimento Marques**

Faculdade Mauá de Brasília

Taguatinga-DF

<http://lattes.cnpq.br/1474652330711644>

**Paula Karina Soares de Souza**

Faculdade Cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/6032873101632408>

**Ellem Sena Furtado**

Faculdade Cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/9842128807935408>

**Dayanne Souza da Silva**

Faculdade cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/0649868977424242>

**Andreza de Jesus Sepeda Saldanha**

Faculdade Cosmopolita

Belém-PA

<http://lattes.cnpq.br/2015470725147636>

**RESUMO: Introdução:** o uso de simulação realística em saúde permite maior retenção do conhecimento, e a medida que ocorre em ambiente educacional participativo e interativo, assim a simulação realística se reveste de grande importância e torna-se uma forte aliada no desenvolvimento de competências e habilidades.

**Objetivo:** descrever a experiência de discentes na prática de simulação realística em ressuscitação cardiopulmonar como metodologia facilitadora do processo ensino-aprendizagem no curso de Enfermagem. **Metodologia:** estudo descritivo, participativo do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de enfermagem durante uma aula de simulação realística em ressuscitação cardiopulmonar realizado em julho de 2018 em uma universidade privada em Belém-Pará. **Resultados:** Nesse processo de ensino-aprendizado com a metodologia de simulação de espaços reais, os professores protagonizaram um papel fundamental, atuando

como facilitadores, enfatizando o aprendizado autodirigido, centrado no graduando. Para os discentes o contato com os manequins para simulação de uma ressuscitação cardiopulmonar, ajuda a trabalhar a postura, ergonomia, controle da força e técnica a serem aplicadas durante esse procedimento. **Conclusão:** O uso de simulação realística como metodologia ativa de ensino, contribui para aumentar a autoconfiança, autoconhecimento e habilidades psicomotoras dos discentes na prática, além de proporcionar diálogo teórico-prático voltadas ao perfil do profissional a ser formado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Reanimação Cardiopulmonar; Exercício de Simulação; Estudantes de Enfermagem; Enfermagem em emergência.

## REALISTIC SIMULATION IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AS A FACILITATING TOOL IN THE NURSING ACADEMIC TEACHING AND LEARNING PROCESS

**ABSTRACT: Introduction:** the use of realistic health simulation allows greater retention of knowledge, and as it occurs in a participatory and interactive educational environment, thus realistic simulation is of great importance and becomes a strong ally in the development of competences and skills. **Objective:** to describe the experience of students in the practice of realistic simulation in cardiopulmonary resuscitation as a methodology that facilitates the teaching-learning process in the nursing course. **Methodology:** a descriptive, participative study of the experience report type, lived by nursing students during a realistic simulation class in cardiopulmonary resuscitation held in July 2018 at a private university in Belém-Pará. **Results:** In this teaching-learning process with the simulation methodology of real spaces, teachers played a fundamental role, acting as facilitators, emphasizing self-directed learning, centered on the student. For students, contact with the dummies to simulate cardiopulmonary resuscitation, helps to work on posture, ergonomics, force control and technique to be applied during this procedure. **Conclusion:** The use of realistic simulation as an active teaching methodology, contributes to increase the self-confidence, self-knowledge and psychomotor skills of students in practice, in addition to providing theoretical-practical dialogue aimed at the profile of the professional to be trained.

**KEYWORDS:** Cardiopulmonary resuscitation; Simulation Exercise; Nursing students; Emergency nursing.

## INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorespiratória (PCR) é definida como a perda de atividade mecânica cardíaca funcional em associação com ausência de circulação sistêmica levando à disfunção dos outros órgãos vitais por ausência de oxigenação, bem como é uma das principais causas mortalidade em todo o mundo, sendo que 80% dos indivíduos que têm parada cardíaca possuem doença coronariana com maior prevalência em indivíduos adultos, sendo mais comum em homens do que nas mulheres (MYAT; SONG; REA, 2018).

Segundo Barros e Neto (2018), as doenças cardiovasculares (DCV) ainda representam a principal causa de morbimortalidade no mundo, ademais o Brasil vem

apresentando um percentual de 20% dessas mortes, com mais de 800 óbitos por DCV a cada ano. Além disso, cerca de 6,1 milhões de pessoas maiores de idade foram diagnosticadas com alguma DCV, na qual ocorre a necessidade no aperfeiçoamento por parte de profissionais da saúde no uso de técnicas, tais como RCP, com a desobstrução de vias aéreas, com pressões e de indivíduos em PCR (BOTELHO et al., 2016).

Nesse sentido, a ressuscitação cardiopulmonar foi apresentada no Brasil em 1960 com o Dr. John Cook Lane, pioneiro no ensino de manobras de suporte básico de vida, bem como enfatiza o início do treinamento em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) no Brasil e sua viabilidade para pessoas de diferentes faixas etárias. Nesse cenário, alguns autores foram precursores em publicações das temáticas e pesquisas sobre tratamentos para RCP em ressuscitação cardiopulmonar, favorecendo a disseminação do conhecimento na área e aumentando os estudos voltados para essa temática (MACHADO; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2017).

No entanto, apesar da história sobre os esforços na formação em RCP, essa ainda é uma preocupação no cenário brasileiro, há deficiências na implementação de cursos de capacitação sobre o assunto para os profissionais de saúde. Levantando questões sobre as melhores estratégias de ensino, considerando os limitados recursos educacionais e retenção de conhecimento (SALAZAR; GASPAS; SANTOS, 2017).

Desta forma, o processo de simulação realística baseia-se em práticas as quais possuem reconhecimento como estratégias de ensino indispensável na formação profissional de saúde, repercutindo em diversas situações vivenciadas por acadêmicos de enfermagem, transformando o aprendizado na prática do cuidado. Nesse sentido, a simulação realística proporciona o aperfeiçoamento do cognitivo e comportamental, possibilitando o indivíduo memorizar informações, bem como qualificar seu processo de aprendizagem (MESQUITA; SANTANA, MAGRO, 2019; FERREIRA et al., 2018).

Em instituições de ensino é comum encontrar estações de simulação para a prática profissional, com o objetivo de construir junto com as habilidades dos alunos para identificar necessidades de saúde e desenvolvimento de planos de cuidados. Nessa modalidade, além da oportunidade de diversificar cenários de aprendizagem, existe também a possibilidade de participar repetindo a simulação repetidas vezes, o que torna a estratégia vantajosa em relação aos recursos didáticos convencionais (MARCOMINI et al., 2017).

Assim, o uso de simulação realística em saúde permite maior retenção do conhecimento, e a medida que ocorre em ambiente educacional participativo e interativo, o aluno é convidado à construção do seu aprendizado, como muitas vezes em sala de aula utilizando-se apenas modelos tradicionais de ensino focado na transmissão do conhecimento e de experiências, não é possível proporcionar subsídios para a tomada de decisão nas situações práticas que permeiam a vida profissional, assim, a simulação realística se reveste de grande importância e torna-se uma forte aliada no desenvolvimento de competências e habilidades (ROHRS et al., 2017; FERREIRA FILHO et al., 2017).

## OBJETIVO

Descrever a experiência de discentes na prática de simulação realística em reanimação cardiopulmonar como metodologia facilitadora do processo ensino e aprendizagem no curso de Enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, participativo do tipo relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, Universidade da Amazônia, durante uma oficina de capacitação em simulação realística sobre reanimação cardiopulmonar, localizada em Belém-PA, Brasil.

A oficina de capacitação teórico-prática com duração de 4 horas, foi disponibilizada nos turnos matutino e vespertino em julho de 2018. A IES, forneceu uma capacitação com foco em ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade para os alunos internos e externos do curso de graduação de Enfermagem matriculados entre o 1º e 10º semestre, participando no total entre os turnos e semestres cerca de 42 alunos. Os materiais utilizados pelos docentes, foram equipamentos de suporte básico de vida em atendimentos de urgência e emergência.

Nesse sentido, a oficina de capacitação foi realizada em dois momentos, no primeiro os docentes reuniram os graduandos e os separaram em equipes, conseguinte foi realizado uma aula teórica sobre Suporte Básico de Vida (SBV) e noções de socorro à vítima demonstrados no manequim simulador. Já no segundo momento, foi realizada a capacitação prática da simulação realística em RCP. Os grupos já divididos simulavam uma situação para os docentes de uma pessoa vítima de trauma em parada cardiorrespiratória, realizando as devidas assistências em RCP de acordo com as novas diretrizes de *American Heart Association 2015*, com abordagem da vítima em ausência de resposta, respiração e pulso. Conseguinte simulava-se pedido de socorro e as manobras de SBV com compressões torácicas e ventilação. Desta forma, a aplicação de pré e pós prática de simulação realística em RCP foram estratégicas, pois utilizava-se para identificar o nível de conhecimento prévio e absorção do conteúdo pelos alunos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante uma hora de capacitação dos graduandos do curso de Enfermagem, foi possível observar que a primeira equipe apresentou algumas dificuldades nas realizações de manobras em RCP, relacionadas a tomada de decisão de forma rápida, postura incorreta na compressão torácica, profundidade insatisfatória e frequência. Os resultados são semelhantes em um estudo desenvolvido por Salazar, Gaspar e Santos (2017), na qual identificou que a frequência e profundidade das compressões torácicas, representaram

um percentual de 40% dos erros pelos participantes da pesquisa. Em contrapartida, as demais equipes se politizaram na realização das manobras, apresentando mais segurança e habilidade em RCP. Já para Costa et al., (2018), a maior dificuldade enfrentada foi a ordem de execução da RCP, principalmente quando feito de forma individualizada.

Além disso, foi possível observar que o processo de ensino-aprendizado com a metodologia de simulação, os professores protagonizam um papel fundamental, atuando como facilitadores, enfatizando o aprendizado autogerido, centrado no discente. Mesmo resultado obtido por Abellsson e Bisholt 2017, onde relata a participação do professor como de grande importância, garantindo um ambiente seguro para que o discente possa expor suas dúvidas e dificuldades em um ambiente com probabilidades de críticas, assim como realizando discussões baseadas em fatos com conhecimento preciso, orientando e promovendo a reflexão do aluno sobre a responsabilidade por seu próprio aprendizado, levando o mesmo a realizar uma autoanálise de suas falhas de conhecimento.

Tais experiências proporcionaram aos alunos envolvidos, enxergar o ensino em laboratório como um espaço privilegiado, que requer constante interação entre os bonecos de simulação, acadêmicos e professores no momento de integrar a teoria aprendida em sala de aula com a prática. Em um estudo realizado por Sarwani, Tappouni e Flemming em 2012, mostrou o uso do laboratório para práticas de simulação realística fornecem um bom ambiente para uma prática educacional avaliando o uso de diferentes recursos de ensino e seus efeitos sobre o desempenho de habilidades, útil para testar a eficácia do treinamento real em situações de emergência.

Para os discentes o contato com os bonecos para simulação de uma ressuscitação cardiopulmonar, por exemplo, ajudou a trabalhar a postura, ergonomia, controle da força e técnica a serem aplicadas durante esse procedimento e outras recomendações que seriam quase impossíveis e de certa forma perigosas de ensinar/aprender em um ambiente real.

Nesse sentido, o presente estudo corrobora com os resultados de Marcomini (2017), no qual destaca a influência da simulação realística no ensino e aprendizagem da enfermagem, onde relatou que em todos os artigos estudados em sua pesquisa, foi possível evidenciar a simulação como sendo benéfica para compor o ensino dos enfermeiros, afirmando ainda sua função sobre a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades técnicas.

Para Valen et al., (2019) a simulação realística é a metodologia ideal para o estudante, pois por meio dela é possível estimular emoções e sentimentos como a coragem para a participação ativa, assim como desempenhar a junção de conhecimentos, habilidades, competências e atitudes, servindo como bases para o bom julgamento clínico. Assim como em um estudo qualitativo realizado por Fejzic e Barker 2015, com a participação de acadêmicos, obteve-se como resultados indicadores positivos sobre o aprendizado por meio da prática de simulações, como melhorias nas habilidades éticas, autoconfiança e na comunicação profissional.

No campo prático, após aulas com repetições de técnicas, o ambiente da simulação propicia erros e aprendizado, os alunos apresentaram-se seguros na execução das tarefas, situação vivenciada em prática supervisionada onde os mesmos se depararam com uma parada cardiorrespiratória ou a avaliação de pacientes nas várias entidades clínicas, não se apresentaram intimidados e temerosos em interagir com o grupo, mostrando a eficácia do treinamento prévio em laboratório.

Para Costa et al., (2018), em seu estudo observou-se grande interesse pelos acadêmicos em relação a da sequência correta sobre o protocolo de SBV em PCR, pois as simulações permitiram a identificação de erros e a reconstrução de condutas, proporcionando a eles maior confiança para a realização dos procedimentos.

## CONCLUSÃO

Foi possível notar que o método de simulação realística, proporcionou aos acadêmicos habilidades psicomotoras, além de uma melhor avaliação do conhecimento permitindo aos mesmos se sentirem mais autoconfiantes e satisfeitos com a aprendizagem por meio do diálogo teórico-prático.

Desta forma, os enfermeiros docentes em conjunto com as instituições de ensino superior, devem buscar estratégias para inovar o ensino, sendo a simulação uma ferramenta efetiva na educação e no contexto moderno do cuidado à saúde.

Ademais, coube ressaltar que os laboratórios, são espaços privilegiados que simulam cenários da prática em RCP e os estudantes realizam atendimentos em pacientes simulados (bonecos), sempre acompanhados por um docente que avaliará o desempenho das capacidades voltadas ao perfil do profissional a ser formado. Por fim, sugere-se que o presente estudo sirva como exemplo para novas publicações com o método de ensino aplicado para graduandos de outras áreas da saúde, bem como para própria comunidade leiga, uma vez que há preocupação no cenário brasileiro em relação à doenças cardiológicas que podem levar o indivíduo a uma parada cardiorrespiratória necessitando de uma RCP.

## REFERÊNCIAS

ABELSSON, Anna; BISHOLT, Birgitta. **Nurse students learning acute care by simulation—Focus on observation and debriefing**. *Nurse education in practice*, v. 24, p. 6-13, 2017.

COSTA, Priscila Janiele de Lima et al. **UTILIZAÇÃO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**. *Encontros Universitários da UFC*, v. 3, n. 1, p. 4582, 2018.

FEJZIC, Jasmina; BARKER, Michelle. **Implementing simulated learning modules to improve students' pharmacy practice skills and professionalism**. *Pharmacy practice*, v. 13, n. 3, 2015.

FERREIRA FILHO, Evaldo Gomes et al. **A prática da simulação realística na formação médica: um relato de experiência.** *Revista UNIFEV: Ciência & Tecnologia*, v. 3, p. 238-245, 2017.

FERREIRA, Raína Pleis Neves et al. **Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde.** *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 8, 2018.

MACHADO, Regimar Carla; ALBUQUERQUE, Carla Lorenna; OLIVEIRA, Suelen Alves. **Education Strategies through Simulation for Training in Cardiopulmonary Resuscitation Treatment.** *International Archives of Medicine*, v. 10, 2017.

MARCOMINI, Emilli Karine; MARTINS, Elisandra Sangalli; LOPES, Neusa Viana; PAULA, Nanci Virginia Kuster de; LIBERATI, Barbara Andreo dos Santos. **Influência da simulação realística no ensino e aprendizado da enfermagem.** *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, v. 3, n. 2, p. 233-240, 2017.

ROHRS, Roseane Mota Santana; SANTOS, Claudenice Ferreira dos; BARBOSA, Ruana dos Santos; SCHULZ, Renata da Silva; CARVALHO, Milena Bastos de. **Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 12, p. 5269-5274, 2017.

SALAZAR, Érica Rayanne da Silva; GASPAR, Emanuella dos Santos Lima; SANTOS, Márcia Sousa. **Diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar: conhecimento de socorristas.** *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 3, 2017.

SARWANI, Nabeel; TAPPOUNI, Rafel; FLEMMING, Donald. **Use of a simulation laboratory to train radiology residents in the management of acute radiologic emergencies.** *American Journal of Roentgenology*, v. 199, n. 2, p. 244-251, 2012.

VALEN, Kristin, HOLM, Anne Lise; JENSEN; Kari Toverud; GROV, Ellen Karine. **Nursing students' perception on transferring experiences in palliative care simulation to practice.** *Nurse Education Today*, 2019.

## VISITA PRÉ- OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES AO PACIENTE CIRÚRGICO

Data de aceite: 01/10/2020

### **Isabelle Cerqueira Sousa**

Mestrado em Educação (UECE), Doutoranda  
em Saúde Coletiva (UNIFOR).  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)  
– Fortaleza / Ce.  
<http://lattes.cnpq.br/9927536298829197>.  
<https://orcid.org/0000-0002-5131-3395>.

### **Rafaela Rabelo Costa**

Enfermeira, Especialista em Enfermagem  
Clínica Médica e Cirúrgica.  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)  
– Fortaleza / Ce.  
<https://orcid.org/0000-0003-0412-0504>.

### **Mikaelly Magno Bastos**

Enfermeira, Especialista em Enfermagem  
Clínica Médica e Cirúrgica.  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)  
– Fortaleza / Ce.  
<http://lattes.cnpq.br/1834651801544598>.

### **Carla Monique Lopes Mourão**

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem  
(UFC).  
Centro Universitário Christus (Unichristus) –  
Fortaleza / Ce.  
<http://lattes.cnpq.br/1416646105289083>.

### **Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva  
(UNIFOR).  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)  
– Fortaleza / Ce.  
<http://lattes.cnpq.br/7048087081049974>.

**RESUMO:** A atuação do enfermeiro no período pré-operatório é de suma relevância, pois o paciente precisa de atenção, conforto e sentir-se consciente de como a cirurgia ocorrerá, se a mesma envolve ou não riscos, quais os cuidados serão tomados com ele e como a equipe médica atuará. Neste contexto, o enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do paciente neste momento, seja no período pré-operatório mediato ou imediato, pois ele fica mais tempo ao lado da pessoa. Este trabalho indaga qual a importância da atuação do enfermeiro no período pré-operatório. Por conseguinte, objetiva-se reunir os artigos científicos sobre orientações do enfermeiro com pacientes no pré-operatório. O método científico utilizado nesta pesquisa foi o estudo bibliográfico com abordagem qualitativa. Constata-se que para o paciente é o momento de estabelecer uma comunicação mais aberta e franca com o profissional de saúde mais próximo a ele, sanando suas dúvidas sobre os procedimentos cirúrgicos. Além disso, este contato facilita a recuperação da integridade física, psíquica, social e espiritual da pessoa que se encontra em um ambiente no qual não está acostumada podendo, inclusive, sentir-se angustiada ou constrangida por ali estar. Já para a equipe de enfermagem é um momento de colocar em prática seus conhecimentos, competências, habilidades e atitudes sobre a prática do atendimento humanizado, tratando cada paciente de forma única e individualizada, desenvolvendo com eles uma comunicação capaz de sanar suas dúvidas, seus medos, mostrando-se um “parceiro” dele e de sua família neste processo.



**PALAVRAS-CHAVE:** Visita pré-operatória. Orientações de enfermagem. Comunicação em enfermagem.

## PRE-OPERATIVE NURSING VISIT: ASSESSMENT OF GUIDELINES TO SURGICAL PATIENTS

**ABSTRACT:** The performance of nurses in the preoperative period is of paramount importance, because the patient needs attention, comfort and feel aware of how the surgery will occur, whether or not it involves risks, what care will be taken with him and how The medical staff will act. In this context, the nurse is the closest health professional to the patient currently, either in the immediate or immediate preoperative period, because he or she stays longer with the person. This paper examines the importance of nurses' performance in the preoperative period. Therefore, the objective is to gather scientific articles on nurses' orientations with preoperative patients. The scientific method used in this research was the bibliographical study, qualitative methodological. It is clear that for the patient is the time to establish a more open and frank communication with the health professional closest to him, solving his doubts about the surgical procedures. In addition, this contact facilitates the recovery of physical, psychic, social, and spiritual life of a person who is in an environment he / she is not used to and may even feel distressed or embarrassed to be there. For the nursing team is a time to put into practice their knowledge, skills, abilities and attitudes about the practice of humanized care, treating each patient in a unique and individualized way, developing with them a communication that can answer their doubts, their fears. , being a "partner" of him and his family in this process.

**KEYWORDS:** Preoperative visit. Nursing guidelines. Nursing communication.

### 1 | INTRODUÇÃO

O paciente ao ser internado para realização de uma cirurgia traz consigo ansiedades e dúvidas ao saber que será submetido a um procedimento invasivo e desconhecido, significando uma situação de estresse, além de várias outras preocupações que podem surgir como medo da morte, da anestesia, do desconhecido e também de não se recuperar. Nessa perspectiva, é imprescindível o desenvolvimento de uma comunicação clara e direta com o paciente, a fim de que ele não fique vulnerável, com o enfermeiro esclarecendo possíveis dúvidas que ainda existam e preservando o estado emocional, não os deixando vulneráveis e dependentes, pois o estado de estresse e/ou ansiedade são fatores prejudiciais à realização do procedimento cirúrgico (FREIBERGER; MUDREY, 2011).

A garantia do sucesso de qualquer intervenção de enfermagem são dadas a maneira com que são atendidas as demandas, física, emocional, social e espiritual do paciente. Para que se possa atender as reais necessidades do paciente é necessário observar a maneira como ele é recebido, assistido, acolhido e como se estabelece a interação com a equipe de enfermagem, pois a orientação realizada pelo enfermeiro na (VPOE) contribui para diminuição do risco cirúrgico, prevenção e complicações no pós-operatório, colaborando

para a otimização da assistência prestada, permitindo o planejamento das ações de enfermagem com eficiência e eficácia (BOSCO, SANTIAGO, COSTA et al, 2013).

O enfermeiro possui um leque de atividades que são desenvolvidas no período pré-operatório junto à paciente durante as visitas pré-operatória, favorecendo todas as partes envolvidas de enfermagem no processo de cuidar, em que se mostra com maior visibilidade a publicação pelo ministério da saúde do programa nacional de segurança do paciente (PNSP), por meio da portaria 529, de 1º de abril de 2013 que visa à preservação de efeitos adversos nos serviços de saúde. (OLIVEIRA, MEDONÇA, 2014),

A Fase pré-operatória é tida como fase das mais importantes do período perioperatório. Inicia-se com tomada de decisão para a cirurgia e termina com a transferência do paciente para a mesa operatória. Essa fase divide - se em dois momentos mediato e imediato. No pré-operatório mediato, o cliente é submetido a exames que auxiliam na confirmação do diagnóstico e que auxiliarão o planejamento cirúrgico, tratamento clínico para diminuir os sintomas e as preocupações necessárias para evitar complicações pós-operatórias, ou seja, abrange o período desde a indicação para a cirurgia até o dia anterior a mesma.

De acordo com a SOBECC (2013) o pré-operatório imediato corresponde às 24 horas anteriores à cirurgia e tem por objetivo preparar o cliente para o ato cirúrgico sendo realizados alguns procedimentos específicos, como: banho pré-operatório e na pele, são eles: - Na noite anterior a cirurgia, no banho deve ser usado um antisséptico, o qual deverá ser usado na limpeza completa da região onde será realizada a cirurgia;

Os profissionais de enfermagem desenvolvem um papel importante na fase neste período, sendo os responsáveis em transmitir confiança e segurança ao paciente, diminuindo sua ansiedade e angústia, através do relacionamento estabelecido entre paciente-enfermeiro, bem como tem o dever de fornecer todas as orientações do procedimento ao paciente e familiares de maneira clara e de fácil entendimento. Assim, é de suma importância que o enfermeiro, aliás, a equipe de Enfermagem como um todo proporcione ao paciente o bem-estar e qualidade de vida necessária, amenizando o medo ou receio sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado. Sendo o momento de maior necessidade de esclarecimentos para o paciente referente a elucidação de suas dúvidas e inseguranças (BOSCO, SANTIAGO, COSTA et al.2013; GONSALVES et al, 2016).

Por conseguinte, a meta do enfermeiro na fase pré-operatória deverá ser diminuir os desconfortos do paciente, traçando medidas que amenizem o medo e a ansiedade pré e pós-operatória para tornar branda a capacidade de enfrentamento da cirurgia, uma vez que o estudo de melchior Barreto Rass, et al.(2018) mostrou que a maioria dos pacientes que aguardavam cirurgia se apresentaram ansiosos e tiveram sinais e sintomas que repercutiram no seu bem estar e induziram a um sofrimento psicobiológico.

O pré-operatório é um momento delicado para o paciente porque é nesse momento, que o paciente tende a aumentar o seu estresse em relação ao processo anestésico-cirúrgico. O estresse que o paciente pode vir a desenvolver muitas vezes não se relaciona

com a complexidade da cirurgia e sim com a falta de informação sobre o procedimento. Quando existe uma boa comunicação entre enfermeiro e paciente, o cuidado deixa de ser da patologia, e o enfermeiro passa a ver o doente como uma pessoa que tem uma história e estar passando por um momento difícil de sua vida (SILVA EL, RODRIGUES FRA, S 2016).

A comunicação adequada é aquela que supre a necessidade em determinada situação atingido o seu objetivo e que leva em consideração a pessoa e o tempo. Assim sendo, segundo Ferrando, *et. al.* (2011), a comunicação no pré-operatório conseguida por enfermeiros se torna imperativo, uma vez que poderá contribuir na característica da assistência de enfermagem por meio da concentração de costumes perante o paciente.

Sena, Nascimento; Maia *et.al.* (2017), em seu estudo mostrou a importância da orientação simples e clara dos procedimentos gerais no pré-operatório, apresentando os métodos e práticas utilizadas pelo profissional de enfermagem na fase pré-operatória para melhor atender o paciente, assim como os benefícios da assistência do enfermeiro nessa fase da cirurgia.

No entanto o relacionamento enfermeiro–paciente, não deve ser uma ação mecânica, como frequentemente pode ocorrer. O paciente não deve ser visto apenas como objeto de trabalho para a equipe de enfermagem, pois assim, somente algumas necessidades dele serão satisfeitas. Ele precisa ser visto com uma pessoa que tem uma história, e que esta ali por esta passando por um momento difícil, por tanto merece respeito, embora podemos observar em muitos estudos, a existência de obstáculos que agem de maneira negativamente na interação entre profissionais de saúde e seus familiares. A sobrecarga de trabalho, ou falta de tempo, a falta de treinamento e a exclusão dos familiares no processo de saúde do paciente, são os fatores que agem negativamente nessa interação enfermeiro-paciente.

Estudos apontam que os enfermeiros se sentiram ineficazes e com dificuldade em oferecer assistência as família dos pacientes. Outros estudos apontam que a alta demanda. Portanto o objetivo desse estudo é reunir os artigos científicos sobre a visita pré-operatória de enfermagem e a avaliação das orientações ao paciente cirúrgico.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico. Esse tipo de pesquisa também é denominada de pesquisa secundária, onde abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, etc (CARVALHO, AS; OLIVEIRA, FB, RIBEIRO, EA, 2011).

A principal vantagem da revisão bibliográfica é que permitir ao investigador, uma variedade maior de documentos, e assim muitas vezes fazendo com a pesquisa seja muito mais ampla que aquela que poderia se investigada diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante, quando o problema de pesquisa requer dados mais precisos

sobre o assunto (CARVALHO, AS; OLIVEIRA, FB, RIBEIRO, EA, 2011).

Foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando as bases do Scielo ( Scielo Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino- Americano do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando-se artigos publicados nos anos de 2011 á 2018.A pesquisa foi realizada nos meses de agosto a setembro de 2019.

Os critérios de Inclusão utilizados para a pesquisa bibliográfica foram artigos na integra, periódicos nacionais, ano de publicação dos artigos de 2011 á 2018 e elaborados por enfermeiras. E que estivessem coerentes com a temática abordada,comunicação enfermeiro–paciente nas orientações de visita pré- operatória. Os descritores ou palavras-chaves utilizadas foram: Visita pré-operatória; Orientações de enfermagem; Comunicação em enfermagem.

Foram empregados como critérios de exclusão: os artigos científicos que não atendessem a temática abordada, que estivessem incompletos e desenvolvidos por profissionais não enfermeiros.

Foram encontrados 6 artigos na base de dados SCIELO onde 1 foi excluído e incluídos 5 por avaliação do texto completo; na base de dados do LILACS foram encontrados 4 artigos,onde os 4 foram incluídos após análise dos textos; na base de dados de revistas virtuais encontrou-se 2 artigos que também responderam aos critérios, sendo totalizados 11 artigos incluídos no estudo por avaliação completa do texto,conforme exposto na tabela a seguir:

Base de Dados	Estudos Encontrados	Estudos Excluídos	Estudos pré- Seleccionados	Estudo incluído avaliação do texto completo.
Scielo	6	1	5	5
Lilacs	4	0	4	4
Revistas virtuais	2	0	2	2
Total	12	1	11	11

Tabela 1- Distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados. Fortaleza-CE, 2012.

Fonte: SCIELO/LILACS/ REVISTAS VIRTUAIS (Autoria Própria, 2020)

Descritores	Artigos	%
- Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório.	4	36,37
-Orientações de enfermagem em Visita pré-operatória	7	63,63
Total	11	100%

Tabela 2- Distribuição dos artigos relacionados a comunicação enfermeiro- paciente na orientações de visita pré-operatória.

Fonte: SCIELO/LILACS/ REVISTAS VIRTUAIS (Autoria Própria, 2020).

Em relação a distribuição de artigos de acordo com os descritores, pode levar em consideração o primeiro descritor nomeado Comunicação enfermeiro –paciente no pré-operatório em 4 artigos que corresponde a 36,37%.O segundo descritor com nomeação Orientação de enfermagem com 7 artigos correspondendo a 63,63% totalizando 11 artigos (100%).

### 3 I RESULTADOS DA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário (apêndice A), que ajudou na seleção dos artigos e categorização dos dados, análise e discussão de resultados. Foi realizado a leitura e interpretação de maneira detalhada dos artigos, em seguida foram organizados para uma possível consulta, no entanto, foram destacados dos artigos título, autores, periódico,ano de publicação, base de dados e tipo de estudo. Os artigos selecionados foram dispostos em ordem considerando o ano de publicação,iniciando pelo mais recente e concluindo pelo mais antigo.

O presente estudo considerou para análise e extração 11 (onze) artigos científicos e foram catalogados e disponibilizados no quadro-1 apresentando base de dados, ano de publicação, titulo do artigo, tipo de estudo e autores.

	<b>Base de dados</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Titulo do artigo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Autores</b>
1	Online UNIRIO	2010	Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico.	Qualitativo	Souza,LR et al.
2	SCIELO	2011	Comunicação enfermeiro paciente no pré-operatório.	Revisão Integrativa	Mafetoni,RR;Higa,R; Bellini,NR.
3	LILACS	2011	A comunicação verbal enfermeiro-paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca.	Descritivo-exploratório	Gonçalves,RMA et al
4	SCIELO	2011	A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória	Descritivo	FREIBERGER, MUDREY,(2011

5	LILACS	2011	Preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico	Revisão bibliografica	PERRANDO,et.al (2011)
6	SCIELO	2013	Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: Implicações para os cuidados de enfermagem.	Estudo t ransversal	Moreira,Popov,(2013).
8	LILACS	2013	Processo de trabalho de enfermagem: pensando a fragmentação a partir da contextualização do centro cirúrgico	Revisão bibliografica	PEREIRA, ET. AL.
9	SCIELO	2016	Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório.	Estudo de campo	Silva,EL;RodriguesS. 2016
10	LILACS	2017	Construção coletiva de um instrumento de cuidados de enfermagem a pacientes no pré-operatório imediato	Estudo de campo	Sena,Nascimento Maia et al,2017
11	LILACs	2018	Avaliação do estado de ansiedade pré-operatória em pacientes cirúrgicos hospitalizados	Estudo transversal ,quantitativo, descritivo	MELCHIOR,BARRETO RASS, ET AL,(2018)

Quadro 1 - Classificação dos artigos analisados no trabalho, separados por base de dados, ano de publicação, título, tipo de estudo e autor. Fortaleza-CE, 2012.

Fonte: Autória própria (2020).

No presente estudo, realizou-se análise de 11 artigos, os quais atenderam aos critérios de inclusão. Onde se observou que, a base de dados Scielo foi onde se encontrou o maior número de artigos publicados sobre o assunto.

Os artigos selecionados compreenderam os anos de 2010 à 2018. A partir do ano de 2010 as pesquisas começaram a se intensificar e em 2011 atingiu o seu maior número de publicações, mostrando então que a comunicação e a vista pré-operatória foi um tema bastante abordado para este ano.

Ao analisar a abordagem de pesquisa mais frequente na amostra estudada, identificou-se que, três utilizaram o método qualitativo, dois desenvolveram estudos com método quantitativos, dois realizaram métodos quantiqualitativos e quatro não detalharam

a abordagem utilizada.

De acordo com análise dos artigos apresentados no quadro -1 observou-se que dentre os estudos realizados 63,63% (07 artigos) foram através de pesquisas de campo, os estudos de revisão de literatura totalizou 36,36% (04 artigos). A maior parte das publicações 45,45 % (05 artigos) foram na região Sul sendo nos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A região Sudeste totalizou 45,45% dos estudos (04 artigos), tendo publicações nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo e 9,09% (01 artigo) foi publicado na região Nordeste, no estado do Ceará na cidade de Fortaleza, e por último uma publicação na região Norte no estado de Rondônia, totalizando 9,09% (01 artigo).

#### 4 | DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Diante dos resultados encontrados, optou-se pela discussão em 03 categorias temáticas: 1) Orientações de enfermagem, durante a visita pré-operatória; 2) Fragilidades em relação as Orientações fornecidas aos pacientes e 3) Diagnósticos de enfermagem encontrados durante a visita pré-operatória.

TIPO DE ORIENTAÇÃO	Nº	%
Anestésico - cirúrgico	5	45,45
Procedimento cirúrgico	3	27,27
Risco Cirúrgico	2	18,18

Tabela 3 - Orientações de enfermagem durante a visita pré-operatória.

Fonte: CHRISTÓFORO, B. E. B e et al (2009).

De acordo com os dados expostos na tabela acima verificou - se, que em grande parte dos estudos 45,45% (5 artigos), as orientações mais fornecidas, durante a visita pré-operatória de enfermagem abordam o processo anestésico – cirúrgico, indo de encontro aos estudos de Mefetoni et al., (2011), que julga importante o esclarecimento quanto ao procedimento anestésico –cirúrgico, pois o paciente fica sabendo do que vai lhe acontecer, além de ficar conhecendo a equipe que irá recebê-lo no centro cirúrgico. No entanto quando estes pacientes são desinformados sobre o processo anestésico-cirúrgico, apontam sensação de distanciamento do profissional de saúde.

As orientações sobre o procedimento cirúrgico representa 27,27% (3 artigos) apresentadas na tabela -3, mostram que esse tipo de orientação contribui para a melhor aceitação do paciente para cirurgia. Assim concordando com Gonçalves et al., (2011), que afirmou em seus estudos que os pacientes quando bem orientados cooperam no pós-

operatório, têm recuperação tranquila, não mostram medo do desconhecido e recebem melhor as orientações para alta hospitalar.

O percentual de 18,18 % (2 artigos), esteve presente na orientação sobre o risco cirúrgico, mostrando que esse item teve presente na orientação fornecida por alguns enfermeiros. Destacando assim a importância desse tipo de orientação, pois, por menor que seja o procedimento cirúrgico o risco de complicações sempre estará presente. De acordo com os estudos de Bosco, Santiago, Costa et al.2013), o esclarecimento e a conversa sobre o procedimento cirúrgico, fez com que os pacientes minimizassem o estresse, diminuindo o risco de complicações cirúrgicas.

TIPO DE COMUNICAÇÃO	Nº	%
Diálogo como melhor entendimento	5	45,45
Orientação individual ao paciente	4	36,36
Painéis ilustrativos;	2	18,18
Reuniões semanais;	2	18,18

Tabela 4 - Tipo de comunicação relacionada ao grau de entendimento do paciente.

Fonte: CHRISTÓFORO, B. E. B e etal (2006).

O enfermeiro ao comunicar-se com o seu paciente precisa usar de habilidades para que a orientação seja eficaz e a mensagem ao qual desejou passar seja bem compreendida. Diante disso, a tabela-4 expõe o tipo de comunicação relacionada ao grau de entendimento do paciente. Exibindo que a comunicação na forma de diálogo obteve um percentual de 45,45% (5 artigos) , sendo esse tipo de comunicação uma das que gerou melhor entendimento para os pacientes, principalmente quando esta foi feita com vocabulário simples e de forma objetiva, levando em conta o grau de instrução do paciente o que possibilitou uma melhor compreensão para este.

A orientação individual focando apenas um paciente, representou 36,36 % (4 artigos) mostrando que essa é uma prática bem desenvolvida pelos enfermeiros que fornecem as orientações, diante disso fica claro que a assistência prestada de forma individual visa melhor as particularidades de cada paciente. Indo de encontro ao pensamento de Gonçalves et al (2011) quando fala que a assistência de enfermagem é prestada de forma individual, planejada e humanizada proporciona segurança e diminuição do trauma cirúrgico do paciente.

Os painéis ilustrativos como forma de comunicação estiveram presentes 18,18%( 2 artigos) demonstrando que esse tipo de comunicação é pouco utilizado pelos enfermeiros.



Porém esse recurso quando utilizado,foi mais assimilável e memorável para os pacientes,melhorando o entendimento do paciente á cerca do processo cirúrgico e mostrou ser um meio que pode ser trabalhado com pessoas de diferentes graus de instrução. De acordo com o que Kruse et al.(2009) abordou em seus estudos dizendo que esse modo de abordar o paciente diminui os problemas de comunicação ineficaz,pois quando o paciente visualiza as ilustrações esse fixa e absorve melhor a mensagem a que lhe foi destinada.

Em seguida a tabela - 4 mencionou as orientações em reuniões semanais em grupo tiveram um percentual de 18,18% (2 artigos) mostrando assim que essa prática é pouco desenvolvida por enfermeiros que prestam á assistência pré- operatória. Porém as reuniões de grupo com uso de depoimento quando citadas mostram tranquilidade para os pacientes que á realizaram.Indo de encontro ao estudos de Grittem, Méir e Gaivicz (2006), que mostraram que os pacientes que receberam orientações em grupo sobre às cirurgias que iriam realizar,tiveram efeitos melhor em relação aqueles que não receberam orientação. Diante disso percebemos a necessidade dessa prática ser melhor desenvolvida.

FRAGILIDADES	Nº	%
Uso de linguagem técnica do profissional	4	36,36
Baixa participação do enfermeiro na orientação pré-operatória	3	27,27
Orientação não individualizada ao paciente	2	18,18
Falta de temp.	1	9,09
Ausência de impresso próprio de sistematização específico para visita pré-operatória	1	9,09

Tabela 5 Fragilidades em relação ás orientações dadas ao paciente durante á vista pré-operatória.

Fonte: CHRISTÓFORO, B. E. B e et al (2006).

As fragilidades enfrentadas pelos enfermeiros são tidas como empecilho para a realização da visita pré-operatória, diante disto, a tabela-5 demonstra que o uso de linguagem técnica atingiu uma porcentagem bem elevada 36,36% (4 artigos), isso mostra que o enfermeiro ao usar esse tipo de linguagem tem que conhecer o nível de instrução do seu paciente, pois uma vez que a mensagem não é bem transmitida, pode provocar aumento da ansiedade para o paciente, sendo a linguagem técnica também considerada como uma barreira de comunicação para Silva e Nakata (2005).

A baixa participação do enfermeiro na rotina de orientação de visita pré- operatória e a figura do médico presente nesta função, apontaram a insatisfação de comunicação enfermeiro e paciente durante a visita pré-operatória presentes em 27,27% (3 artigos).

Diante disto, o profissional enfermeiro deve repensar a sua prática,pois segundo

Kruse et al.,(2009), o enfermeiro é o profissional da saúde que permanece mais tempo ao lado do paciente, sendo que ele deve ser o elo de comunicação entre o cliente e os outros profissionais da saúde.

A orientação não individualizada ao paciente foi citada em 18,18% (2 artigos), como sendo uma das fragilidades enfrentadas pelo enfermeiro para prestar as orientações, e isso colabora para que o paciente não se lembre das informações recebidas, já que são ditas de maneira semelhante para todos havendo assim uma repetição das orientações fornecidas pelo enfermeiro. Indo de acordo com Kruse et al.(2009), o paciente é um ser único e os seus valores e individualidade devem ser levados em consideração.

A falta de treinamento ou de preparo para realizar essa atividade, influencia de maneira negativa o modo como os profissionais realizam a orientação, pois esses agem de maneira automática, sem atentar-se para a individualidade do paciente, o que colabora para que esse não se lembrem das informações recebidas.

A falta de tempo dos enfermeiros para a realização da visita pré-operatória foi uma das fragilidades com menor porcentagem apresentando 9,09% (1artigo).

Isso mostra que mesmo com a sobrecarga de trabalho, a orientação não deixou de ser uma atividade importante para o profissional enfermeiro.

A ausência de um impresso próprio de sistematização específico para visita pré-operatória, pontuou 9,09% (1artigo) que relatou essa fragilidade. O que nós faz perceber o baixo índice dessa fragilidade e a presença indispensável desse documento para a realização da visita pré-operatória.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM	Nº	%
Medo	6	54,54
Ansiedade	6	54,54
Ansiedade familiar	5	45,45

Tabela 6 Diagnósticos de enfermagem encontrados durante a visita pré-operatória de enfermagem.

Fonte: FOCHIERA et al (2004).

Os diagnósticos de enfermagem são essenciais para realização dos cuidados de enfermagem, diante disto, a tabela -6 aponta o medo como um dos diagnósticos mais encontrados nos pacientes que encontram-se no período pré- operatório,atingindo a porcentagem de 54,54 % ( 6 artigos), o medo desse pacientes atribuiu-se a falta de conhecimento sobre a sua cirurgia e a falta de orientação ou quando está foi realizada, foi feita de maneira inadequada. Percebeu-se com isso,que é fundamental o preparo do paciente no pré-operatório, prestando assim explicações sobre o procedimento cirúrgico

ao qual o cliente irá se submeter.

A ansiedade atribuída ao processo cirúrgico esteve presente em 54,54% (6 artigos), está pode ser uma resposta às ameaças sentidas pelo paciente em relação ao seu cotidiano e sua integridade física segundo Kurse et al (2009). No entanto é válido ressaltar que quanto maior foi o grau de entendimento do paciente sobre a cirurgia, menor será sua ansiedade em relação à intervenção desta.

A ansiedade familiar apontou 45,45% (5 artigos), a partir de então, podemos entender a importância da participação da família na assistência de enfermagem, pois a família do paciente pode ser um elo entre o doente e o enfermeiro. Além disso a quebra de vínculo familiar, por motivo da hospitalização pode desencadear outros riscos para o paciente. Tendo como base os estudos de Foschiera e Picooli (2004), que diz, que quando a família é envolvida na relação terapêutica ela pode ajudar na tomada de decisões e mostrar caminhos para solucionar as necessidades do paciente.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as orientações fornecidas pelo enfermeiro durante a visita pré-operatória é de fundamental importância para o paciente, pois este quando é informado do que vai lhe acontecer contribui de maneira significativa para o processo cirúrgico, além de diminuir o estresse e a ansiedade causada pela hospitalização.

No entanto a maior fragilidade enfrentada pelos enfermeiros para a realização da visita foi a linguagem técnica, a qual se mostrou um empecilho para a compreensão da orientação que foi dada. Os diagnósticos mais encontrados foi o medo, sendo este o sentimento mais desenvolvido nos pacientes que se encontram no pré-operatório.

Diante desse estudo, o enfermeiro deve estar atento ao modo, com o qual irá comunicar-se com paciente no pré-operatório, certificando-se para que não haja barreiras na comunicação, minimizando os fatores geradores de estresse do paciente, para que assim haja uma visita pré-operatória de enfermagem de qualidade, e conseqüentemente o conhecimento e a boa aceitação do paciente ao seu processo cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

BOSCO, Priscila Sanchez et al. A visita pré-operatória de enfermagem pelo residente em enfermagem médico-cirúrgica: relato de experiência. **Revista de Enfermeria UFPE** on line - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 7, n. 11, 2013. Disponível: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/14982>>. Acesso: 29 jun. 2020.

CHRISTÓFORO, B. E. B; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev Esc Enferm. USP**. 43(1): 14- 22, 2009. Disponível: <https://www.scielo.br>. Acesso 25 nov.2019.

FOSCHIERA, F.; PICCOLI, M., Enfermagem perioperatória: Diagnóstico de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória fundamentos na teoria de Ida Jean Orland. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, 2004. Maio/Agosto.

Disponível: <http://periodicos.uem.br>. Acesso 19 jun.2019.

FREIBERRGER, MF; MUDREY E.S. A importância da visita pré-operatória para a sistematização da assistência de Enfermagem. **Rev. Científica da Faculdade de Educação**, 2011. Disponível: <http://www.faema.edu.br>. Acesso 13 set.2019.

GRITTEM, L; MÉIR, M. J; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enferm.** set/dez; 11(3):243-51, 2006. Disponível em: <https://manualzz.com/doc>. Acesso 9 jun.2019

GONÇALVES, R. M. D. A et al. A comunicação verbal enfermeiro – paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Cienc Cuid Saude**. Jan/Mar; 10(1): 027-034, 2016. Disponível: <http://periodicos.uem.br>. Disponível. Acesso em 27 jun.2019.

MANUAL SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC** – Sociedade Brasileira de enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 6. ed. revisada e atualizada. Nacional SP, 2013.

MAFETONI, R.R; HIGA, R; BELLINI, N.R. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: Revisão Integrativa. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 out/dez: 12 (4)859-65.

Disponível: <https://br.search.yahoo.com>. Acesso em 19 mai.2019.

SENA AC et al. Construção coletiva de um instrumento de cuidados de enfermagem a pacientes no pré-operatório imediato. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2017.

Disponível: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20506/pdf>> Acesso: 24 julho 2019.

SILVA, W. V; NAKATA, S. Comunicação: Uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. Bras de Enferm.** 58(6):673-6, 2005.

Disponível: <https://www.scielo.br>. Acesso em 20 mar.2019.

**SILVA EL, RODRIGUES, F R A.** Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. **Cultura de los Cuidados**. 20(46): 134-145. Repositório Institucional de la Univ. de Alicante. 2016. Disponível: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/61757>. Acesso 22 jun 2020.

OLIVEIRA, M. M. de; MENDONÇA, K. M. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 19, n. 3, 2014. Disponível: [http://www.portal.sobecc.org.br/arquivos/artigos/pdfs/site\\_sobecc.pdf](http://www.portal.sobecc.org.br/arquivos/artigos/pdfs/site_sobecc.pdf).

Acesso: 25 jun 2020.

KRUSE, M.H.L et al. Orientação pré-operatória de enfermagem: Lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf.** [INTERNET], 2009; 11(3):494-500. Disponível em:

<https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc>. Acesso em 20 jun.2019.

## **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 Atena Editora.

**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 Iguçu – 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 Prof<sup>a</sup>. 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

Acidentes de trabalho 11, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Agentes Físicos 114

Atenção Básica 15, 1, 2, 3, 4, 9, 14, 15, 16, 19, 21, 23, 30, 33, 35, 37, 108, 110, 111, 118, 124, 141, 145, 148, 198, 203, 204, 212, 216, 224, 225

Atenção Primária à Saúde 13, 7, 15, 16, 20, 23, 49, 101, 102, 103, 104, 108, 109, 119, 121, 124, 125, 126, 141, 149, 199, 212, 225

### C

Conferência Nacional de Saúde 53

Crescimento Infantil 1, 3

### D

Desenvolvimento Infantil 10, 1, 2, 3, 4, 5, 60

### E

Emergenciais Básicas 27

Envelhecimento 32, 37, 81, 90, 188, 195

Envenenamentos 113, 114, 115

Epidemias 51, 52

Estratégia Saúde da Família 13, 2, 3, 7, 19, 30, 33, 34, 38, 101, 102, 107, 110, 119, 120, 121, 124, 125, 141, 200, 201, 204

Estudo Epidemiológico 13, 40, 41, 112, 187, 189

### F

Fase Infantil 2

Ficha de Notificação de Acidentes Do Trabalho 41

### G

Gestores de Saúde 41

### I

Incapacidades Funcionais 81

### L

Lesões por Envenenamentos 113, 114

## O

Óbitos 11, 14, 32, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 67, 70, 109, 113, 114, 115, 163, 164, 165, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 247

## P

Perfil Etário 80

Pessoa Intoxicada 117

Política de Saúde 51, 52, 53, 55, 202

População Idosa 21, 33, 80, 92, 93, 94

Primeiros Socorros 11, 25, 26, 27, 28, 29, 69, 70, 71, 72

Programa Saúde da Família 19, 49, 50, 62, 64, 120

Puericultura 1, 2, 4, 61, 64

## R

Reforma Sanitária 53, 56

Ressuscitação Cardiopulmonar 16, 28, 245, 246, 247, 248, 249, 251

## S

SAMU 28, 72

Saúde da Criança 1, 2, 61, 63, 166

Saúde Infantil 3, 4, 50

Senilidade 81

Sequelas 27, 67, 70, 170

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 28, 72

Serviço Único de Saúde 49

Sistema Único e Descentralizado de Saúde 54

Socorro Imediato 27

Substancias Químicas 112, 113

Surto Epidêmico 51

## T

Trabalhadores Acidentados 41

## U

Urgência 28, 66, 68, 72, 113, 115, 158, 160, 248

## V

Visita Domiciliar 35, 50, 213



# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 4

---

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](#) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

# PROBLEMAS E OPORTUNIDADES DA SAÚDE BRASILEIRA 4

---

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](#) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 