

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

5



Atena
Editora
Ano 2021

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

5



Atena
Editora
Ano 2021

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

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

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
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Instituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^ª Dr^ª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^ª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^ª Dr^ª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Prof^ª Dr^ª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^ª 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. 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. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Aleksandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof^ª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Prof^ª Dr^ª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^ª Dr^ª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof^ª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª 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
Prof^ª 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. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
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
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
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 Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Ma. Lilians Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^ª Dr^ª 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. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof^ª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Prof^ª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
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
Prof^ª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Prof^ª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof^ª Dr^ª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Prof^ª 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
Prof^ª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Prof^ª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof^ª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof^ª 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

Dinamismo e clareza no planejamento em ciências da saúde 5

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Kimberlly Elisandra Gonçalves Carneiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D583 Dinamismo e clareza no planejamento em ciências da saúde 5 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-936-3

DOI 10.22533/at.ed.363210904

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

Este e-book, como seu próprio título explicita, tem como foco o planejamento de ações nas ciências da saúde. Não obstante, planejar denota preparar um trabalho, ou um objetivo, de forma sistemática; ademais, a etiologia da palavra também conota uma ação, prática e/ou um resultado. Diante disso, a organização desta obra não poderia desconsiderar o contexto que envolve o planejamento estratégico em saúde; desta forma, os 106 trabalhos aqui contidos estão dispostos em 5 volumes que levam em conta justamente o processo construtivo de um plano: a análise científica e literária do caminho percorrido nas ciências da saúde até o momento está representada nos três primeiros volumes que, por sua vez, englobam estudos de revisão, relatos de caso e de experiência, além de pesquisas epidemiológicas; já os últimos dois volumes trazem ao leitor trabalhos que fornecem novas perspectivas de ação em saúde, desde a atenção básica até novos métodos de diagnóstico e tratamento, além de pesquisas qualitativas que tratam da sociologia inerente à prática em saúde, principalmente no Brasil.

Em nome da Atena Editora, agradece-se o empenho dos autores na construção dessa obra e explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico no intuito de inspirar novos estudos que tragam ainda mais resultados para o dinamismo e para a clareza no planejamento em ciências da saúde.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

INTERVENCIÓN MUSICAL RÍTMICA EN LA CONCIENCIA FONOLÓGICA EN NIÑOS CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL)

Jazmín Pérez-Serey

Francisca Carrasco Lavado

Danny Fernández Tapia

DOI 10.22533/at.ed.3632109041

CAPÍTULO 2..... 10

O EDUCAR-SE EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS A PARTIR DO APOIO SOCIAL

Ana Paula Ferreira Fidélix

Maria Waldenez de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3632109042

CAPÍTULO 3..... 26

O PSICÓLOGO NA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL PARA ESTUDANTES DE MEDICINA: A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA

Lígia Gama e Silva Furtado de Mendonça

Álvaro Rafael Santana Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.3632109043

CAPÍTULO 4..... 34

O USO DA CIÊNCIA DOS DADOS NA GESTÃO HOSPITALAR

Abel Brasil Ramos da Silva

Hemerson Bruno da Silva Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.3632109044

CAPÍTULO 5..... 41

O USO DO LÚDICO COMO MÉTODO ATIVO DE ENSINO E APRENDIZAGEM: UMA EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA EM ESCOLA MUNICIPAL DE CURITIBA-PARANÁ

Patrícia Kanae Yamashita

Adriana Cristina Franco

Andressa Zilles

Dandara Viudes Lima Caldas

DOI 10.22533/at.ed.3632109045

CAPÍTULO 6..... 46

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UM OLHAR HUMANIZADO DA FILARIOSE LINFÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Neidi Isabela Pierini

Felipe Flach

Júlia Ferraz

Luana Antochieviez de Oliveira

Vitória Abegg Kleveston

Elisete Elisabete Arend
Solange de Fatima Mohd Suleiman Shama
DOI 10.22533/at.ed.3632109046

CAPÍTULO 7..... 57

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Fernando Marcos Vieira Duarte
Maristela Dalbello-Araujo

DOI 10.22533/at.ed.3632109047

CAPÍTULO 8..... 70

RODA DE CONVERSA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E O DESMAME PRECOCE FUNDAMENTADA NA TEORIA INTERATIVISTA DE KING

Isabelle Cerqueira Sousa
Mikaelly Magno Bastos
Rafaela Rabelo Costa
Carla Monique Lopes Mourão

DOI 10.22533/at.ed.3632109048

CAPÍTULO 9..... 72

RODAS DE CONVERSA COMO FERRAMENTA DE ENSINO E CUIDADO NA UNIDADE PEDIÁTRICA

Adriane das Neves Silva
Cynthia das Neves Silva
Solange das Neves Silva
Vera Lúcia Quirino da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3632109049

CAPÍTULO 10..... 81

PAY-FOR-PERFORMANCE SATISFACTION AND QUALITY IN PRIMARY CARE

Aida Isabel Tavares
Pedro Lopes Ferreira
Rui Passadouro

DOI 10.22533/at.ed.36321090410

CAPÍTULO 11 95

SAÚDE DA MULHER: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE UMA AÇÃO SOCIAL REALIZADA NO CONTEXTO DO OUTUBRO ROSA NA CIDADE DE ARAGUARI – MG

Arthur Carvalho Faria
Camila Pereira Fernandes
Caroline Pereira Fernandes
Danielle Fernandes Alves
Jhonatan Pereira Castro
João Paulo Assunção Borges
Karla Cristina Walter
Larah Correia Borges
Lincoln Rodrigues Fernandes Junior

Luiza Bensemann Gontijo Pereira
Paula Fleury Jubé Leal
Victor Costa Monteiro

DOI 10.22533/at.ed.36321090411

CAPÍTULO 12..... 99

**SAÚDE DO HOMEM: AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS TRABALHADORES EM UMA
EMPRESA NA CIDADE DE ARAGUARI – MG**

Cicera Saiane Amaral Souza
Danielle Fernandes Alves
Felipe Messias Boaventura Alves
Gabrielle Santiago Silva
Jhonatan Pereira Castro
Karla Cristina Walter
Leiliane Aparecida Vieira Delfino
Lincoln Rodrigues Fernandes Junior
Matheus dos Santos Meireles
Nathália Borges de Paiva
Pabline Vanin Claudino
Patrícia da Fonseca Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.36321090412

CAPÍTULO 13..... 102

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS PACIENTES PORTADORES DE OBESIDADE
MÓRBIDA EM FILA DE ESPERA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA**

Jefferson Ferreira de Araújo
Antônio Carlos Siqueira Júnior
Fernanda Paula Cerântola Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.36321090413

CAPÍTULO 14..... 118

SÍNDROME DE BURNOUT: UM MAL PARA OS PROFISSIONAIS

Elcilene da Silva França
Emilane Souza de Moura
Naily Lima D' Oliveira Ribeiro
Maria Patrícia Rodrigues da Silva Feliciano
Renata Kelly Costa do Amaral Soares

DOI 10.22533/at.ed.36321090414

CAPÍTULO 15..... 123

**SISTEMA DE SAÚDE NORTE-AMERICANO: TRAJETÓRIA HISTÓRIA E OS DESAFIOS
PARA O PRESENTE E O FUTURO**

Pamela Nery do Lago
Erlon Carlos Vieira
Flávia Cristina Duarte Silva
Luciana Moreira Batista
Luciene Maria dos Reis
Marlene Simões e Silva

Regina de Oliveira Benedito
Andréa Paula Dourado Vasconcelos
Irismar Emília de Moura Marques
Liane Medeiros Kanashiro
Lilian Maria Santos Silva
Manuela Amaral Almeida Costa

DOI 10.22533/at.ed.36321090415

CAPÍTULO 16..... 132

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) COMO FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS INCAPACIDADES NO PACIENTE COM HANSENÍASE

Francinely dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.36321090416

CAPÍTULO 17..... 145

SOBRE O DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS: RELAÇÃO ENTRE AS CAUSAS DE CONDENAÇÃO *POST MORTEM* DE FRANGOS E O BEM-ESTAR ANIMAL

Susana Regina de Mello Schlemper

Denise Maria Sousa de Mello

Wellington Thiago Molinetti

Valfredo Schlemper

Bruna Pereira

DOI 10.22533/at.ed.36321090417

CAPÍTULO 18..... 154

UM PROGRAMA EDUCATIVO FOCADO NO ESTILO DE VIDA DE PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES SEGUIDAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: DESENHO DE UMA INTERVENÇÃO COMPLEXA

Maria do Rosário Pinto

Ana Carolina Rei Fidalgo

Miguel Loureiro Neves

Pedro Miguel Santos Dinis Parreira

DOI 10.22533/at.ed.36321090418

CAPÍTULO 19..... 173

UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DE INTERNAÇÕES POR MORBIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELÉM/PA

Ysis Nayhara Raiol de Almeida

Brenda Caroline Martins da Silva

Flavine Evangelista Gonçalves

Gabriel dos Santos Pereira Neto

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Jhennifer Nycole Rocha da Silva

Joanny Emanuely Campos do Nascimento

Julielen Larissa Alexandrino Moraes

Nathália Oliveira de Souza

Valéria Gabriele Caldas Nascimento
Wanderson Santiago de Azevedo Junior

DOI 10.22533/at.ed.36321090419

CAPÍTULO 20..... 179

VIAS DE PARTO: ASPECTOS QUE INTERFEREM NA ESCOLHA FINAL DA GESTANTE

Luísa Castilho Amâncio
Carolina Ducarmo Jordão
Davi Borges de Carvalho
Nathália de Almeida França
Nelson Camilo Ribeiro Júnior
Pedro Augusto Silva Sinimbu
Ana Flávia Gonzaga Santos
Eliabe Roriz Silva
Jordana Daniella Inez da Silva
Jordana Diniz Ribeiro Firmo
Northon Oliveira Rocha Brito
Danielle Brandão Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.36321090420

CAPÍTULO 21..... 190

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA PERCEPÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Tháís Vicente Abreu
Maristela Cássia de Oliveira Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.36321090421

SOBRE O ORGANIZADOR..... 202

ÍNDICE REMISSIVO..... 203

CAPÍTULO 1

INTERVENCIÓN MUSICAL RÍTMICA EN LA CONCIENCIA FONOLÓGICA EN NIÑOS CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL)

Data de aceite: 01/04/2021

Jazmín Pérez-Serey

Dra. Ciencias de la Motricidad Humana.
Fonoaudióloga. Profesora de Música,
Licenciada en Ciencias y Artes Musicales.
Directora Fonoaudiología Universidad Pedro
de Valdivia. Docente Pedagogía en Música
Universidad Adventista de Chile

Francisca Carrasco Lavado

Mg. Didáctica y Pedagogía de la Música,
Fonoaudióloga, Docente Carrera Pedagogía en
Música, Universidad Adventista de Chile

Danny Fernández Tapia

Profesor de Música, Universidad Adventista de
Chile

RESUMEN: El objetivo del estudio es verificar la influencia de la intervención musical rítmica en la conciencia fonológica de estudiantes con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). La metodología es cuasi experimental, descriptivo, comparativo y tipo cuantitativo longitudinal. La muestra estuvo conformada por 12 estudiantes entre 6 y 9 años de edad diagnosticados con TEL, quienes fueron evaluados mediante el Test de Segmentación Silábica (PSL) e Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar (IDTEL) según edad, al comienzo y final del estudio. Los estudiantes fueron intervenidos durante ocho sesiones, dos veces por semana durante treinta minutos.

Durante las sesiones se aplicó un programa de intervención musical rítmica previamente validado por 3 expertos. Se compararon los resultados pre y post intervención de las pruebas aplicadas y se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Se concluye que la intervención musical rítmica mejora la conciencia fonológica en los estudiantes diagnosticados con TEL.

PALABRAS CLAVES: TEL, Conciencia fonológica, música- ritmo.

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the influence of rhythmic musical intervention on the phonological awareness of students with Specific Language Disorder (SLI). A quasi-experimental, descriptive comparative and quantitative longitudinal study was carried out. The sample consisted of 12 students of ages between 6 and 9 year old diagnosed with SLI, who were evaluated through the Syllabic Segmentation Test (PSL) and Instrument for the Assessment of Specific Language Disorders at School Age (IDTEL) according to the age at the beginning and end of the study. The students intervened during eight sessions, twice a week for thirty minutes, in groups of 3. During the sessions, a rhythmic musical intervention program previously validated by 3 experts was applied. The pre and post intervention results of the applied tests were compared and statistically significant differences were observed. Therefore, the results indicate that rhythmic musical intervention improves phonological awareness in students diagnosed with SLI.

KEYWORDS: SLI, Phonological awareness, Music- rhythm.

INTRODUCCIÓN

En los primeros años el desarrollo vocal y auditivo del niño presenta un aumento paulatino de su competencia comunicativa que le ayudará a integrarse en la sociedad haciendo uso de los códigos lingüísticos que en ella se utilicen (PUYUELO & RONDAL, 2003). Desde este punto de vista hay autores que indican que la música comparte elementos rítmicos y perceptivos que a veces no son reconocidos en el lenguaje natural, pero se pueden complementar porque comparten los mismos recursos neurales (PATEL & PERETZ, 1997). El aspecto rítmico igualmente favorece la estructura lingüística tanto en la música como en el lenguaje, en este campo han destacado los estudios de la métrica referida al esquema acento-temporal (SELKIRK, 1984), así como la importancia del alargamiento vocálico y la mayor lentitud al trabajar la metría en una frase (REPP, 1992; LIPEROTE2006).

Bolduc (2009) indica que la percepción auditiva, la memoria fonológica y las habilidades metacognitivas desempeñan una función esencial en el desarrollo de las habilidades musicales y lingüísticas, por ello indica que la canción popular infantil, resulta ser un recurso didáctico excelente, al solicitar la participación directa del niño, usando su oído, su voz y su sentido rítmico. Además, agrega que las habilidades entonacionales, rítmicas, el reconocimiento de la rima y la acentuación, estimulan la atención y la memoria fonológica (BOLDUC 2009). Por su parte, Mizener (2008) promueve la aplicación de gestos y movimientos coordinados al ritmo, la prosodia y la estructura de la canción para dar mayor énfasis al vocabulario, facilitando así, la comprensión lingüística y la fluidez rítmica del discurso (MIZENER, 2008).

Respecto al Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) la American Speech-Language-Hearing Association (1980) lo define como la anormal adquisición, comprensión o expresión del lenguaje hablado o escrito de uno o algunos de sus componentes, ya sea fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico. El problema que se observa en los estudiantes con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), es la dificultad para ser conscientes en la estructura de una oración y de las sílabas que componen una palabra. Según Pérez (2014) los niños con TEL tienen graves problemas para expresarse a través del lenguaje oral y les cuesta comprender lo que otros dicen . Para Kirk, McCarthy & Kirk (2009) estos niños no son capaces de reproducir de una manera efectiva las palabras y oraciones que han escuchado recientemente, por lo tanto, la información auditiva no se puede almacenar ni procesar en el mismo orden en que se presentan los estímulos generando dificultad para recordar secuencias de palabras, números, indicaciones, órdenes y oraciones. Desde el punto de vista de Fonseca y Toscano (2012) la melodía, la música y el lenguaje dan paso a la palabra, por lo tanto, desarrollar la musicalidad a través de la melodía y el ritmo, permitirá crear un camino para incrementar la entonación del habla. Por su parte, Campbell (2001) menciona que escuchar música

sin letra favorecerá la musicalidad, mientras que cantar canciones sienta los cimientos de la capacidad lingüística, y más adelante leer, hablar y expresarse. Incluir rima, ritmo y melodías posibilita el aumento de la memorización de la letra (FALIONI, 1993), sobre todo cuando la información es significativa (ANGELUCCI, FIOR, RICCI, PADUA, SABINO & TONALI, 2007)

De esta forma, resulta interesante integrar la música como apoyo a la estimulación de la conciencia fonológica, pues puede integrar diferentes unidades de sonido, tales como, las sílabas, rimas, sonidos iniciales y fonemas que se relacionan entre sí, con las células rítmicas musicales, provocando la estimulación de la conciencia fonológica y finalmente, del lenguaje oral (SCHMITZ, 2011). Es por ello que esta investigación busca verificar la influencia de la intervención musical rítmica en la conciencia fonológica de estudiantes con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) del Colegio Cumbres de Coihueco.

MÉTODO

El diseño de este estudio es cuasiexperimental, nivel descriptivo comparativo, de tipo cuantitativo longitudinal. La muestra corresponde a estudiantes de primero a cuarto año básico, que presentaron diagnóstico de trastorno específico del lenguaje de colegio particular subvencionado, los cuales fueron divididos en 3 grupos de acuerdo a su edad y curso.

El grupo 1 corresponde a 5 estudiantes de 6 años que cursan 1° básico, el grupo 2 está formado por 3 estudiantes de 7 años pertenecientes a 2° básico y el grupo 3 se conforma por 4 estudiantes de 8 y 9 años que cursan 3° y 4° básico, respectivamente.

Los criterios de inclusión fueron estar matriculado en el Colegio Cumbres de Coihueco, estar cursando 1°, 2°, 3° o 4° Básico, tener diagnóstico de TEL, y firmar consentimiento informado por parte de apoderados. Fueron excluidos del estudio aquellos estudiantes que no estén matriculados en Colegio Cumbres, que no tengan TEL y no tengan consentimiento informado.

MEDIDAS DE RESULTADO

La evaluación de la conciencia fonológica fue realizada por una profesional fonoaudióloga. Para ello se utilizaron las siguiente pruebas:

1. Prueba de Segmentación Lingüística (PSL): Se utilizó en niños de 6 y 7 año, correspondientes a los cursos 1° y 2° básico. Esta prueba tiene como fin evaluar la conciencia de la estructura segmental de la lengua en los niños de 5 a 7 años. Está compuesta por 3 áreas con un total de 42 ítems distribuidos en 8 ítems de reconocimiento de palabras, 16 ítems de análisis silábico y 18 ítems de análisis de fonemas (ORELLANA & RAMACIOTTI, 2007).

2. Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar (IDTEL): Se aplicó en los estudiantes de 8 y 9 años, pertenecientes a 3° y 4° básico. Se encuentra diseñado para evaluar trastornos del lenguaje en escolares desde los 6 años hasta los 9 años y 11 meses de edad. La prueba consta de 185 ítems, de los cuales 55 corresponde al área de la fonología, 41 a morfosintaxis, 69 a semántica y 20 a pragmática (PEREZ, CACERES, GONGORA, CALDERON & CACERES, 2006).

La fonoaudióloga consideró que aplicar la prueba IDTEL en estudiantes de 6 y 7 años podría afectar los resultados de la muestra, ya que dicha prueba presenta un alto nivel de complejidad, por lo tanto se decidió usar la Prueba de Segmentación Lingüística. En estudiantes de 8 y 9 años se utilizó la Prueba IDTEL debido a que a esta edad los niños ya han comenzado a adquirir el proceso de la lectoescritura y por lo tanto han consolidado las habilidades de Segmentación silábica, permitiendo controlar así la variable de dificultad de la prueba.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MUSICAL RÍTMICA

El Programa de Intervención Musical Rítmico fue validado por tres expertos de la especialidad de música de la Universidad Adventista de Chile. Consistió en realizar un trabajo rítmico mediante el uso de sílabas y figuras musicales como negra, corchea y tresillo de corchea, separando las sílabas con una figura rítmica, y agregando consonantes o fonemas a las palabras establecidas en las oraciones, ya sea inicial, medial o final. Además, se utilizaron diferentes formas de juego con ritmo, usando canciones al inicio de la sesión para motivar la clase; luego se trabaja con las figuras rítmicas usando palmas, pies e instrumentos musicales, para después integrar estrategias de segmentación silábica y prosodia asociadas a palabras y oraciones (GRAETZER & YEPES, 1961). Las intervenciones se realizaron durante ocho sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana durante treinta minutos, en grupos de 3 estudiantes. Estas sesiones se desarrollaron en los días y horarios que la dirección del establecimiento determinó.

RESULTADOS

Se incluyó a 12 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. En la Tabla N°1 se identifican las características del grupo de estudio.

ESTUDIANTE	EDAD	GÊNERO	GRUPO	CURSO	TEL	INSTRUMENTO	% Logro Pre	% Logro Post
1	6	Femenino	Grupo 1	1° Básico	Mixto	Segmentación lingüística	54%	83%
2	6	Masculino	Grupo 1	1° Básico	Mixto	Segmentación lingüística	39%	68%
3	6	Masculino	Grupo 1	1° Básico	Expresivo	Segmentación lingüística	54%	76%
4	6	Masculino	Grupo 1	1° Básico	Expresivo	Segmentación lingüística	49%	51%
5	7	Masculino	Grupo 1	1° Básico	Expresivo	Segmentación lingüística	44%	59%
6	7	Femenino	Grupo 2	2° Básico	Mixto	Segmentación lingüística	68%	85%
7	7	Femenino	Grupo 2	2° Básico	Mixto	Segmentación lingüística	71%	85%
8	7	Masculino	Grupo 2	2° Básico	Expresivo	Segmentación lingüística	98%	100%
9	8	Femenino	Grupo 3	3° Básico	Expresivo	IDTEL	27%	38%
10	8	Masculino	Grupo 3	3° Básico	Mixto	IDTEL	22%	60%
11	9	Femenino	Grupo 3	3° Básico	Mixto	IDTEL	56%	73%
12	9	Femenino	Grupo 3	4° Básico	Mixto	IDTEL	18%	40%

Tabla 1 — Características del grupo de estudio

Fuente: elaborado por los autores

En la Tabla N°1 se observa la distribución de los estudiantes en grupos de trabajo, la que responde al criterio de nivel académico al que pertenecía cada estudiante, de los cuales en el primer grupo, 5 son de primer año básico equivalente al 41,7%; en el segundo grupo, 2 son de segundo año básico, equivalente al 25 %; y en el tercer grupo ,3 son de tercer año y 1 de cuarto año básico, equivalente al 33,3%. La distribución por edad corresponde a un 33,3% de la muestra tienen 6 años, 33,3 % tienen 7 años, 16,7% tienen 8 años y un 16,7% tienen 9 años de edad. Respecto al género la muestra consideró una población mixta conformada por 6 niños y 6 niñas equivalentes al 50% respectivamente.

En la Tabla N°2 se observa que las medias en cada grupo aumentan después de la intervención. El mayor impacto en el porcentaje de logro se produjo en los estudiantes del grupo 3, con mayor diferencia de medias, seguido por el grupo 1. En cuanto a la desviación estándar, el grupo 2 tiene menor dispersión en los resultados post intervención. Las diferencias entre los grupos se observan tanto antes como después de la intervención.

	Media Antes	DS Antes	Sig	Media Después	DS Después	sig.
Grupo 1	48	6,52	0,04	67,4	12,82	0,02
Grupo 2	79	16,52		90	8,66	
Grupo 3	30,75	17,23		52,75	16,76	
Total	50	22,63		68,17	19,15	

Tabla 2— Anova entre grupos y porcentaje de logro.

Fuente: elaborado por los autores

En la Tabla N°3 se aplica post hoc para determinar las diferencias entre los grupos. Entre el grupo 1 y 2 las diferencias desaparecen después de la intervención, mientras que las diferencias se mantienen en los grupos 2 y 3 antes y después de la intervención.

Grupos		Antes post hoc	Después post hoc
Grupo 1	Grupo 2	,03	,11
Grupo 1	Grupo 3	,19	,29
Grupo 2	Grupo 3	,00	,01

Tabla N°3. Pruebas post hoc.

Fuente: elaborado por los autores

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, todos los estudiantes aumentaron los porcentajes de logro postintervención. Este aumento concuerda con el trabajo realizado por Minyela Voguls (2012) en sujetos de edad pre escolar y sin diagnóstico de TEL, mostrando que la educación musical potencia la conciencia fonológica en un 90%. Para Anvari (2002), la variación positiva se explica porque las tareas de percepción rítmica se encuentran asociadas a la conciencia fonológica. Y a su vez, según Aguilar, Marchena, Navarro y Menacho (2011), los niños comenzarán a identificar y nombrar letras o sonidos de palabras, e incluso de nombrar letras iniciales en palabras de uso más frecuente.

Aunque las medias del grupo 1 y 2 tuvieron mejor porcentaje de logro el grupo 3 tuvo mejor diferencia de media en dichos porcentajes, esto puede indicar que la intervención rítmica tendrá mejor impacto en la conciencia fonológica si se realiza en los primeros 2 años de escolaridad, aumentando aún más, una vez adquirida la lectoescritura en el segundo año. Esto es compartido por François, Chobert, Besson, y Schön (2012) quien detectó que al trabajar el lenguaje con música mejora la segmentación de las palabras, por lo que, según Besson y Faita (2011) se generará una transferencia del dominio auditivo-perceptivo musical al lingüístico.

En esta investigación, las diferencias encontradas en el grupo 3 indican que a mayor edad el porcentaje de logro no será tan alto como a edades más tempranas, pero sí generará un impacto individual en la conciencia fonológica post intervención rítmica. Las evidencias encontradas por Galicia y Zarzosa (2014) muestran que las habilidades rítmicas están asociadas con una buena ejecución en la segmentación de palabras, generación de rimas, identificación del sonido inicial y final, mezclar fonemas para formar palabras y omisión de sílabas o fonemas de una palabra. Estas habilidades en niños con TEL están descendidas, por lo tanto, la música y el ritmo son un vehículo que favorece el desarrollo de dichas habilidades lingüísticas. Bravo, Villalón & Orellana (2006) lo ejemplifica como la capacidad de avanzar hacia una asociación entre sonidos y formas de las letras, lo que se ha considerado como una base cognitiva necesaria para la decodificación del lenguaje. Para Galicia y Zarzosa (2014) entre los 4 y 7 años de edad las actividades musicales conducidas por profesores especialistas influyen las habilidades lingüísticas relacionadas a la conciencia fonológica, y por ende, al proceso de aprendizaje de la lectura.

CONCLUSIÓN

En la investigación realizada, se demuestra que la intervención musical rítmica influye en la conciencia fonológica de estudiantes 1° a 4° básico diagnosticados con TEL del Colegio Cumbres de Coihueco. Desde este punto de vista la educación musical rítmica potencia la conciencia fonológica en sujetos con TEL en edad escolar.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede mencionar que el número reducido de la muestra no permite extrapolar los resultados a la población general, por ello es necesario seguir investigando y ampliar el número de la muestra. Además, sería interesante utilizar comparación entre grupos control y experimental.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a quienes colaboraron en este trabajo, Profesora Teresa Vallejos, Beatriz Herrera, Barbara Platoni, Amarilis Silva y Yasmin Soto.

REFERENCIAS

AGUILAR, M., MARCHENA, E., NAVARRO, J., MENACHO, I. y ALCALDE, C. Niveles de dificultad de la conciencia fonológica y aprendizaje lector. **Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología**, 31(2), 96-105.. 2001.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. Central auditory processing: Current status of research and implications for clinical practice. **American Journal of Audiology**, 5 (2), 41-54. 1996.

ANGELUCCI, F., FIORE, M., RICCI, E., PADUA, L., SABINO, A., y TONALI, P. Investigating the neurobiology of music: brain-derived neurotrophic factor modulation in the hippocampus of young adult mice. **Behavioural pharmacology**, 18(5-6), 491-496. 2007.

ANVARI, S., TRAINOR, L., WOODSIDE, J., y LEVY, B. Relations among musical skills, phonological processing, and early reading ability in preschool children. **Journal of Experimental Child Psychology**, 83(2), 111-130. 2002.

BESSON, M. y FAÏTA, F. An event-related potential (ERP) study of musical expectancy: Comparison of musicians with nonmusicians. **Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance**, 21(6), 1278-1296. 1995

BOLDUC, J. Effects of a music programme on kindergarteners' phonological awareness skills. **International Journal of Music Education**, 27(1), 37-47. 2009.

BRAVO, L., VILLALÓN, M. y ORELLANA, E. Predictibilidad del rendimiento en la lectura: Una investigación de seguimiento entre primer y tercer año. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 38(1), 9-20. 2006.

CAMPBELL, D. **El efecto Mozart para niños**. Barcelona: Urano. 2001.

FALIONI, J. Music as means to enhance cultural awareness and literacy in the foreign language classroom. **Mid-Atlantic Journal of Foreign Language Pedagogy**, 1, 97-108.1993.

FONSECA M. Y TOSCANO, C., Y. La música como herramienta facilitadora del aprendizaje del inglés como lengua extranjera. **Teoría de la Educación**, 24(2), 197-213. 2012.

FRANÇOIS, C., CHOBERT, J., BESSON, M. y SCHÖN, D. Music training for the development of speech segmentation. **Cerebral Cortex**, 23(9), 2038-2043. 2012.

GALICIA, I. y ZARZOSA, L. La presencia de las actividades musicales en los programas educativos y su influencia en la conciencia fonológica. **Perfiles educativos**, 36(144), 157-172. 2014.

GRAETZER, G. Y YEPES, A. **Introducción a la práctica del Orff-Schulwerk**. Buenos Aires: Barry. 1961.

KIRK, S., MCCARTHY, J., y KIRK, W. **Test de Illinois de Aptitudes Psicolinguísticas**. Madrid: TEA Ediciones. 2009.

LIPEROTE, K. Audiation for beginning instrumentalists: Listen, speak, read and write. **Music Educators Journal**, 93(1), 46-52. 2006.

MIZENER, C. Our singing children: Developing singing accuracy. **General Music Today**, 21(3), 18-24. 2008

ORELLANA, E. y RAMACIOTTI, A. **Prueba de segmentación lingüística**. Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica. 2007.

PATEL, A.D. y I. PERETZ. . Is music autonomous from language? A neuropsychological appraisal. En I. Deliège y J. Sloboda. **Perception and cognition of music** (p. 191–215). UK: Taylor & Francis. 1997.

PEREZ, D., CACERES, S., GONGORA, B., CALDERON, C y CACERES, P. **Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar**. Valparaíso: Biosique. 2006.

PÉREZ, M. **Trastorno específico del lenguaje**: Guía para la intervención en el ámbito educativo, Galicia: Asociación TEL Galicia. 2014.

PUYUELO, M., y RONDAL, J. **Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje**: Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto . Barcelona: Masson. 2003

REPP, B. Probing the cognitive representation of musical time: Structural constraints on the perception of timing perturbations. **Cognition**, 44(3), 241-281. 1992.

SELKIRK, E **Phonology and syntax**: the relation between sound and structure. Cambridge: MIT Press. 1994.

SCHMITZ, S. *The development of phonological awareness in young children: Examining the effectiveness of a phonological program*. Tesis doctoral sin publicar, University of Nebraska, Lincoln. 2001.

CAPÍTULO 2

O EDUCAR-SE EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS A PARTIR DO APOIO SOCIAL

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Ana Paula Ferreira Fidélis

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
São Carlos - SP
<http://lattes.cnpq.br/7516927567100842>

Maria Waldenez de Oliveira

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar
São Carlos - SP
<http://lattes.cnpq.br/3404769527869004>

RESUMO: O artigo traz resultados de pesquisa realizada junto a um grupo de convivência de idosas. A partir do início do século XX é possível observar uma mudança nas nomenclaturas utilizadas para designar velhice e envelhecimento, acompanhada da construção de políticas públicas que tomam como base o envelhecimento saudável. A formação de grupos de convivência de idosos é um dos exemplos dessa mudança. São serviços que tem por objetivo proporcionar aos participantes a busca pela manutenção de sua saúde física, cognitiva e psicossocial. A literatura na área apresenta a presença do apoio social nesses espaços de convivência. Agregue-se a literatura na área de Educação que indica que a educação não se dá apenas circunscrita ao espaço escolar, mas também cotidianamente, nas relações entre as pessoas. Com estas bases teóricas elaborou-se o objetivo da pesquisa, que foi o de compreender o apoio social em um grupo de convivência de idosas e que processos

educativos tal apoio desencadeia entre as participantes. A partir de observações, diários de campo e entrevistas foi possível identificar como estas idosas educam-se umas às outras neste grupo. Aprofundou-se neste artigo, os processos educativos relacionados à percepção da velhice e à convivência.

PALAVRAS-CHAVE: Processos Educativos, Grupos de Convivência, Envelhecimento, Apoio Social.

EDUCATING ONESELF IN A GROUP OF ELDERLY PEOPLE BASED ON SOCIAL SUPPORT

ABSTRACT: The article presents results of a research carried out with a group of elderly women. From the beginning of the twentieth century it is possible to observe a change in the nomenclatures used to designate old age and aging, accompanied by the construction of public policies based on healthy aging. The formation of elderly living groups is one example of this change. These are services that aim to provide participants with the quest to maintain their physical, cognitive and psychosocial health. The literature in the area shows the presence of social support in these living spaces. Add the literature in the area of Education that indicates that education is not limited to the school space, but also daily, in the relationships between people. Based on these theoretical bases, the objective of the research was elaborated, which was to understand social support in a group of elderly women and what educational processes such support triggers among the participants. From observations, field diaries and interviews,

it was possible to identify how these elderly women educate each other in this group. In this article, the educational processes related to the perception of old age and coexistence were deepened.

KEYWORDS: Educational Processes, Coexistence Groups, Aging, Social support.

1 | APRESENTAÇÃO

Este trabalho apresenta nossas reflexões sobre as relações entre as práticas sociais e os processos educativos a partir de resultados de pesquisa de mestrado realizada junto a um grupo de convivência de idosos na cidade de São Carlos - SP. Seguindo a linha de entendimento de que as pessoas interagem, se socializam e assim se formam continuamente a partir de todas as experiências das quais participam e vivenciam ao longo de sua trajetória de vida, identifica-se que em Práticas Sociais desenvolvem-se Processos Educativos (OLIVEIRA, et. al., 2014).

A partir dessa compreensão, a pesquisa dirigiu-se ao desenvolvimento do apoio social em um grupo de idosos, buscando seus processos educativos.

Este artigo está organizado em 5 momentos. O primeiro traz o aporte conceitual e teórico. O segundo trata do caminho metodológico utilizado e seu aporte teórico. O terceiro e quarto trazem os resultados nas categorias “Percepção sobre a velhice” e “Convivência”; e o quinto, as reflexões e considerações possibilitadas pela pesquisa.

2 | ENVELHECIMENTO E APOIO SOCIAL

A terminologia velho ainda é fortemente associada à decadência e com a incapacidade para o trabalho, ser velho pressupõe um indivíduo idoso e pobre. A partir do século XX observa-se uma mudança no que diz respeito aos termos utilizados para tratamento e também da percepção sobre as pessoas envelhecidas.

Acerca da visão sobre os idosos e o envelhecimento Bosi (1979, p. 34), traz que :

Em nossa sociedade, os fracos não podem ter defeitos; portanto, os velhos não podem errar. Deles esperamos infinita tolerância, longanimidade, perdão, ou uma abnegação servil pela família. Momentos de cólera, de esquecimento, de fraqueza são duramente cobrados aos idosos e podem ser o início de seu banimento do grupo familiar. Uma variante desse comportamento: ouvimos pessoas que não sabem falar aos idosos, senão com tom de protetor que mal disfarça a estranheza e a recusa.

Nessa mesma direção, Guerra e Caldas (2010), e Motta (2006) analisam que o envelhecimento é preponderantemente visto como um processo que acarreta inúmeras perdas, sejam elas ligadas às limitações físicas, bem como relacionadas à participação social. As autoras consideram que essa é uma visão preconceituosa sobre o envelhecimento, dada a falta de informação e conhecimento sobre o processo, o que gera significados e imagens negativas sobre as pessoas idosas, podendo levá-las à situações de exclusão e marginalidade no seio da sociedade (GUERRA; CALDAS, 2010; MOTTA, 2006).

Segundo Mendes et. al. (2005), em nossa sociedade, ocidental e capitalista, este envelhecimento não é visto como positivo, uma vez que valoriza-se a produtividade e a velhice por não corresponder a esta demanda, não produzindo riqueza, ou seja, produtos e serviços, perde o seu valor e torna-se marginalizada (MENDES et. al, 2005). A velhice marginalizada torna-se exterioridade. Dussel (1977) teoriza que a totalidade vigente coloca-se a si mesma como o centro do mundo, em posição de dominação. A partir desta afirmação de Dussel entendemos que a totalidade considera valorosa a pessoa produtiva, excluindo o idoso por considerar que este não se encaixa em seus padrões. Para o autor (1977, p. 58) nesse processo, “[...] aliena-se o ser do outro ao deslocá-lo do seu próprio centro; ao fazê-lo girar em torno do centro da totalidade alheia, ele se torna propriedade do centro”. A totalidade torna-se razão dominadora. E ainda de acordo com o autor a exterioridade resiste aos processos de dominação, dado que não é coisa. É alguém, o outro que quer ser livre, porém, que está condicionado pelo sistema do mundo. Onde existe a opressão, há resistência, fazendo emergir movimentos que vão de encontro às imposições sofridas.

Ferreira e Silva (2012, p. 34) corroboram os autores acima, indicando que a velhice ainda tem frequentemente a sua imagem associada à negatividade, “protagonizando a inatividade, a exclusão, o afastamento, a doença e os mais diversos olhares pejorativos”. No entanto, afirmam os autores, vêm ocorrendo mudanças em nossa sociedade com relação à imagem da pessoa idosa, com o aumento da expectativa de vida, a imagem relacionada às limitações e incapacidades vem se transformando.

Teixeira e Neri (2008), a partir de revisão da literatura, apontam que os idosos responderam considerar-se bem-sucedidos ou saudáveis, mesmo tendo doenças crônicas, problemas físicos, cognitivos e comorbidades (TEIXEIRA; NERI, 2008). Segundo as autoras (p. 87) ao citar Strawbridge et. al. (2002), “a integridade da saúde física e a capacidade funcional são componentes importantes do envelhecimento bem-sucedido, mas uma definição [de envelhecimento-sucedido] não pode limitar-se a esses fatores”. A própria auto-percepção do idoso sobre seu envelhecimento é fator fundamental para sua análise. O processo de envelhecimento é subjetivo, portanto, a forma com que o indivíduo vai interpretar esta etapa da vida é particular. Aspectos culturais e da história de vida de cada sujeito individualmente (GUERRA; CALDAS, 2010) influenciam essa interpretação. Isto nos permite compreender que não devemos generalizar conceitos e visões (DEBERT, 2006).

A interpretação da velhice pelos próprios idosos depende de diversos fatores, entre eles, a interação entre crenças e atitudes frente ao processo de envelhecimento. As atitudes podem ser construídas ou modificadas durante o processo de envelhecimento dependendo do contexto social em que o idoso está inserido e as possibilidades de aprendizagem que lhe são proporcionadas (PATROCÍNIO, 2011).

Na promoção do envelhecimento bem sucedido (por vezes também chamado de envelhecimento saudável), é importante atentarmos para as relações sociais e os aprendizados sobre o próprio envelhecimento que elas proporcionam a cada sujeito. A

vida social está diretamente ligada a dignidade humana como afirmam Junqueira e Rocha (2013, p. 263) “uma vivência harmoniosa, a realização na convivência social, a solidariedade [...], a promoção da vida digna, são os aspectos mais relevantes para a defesa da dignidade humana”.

O convívio, segundo Mendes, et. al. (2005, p. 426) permite “a troca de carinho, experiências, idéias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, além de uma troca permanente de afeto, estimulando o pensar, o fazer, o dar, o trocar, o reformular e o aprender”. É importante que o idoso esteja envolvido em atividades em que o possa ser útil, que lhe proporcionem prazer e felicidade. Para que seja possível uma construção de mundo, é necessário que se faça a partir da convivência, e na convivência os laços se estreitam, formam-se relações de respeito e reciprocidade (OLIVEIRA,STOTZ, 2004; FREIRE, 1987).

Os grupos de convivência para idosos, podem ser oportunidade de construção de uma melhor qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (SANTOS, 2015). Nestes grupos pode-se construir apoio social permitindo segundo Valla (2000, p. 41) que “as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos, como, por exemplo, a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, ou um despejo da casa onde se reside por muitos anos” A reciprocidade é componente importante e fundamental nesta relação, existe uma troca na qual são beneficiadas as pessoas que recebem e as pessoas que oferecem apoio (CANESQUI;BARSAGLINI, 2012; GONÇALVES et al, 2011, VALLA, 2000). Assim, nas relações intersubjetivas com as demais pessoas do grupo, vão também constituindo processos educativos sobre o seu próprio processo de envelhecimento, pois como nos informam Oliveira et. al. (2009, p. 4), às práticas sociais desenvolvidas no interior de grupos podem:

[...]produzir bens, transmitir valores, significados, ensinar a viver e a controlar o viver, enfim, manter a sobrevivência material e simbólica das sociedades humanas.

Valla (2000, p. 42), baseado em Cassel (1974), nos informa que o apoio social surge da ideia que os apoios disponíveis têm a possibilidade de influenciar intersubjetivamente de forma positiva, proporcionando proteção contra “o aparecimento de doenças, oferecendo melhorias de saúde física, mental e emocional”.

Segundo Valla (2000, p. 41), “apoio social se define como sendo qualquer informação falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”.

A existência de grupos de convivência e a participação dos idosos nestes lugares configuram positivamente as trocas e os laços entre os indivíduos. Segundo Canesqui e Barsaglini (2012, p. 1111):

[...] reconhecendo as reflexões da sua importância no envolvimento

comunitário, estímulo à cooperação, reforço à autoestima; à identidade e à vontade de viver; no fortalecimento da interdependência e da cooperação entre as associações e no desenvolvimento da cidadania e democracia.

Na convivência no grupo, compartilhando visões e compreensões sobre a velhice, o envelhecer, pessoas idosas também aprendem umas com as outras. Segundo Oliveira, et. al. (2009), são os processos educativos possibilitados pela prática social. Vínculos e laços que se dão a partir da convivência, um processo que exige paciência e disposição de tempo, pois não ocorre de uma hora para outra, é necessário conviver para assim estreitar laços (OLIVEIRA, et. al, 2009). O conviver é fazer parte, estar junto, se relacionar e que segundo Oliveira e Stotz (2004, p.5) para que essa convivência seja efetiva “existem algumas moedas: simpatia, confiança, humildade, sensibilidade, respeito, flexibilidade em relação aos tempos”.

A participação social, a participação em grupos de convivência proporcionam aos idosos uma atitude positiva em relação ao envelhecimento. E a existência de uma visão positiva sobre a velhice é importante, pois aumenta a possibilidade de participação social dos idosos (PATROCÍNIO, 2011). Assim ambos, a atitude positiva e a participação se alimentam mutuamente.

A participação em grupos proporciona uma visão positiva sobre o envelhecimento, como Debert (1999, p. 84), nos aponta:

Novas comunidades são criadas, o conjunto de papéis sociais anteriormente perdidos são reencontrados, redes de solidariedade, de trocas e de afeto são desenvolvidas de maneira intensa e gratificante, promovendo uma experiência de envelhecimento positiva, mesmo para aqueles cujos vínculos com os filhos e parentes são tênues.

Canesqui e Barsaglini (2012), revisaram estudos nacionais e internacionais sobre o apoio social. Informam que estes dialogam entre si, embora a literatura internacional seja mais antiga e por isto também mais ampla, diversificada e empírica, enquanto que na literatura nacional as discussões são emergentes e os estudos qualitativos tem maior presença. Estas mesmas autoras apontam o apoio social como sendo, segundo as autoras (p. 1110), “elemento de integração e coesão social, promotor da autoestima; como informação escrita ou não, material e econômica; de proteção, promoção da saúde e participação social; redutor do estresse e transcendente ao cuidado” (CANESQUI;BARSAGLINI, 2012, p. 1110).

O conceito não deve, no entanto, ser usado genericamente, pois está associado à ideia de auxílio e proteção, que são subjetivos e deve “considerar o contexto político, econômico e cultural no qual está inserido” (MARTIN, 2012, p. 1115), o que constrói o que é aceitável e não aceitável, moral ou imoral, entre outros, para determinada sociedade, grupo ou coletivo. Também entra na composição do apoio social, o quanto um grupo ou uma sociedade valorizam o indivíduo e/ou a coletividade (MARTIN, 2012). A autora alerta

que deve-se ter cuidado com o uso do termo apoio social. Ter família e vizinhos presentes, por exemplo, não significa necessariamente que o apoio social é existente em algumas situações, depende de fatores como o grau de participação desta família e dos vizinhos, de quem oferece o apoio e também do envolvimento de quem o recebe. Ainda segundo Valla (1999), o envolvimento com atividades caracterizadas como apoio social pode ser um fator positivo no aumento da confiança, na satisfação com a vida e na capacidade de enfrentar problemas.

Resende et. al. (2010, p. 595) destacam como as principais dimensões do apoio social, o apoio emocional, instrumental, informacional e cognitivo, mais especificamente:

O apoio emocional relaciona-se à percepção de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível, ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir seus problemas, mostrar-se empático e confiável). O apoio instrumental ou material refere-se à assistência prática e direta na realização de atividades concretas ou resolução de problemas, as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém. O apoio informacional relaciona-se com a obtenção de informações e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas, para que o indivíduo possa guiar e orientar suas ações. Por fim, o apoio cognitivo auxilia na autoafirmação e refere-se a uma postura ativa de incentivo, escuta e reforço positivo dado por alguém.

Apoio social é um conceito multidimensional, podendo ser classificado, segundo Sousa et. al. (2010, p. 626), conforme as seguintes características: “direção (recebido ou fornecido); disposição (disponível ou executado); forma de medição (descrito ou avaliado); conteúdo (emocional, instrumental, informativo, avaliativo); rede social (família, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, comunidade e outros)”.

Desempenha papel importante, de forma direta, por exemplo, quanto maior o nível de apoio social menor o mal estar ou indireta, funcionando como um moderador sobre outras ações que influenciam no nível de bem-estar das pessoas. Ele varia conforme as etapas da vida, por exemplo, o apoio recebido na infância é diferente daquele que se faz necessário na velhice (SOUSA et. al., 2010).

Estudos têm indicado que o apoio recebido se relaciona com desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando na maneira de encarar diversas situações, como por exemplo, situações de estresse, bem estar emocional e inclusive a longevidade (GONÇALVES et al, 2011).

A partir de necessidades pessoais surgem as demandas de apoio social e constroem-se redes. Redes Sociais de Apoio, segundo Alexandre (2011, p. 242):

[...] são sistemas organizacionais que reúnem indivíduos e instituições de forma democrática e participativa em torno de objetivos comuns, permitindo a convivência entre os integrantes de uma rede e os laços de afinidade e de apoio social entre eles.

Estas redes são constituídas pela família, serviços de saúde, entre outros grupos onde os indivíduos se inserem, todos com características de troca entre os colaboradores, com desfechos majoritariamente positivos (GONÇALVES, et. al, 2011; PIGNATTI, et. al., 2011; MOTA, 2010). Redes de apoio social contribuem para aspectos importantes a cada indivíduo, como por exemplo, segundo Resende et. al. (2010, p. 596) “saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar, redução do mal estar, longevidade e mortalidade, satisfação com a vida”.

3 I “CAMINHAR COM”, UMA OPÇÃO PARA VIVENCIAR E COMPREENDER OS PROCESSOS EDUCATIVOS

Na pesquisa realizada, optou-se pelo método qualitativo, pois tem como uma de suas características a aproximação entre pessoas, a pessoa que pesquisa e as demais pessoas que participam deste trabalho. Segundo Minayo e Sanches (1993, p. 244) “a pesquisa qualitativa se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”. A pesquisa qualitativa é rica em detalhes descritivos relativos a pessoas, locais e conversas e as questões a serem investigadas são formuladas com o objetivo de compreender toda a complexidade dos fenômenos em contexto natural (MINAYO; SANCHES, 1993; BOGDAN;BIKLEN, 1994).

Estar com, para vivenciar, compreender e construir compreensões sobre os processos educativos envolvidos foi opção neste trabalho. Na pesquisa qualitativa o pesquisador insere-se no campo a ser estudado, preocupa-se com o contexto, entendendo que as ações podem ser melhor compreendidas quando observadas *in loco*. Na coleta de dados usa-se da minuciosidade, exige-se que o mundo observado seja examinado com detalhes, considerando pistas que possam surgir e que permitam uma compreensão mais esclarecedora sobre os colaboradores ou objetos de estudo (BOGDAN;BIKLEN, 1994).

O diálogo está presente nessa relação e não pode ser resumido ao ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem da simples troca de ideia e muito menos da imposição da sua verdade. É um ato de criação, pois trata-se do encontro de homens e mulheres a pronunciar o mundo. Não há diálogo sem humildade, deve-se estar aberto a contribuição dos outros, reconhecer estas contribuições (FREIRE, 2014; BRANDÃO,STRECK, 2006).

O trabalho de campo foi realizado no período de setembro de 2014 à maio de 2015 junto ao grupo de convivência de idosas e até junho de 2016 com a realização das entrevistas. O grupo contava com média de 25 participantes por encontro, com idades entre 50 e 83 anos. Foram 27 encontros no total e 5 para realização de entrevistas individuais. Todos os aspectos éticos foram respeitados conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos, com parecer de n. 1.015.754/2015.

A coleta de dados ocorreu por meio da observação participante. Brandão (1987), referindo-se a observação participante, informa que esta técnica consiste na inserção do pesquisador junto ao grupo investigado, fazendo assim parte dele e interagindo com os colaboradores no seu cotidiano, tendo a possibilidade de unir o participante ao contexto em que ele está inserido.

Para coleta de dados foram realizadas anotações em diários de campo e entrevistas com roteiro semi-estruturado agendadas previamente. A análise dos dados ocorreu após leitura e releitura das anotações dos diários de campo, assim como a leitura e releitura das transcrições das entrevistas realizadas. Os dados obtidos a partir dessas anotações e transcrições foram organizados com o objetivo de ampliar a compreensão destes materiais e apresentar os resultados encontrados (BOGDAN;BIKLEN,1994).

Realizou-se a organização e leitura de todo material destacando pontos considerados importantes e que permitissem desvelar os processos educativos envolvidos no apoio social nesses grupos de convivência. Após este exercício foram nominadas as categorias de análise para construção e análise dos dados.

4 | A PERCEPÇÃO SOBRE A VELHICE

A relação das idosas com a velhice pôde-se observar que é positiva, todas mantêm-se ativas, pois não encaram a velhice como uma fase a ser temida ou mesmo que devam ficar em casa, conforme relato que segue:

Não tem idade, antigamente sim, os velhos eram assim, dentro de casa, não saíam, mas agora não, então assim, todas essas coisas que tem, então, você esquece até que você é velha, eu esqueço, fora de brincadeira, tem hora que eu nem lembro, mesma coisa elas. Eu admiro Ana Paula, essas pessoas que tem bastante idade, fazer o que elas fazem também, eu acho lindo, acho maravilhoso, sabe? Tenho amigas de 80 e não sei quantos anos, nossa, eu acho uma graça, então eu acho que não tem velhice nessa parte, tendo saúde em primeiro lugar né? E Deus, nossa, a gente tendo fé em Deus e saúde em primeiro lugar, o resto, a velhice a gente nem lembra viu! (Dona Z. - 67 anos - Entrevista: 29/10).

Tanto em entrevistas quanto em observações de comentários entre elas foi possível apreender o quanto a velhice não interfere de forma negativa em suas vidas, o relato a seguir exemplifica isto:

Ser velho ou ser idoso significa que eu vivi minha vida até agora, que eu vivi com vários problemas, mas que eu cheguei aqui, significa que eu tenho que aproveitar o máximo porque tudo acaba né, e eu também vou acabar com certeza, então é aproveitar os momentos, viver bem, continuar fazendo aquilo que eu gosto, eu acho que pra mim não atrapalha nada [...] ser idoso ou ser velho significa você compreender esse amadurecimento, esse envelhecimento de forma natural porque é natural isso daí, é natural pra todo mundo e se eu não aceitar essa condição minha hoje eu não vou na praia

porque minha perna é cheia de vasinho, não vou para um outro lugar porque já estou velho e lá só tem jovem, comigo não tem, eu não esquento e acho que é viver o máximo que eu posso, passear, aproveitar essa minha vida que até quando ela vai eu não sei, mas que eu sei que ela vai acabar, então eu acho que eu cheguei nos 60 anos numa boa. (Dona N. - 60 anos - Entrevista: 29/10)

Já para outra participante a categorização “velha” existe apenas a partir da idade cronológica e ela não se vê como “velha”.O trecho transcrito a seguir pode exemplificar melhor estas afirmações:

Não vejo eu como velha, acho que isso tá mesmo na cabeça das pessoas. Na minha cabeça eu não estou velha, meu corpo pode até parecer que sim, mas eu não sinto assim. Acho que não tem o que pode ser ruim quando a gente chega nessa idade, eu faço tudo o que eu quero, tem uma dor aqui, outra ali, mas é normal, só não pode deixar isso mandar em você. (Dona M. - 71 anos - Entrevista: 08/06)

As falas das idosas vêm carregadas de histórias, de suas trajetórias de vida. As percepções sobre o envelhecimento, aprendizagem, convivência e trocas, trazem claramente uma característica de construção ao longo da vida. Em todas os relatos houve descrições de uma vida sofrida, com dificuldades financeiras e de relacionamento com seus pais, cuidadores ou familiares quando eram crianças, jovens ou mesmo na vida adulta. A velhice traz uma oportunidade de realização pessoal a partir de novas oportunidades, segundo seus relatos, após o falecimento do marido que era controlador, após a conquista de um emprego aos 50 (cinquenta) anos, independência financeira e conquista de autonomia. Os trechos das entrevistas a seguir demonstram estas realidades:

Antes eu não trabalhava fora, fazia tudo o que meu marido queria e pedia, depois que eu cheguei numa certa idade eu decidi que ia trabalhar e ganhar meu dinheirinho, cheguei pra ele e falei: eu vou trabalhar e pronto! Deixo tudo certinho lá em casa pra não ter conversa, mas o que eu mais gosto hoje é poder ter o meu dinheiro pra o que eu quiser fazer. (Dona N. - 77 anos - Entrevista: 06/06)

Agora eu eu sou velha, eu viajo, passeio, decido o que eu quero fazer e quando eu quero fazer. Eu cuidei dos filhos e do marido até ele morrer, fiz tudo que devia por eles e antes não cuidava de mim, agora que estou velha eu faço tudo por mim, aproveito mesmo! (Dona M. - 71 anos - Entrevista: 08/06)

Quando eu era criança eu não podia ter muita coisa, morava com meu tio que controlava tudo, ele era uma ótima pessoa, mas era muito “mão de vaca” e controlador. Depois que eu casei melhorou um pouco, mas ficou bem melhor mesmo depois que eu tou velha, agora eu posso pegar meu dinheirinho e comprar minhas roupinhas, minhas coisinhas que eu gosto, porque eu ganho minha aposentadoria e eu que mando nesse dinheiro, meu marido nem sabe quanto eu ganho, eu gasto como eu quero agora. (Dona K. - 70 anos - Entrevista: 31/05)

Meu marido não deixava eu fazer nada, depois que ele morreu eu faço muito do que eu queria fazer fazia tempo já, agora eu tenho liberdade para decidir as coisas da minha vida, que com ele vivo eu não tinha não. (Dona C. - 82 anos - Entrevista: 25/01)

Como se observa nas falas acima, muitas vezes o apoio familiar não se faz presente, seja por parte dos cônjuges ou dos filhos e filhas. Elas encontram segundo suas falas, o apoio que buscavam, ao frequentar o grupo, uma dá exemplo para outra sobre superação e coragem para encarar novos desafios. Existe uma vontade de poder fazer mais, mais atividades, mais coisas diferentes, novas descobertas, e no grupo elas se apoiam para que isso se torne possível.

As trocas sobre o processo de envelhecimento e uma visão positiva sobre este processo estiveram presentes em diversos momentos no grupo, levando a aprendizados mútuos sobre esse processo. O trecho a seguir demonstra esta afirmação:

Observo que enquanto estão em uma roda de conversa, falando sobre diversos assuntos, o enfrentamento da velhice de forma positiva está presente em suas falas. Uma apoia a outra, mesmo quando estão em dificuldade de saúde devido ao processo de envelhecimento, as doenças não são consideradas impedimento para nenhuma de suas atividades no dia a dia. As idosas vêem a velhice como mais uma fase da vida, com suas limitações, com seus aprendizados, suas necessidades de adaptação e também a sua beleza. (D.C. 09/05).

As idosas não tem uma visão “romantizada” da velhice ou do processo de envelhecimento, elas tem uma atitude positiva e respeitam sua trajetória de vida, seu corpo e sua saúde. Valorizam o que alcançaram até o momento em que estão hoje vivendo, entendem que envelhecer é algo natural e que acarreta algumas limitações, mas o enfrentamento positivo é o que se destaca, como demonstram as falas a seguir:

[...] Eu gosto muito de vir e fazer atividade, eu sei que é importante, mas tem hora que a gente não aguenta né, é tanta dor, a gente tá velha, tem dor e tem doença mesmo né?!

[...] É assim mesmo, eu também não aguento as vezes de tanta dor, mas a gente tem que vir né, porque faz bem pra gente, mas daí quando dói muito a gente para um pouco. (D.C. 06/04)

5 | A CONVIVÊNCIA: UMAS COM AS OUTRAS

A reciprocidade e a solidariedade são características intrínsecas ao apoio social, dentre outras. Ficou claro nesta pesquisa que as pessoas necessitam umas das outras e exercendo o apoio social entre pessoas ou grupos temos resultados positivos para a vida (VALLA, 2000).

Observou-se que a reciprocidade como processo educativo possibilita o aprendizado quanto à solidariedade. A partir da reciprocidade as idosas são solidárias umas com as outras, independente de suas posições e nível de saber, se ajudam, se auxiliam quando identificam a necessidade (OLIVEIRA, et. al, 2009).

Observou-se que a vontade de ajudar umas às outras prevalece, mesmo quando há, por exemplo, uma orientação da professora de fazer uma atividade de forma individual. Mesmo neste caso, cada uma com a sua tarefa, cooperam entre si. Isto nos mostra o forte laço entre elas, trazendo algumas características do apoio social (dar e receber), das práticas sociais (trocas) e dos processos educativos (aprender e ensinar) (VALLA, 2000). Pela convivência, os vínculos se formavam fortemente (OLIVEIRA et. al, 2009, 2014). Não existia uma competição entre as idosas durante as atividades, todas se apoiavam e incentivavam na realização, tanto das atividades físicas, quanto das atividades de artesanato, manuais e para os treinos de memória.

Observou-se que a existência do grupo e a convivência no grupo possibilitam a valorização das relações pessoais, das relações humanas (FREIRE, 2014; OLIVEIRA,STOTZ, 2004).

A importância do grupo para as idosas é algo que pode ser observado constantemente, em suas falas e durante as observações. O fato de chegarem sempre dispostas, sorridentes, determinadas, independente do clima, horário, quantidade de alunas, evidencia o quanto consideram importante a sua participação nas atividades do grupo, como segue:

O grupo significa muito pra mim em todos os sentidos, sentido de estar bem, estar alegre, quando eu acordo que eu sei que é segunda-feira, desanimada e que eu tenho que me encontrar com esse grupo, eu já...é outra a minha maneira de acordar e de pensar que eu estou indo pra lá, se eu estou desanimada eu sei que eu vou encontrar ali várias pessoas, que eu estou assim sem problemas pessoais, mas eu posso estar com algum problema físico, com alguma dor, alguma coisa, eu acho que encontrar aquele grupo é como se eu tomasse um remédio, que me motivasse, que afastasse aquela dor, era como se eu tivesse tomado um analgésico na verdade, que me tirasse aquela dor [...] (Dona N. - 60 anos - Entrevista: 29/10)

O grupo me ajudou, me fez renascer. Eu estava numa situação que não via mais saída, ali eu encontrei tudo o que eu precisava pra poder continuar [...] (Dona C. - 82 anos - Entrevista: 25/01)

Foi ali que eu saí da minha depressão e consegui controlar a minha ansiedade. Sem o grupo eu não sei o que teria sido de mim, foi ali, com as amigas que eu me curei. (Dona K. - 70 anos - Entrevista: 31/05)

No grupo as idosas aprendem umas com as outras a envelhecer com atitudes positivas, com disposição a enfrentar positivamente o processo de envelhecimento, a superar os desafios que a velhice traz, a ter coragem de encarar novos desafios e

recomeçar, umas com as outras. Nas trocas no grupo, na convivência ensinam e aprendem e os processos educativos ao mesmo tempo que são gerados nessas relações também possibilitam que nestes momentos se fortaleça o apoio social existente naquele espaço (OLIVERIA, et. al, 2009; OLIVEIRA,STOTZ, 2004).

A valorização do grupo e sentimentos que estar neste grupo traz são muito significativos, ajudam a caminhar, a saber que conseguem superar dificuldades, a ampliar possibilidades e qualidade de vida:

É saber que eu vou poder estar viva né e que eu vou poder chegar lá [...]
(Dona N. - 60 anos - Entrevista: 29/10)

Eu venho pelas pessoas, pelas amigas, porque em casa fico sozinha e não é bom. (Aprox. 08/12)

Esse grupo é tudo que eu tenho, eu ficava em casa fazendo minhas obrigações de esposa, mas agora eu me sinto parte desse grupo e não fico mais só cuidando das coisas da casa, eu cuido de mim também e ajudo as amigas quando a gente consegue, né! (Dona K. - 70 anos - Entrevista: 31/05)

A professora, que têm 60 anos, se reconhece enquanto idosa, como uma delas, não consegue fazer distinção na maior parte dos momentos, ao seu ver, sobre o papel de professora e idosa dentro do grupo, coloca-se como mais uma entre elas e identifica significados, sentimentos e benefícios, possibilitados pelos processos educativos (OLIVEIRA, et. al, 2009), que o grupo traz para a professora também:

[...] acho que me fazem um bem danado eu acho que elas fazem mais bem pra mim e elas pensam que sou eu que faço bem pra elas, eu não sei, mas eu pra mim elas me fazem muito bem, elas me trazem assim me dão uma lição de vida a cada dia por conta da idade, porque é um grupo bem idoso né as pessoas são bem idosas, já chegando nos seus oitenta anos então elas tão todo dia me dando uma lição de vida [...] pra mim é muito grande estar com elas, o benefício maior que elas me trazem é assim essa... De continuar lutando, de não desistir nunca, tocar em frente [...] (Professora. - 60 anos - Entrevista: 29/10)

Assim, percebe-se que os processos educativos se entrelaçam por alunas e professores, uma aprende com a outra (OLIVEIRA et. al, 2009). O reconhecimento da professora sobre aprender com elas e a importância que tem se faz presente também na seguinte fala da professora:

[...] com elas eu estou aprendendo o tempo inteiro, ensino talvez, por exemplo, eu levo alguma coisa pra elas fazerem, vamos dar um exemplo de um artesanato né [...] outra coisa que eu aprendo com elas é assim, não ser afobado né, esperar o tempo de cada uma, porque cada uma tem seu tempo [...] eu fui pacienciosa que isso é uma coisa que eu tenho que aprender, porque se eu chegar na idade dela posso estar com a mesma dificuldade

Durante o período de inserção observou-se a existência de conflitos diversos durante as atividades do grupo, houve momentos de falta de iniciativa de algumas das idosas durante os exercícios, falta de empatia umas com as outras, o que faz parte da convivência. Os conflitos fazem parte das relações de convivência, faz parte do diálogo, das relações humanas, auxilia na formação do ser no mundo, do sujeito no mundo (FREIRE, 2014). Os conflitos, inerentes à convivência, também possibilitam aprendizados, se configuram como processos educativos (FREIRE, 2014; OLIVEIRA, et. al., 2009). É nos momentos de conflito que podemos perceber o exercício ou não da empatia e a existência de apoio em momentos difíceis, por exemplo.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas relações estabelecidas no grupo vários aspectos positivos foram elencados pelas participantes, que vão para além do aspecto físico como a prevenção de doenças, por exemplo. O maior destaque se dá no apoio social proporcionado por esta convivência. O apoio social ao mesmo tempo que é proporcionado pela participação no grupo, retroalimenta tal participação. Fazer parte de um grupo, recebendo e dando apoio, torna-se um incentivo para continuar frequentando este espaço, ali torna-se possível ressignificar seu processo de envelhecimento.. Assim, ao mesmo tempo que o apoio social vai ajudando a ampliar percepções, também vai alimentando o espaço social onde se constrói tal ampliação.

Os resultados obtidos na pesquisa evidenciam a importância da existência de serviços que proporcionem atividades que promovam o apoio social. A Política Nacional da Pessoa Idosa aponta nessa direção , porém não há uma obrigatoriedade legal de que os municípios promovam tais serviços.

As políticas direcionadas aos idosos e ao processo de envelhecimento ainda são majoritariamente voltadas para os aspectos de saúde dentro de uma visão biologicista sobre o processo. Este cenário deixa lacunas para que o envelhecimento possa ser vivenciado com plenitude. Os resultados da pesquisa também possibilitaram compreender que a educação faz parte destes aspectos mais amplos sobre o processo de envelhecimento. O convívio promove aprendizados que auxiliam nas relações sociais e na prevenção de problemas de saúde.

Os resultados trazem à tona a percepção dos idosos sobre o envelhecimento e a velhice, o que se faz importante para que as interpretações e as construções sobre estes conceitos não sejam apenas desenvolvidos pela perspectiva de quem os estuda. Espera-se, com este trabalho, contribuir para que as visões sobre a velhice possam ser ampliadas e que a interpretação sobre o processo possa ser valorizada pela fala de quem o vivencia. Existem muitas velhices, por se tratar de um processo subjetivo, e a fala dos idosos traz inúmeras visões, aprendizados, conquistas e possibilidades.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, C.R. **Repensando a Pesquisa Participante**. 3ª. Ed. – São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. A pesquisa participante e a partilha do saber: Uma Introdução. In___: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa Participante: O saber da partilha**. 2ª ed. Aparecida, SP. Ideias e Letras, 2006.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Tradução de Maria João Alvarez, Sra Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto – Portugal: Porto Editora, 1994.

CANESQUI, A. M; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva** , 17(5):1103-1114, 2012.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In___: BARROS, M. M. L. **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade**, memória e política. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

_____. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP, 1999.

DUSSEL, H. **Filosofia da libertação na América Latina**. 2. Ed. São Paulo: Loyola/UNIMEP, s/d (original em espanhol: *Filosofía de la liberación*. México: Edicol, 1977).

_____. **Filosofía de la liberación**. 4ª. Ed. Bogotá: Nueva América. 1996.

FERREIRA, A. J; SILVA, R. F. D. Uma leitura da educação e do ensino. In___: FERREIRA, A.J. et. al. (Orgs). **Educação & envelhecimento**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/educacaoeenvelhhecimento.pdf>.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 56. Ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GONÇALVES, T. R, et. al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva** , 16(3):1755-1769, 2011.

GUERRA; A. C. L. C.; CALDAS; C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.6 Rio de Janeiro Sept. 2010.

JUNQUEIRA, R.A.; ROCHA, T.S.J.A complexa convivência humana e os processos educativos libertadores. **Horizonte** , Belo Horizonte, v. 11, n. 29, p. 254-278, jan./mar. 2013.

MARTIN, D. Uma contribuição antropológica sobre apoio social. **Ciência & Saúde Coletiva** , 17(5):1115-1124, 2012.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem** , 18 (4), 422-426, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposições ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro. 9 (3): 239-262. Jul-set. 1993.

MOTA, F. R. N., et. al.. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc Anna Nery** (impr.). out-dez; 14 (4):833-838, 2010.

MOTTA; A. B. Visão antropológica do envelhecimento. In____: VIANA DE FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 78-82, 2006.

OLIVEIRA, M.W., et al. Processos educativos em práticas sociais: Reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais In____: OLIVEIRA, M.W.; SOUSA, F.R. **Processos Educativos em Práticas Sociais** : Pesquisas em Educação 1 ed. São Carlos, Edufscar. 2014.

OLIVEIRA, M. W. et. al. Processos educativos em práticas sociais: reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais. **Anais da 32ª. Reunião da ANPED. GT Educação Popular.** (CD – ROM), 2009.

OLIVEIRA, M. W.; STOTZ, E. N. Perspectivas de diálogo entre organizações não governamentais e instituição acadêmica: o convívio metodológico. **Anais da 27ª. Reunião da ANPED.** [CD – ROM]. 2004. GT 6 - Educação Popular.

PATROCÍNIO, W. P. **Descrição e análise dos efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido a idosos comunitários** – Campinas: UNICAMP, 2011. 134 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PIGNATTI, M. G., et. al.. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense. **Physis Revista de Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, 21 [4]: 1469-1491, 2011.

QUEIROZ, D. T. et. al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e aplicações na Área da Saúde. **R Enferm UERJ** , Rio de Janeiro, abr/jun; 15(2):276-83, 2007.

RESENDE, M. C., et. al. Envelhecer atuando o bem estar subjetivo, apoio social e resiliência em colaboradores de grupo de teatro. **Fractal: Revista de Psicologia** , v. 22 – n. 3, p. 591-608, Set./Dez. 2010.

SANTOS, P. M. **Lazer e Grupos de Convivência para Idosos**: Um estudo sobre a participação de homens em Florianópolis (SC) – Florianópolis: UFSC. 2015. 214 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOUSA, A. I., et. al. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Acta Paul Enferm**, 2010.

STRAWBRIDGE, W. et. al.. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. **The Gerontologist** , 42(6), 727-733, 2002.

TEIXEIRA, I. N. D. O; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP** v.19 n.1 São Paulo mar. 2008.

VALLA, V. V. Educação Popular, Saúde Comunitária e Apoio Social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):7-14, 1999.

_____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface _Comunicação, Saúde, Educação** , v.4 , n.7, p.37-56, 2000.

CAPÍTULO 3

O PSICÓLOGO NA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL PARA ESTUDANTES DE MEDICINA: A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 02/02/2021

Ligia Gama e Silva Furtado de Mendonça

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://lattes.cnpq.br/8784680719744108>

Álvaro Rafael Santana Peixoto

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória - ES
<http://lattes.cnpq.br/4928459626470851>

RESUMO: A orientação profissional de especialidades médicas tem como objetivo auxiliar estudantes de graduação em medicina, especialmente aqueles que atingiram o penúltimo ano de sua formação, a escolherem a sua área de atuação profissional dentre as diversas possibilidades ofertadas pelo campo médico. Esses alunos apresentam, em geral, muitas questões referentes à escolha da sua especialidade médica, tendo em vista que esta decisão é fundamental para o prosseguimento de sua formação e também para o futuro que seguirão em sua vida profissional. As principais questões relatadas envolvem as próprias angústias individuais relativas à tomada de decisões, a implementação das novas diretrizes curriculares nacionais e a recente cultura dos cursos preparatórios para residência. Através deste trabalho, pretendemos demonstrar as bases que a orientação profissional pode fornecer para a capacitação de estagiários e profissionais

de psicologia para o atendimento clínico voltado para o campo das especialidades médicas. Dessa forma, eles se tornam mais aptos para receber as demandas desses estudantes de medicina nos mais diversos locais de atendimento, como nas universidades públicas e privadas. Para isso, propomos uma discussão entre diferentes visões da orientação profissional, privilegiando a escuta do desejo do sujeito no processo de sua escolha e também a necessidade do estudo do campo médico por parte do profissional de psicologia.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, Orientação Profissional, Especialidades Médicas, Medicina.

THE PSYCHOLOGIST IN PROFESSIONAL ORIENTATION FOR MEDICAL STUDENTS: THE CHOICE OF MEDICAL SPECIALTY

ABSTRACT: The professional orientation of medical specialties aims to assist undergraduate medical students, especially those who have reached the fifth year of their course, to choose their professional area from among the various possibilities offered by the medical field. These students have, in general, many questions regarding the choice of their medical specialty, considering that this decision is fundamental for the continuation of their education and also for the future that they will follow in their professional life. The main issues reported involve the individual anguish related to decision-making, the implementation of the new national curriculum guidelines and the recent culture of preparatory courses for residency. Through this work, we intend to demonstrate the bases that professional orientation can provide for the training of interns

and psychology professionals for clinical care focused on the field of medical specialties. With this knowledge, they become more able to receive the demands of these medical students in the most diverse places of care, such as in public and private universities. For this, we propose a discussion between different views of professional orientation, privileging those who listen to the subject's desire in the process of his choice and also the need for the psychology professional to study the medical field.

KEYWORDS: Psychology, Professional Orientation, Medical Specialties, Medicine.

A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA PARA O ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO

O campo da medicina tem apresentado perspectivas de mudanças significativas desde que foi sancionada a lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, decretando que os cursos desta área teriam até o mês dezembro de 2018 para implementar as novas diretrizes curriculares no âmbito nacional.

Dentre as principais mudanças propostas, “ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS” (Art. 4º. § 1º), e será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade e Programas de Residência Médica de acesso direto, nas especialidades de Genética Médica, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia (Art. 6º).

O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade tem a duração mínima de dois anos (Art. 7º) e deve contemplar as especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS), como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida (Art. 7º. § 6º). O primeiro ano neste programa será obrigatório para o ingresso em Medicina Interna (Clínica Médica), Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social (Art. 7º. § 1º). Ainda, “será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica [...] excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto” (Art. 7º. § 2º).

Essas mudanças visam uma maior integração do processo de aprendizagem aos serviços de saúde, e também uma melhor parceria entre as universidades e outros setores da sociedade, buscando uma adequação da formação médica para a atuação no SUS. Como afirmam Costa *et al.* no artigo “A transformação curricular e a escolha da especialidade médica” (2014), o atual modelo de formação médica desloca a experiência clínica e a observação da vida para um olhar anatomoclínico, mostrando-se inadequado e restrito ao se tratar da questão de saúde do ser humano.

Os autores ainda apontam para outra questão presente no atual cenário médico: a escolha das especialidades, que influencia diretamente nas mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN). Eles demonstram dois estudos: um é baseado em entrevistas com quarenta médicos renomados de diferentes especialidades na cidade de São Paulo (FIORE; YAZIGI, 2005) e evidencia que a formação da identidade médica e de sua prática é “influenciada pelo estrato social e econômico de origem de cada indivíduo e que a escolha da profissão e da especialidade pode estar sujeita a estratégias familiares de ascensão e de manutenção do poder” (COSTA ET AL., 2004, p. 48). O outro estudo (CABRAL FILHO; RIBEIRO, 2004) foi realizado com duzentos e dois alunos (do 1º, 3º e 5º ano do curso de medicina) e sessenta egressos de uma escola médica no interior do Estado do Rio de Janeiro e atentou para importantes influências na trajetória da formação médica.

A assustadora “escolha precoce” de uma especialidade médica é regularmente aceita e até estimulada por muitas instituições de ensino. A existência de “pseudoespecialistas” - enquanto ainda estudantes de Medicina já desinteressados por áreas básicas consideradas essenciais, como Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia - é frequentemente observada (COSTA ET AL., 2004, p. 48).

O discurso de alguns alunos do curso de Medicina coletados no contexto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) ratifica essa posição. Dentre os diversos relatos obtidos, nota-se a dificuldade de escolher uma especialidade médica durante o curso de medicina, considerando a angústia atrelada a essa decisão e a necessidade de serem escutados neste momento para, assim, conseguirem refletir e elaborar sobre as questões que interferem nessa escolha. Essa problemática é intensificada pela recente cultura dos cursos preparatórios para a residência, cuja inscrição é recomendada que ocorra no quinto ano da faculdade. Por estarem assumindo um compromisso de alto investimento financeiro e de tempo, os estudantes relatam se sentir ainda mais pressionados para fazer uma escolha “que valha a pena”. A decisão por uma especialidade médica também é influenciada pela ideia de prestígio financeiro e social, o que geralmente acarreta o descarte de especialidades mais ligadas à saúde coletiva, por mais que, durante a residência, sua bolsa seja superior em comparação com outras áreas. Uma aluna relatou que, ao comentar que fazia estágio nessa área, ouviu de um professor “mas você é tão boa para estar nela...”.

A partir desse quadro, buscamos definir algumas proposições teóricas para guiar o processo de orientação profissional desses estudantes, especificamente no período de escolha da especialidade médica a qual seguirá. É de extrema importância que um profissional se identifique e se realize com a sua escolha profissional para poder atuar de forma eficaz, trazendo benefícios para a sua própria saúde e daqueles que são atendidos por ele.

Entendemos que essas diretrizes podem contribuir para projetos de orientações profissionais de especialidades médicas a serem pensados nas diversas universidades do país.

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL: BREVE HISTÓRICO DO CAMPO E A QUESTÃO DO DESEJO

A escolha profissional é um campo de estudo multidisciplinar e conta com uma história muito antiga, tanto que ações isoladas nesta área podem ser encontradas em trabalhos datados de até 400 anos atrás. Apesar disso, é com o desenvolvimento da indústria que ela passa a se desenvolver com maior formalidade, tendo como intuito o aumento da produtividade. Para isso, seleciona os funcionários mais aptos para determinada função e também remaneja aqueles que não possuem aptidões para o cargo que ocupavam (ABADE, 2005).

A área se formaliza, no entanto, no início do século XX com a criação de diversos centros de orientação profissional na Europa e na América do Norte. Em 1907, Frank Parsons escreve a obra “Choosing a vocation” e fica reconhecido como um dos fundadores desse campo de estudo. Foi o próprio Parsons um dos primeiros a associar ideias da pedagogia e da psicologia ao processo de escolha de carreira. O autor propunha que a realização de um trabalho que estivesse em consonância com as aptidões, interesses e capacidades levaria os sujeitos a uma possibilidade maior de sucesso e eficiência (ABADE, 2005).

A inauguração desse campo e o seu desenvolvimento no início do século não estão desligados da urbanização e industrialização crescentes que aconteciam principalmente nos países europeus e nos Estados Unidos. Durante a década de 1910, o campo foi fundamentado e ganhou espaço na sociedade e também nas principais universidades americanas. Parsons também teve papel relevante nessa difusão, atuando ativamente para a propagação de suas ideias e do campo da orientação vocacional (como era chamada na época) como um todo (WALSH, SAVICKAS & HARTUNG, 2005).

A partir das décadas de 20 e 30 do século XX, a psicologia diferencial e a psicometria passam a exercer uma grande influência na área de orientação profissional (OP), conforme aponta Sparta (2003), já que ela ainda não tinha uma teorização própria e obtinha de diferentes áreas da psicologia os insumos para as suas atividades. A ideia de testes que podiam medir as aptidões, habilidades e capacidades humanas encontraram interface na lógica de que o funcionário deveria estar adaptado à sua função laboral, uma vez que a mensuração de capacidades psicológicas poderia, em tese, indicar as aptidões de um funcionário e assim garantir que ele fosse alocado em uma função adequada.

Nesse contexto, o profissional passou a diagnosticar o orientando de maneira mais direta e sempre no sentido de garantir um ajuste entre as aptidões e a carreira

escolhida (SPARTA, 2003). Os testes utilizados diretamente para a orientação profissional, padronizados e aprovados pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) são: escala de maturidade para a escolha profissional (EMEP), escala de aconselhamento profissional (EAP), avaliação dos interesses profissionais (AIP), questionário de busca auto-dirigida (SDS) e o teste projetivo de fotos de profissões (BBT). No Brasil, Godoy e colaboradores (2008) apontam que o cenário de estudos sobre testagem em OP ainda é pouco explorado e carece de maior desenvolvimento.

Essa visão da orientação profissional foi muito importante para o seu desenvolvimento, mas delega para esta área de estudo um viés mais ligado à diagnosticar aptidões dos orientandos e também uma ideia de que a adaptação seria o caminho para uma maior produtividade e eficiência. Com o desenvolvimento do campo, outras visões e abordagens foram se inserindo na lógica da orientação profissional e o surgimento dos métodos projetivos e sua apropriação por parte da OP foi o marco de um novo pensar sobre a escolha das profissões.

Essa inserção dos métodos projetivos torna-se possível com o desenvolvimento de abordagens psicológicas mais centradas no sujeito, como a abordagem humanista de Rogers, que trouxe para o campo da orientação profissional possibilidades diferentes das perspectivas psicométricas, mais centradas no cliente (SPARTA, 2003). Os métodos projetivos eram utilizados na psicologia clínica para um diagnóstico psicopatológico menos direto e, na orientação profissional, eles podem ser instrumentos relevantes para uma compreensão do paciente e, conseqüentemente, do seu processo de escolha. No contexto brasileiro, dois testes projetivos estão sendo mais utilizados nos processos de orientação profissional: o Teste de Fotos de Profissões (BBT) e o Teste Projetivo Ômega (TPO) (SPARTA, 2003).

O teste de Rorschach também teve grande relevância nesta mudança de paradigma da orientação profissional, na passagem dos testes psicométricos para abordagens mais abertas. Essa inserção dos testes projetivos aproxima a orientação profissional da clínica psicológica, e também traz para esta prática a necessidade de um processo mais aprofundado, que não é centrado apenas na aplicação de testes, mas propõe uma maior escuta do sujeito (NASCIMENTO, 2007).

Um grande expoente nessa mudança de paradigma é Rodolfo Bohoslavsky (1977), um psicanalista que pensa justamente em uma *abordagem clínica*, onde o orientador não é diretivo e o cliente deve possuir um papel ativo no processo. A ideia é lidar com as angústias e ansiedade do orientando para que ele consiga alcançar um nível de autoconhecimento e tenha autonomia na sua escolha e decisão (TORRES, 1998; SPARTA, 2003).

Outro ponto importante na história da orientação vocacional foi o surgimento da abordagem sócio-histórica de Bock (2006). Ele rompe com o antigo nome de “orientação vocacional” para adotar “orientação profissional”, pois acredita que a escolha profissional do sujeito nasce na sua relação com os outros e com as organizações e instituições sociais.

Há aqui determinações extra-individuais, como a classe social, que podem ampliar ou reduzir o campo de escolha profissional do indivíduo, a depender da posição que ele ocupa na estratificação social. Esta ideia é veiculada por outros autores da sociologia, como Pierre Bourdieu (1977), que apontam para a importância da posição social no pensamento do sujeito.

Já no Brasil, o primeiro marco a ser mencionado é a criação do Serviço de Seleção e Orientação Profissional para os alunos do Liceu de Artes e Ofícios de São Paulo, em 1924. Vinte anos depois, a Fundação Getúlio Vargas estudou a relação da psicologia com a orientação profissional que, posteriormente, em 1947, estaria ligada à criação do Instituto Superior de Estudos e Pesquisas (ISOP). Todos esses institutos foram determinantes no desenvolvimento da orientação profissional no Brasil e apontaram para um caminho relacionado aos testes psicométricos - uma tendência mundial naquele momento (SPARTA, 2003).

A psicologia foi se desenvolvendo no cenário brasileiro e em 1962 foi regulamentada enquanto profissão, o que gerou uma profusão de cursos ligados à área e também à psicologia clínica, que viria a ter forte influência nas universidades brasileiras e na atuação dos psicólogos no país. Não foi diferente com a orientação, que através das influências de Bohoslavsky, Kurt Lewin, Carl Rogers e Enrique Pichon Rivière ganharam delineamentos clínicos e também a possibilidade de um trabalho em grupo (SILVA & SOARES, 2001; SARRIERA, 1999). Esse movimento de uma orientação profissional clínica ganha força a partir da década de 1970 no Brasil, muito influenciada pela psicanálise.

Com esse breve resumo da história da orientação vocacional no mundo e no Brasil buscamos demonstrar que esse não é um campo simples, com uma única ideia de atuação e de sujeito - ele é variado na teoria e na prática. A alteração da orientação vocacional para orientação profissional significa uma mudança paradigmática, de uma modalidade voltada ao diagnóstico e adaptação do sujeito para uma prática clínica, mais voltada à escuta e à valorização da autonomia do orientando.

É aqui que encontramos um ponto importante de intersecção com a realidade da escolha das especialidades médicas, pois é na orientação profissional que muitos estudantes serão convidados pela primeira vez a elaborar uma narrativa que fale exclusivamente deles. Como defende Ricci em seu artigo “(des)orientação vocacional”, com a orientação pensamos um espaço para que se fale do desejo, legitimando a escolha do sujeito em relação à sua profissão. No tópico seguinte trataremos essa discussão justamente para o campo médico, no sentido de demonstrar a importância desta escuta para os estudantes de medicina.

CONCLUSÕES: CAMINHOS PARA O TRABALHO COM A ESCOLHA DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

A educação médica tem passado por mudanças significativas nos últimos anos com as novas regulamentações preconizadas pelas diretrizes curriculares, além da implementação de programas federais que interferem na escolha da prática médica, como o Programa Mais Médicos e, posteriormente, o Médicos pelo Brasil. Este cenário tende a aumentar a angústia dos estudantes no que se refere à decisão sobre o seu futuro profissional, que já é permeada tanto por questões individuais como sociais. Soma-se a isso o fato desses estudantes terem que escolher precocemente a sua especialidade médica, pois na cultura atual dos cursos preparatórios para residência, os alunos, ainda no último ano da graduação, dedicam-se também a esses cursos com o intuito de aumentar as suas chances de ingressar em um residência com alta concorrência.

Uma das consequências visíveis dessas mudanças na cena contemporânea da atuação médica é a entrada de cada vez mais médicos com menos experiência prática nas residências. Devido ao aumento da carga do estudo teórico, diminui a disponibilidade de tempo para acompanhar a prática clínica, implicando no seu desenvolvimento profissional. Lembrando que essas transformações na formação do estudante afetam também a comunidade que os rodeia, uma vez que eles serão os futuros médicos que se responsabilizarão pelo cuidado e pela saúde da população.

Observamos que a orientação profissional pode seguir diversas práticas e diretrizes e, no caso da escolha da especialidade médica, devemos evitar uma prática que ignore o sujeito e pense apenas na sua adaptação à especialidade. Dessa forma, é imprescindível que os estudantes e profissionais da orientação profissional se informem e se instruem sobre a educação, regulamentação e prática médicas. A recomendação é uma orientação profissional de abordagem clínica, que escute e auxilie o sujeito a elaborar uma narrativa própria a partir do campo que o cerca, promovendo a sua autonomia e tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

- ABADE, Flávia Lemos. Orientação Profissional no Brasil: Uma Revisão Histórica da Produção Científica. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 6, n. 1, p. 15-24, 2005.
- BOCK, Silvio Duarte. **Orientação profissional: a abordagem sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional: a estratégia clínica**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BOURDIEU, Pierre. **A Distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Zouk Editora, 1977.
- CABRAL FILHO, Wilson Rodrigues.; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a Educação Médica. **Rev.bras. educ. méd.**, v. 28, n.2, p. 133-144, 2004.

COSTA, José Roberto Bittencourt et al . A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 47-58, 2014.

FIORE, Maria Luiza de Mattos.; YAZIGI, Latife. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial Psicologia: **Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 200-206, 2005.

NASCIMENTO, Regina Sonia Gattas Fernandes do. Avaliação psicológica em processos dinâmicos de orientação vocacional individual. **Rev. bras. orientac. prof**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 33-44, jun. 2007.

GODOY, Silvia et al . Instrumentos de inteligência e interesses em orientação profissional. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 13, n. 1, p. 75-81, 2008.

RICCI, Adriana. (Des)orientação profissional ou a Arte de escolher. **Instituto de Psicanálise Lacaniano**. Disponível em: http://www.ipla.com.br/editorias/sociedade/des-orientacao-profissional.html?searched=ricci&advsearch=oneword&highlight=ajaxSearch_highlight+ajaxSearch_highlight1. Acesso em: 11 mar. 2019.

SARRIERA, Jorge Castellá. Uma perspectiva da orientação profissional para o novo milênio. **Rev. ABOP**, Porto Alegre , v. 3, n. 1, p. 85-96, jun. 1999.

SILVA, André Luiz Picolli da; SOARES, Dulce Helena Pena. A ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL COMO RITO PRELIMINAR DE PASSAGEM: SUA IMPORTÂNCIA CLÍNICA. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.2, p. 115-121, 2001.

SPARTA, Mônica. O desenvolvimento da orientação profissional no Brasil. **Rev. bras. orientac. prof**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 1-11, 2003.

TORRES, Maria Luiza Camargos. O processo clínico de orientação profissional. **Rev. ABOP**, Porto Alegre , v. 2, n. 2, p. 29-37, 1998.

WALSH, Bruce; SAVICKAS, Mark; HARTUNG, Paul. **Handbook of Vocational Psychology: Theory, Research, and Practice**. Nova Iorque: Routledge, 2013.

O USO DA CIÊNCIA DOS DADOS NA GESTÃO HOSPITALAR

Data de aceite: 01/04/2021

Data submissão: 05/01/2020

Abel Brasil Ramos da Silva

Doutor em Economia. Estatístico na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH
Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/1178144531072666>

<https://orcid.org/0000-0002-4951-119X>

Hemerson Bruno da Silva Vasconcelos

Especialista em Gestão da informação e Business Intelligence. Estatístico na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH
Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/0671778471518578>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Ciência dos Dados (*Data Science*) é um ramo da ciência que visa estudar os dados a fim de adquirir *insights* ou conhecimento para tomadas de decisões. É uma área interdisciplinar que utiliza as principais técnicas de áreas como estatística, matemática e computação. Conforme aponta relatório da *Harvard Business Review* sobre o tema, as decisões orientadas aos dados são melhores, a exploração de novos e vastos fluxos de informações podem melhorar radicalmente o desempenho de uma empresa. **OBJETIVO:** Apresentar as ações e resultados alcançados com a implantação do uso da Ciência dos Dados nas atividades da gestão hospitalar. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, do tipo relato de experiência, realizado no Complexo

Hospitalar da UFC, durante o período de 2017 a 2020. O trabalho foi desenvolvido utilizando instrumentos pertencentes à Ciência dos Dados, *data mining* (mineração de dados) e *BI* (*Business Intelligence*). As fases do processo de criação dos *Dashboard* dinâmicos compreenderam: identificar o problema de negócio, coletar os dados nas bases, selecionar as variáveis de interesse, aplicar exaustivamente mineração no pacote estatístico *R* para extração e estruturação do esquema, após a estruturação da base de dados fez-se o cálculo dos indicadores, por último utilizou-se o software *Power BI* da *Microsoft* para a produção final dos painéis dos dados e apresentação dos dados. **RESULTADOS:** Foram produzidos nos últimos três anos mais de 20 painéis de indicadores. Um dos impactos da criação desses painéis de dados é a padronização dos serviços através de profissionais que cuidam, produzem e analisam esses dados. Redução de ruídos na disseminação, aumento da qualidade na emissão dos relatórios, dinamismo aos dados históricos e facilidade de acesso são outros pontos relevantes alcançados pelo trabalho. **CONCLUSÕES:** O trabalho desenvolvido vem mostrando a importância e relevância da Ciência dos Dados nas atividades rotineiras do hospital. A disponibilização dos dados, através de informações bem trabalhadas, promove ao gestor vantagens na escolha de uma estratégia para tomada da decisão. Além disso, uso de relatório em formato *BI* permite que as informações sejam trabalhadas com qualidade, de forma inteligente, reduzindo ruídos entre gestores e colaboradores. Outro ponto importante a ser destacado é o monitoramento contínuo dos indicadores

hospitalares por todos os atores envolvidos, por ser uma ferramenta de fácil acesso. Com efeito, a Ciência dos Dados no Complexo Hospitalar da UFC mostrou ser um recurso de promoção da qualidade e transparência da gestão hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Ciência de Dados. Apresentação de Dados, Base de Dados, Análise de Dados, Indicadores (Estatística).

THE USE OF DATA SCIENCE IN HOSPITAL MANAGEMENT

ABSTRACT: INTRODUCTION: Data Science is a branch of science that aims to study data in order to gain insights or knowledge for decision making. It is an interdisciplinary area that uses the main techniques of areas such as statistics, mathematics and computing. As the Harvard Business Review report on the topic points out, data-driven decisions are better, exploiting new and vast flows of information can radically improve a company's performance.

OBJECTIVE: To present the actions and results achieved with the implementation of the use of Data Science in hospital management activities. **METHOD:** This is a descriptive, quantitative, experience report type study, carried out at the UFC Hospital Complex, during the period from 2017 to 2020. The work was developed using instruments belonging to Data Science, data mining and BI (Business Intelligence). The phases of the dynamic Dashboard creation process comprised: identifying the business problem, collecting data in the databases, selecting the variables of interest, exhaustively applying mining in the statistical package R for extracting and structuring the scheme, after structuring the database the indicators were calculated, finally, Microsoft's Power BI software was used for the final production of the data panels and data presentation. **RESULTS:** More than 20 indicator panels have been produced in the last three years. One of the impacts of creating these data panels is the standardization of services through professionals who care, produce and analyze this data. Reducing noise in dissemination, increasing the quality of reporting, dynamism to historical data and ease of access are other relevant points achieved by the work. **CONCLUSIONS:** The work developed has shown the importance and relevance of Data Science in the routine activities of the hospital. The availability of data, through well-worked information, provides the manager with advantages in choosing a strategy for decision making. In addition, using a report in BI format allows information to be processed with quality, intelligently, reducing noise between managers and employees. Another important point to be highlighted is the continuous monitoring of hospital indicators by all the actors involved, as it is an easily accessible tool. In fact, Data Science at the UFC Hospital Complex proved to be a resource for promoting the quality and transparency of hospital management.

KEYWORDS: Data Science, Data Display, Database, Data analysis, Indicators (Statistics).

INTRODUÇÃO

Atualmente, volumosas bases de dados são produzidas para os mais variados domínios, devido à evolução e ao uso massivo das Tecnologias de Informação e Comunicação. Neste contexto, desenvolver instrumentos voltados para extrair informações a partir do *Big Data*, fomentando o conhecimento no Processo de Tomada de Decisão,

desperta a atenção das organizações. Na evolução dados → informação → conhecimento, requer-se a sinergia de competências de especialistas ao fomentar uma nova área de atuação, a Ciência de Dados (Rautenberg & Carmo, 2019).

Nessa era da informação novos conceitos emergem cuja finalidade é a análise dos dados: Analista de BI, Cientista de Dados, Inteligência Artificial e outros.

A Ciência dos Dados (*Data Science*) é um ramo da ciência que visa estudar os dados a fim de adquirir *insights* ou conhecimento para tomadas de decisões. É uma área interdisciplinar que utiliza as principais técnicas de áreas como estatística, matemática e computação. Conforme aponta relatório da *Harvard Business Review* sobre o tema, as decisões orientadas aos dados são melhores, a exploração de novos e vastos fluxos de informações podem melhorar radicalmente o desempenho de uma empresa (Davenport & Patil, 2012). A grande vantagem de essas técnicas é capacidade preditiva dos dados. Existem várias técnicas empregadas que são capazes de prever o comportamento dos dados, proporcionando vantagens competitivas.

O termo Inteligência de Negócios (BI - *Business Intelligence*) foi usado pela primeira vez em 1989 por Howard Dressner, então pesquisador do Gartner Group, como um termo abrangente para descrever conceitos e métodos para melhorar a tomada de decisões de negócios usando suporte baseado em fatos (Negash & Gray, 2008).

O trabalho bibliográfico de Da Silva (2016), cujo período de análise compreendeu o intervalo de 2006 a 2015, destaca os efeitos e importância dessa ferramenta. Segundo o autor, o uso desse tipo de análise permite melhorar a qualidade da informação, promovendo suporte na tomada de decisão pelos gestores, proporcionando vantagens competitivas, agregando valor ao negócio e à organização. A pesquisa também destaca aumento crescente nas publicações no período com foco no tema.

Business Intelligence (BI) é um Sistema de Informação (SI) digital, de apoio a tomada de decisão, é acessório e integrado aos sistemas informacionais de uma organização, para produção de indicadores e análise interativa de dados e informações resultantes das operações desta organização - com possibilidade de correlacioná-los com outros dados e informações internas e/ou externas (Lucas & Viera, 2019).

As ferramentas de BI proporcionam uma forma de acumular dados para encontrar informações, principalmente por meio de consultas. Estas ferramentas auxiliam na preparação de dados para análises, possibilitando a criação de relatórios, painéis e visualizações de dados. Os resultados dão aos funcionários e gerentes o poder de acelerar e aprimorar as tomadas de decisões, aumentar a eficiência operacional, localizar potenciais de receita, identificar as tendências do mercado, apresentar KPIs genuínos e apontar novas oportunidades de negócios.

Nesse sentido esse trabalho visa apresentar a experiência exitosa da implantação de uma cultura analítica nos dados através de relatório proporcionados pelo uso de relatórios com a metodologia do BI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, do tipo relato de experiência, realizado no Complexo Hospitalar da UFC, durante o período de 2017 a 2020. Fazem parte do Complexo Hospitalar da UFC o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). O trabalho foi desenvolvido utilizando instrumentos pertencentes à Ciência dos Dados, *data mining* (mineração de dados) e *BI* (*Business Intelligence*).

Os dados disponíveis no hospital estão presentes de várias formas. Foram utilizadas pelo menos quatro fontes de dados distintas com características próprias de armazenamento e consulta, a saber: DATASUS, Sistemas MASTER e AGHU¹ e, planilhas e formulários eletrônicos.

Os dados DATASUS representam a produção faturada assistencial nos componentes ambulatorial e hospitalar. Os dados estão presentes em forma de microdados (formato .dbc) disponibilizado pelo Ministério da Saúde, no site <http://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Através desses dados foram contabilizados os procedimentos faturados pelo hospital, em todos os níveis de mensuração: grupo, subgrupo, forma de organização e procedimento. As informações foram reunidas e disponibilizadas em dois painéis de informação.

No sistema MASTER, sistema de gestão hospitalar, foram extraídas informações dos procedimentos realizados no centro cirúrgico e dos atendimentos ambulatoriais. Mais precisamente, fez-se a coleta no período de 2008 até os dias atuais, através das informações extraídas das cirurgias realizadas por serviço, do cálculo das taxas de suspensão de cirurgia global e por serviço, dos atendimentos ambulatoriais, por serviço, bem como a taxa de desempenho de realização das agendas. Todas essas informações foram reunidas na configuração de um painel dinâmico informativo. Ainda no sistema MASTER acessou-se informações referentes a aquisição de material de consumo, produzindo outro painel somente com essas informações.

Para o tratamento de informações de internação hospitalar utilizou-se o sistema AGHU. Para trabalhar nesse sistema foi preciso uma conexão via SQL à base de dados de consulta do sistema. Feita a consulta ao banco fez-se todo o tratamento e configuração do banco de dados para a disponibilização de indicadores assistenciais hospitalares, tais como: taxa de ocupação, tempo médio de permanência, índice de renovação, taxa de mortalidade, número de óbitos, e outros. Para esses dados a informação foi trabalhada no nível global do hospital, por unidade de internação (clínicas médicas e cirúrgicas), além do tratamento da informação no nível de especialidades. Foi construído um painel dinâmico com informações temporais desses indicadores, além de filtros temporais para melhor visualização da informação pelo gestor.

1. MASTER e AGHU são sistemas de gestão hospitalar

Além dessas bases oficiais utilizadas pelos hospitais, fez-se uso de métodos alternativos para armazenamento dos indicadores pertencentes aos serviços. Para tal fim, empregou-se formulários online (FormSUS) como forma de repositório de indicadores informados pelos serviços ou uso de planilha eletrônicas utilizadas como controle dos processos internos das áreas demandantes (unidade ou setor do complexo). Esses indicadores são armazenados e acessados pelo serviço de estatístico do hospital para a produção de painéis próprios voltados para as áreas solicitadas.

Para todas as fases de preparação, acesso, manipulação, formatação e análise dos dados foram utilizadas linguagem de programação estatística R. Através desse recurso computacional o tempo de execução para a criação dos painéis foi reduzido, evitando erros manuais que possam surgir durante o processo de importação dos dados.

As fases do processo de criação dos *Dashboard* dinâmicos compreenderam: identificar o problema de negócio, coletar os dados nas bases, selecionar as variáveis de interesse, aplicar exaustivamente mineração no pacote estatístico R para extração e estruturação do esquema, após a estruturação da base de dados fez-se o cálculo dos indicadores, por último utilizou-se o software *Power BI* da *Microsoft* para a produção final dos painéis dos dados e apresentação dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nessa metodologia e problema de negócio das áreas foram produzidos nos últimos três anos (2017 a 2020) mais de 20 (vinte) painéis de indicadores. Foram construídos os seguintes painéis:

Painéis Estratégicos CH-UFC

PAINEL DA CONTRATUALIZAÇÃO DO CH-UFC

PAINEL DATASUS: PRODUÇÃO e GLOSA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

PAINEL PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO RESIDENTE

PAINEL DE MONITORAMENTO DO PDE

Painéis Administrativos CH-UFC

PAINEL ADMINISTRATIVO DO CH-UFC

Painéis Assistenciais HUWC

PAINEL DE GESTÃO À VISTA

PAINEL DO CENSO HOSPITALAR - AGHU

PAINEL DE INDICADORES AMBULATORIAIS - MASTER/AGHU
PAINEL DE INDICADORES DO CENTRO CIRÚRGICO
PAINEL DE INDICADORES DA IMPLANTAÇÃO DO PGRSS
PAINEL DE ABSENTEÍSMO DA ENFERMAGEM
PAINEL DE INDICADORES DA UNIDADE TRANSFUSIONAL - HUWC
PAINEL DE MONITORAMENTO DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Painéis Assistenciais MEAC

PAINEL DO RELATORIO ASSISTENCIAL MEAC
PAINEL DA CONTRATUALIZAÇÃO MEAC-SMS
PAINEL DA ANÁLISE DA PPI MEAC
PAINEL DA AGENDA AMBULATORIAL MEAC
PAINEL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS MEAC
PAINEL DE INDICADORES UP 1º E 2º ANDAR MEAC
PAINEL DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON MEAC
PAINEL DE INDICADORES DA UNIDADE TRANSFUSIONAL MEAC

O uso do Software Power BI juntamente com a linguagem de programação R mostrou-se eficaz para a solução dos problemas envolvendo a criação e estruturação do painel. Foi realizado todo o processo de *data mining* na ferramenta *RStudio*. O processo pode ser resumido na carga dos dados no software e aplicação de estrutura e códigos capazes de estruturar a base de dados final para ser importada para o Power-BI. De posse dos dados tratados, importa-se para o Power-BI. Por fim, define o layout e formas de apresentação dos indicadores, finalizando através da publicação online, que será disponibilizada para usuários internos, externos e gestores.

Um dos impactos da criação desses painéis de dados é a padronização dos serviços através de profissionais que cuidam, produzem e analisam esses dados. Redução de ruídos na disseminação, aumento da qualidade na emissão dos relatórios, dinamismos aos dados históricos e facilidade de acesso são outros pontos relevantes alcançados pelo trabalho.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES

O trabalho desenvolvido vem mostrando a importância e relevância da Ciência dos Dados nas atividades rotineiras do hospital. A disponibilização dos dados, através de informações bem trabalhadas, promove ao gestor vantagens na escolha de uma estratégia para tomada da decisão. Além disso, uso de relatório em formato *BI* permite que

as informações sejam trabalhadas com qualidade, de forma inteligente, reduzindo ruídos entre gestores e colaboradores. Outro ponto importante a ser destacado é o monitoramento contínuo dos indicadores hospitalares por todos os atores envolvidos, por ser uma ferramenta de fácil acesso.

Este trabalho focou principalmente na divulgação de ferramentas capazes de proporcionar melhor visão dos resultados realizados por um hospital universitário. Para alcançar tal sucesso, reuniu-se várias fontes de dados presentes no hospital. Agregando recursos computacionais e estatísticos foi possível construir grande quantidade de painéis dinâmicos a serem disponibilizados para consulta por todos os atores envolvidos no processo, direto ou indiretamente, através da publicação no portal da instituição.

Com efeito, a ciência dos dados no Complexo Hospitalar da UFC mostrou ser um recurso de promoção da qualidade e transparência da gestão hospitalar.

Os presentes painéis confeccionados almejam impactar na impulsão de boas práticas de gestão que visem a efetividade do trato da informação para melhor tomada de decisão. A existência dessas informações disponibilizadas de forma fácil e simples garantem melhor efetividade dos serviços, pois regularmente o processo é medido e disponibilizado aos proprietários do processo. De posse dessas informações o gestor poderá avaliar, monitorar e fazer previsões dos indicadores em sua gestão.

REFERÊNCIAS

Davenport, T. H.; Patil, D. J. Data Scientist: The Sexiest Job of the 21st Century. Harvard Business Review. 2012.

Lucas, A.; Viera, A. F. G. Business Intelligence e a Ciência da Informação na Era dos Dados Abertos e Big Data. IX Encuentro Ibérico EDICIC. 2019

Negash, S.; Gray, P. Business Intelligence. In: Handbook on Decision Support Systems 2. International Handbooks Information System. Springer, Berlin, Heidelberg. 2008

Rautenberg, S; Carmo, P. R. V. Big Data e Ciência de Dados: complementariedade conceitual no processo de tomada de decisão. Brazilian Journal of Information Studies: Research Trends. 13:1 p.56-p.67. 2019.

CAPÍTULO 5

O USO DO LÚDICO COMO MÉTODO ATIVO DE ENSINO E APRENDIZAGEM: UMA EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA EM ESCOLA MUNICIPAL DE CURITIBA-PARANÁ

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/02/2020

Patricia Kanae Yamashita

Faculdades Pequeno Príncipe, Medicina
Curitiba - PR
<http://lattes.cnpq.br/5942389372168603>

Adriana Cristina Franco

Faculdades Pequeno Príncipe, Medicina
Curitiba - PR
<http://lattes.cnpq.br/4956750895513977>

Andressa Zilles

Faculdades Pequeno Príncipe, Medicina
Curitiba - PR
<http://lattes.cnpq.br/3228296482468666>

Dandara Viudes Lima Caldas

Faculdades Pequeno Príncipe, Medicina
Curitiba - PR
<http://lattes.cnpq.br/1829808117294596>

RESUMO: A educação em saúde, é uma habilidade esperada do profissional médico com forma de atender as demandas do paciente e da comunidade em que atua. Realizou-se educação em saúde, com base em metodologias ativas e uso lúdico, a fim de reforçar a importância dos hábitos de higiene pessoal para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A atividade foi realizada com 60 alunos da educação infantil de uma escola de Curitiba-PR. Foi elaborada uma dinâmica, que consistia em um bingo, do qual os escolares identificavam na cartela objetos de higiene pessoal, que eram sacados

de uma caixa. Ao identificar e registrar o objeto na cartela, os escolares eram indagados sobre a função, bem como a importância de seu uso. A atividade lúdica permitiu a participação intensa dos escolares, que se demonstraram desinibidos, visto que o momento de aprendizagem tornou-se descontraído e atrativo. Assim, a metodologia ativa empregada nessa atividade possibilitou a construção de vínculos entre acadêmicos de medicina e os escolares, estimulando-os ao uso de boas práticas de higiene. Com a experiência relatada foi possível compreender a relação entre saúde e a realidade do local realizado a atividade. Além da compreensão das Escolas como equipamentos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação nas Escolas, Medicina Comunitária, Serviços de integração docente assistencial, Higiene pessoal.

THE USE OF LUDIC AS AN ACTIVE METHOD OF EDUCATION AND LEARNING: AN EXPERIENCE OF MEDICAL STUDENTS IN AN LOCAL SCHOOL IN CURITIBA - PARANÁ

ABSTRACT: Health education is a skill expected of medical professionals in order to meet the demands of the patient and the community in which they operate. Health education was carried out, based on active methodologies and playful use, in order to reinforce the importance of personal hygiene habits for disease prevention and health promotion. The activity was performed with 60 preschool students from a school in Curitiba-PR. The dynamic elaborated consisted of a bingo, from which the students identified personal hygiene objects on the card, which were

removed from a box. When identifying and registering the object on the card, students were asked about the function, as well as the importance of its use. The ludic activity allowed the intense participation of the students, who proved to be uninhibited, since the moment of learning became relaxed and captivating. Thus, the active methodology employed in this activity made it possible to build bonds between medical students and preschoolers, encouraging them to use good hygiene practices. Considering the experience described, it was possible to understand the relationship between health and the reality of the place where the activity took place, in addition to the understanding of Schools as health equipment.

KEYWORDS: Education in Schools, Community medicine, Teaching-care integration services, Personal hygiene.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2001, o Ministério da Educação elaborou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Medicina que foram atualizadas em 2014. Com base nisso, espera-se que todos os egressos tenham um currículo baseado em competências e habilidades essenciais ao profissional médico. Dentre tais competências, destaca-se a “Educação em Saúde” que engloba a habilidade de identificar necessidades de aprendizagem individuais e coletivas (BRASIL, 2014). Em outras palavras, espera-se que do profissional médico a capacidade de manter-se constantemente atualizado e também ser capaz de identificar as demandas dos pacientes e da comunidade em que trabalha e promover a saúde através da educação em saúde.

A concepção de educação em saúde está atrelada aos conceitos de educação e de saúde. Tradicionalmente é compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não, cujas críticas têm evidenciado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo (SALCI, 2013).

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e 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, 2014).

É considerada importante ferramenta da promoção em saúde, que necessita de uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetiva atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (SALCI, 2013).

Nesse sentido, vale ressaltar que no processo de ensino e aprendizado a Metodologia Ativa problematizadora vai de encontro ao contexto encontrado pelo profissional médico, uma vez que “Fundamenta-se no referencial teórico de Paulo Freire, cuja concepção é baseada em uma educação libertadora, dialógica, reflexiva, conscientizadora, transformadora e crítica, em que os problemas partem de uma realidade” (MACEDO, 2018). Além disso, nesse formato ocorre um envolvimento do indivíduo, uma vez que ele é o centro das ações

educativas e conhecimento é construído de forma colaborativa, enquanto no método tradicional de ensino a centralidade está no docente (DIESEL, BALDEZ e MARTIS, 2017).

Considerando a dinâmica do processo de ensino e aprendizagem, ganha importância a estratégia de se tomar situações relacionadas com a prática profissional do médico em diferentes contextos – num movimento de ação-reflexão-ação – como estratégia do cotidiano do ensinar e aprender em medicina. Estrutura curricular, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem alicerçadas na prática, na forma em que esta se dá no contexto real das profissões, possibilitam que o processo de construção do conhecimento ocorra contextualizado ao futuro exercício profissional, rompendo com as dicotomias teoria/prática e básico/profissional (BATISTA, 2008).

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar o uso de metodologia ativa em atividade educativa sobre higiene, aplicada por alunos do primeiro período de medicina em uma Escola Municipal de Curitiba-PR.

2 | METODOLOGIA

Os estudantes de medicina, orientados pela docente, foram estimulados a criar estratégias de aprendizagem significativas sobre a higiene com os escolares utilizando métodos ativos e estimuladores do raciocínio e da reflexão. Participaram da dinâmica duas turmas de uma Escola Municipal de Curitiba-PR, totalizando 60 estudantes do Ensino Fundamental, na faixa etária de 7 a 8 anos. Destes, foram formados quatro pequenos grupos compostos por 15 escolares, a fim de obter melhor desenvolvimento da dinâmica.

A atividade desenvolvida foi um bingo, na qual cada criança recebeu uma cartela de bingo que, ao invés de ser composta por números, possuía desenhos de objetos relacionados à higiene pessoal (Figura 1). Em seguida, esses objetos - escova de dente, sabonete, entre outros - eram sacados de uma caixa e os escolares identificavam os itens na cartela. Ao identificar e registrar o objeto na cartela, os participantes eram indagados sobre a função, bem como a importância de seu uso para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Nesse sentido, foi possível abordar a importância de escovar os dentes, tomar banho, lavar as mãos, usar desodorante, higienizar alimentos antes de consumi-los e cuidar dos animais de estimação.

 ESCOVA DE DENTE	 ESCOVA DE CABELO	 SABONETE
 TOALHA	 MAÇÃ	 CORTADOR DE UNHA
 DESODORANTE	 CACHORRO	 PAPEL HIGIÊNICO

Figura 1 - Cartela do bingo da higiene

Fonte: autores

3 | RESULTADOS

Houve significativa participação dos escolares na atividade proposta. Esses demonstravam estar desinibidos, visto que com o uso do lúdico o momento de aprendizagem se tornou descontraído e atrativo. Durante o exercício os acadêmicos de medicina compartilharam seus conhecimentos e vivências pessoais, possibilitando promover conhecimento sobre todos os aspectos da higiene. Os escolares demonstraram grande conhecimento prévio e prática de hábitos de higiene em seus cotidianos, inclusive, alguns relataram ser responsáveis pelos hábitos de higiene dos irmãos mais novos. Ademais, os alunos mostravam-se ansiosos para compartilhar com os familiares o assunto abordado, assim como corrigir hábitos inadequados praticados. Ao final da atividade, os escolares receberam como lembrança um mini sabonete líquido e pirulito.

4 | CONCLUSÃO

A atividade lúdica, aliada a metodologias ativas, promoveu a construção de vínculo entre os acadêmicos do curso de medicina e os escolares. Ademais, foi possível estimular os alunos ao uso de boas práticas de higiene. Essas metodologias ativas possibilitaram o alcance dos objetivos de aprendizagem propostos pela grade curricular do curso de medicina. Os objetivos contemplavam a compreensão da relação entre saúde e a realidade do local realizado a atividade, enfatizando suas características sociais e as diferentes possibilidades de influenciar positivamente a comunidade para a promoção da saúde. Além disso, os acadêmicos puderam compreender as Escolas como equipamentos de saúde, e sendo assim, a necessidade de planejar e implementar políticas públicas de saúde em parceria com a equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BATISTA, NA., BATISTA, SHSS. **A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica.** In PUCCINI, RF., SAMPAIO, LO., and BATISTA, NA., orgs. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 101-115. ISBN 978- 85-61673-66-6.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 6 jun. 2014.

DIESEL, Aline; BALDEZ, Alda Leila Santos; MARTINS, Silvana Neumann. **Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica.** Revista Thema, v. 14, nº. 1, p. 268-288. 2017

FALKENBERG, Mirian Benites. et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva 19 (03) Mar, 2014.

GONCALVES, Fernanda Denardin et al. **A promoção da saúde na educação infantil.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 12, n. 24, p. 181-192, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 de maio de 2018.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. **Promoção de Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.19, n.8, p. 3553-3559. 2014.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva et al. **Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, e20170435, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300704&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2021. Epub July 02, 2018. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0435>.

SALCI, Maria Aparecida. et al. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013. Jan-Mar; 22(1): 224-30.

CAPÍTULO 6

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UM OLHAR HUMANIZADO DA FILARIOSE LINFÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Neidi Isabela Pierini

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0208096858949165>

Felipe Flach

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0107095782210176>

Júlia Ferraz

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4817448664631039>

Luana Antochieviz de Oliveira

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0346629656276547>

Vitória Abegg Kleveston

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0364701299263712>

Elisete Elisabete Arend

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5084319917546622>

Solange de Fatima Mohd Suleiman Shama

Universidade Feevale
Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1838562979381761>

RESUMO: Segundo o Ministério da Saúde, o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. **Objetivo:** Elaboração de um Plano Terapêutico Singular com o objetivo de contribuir para a melhora da qualidade de vida da paciente, enfatizando a importância da humanização e da interdisciplinaridade na área da saúde. **Metodologia:** Relato de caso realizado a partir de visitas domiciliares com a presença de Agente Comunitária de Saúde (ACS) bem como a revisão do prontuário eletrônico da paciente disponibilizado pelo município em que a paciente reside. **Relato de caso:** Mulher, 53 anos, procurou a Unidade Básica de Saúde da cidade em que reside, relatando dor no membro inferior direito, inchaço, e extravasamento de transudato. Relata que já possui diagnóstico de Filariose linfática há 24 anos. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde a área endêmica no Brasil está restrita a quatro municípios do centro de Pernambuco. Entretanto, o caso relatado ocorre no estado do Rio Grande do Sul, justificando a escolha pelo caso. No momento da visita domiciliar, a paciente apresentava extensa úlcera venosa no membro afetado pela filariose. **Discussão:** Sugerimos que a paciente seja encaminhada a um serviço de cirurgia vascular, plástica e recomendamos o acompanhamento psicológico devido à sinais visíveis de depressão. Por fim, o acompanhamento pelos profissionais da unidade básica de saúde é determinante para a realização do PTS aqui apresentado, resumidamente. **Conclusão:** Portanto, para a

realização do plano terapêutico singular é primordial que ocorra um vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Além disso, é importante para a realização do PTS uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença.

PALAVRAS-CHAVE: Filariose linfática, Elefantíase, Projeto Terapêutico Singular, Úlcera venosa, *Wuchereria bancrofti*.

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT: A HUMANIZED VIEW OF LYMPHATIC FILARIASIS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: According to the Ministry of Health, the STP is a set of proposals for articulated therapeutic conducts, for an individual or collective subject, resulted of the collective discussion of an interdisciplinary team, with matrix support if necessary. **OBJECTIVE:** Elaboration of a Singular Therapeutic Plan with the objective of contributing to the improvement of the patient's quality of life, emphasizing the importance of humanization and interdisciplinarity in the health area. **METHODOLOGY:** Case report made from home visits with the presence of a Community Health Agent (CHA) as well as the review of the patient's electronic medical record made available by the municipality where the patient resides. **CASE REPORT:** A 53-year-old woman sought out the Basic Health Unit in the city where she lives, reporting pain in her right lower limb, swelling, and leakage of transudate. She reports that she has been diagnosed with lymphatic Filariasis for 24 years. Currently, according to the Ministry of Health, the endemic area in Brazil is restricted to four municipalities in the center of Pernambuco. However, the reported case occurs in the state of Rio Grande do Sul, justifying the choice for the case. At the time of the home visit, the patient had an extensive venous ulcer on the limb affected by Filariasis. **DISCUSSION:** We suggested that the patient be referred to a vascular, plastic surgery service and we recommended psychological monitoring due to visible signs of depression. Lastly, the monitoring by the professionals of the Basic Health Unit is decisive for the realization of the STP presented here, briefly. **CONCLUSION:** Therefore, for the realization of the Singular Therapeutic Plan, it is essential that there is a bond among the team members and the user and the family. Moreover, it is important to carry out the STP a certain belief that the person has great power to change his/her relationship with life and with his/her own disease.

KEYWORDS: Lymphatic Filariasis, Elephantiasis, Singular Therapeutic Project, Venous ulcer, *Wuchereria bancrofti*.

INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário/família em sofrimento psíquico (Carvalho et al., 2012). Diversos estudos descrevem o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um instrumento potente de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental. Ele também é proposto como ferramenta de organização e sustentação das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), baseadas nos conceitos

de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. O objetivo do presente trabalho, é a elaboração de um Plano Terapêutico Singular com a intenção de contribuir para a melhora da qualidade de vida da paciente, enfatizando a importância da humanização e da interdisciplinaridade na área da saúde.

Dessa maneira, visto que o Projeto Terapêutico Singular, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (que geralmente é dedicado a situações mais complexas), nos desafiamos a propor a melhor solução possível para o caso que será relatado no presente documento.

Ainda nesse sentido, o PTS contém quatro momentos:

1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

MÉTODO

As informações contidas no presente artigo foram obtidas por meio de revisão do prontuário eletrônico (G-MUS), entrevista com a paciente, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e revisão da literatura.

JUSTIFICATIVA

A filariose linfática (FL) é uma doença parasitária crônica causada pelo verme nematóide *Wuchereria bancrofti*. A transmissão se dá pela picada da fêmea do mosquito *Culex quinquefasciatus* infectado com larvas do parasito. O *Culex quinquefasciatus* está presente em todo o território nacional, sendo popularmente conhecido como pernilongo, muriçoca ou carapanã. A nossa escolha pelo caso é justificada, uma vez que esse mosquito é considerado um dos mais importantes fatores de incômodo nos ambientes urbanos, além de ser um importante vetor de agentes patogênicos, tais como parasitas e vírus.

Além disso, apesar da presença do mosquito em todo território nacional, atualmente, segundo o Ministério da Saúde, a área endêmica de filariose linfática (elefantíase), no Brasil está restrita a quatro municípios situados na região metropolitana de Recife, Pernambuco. Assim, como a fêmea do mosquito não é encontrada em nossa região, o

caso de elefantíase torna-se raro e merecedor de ser estudado para que a paciente tenha uma melhor qualidade de vida.

RELATO DE CASO

Mulher, 53 anos, procurou a Unidade Básica de Saúde da cidade em que reside, relatando dor no membro inferior direito, inchaço, e extravasamento de transudato no membro ipsilateral, rubor, calor e dificuldade para deambular. Relata que já possui diagnóstico de Elefantíase há vinte e quatro anos. Devido a queixa do edema e extravasamento de líquido foi encaminhada ao Hospital Geral de sua cidade, onde foi realizado a drenagem do membro inferior afetado. Após essa drenagem apresentou uma lesão no mesmo local, que com o passar do tempo foi aumentando e abrangendo quase que por completo toda a parte posterior da perna ipsilateral. Do aparecimento da lesão até o momento atual apresentou inúmeros episódios infecciosos no local da drenagem, utilizou antibióticos (Cefalexina 500mg, Colagenase 0,6 U/G + clorafencol 0,01 G/G 30g, Neomicina +Bacitracina 5mg) apresentando melhora. Atualmente a ferida ainda está exposta. Nega uso de bebidas alcoólicas, uso de cigarro ou drogas ilícitas. Como comorbidades, relata diabetes mellitus, de fácil controle, tratada com Metformina 850 mg, relata, também, hipotireoidismo, tratada com Levotiroxina sódica 25 mg, além disso é obesa.

A paciente não apresentava queixas álgicas no momento do exame físico. Estava lúcida, orientada e coerente. Dessa forma, o exame físico apresentou:

- crânio normocefálico, pupilas isocóricas e fotoreagentes;
- narinas sem particularidades, ventilação espontânea em ar ambiente;
- conduto auditivo preservado;
- mucosa oral corada e úmida, arcada dentária incompleta sem presença de lesões;
- pescoço sem alterações;
- tórax simétrico com boa expansão;
- Avaliação Cardíaca: Ritmo Regular em 2 tempos com bulhas hipofonéticas;
- Ausculta Pulmonar: Murmúrios Vesiculares Uniformemente Distribuídos sem sopros;
- abdome globoso com presença de ruídos hidroaéreos, indolor a palpação;
- períneo não visualizado;
- presença de curativo na perna direita com atadura, com sujidade visível, perfusão periférica prejudicada;

- demais membros aquecidos e com boa perfusão;
- deambula sem auxílio, mas com dificuldade.

A paciente é acompanhada por um cirurgião vascular a cada 60 dias. Além disso, faz os curativos e limpeza do ferimento, no Hospital Geral da cidade em que reside, uma vez por mês.

O prognóstico segundo o médico responsável é que não há cura para a elefantíase e que a cicatrização é dificultada devido à diabetes e à extensão da lesão.

No que se refere à evolução do caso, a paciente não apresenta melhora visível da lesão e do edema, entretanto a diabetes está controlada bem como o hipotireoidismo. Referente a obesidade, a paciente não está fazendo acompanhamento nutricional.

A DOENÇA

A filariose linfática (FL) é uma doença parasitária crônica causada pelo verme nematóide *Wuchereria bancrofti*, sendo também conhecida como Elefantíase ou como doença Bancroftiana. A transmissão se dá pela picada da fêmea do mosquito *Culex quinquefasciatus* infectado com larvas do parasito. Os vermes adultos causam lesões nos vasos linfáticos onde se desenvolvem.

O *Culex quinquefasciatus* está presente em todo o território nacional, sendo popularmente conhecido como pernilongo, muriçoca ou carapanã. Os locais nos quais as fêmeas realizam a desova, e suas larvas se desenvolvem até insetos adultos, são em geral coleções de água estagnada poluída com matéria orgânica em decomposição.

Uma característica deste parasita é a periodicidade noturna das microfilárias no sangue periférico do hospedeiro. Durante o dia, essas formas se localizam nos capilares profundos, principalmente nos pulmões e, durante a noite, deslocam-se para o sangue periférico (dança das filárias), com maior concentração em torno da meia-noite, decrescendo novamente até o final da madrugada, independente da densidade parasitária (microfilaremia) do hospedeiro. O pico da microfilaremia periférica coincide com o horário preferencial de repasto do principal inseto transmissor.

As regiões do corpo humano que normalmente abrigam as formas adultas do verme são: pélvica, membros superiores e inferiores, mamas. As microfilárias eliminadas pela fêmea grávida nos ductos linfáticos ganham a circulação sanguínea do hospedeiro.

Existem três formas básicas de apresentação da doença, como a infecção assintomática, doença aguda e doença crônica. Na infecção assintomática os pacientes não apresentam sintomas de filariose linfática, mesmo com a presença do parasito. Na doença aguda há febre filarial (dor, inflamação dos linfonodos, geralmente acompanhada por náuseas e vômitos). Já na doença crônica pode ocorrer linfedema em ambos os sexos, bem como hidrocele em homens ou aumento das mamas em mulheres.

A maioria dos portadores de microfilárias não apresentam sintomas no estágio inicial da doença, porém funcionam como fonte de infecção. A pessoa infectada pode transmitir microfilárias por longos períodos, devido à longevidade dos vermes adultos, em geral 4 a 8 anos, podendo ser mais.

O diagnóstico da doença bancroftiana baseia-se, no diagnóstico clínico. Atualmente, este pode ser determinado pelo exame direto em lâmina, hemoscopia positiva, testes imunológicos e ultrassonografia para demonstrar presença de filarias nos canais linfáticos.

A identificação morfológica se dá por meio do encaminhamento do material biológico para o laboratório do Serviço de Referência Nacional em Filarioses (SRNF) no Instituto Aggeu Magalhaes (IAM). Casos diagnosticados devem ser notificados no FormSUS, através da ficha simplificada de notificação de casos de Filariose Linfática.

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde a área endêmica no Brasil está restrita a quatro municípios situados na região metropolitana de Recife, Pernambuco. Entretanto o caso relatado ocorre no Estado do Rio Grande do Sul onde a fêmea do mosquito normalmente não é encontrada.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), citado por Spech et al. (2019), a filariose linfática é uma doença tropical que afeta cerca de 70 milhões de pessoas em todo o mundo. Entre as doenças infecciosas do mundo, a filariose linfática (LF) é uma das mais debilitantes (JONES, 2014), que afeta, de acordo com Durrheim et al (2014), as comunidades nas partes mais pobres e contribui diretamente para a pobreza das famílias (apud JONES, 2014). É causada pela infecção pelos nematoides parasitas *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* ou *Brugia timori* e tem o mosquito *Culex quinquefasciatus* como vetor (OMS, 2010). Dessas, a *Wuchereria bancrofti* é responsável por 90% dos casos (JONES, 2014).

A fêmea do mosquito *Culex quinquefasciatus* ao picar pessoas parasitadas, ingere a microfilária que no tubo digestivo do inseto, após poucas horas, perdem a bainha de revestimento, atravessam a parede do estômago, caem na cavidade geral, alojam-se nos músculos torácicos e transformam-se em larva salsichóide ou L. Seis a 10 dias após o repasto infectante, ocorre a segunda muda originando a larva L2. Esta cresce muito e, 10-15 dias depois, sofre a terceira muda transformando-se em larva infectante L3, medindo aproximadamente 2mm, que migra pelo inseto até alcançar a tromba ou probóscida. O ciclo no hospedeiro invertebrado é de 15 a 20 dias em temperatura de 20-25 graus, mas, em temperaturas mais elevadas, pode ocorrer em menor período (BRASIL, 2009).

Estima-se que o número de pessoas infectadas pela *W. bancrofti* seja em 83 países, sendo encontrada de forma endêmica, principalmente na Ásia, África e ilhas a oeste do Pacífico. Nas Américas, os focos de transmissão ativa de FL, atualmente, encontram-se no Haiti, República Dominicana, Guiana e Brasil. Considera-se a transmissão interrompida na Costa Rica, Suriname e Trinidad Tobago, áreas endêmicas em passado recente (BRASIL, 2009).

No Brasil, inquérito nacional realizado na década de 1950 mostrou transmissão em 11 cidades: Manaus (AM), Belém (PA), São Luís (MA), Recife (PE), Maceió (AL), Salvador e Castro Alves (BA), Florianópolis, São José da Ponta Grossa e Barra de Laguna (SC) e Porto Alegre (RS). Atualmente, no Brasil, a parasitose apresenta distribuição urbana e nitidamente focal, sendo detectada transmissão ativa somente em Recife e cidades de sua região metropolitana, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista. A região metropolitana do Recife, em Pernambuco, Nordeste do país, tem índices de microfilarêmicos variando de 2% até 15%, em comunidades de baixo nível socioeconômico. A população desses quatro municípios é estimada em 2.600.000 habitantes (2007), considerando-se a população em risco de adquirir a infecção a residente em áreas de baixo nível socioeconômico sendo 1.600.000 a população da área endêmica de FL e estimados em 30.000 o número de microfilarêmicos. Belém do Pará (Região Norte) e Maceió (Região Nordeste) são cidades que até recentemente também eram focos ativos no Brasil e, pelos dados atuais, mostram a interrupção da transmissão da parasitose (BRASIL, 2009).

De acordo com Ahuja et al. (2016), a filaríase bancroftiana de *Wuchereria* produz uma ampla gama de manifestações clínicas dependendo da fase e duração. Microfilaremia e eosinofilia paradoxal (contagem mais baixa à noite) são as características marcantes na fase aguda (apud Sharma et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), citado por Spech et al., (2014), a infecção crônica causa disfunção linfática, resultando em inchaço progressivo e irreversível dos membros e genitais. O linfedema induzido pela filaria é a segunda principal causa de incapacidade no mundo, sendo responsável por cerca de dois milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. O estigma social associado frequentemente causa problemas de saúde mental e pobreza por causa da perda de emprego.

A Organização Mundial de Saúde lançou o programa global para eliminar a filariose linfática em 2000 no Brasil. Esse programa compreende duas estratégias principais: administração maciça de medicamentos para prevenir a infecção e gestão da morbidade e prevenção de incapacidades. Essas drogas são principalmente microfilaricidas. O objetivo é atingir uma cobertura de mais de 65% da população. Baseia-se na premissa de que a administração repetida de medicamentos em massa reduzirá a densidade das microfílarias na comunidade e interromperá, assim, a transmissão e novas infecções. Até 2015, o programa forneceu mais de 6,7 bilhões de tratamentos para mais de 850 milhões de pessoas pelo menos uma vez em 66 países (Spech et al., 2019).

De acordo com Semenza e Menne (2009 apud Short et al., 2017) atualmente, isso pode se tornar um problema global devido às mudanças climáticas do mundo. Normalmente, a mudança climática é um evento que ocorre naturalmente, mas as atividades humanas contribuíram significativamente para mudanças nas condições atmosféricas, resultando em uma mudança acelerada nesse processo e no atual estado precário. Além disso, conforme Shrestha et al. (2012), o aumento da temperatura facilita o desenvolvimento de vetores

de artrópodes que transportam muitos organismos parasitas e os próprios parasitas (apud Short et al., 2017).

De acordo com Thompson et al. (1996), no âmbito da filariose linfática, corre um risco similar de se espalhar com mudanças climáticas. A distribuição da filariose linfática pode ser determinada observando-se os níveis de umidade do solo e da planta, pois podem indicar a presença de criadouros de larvas de mosquito. Segundo Slater et al. (2012), à medida que os padrões de temperatura e precipitação mudam, os níveis de umidade do solo e as populações de mosquitos correspondentes também mudam. Um modelo de nicho ecológico criado para explorar a distribuição potencial da filariose linfática na África revelou que, dependendo da gravidade das futuras mudanças climáticas, o número de pessoas em risco de infecção poderia aumentar de 543 para 804 milhões para um surpreendente 1,65 para 1,86 bilhões, em 2050 (apud Short et al., 2017).

De acordo com Jones (2014), em seu artigo “Non-endemic cases of lymphatic filariasis”, vários casos de filariose linfática foram relatados em países não endêmicos. Esses casos foram revisados para avaliar a escala e o contexto das apresentações não endêmicas e para considerar os fatores biológicos subjacentes à sua relativa escassez, utilizando casos relatados na literatura inglesa, francesa, espanhola e portuguesa durante os últimos 30 anos através de uma pesquisa de recursos no PubMed, ProMED-mail e TropNet. A pesquisa bibliográfica revelou 11 casos de filariose linfática relatados em áreas não endêmicas. A extensão de novas infecções em migrantes recentes para países não endêmicos também foi revelada através da literatura publicada. Os relatos só foram incluídos neste estudo se descrevessem casos que ocorreram em países que não foram endêmicos para a doença em nenhum momento durante o período de revisão.

De acordo com Sharma et al. (2018), em um relato de caso, foi relatado um caso raro de filariose bancroftiana em uma mulher de 32 anos apresentando um pequeno inchaço subcutâneo na face lateral do braço. Foi realizada citologia aspirativa por agulha fina (FNAC). Após a identificação de *W. bancrofti*, foi iniciado o tratamento com Diethylcarbamazine oral 100mg três vezes ao dia por 21 dias. Houve uma diminuição do inchaço ao final de quatro semanas. Houve desaparecimento da linfadenopatia axilar ao final de três meses. A paciente foi acompanhada de perto por dois anos e não mostrou sinais de recorrência. Por fim, o paciente respondeu bem ao tratamento oral com dietilcarbamazina com regressão de inchaço e sem recorrência no seguimento de dois anos.

PLANO TERAPÊUTICO SUGERIDO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência.

A partir disso, sugerimos, em relação à paciente a qual este PTS é destinado, que sejam realizadas as seguintes ações, levando em consideração as comorbidades que são: o diabetes, hipotireoidismo e filariose linfática com presença de úlcera venosa.

Além disso, devido ao fato de sua comorbidade não ter cura, segundo a nossa perspectiva, a melhor opção terapêutica seria seguir a linha dos cuidados paliativos. O qual é definido como uma forma de abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção, da identificação e do tratamento precoces dos sintomas de sofrimento físico, psíquico, espiritual e social. Assim, esse cuidado em relação a dor total seria imprescindível, pois, para a paciente em questão a maior ameaça a sua vida é o isolamento social. Este decorre da sua impossibilidade de percorrer trajetos extensos, bem como, do estranhamento das pessoas quando se deparam com a aparência da úlcera venosa e do odor fétido.

Assim, é impossível cuidar de enfermos sem levar em consideração o respeito, aceitando a condição humana do paciente sabendo que a doença o torna mais sensível e, a compaixão para compreender o sofrimento pelo qual o ele está passando. Portanto, o paciente deve ser considerado em sua totalidade (esfera social, econômica, cultural, psicológica e espiritual) e não apenas como um portador de doença. Precisa ser ouvido, respeitado e acolhido.

Em relação à ordem de gravidade das patologias apresentadas, a primeira sugestão de encaminhamento seria à um cirurgião plástico no Hospital Geral de sua cidade. Além disso é necessário que um cirurgião vascular faça a reconstituição dos vasos sanguíneos, porém, no Hospital Geral de sua cidade, não ocorrem cirurgias vasculares eletivas, somente de emergência. Assim, seria aconselhado o encaminhamento para profissionais na capital do estado.

Acreditamos que o enxerto de pele seria uma boa opção para cicatrizar a úlcera venosa do membro inferior direito, visto que apenas o uso do curativo alginato não é suficiente para a cicatrização, devido à extensão da ferida. Além disso, o uso de antibióticos para evitar possíveis infecções é indicado, devido à exposição da musculatura ao enxerto.

Entretanto, o maior desejo da paciente seria a amputação do membro inferior afetado pela elefantíase. Quando a questionamos se teria certeza da decisão, ela afirmou que sim, porém, pensamos que ela poderá desenvolver depressão ou que estava tomando uma atitude extrema devido a gravidade do caso. Além disso, o objetivo dela após a amputação seria conseguir uma prótese pelo Sistema Único de Saúde, todavia, sabemos, também, que o processo é demorado e talvez ela não consiga obtê-la.

Portanto, seria aconselhado o acompanhamento psicológico no CAPS do município que reside, para que este a ajude a aceitar as novas percepções da realidade implicadas pela perda do membro caso a amputação ocorra, e, assim, não apresente patologias psicológicas como a “dor do membro fantasma”, depressão e ansiedade, por exemplo. Por outro lado, se amputação não ocorrer e ela consiga realizar o processo de enxerto de pele,

acreditamos que continua sendo necessário o acompanhamento psicológico para auxiliá-la no processo de recuperação após a cirurgia.

Ao que tange à diabetes e ao hipotireoidismo, aconselhamos que a paciente seja reavaliada pelo médico da USF responsável pela sua área adstrita. Soma-se a isso a necessidade de acompanhamento nutricional, a fim de que as comorbidades permaneçam controladas com o uso de medicação e reeducação alimentar. Assim, com hábitos alimentares mais saudáveis a paciente apresentará maior disposição e conforto para realizar suas tarefas diárias.

Por fim, o acompanhamento pelos profissionais da USF responsável, o médico, a enfermeira e a agente de saúde, é determinante para o bom prognóstico e realização do PTS aqui apresentado, bem como o acompanhamento com os demais profissionais sugeridos. Portanto, o Projeto Terapêutico Singular representa um momento de toda a equipe (CAPS, USF e demais profissionais mencionados) envolvida, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o indivíduo e/ou família com alguma necessidade complexa de saúde.

CONCLUSÃO

Criamos um Projeto Terapêutico Singular que objetiva a resolução adequada do caso clínico da paciente através do acompanhamento clínico e da interconexão com outras áreas da saúde como nutrição e a psicologia, por exemplo. Interdisciplinaridade, esta, indispensável para atender as demandas do paciente em sua integralidade.

Portanto, para a realização do plano terapêutico singular é primordial que ocorra um vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família. Além disso, é importante para a realização do PTS uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença.

Por fim, percebemos que é de extrema importância a integração entre os diferentes profissionais da área da saúde para que o PTS seja executado da melhor maneira possível. Assim, considerar a pessoa em estudo em todas as suas dimensões – social, psíquica, sexual e espiritual – bem como, a já citada integração dos profissionais, faz com que a saúde seja contemplada em todas as suas formas.

REFERÊNCIAS

B.P. Lindoso, Ana Angélica; L. Lindoso, José Angelo. **Doenças tropicais negligenciadas no Brasil**. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652009000500003&lang=pt. Acesso em: 23 mai 2019, 10:45.

Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações**. O Mundo da Saúde 2012; 36(3):521-525.

Jones, R.T. / **Non-endemic cases of lymphatic filariasis.** In: *Tropical Medicine and International Health*. 2014 ; Vol. 19, No. 11. pp. 1377-1383.

Mattos, Denise; Dreyer, Gerusa; *et. al.* **Mudanças de paradigmas na filariose bancroftiana.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300032&lang=pt. Acesso em: 9 mai 2019, 23:50.

Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf. Acesso em: 9 de abr 2019, 21:13.

Ministério da Saúde. **Filariose linfática (elefantíase): causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/filariose-linfatica>. Acesso em: 26 abr 2019, 18:31.

Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Culex quinquefasciatus.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_culex_quinquefasciatus.pdf. Acesso em: 26 jun 2019, 16:13.

Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da filariose linfática.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_filariose_linfatica.pdf. Acesso em: 14 mai 2019, 19:40.

Pisarski K. **The Global Burden of Disease of Zoonotic Parasitic Diseases: Top 5 Contenders for Priority Consideration.** *Trop Med Infect Dis*. 2019;4(1):44. Published 2019 Mar 2. doi:10.3390/tropicalmed4010044.

Sharma GM, Bhardwaj AR, Relwani NR, Dubey S. **Lymphatic Filariasis Presenting as a Swelling over the Upper Arm: A Case Report.** *Malays Orthop J*. 2018;12(1):63–65. doi:10.5704/MOJ.1803.016.

Short EE, Caminade C, Thomas BN. **Climate Change Contribution to the Emergence or Re-Emergence of Parasitic Diseases.** *Infect Dis (Auckl)*. 2017;10:1178633617732296. Published 2017 Sep 25. doi:10.1177/1178633617732296.

World Health Organization. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro: WHO; 2011 [acesso em 21 nov 2011]. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf.

CAPÍTULO 7

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Fernando Marcos Vieira Duarte

Programa de Pós Graduação em Políticas
Públicas
Emescam- Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/7829692574503054>

Maristela Dalbello-Araujo

Programa de Pós Graduação em Políticas
Públicas
Emescam- Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/1496949211181149>

RESUMO: Os homens não fazem parte das populações usualmente assistidas nos serviços de atenção básica à saúde. Geralmente usam os serviços de saúde em situações de emergência, ou em serviço especializado para tratar uma doença já instalada. Porém, a importância da acessibilidade aos serviços de atenção primária como condicionante à menor vulnerabilidade ao adoecimento é reconhecida mundialmente. Esta pesquisa procurou entender quais fatores estão ligados à evasão masculina dos serviços de atenção primária, bem como quais medidas podem ser tomadas no sentido de provocar nesses homens a intenção de cuidar da própria saúde. Por meio da revisão integrativa da literatura foram analisados os estudos publicados de 2011 a 2020 em língua portuguesa, inglesa e espanhola, a fim de apresentar as principais informações obtidas, foram organizados através

de tabela e posteriormente discutidos. Diferentes estudos relatam a questão da falta de tempo, desconhecimento dos serviços prestados pelos serviços de saúde e até mesmo a vergonha de falar sobre o assunto, além de fatores culturais e institucionais, tais como os serviços de saúde serem majoritariamente femininos e horário de funcionamento incompatível com o horário de trabalho. Foi possível constatar que os estudos relatam problemas muito semelhantes entre si, sendo estes constatados desde a implantação da Política Nacional de Atenção integral à saúde do homem, portanto, poderiam ter sido resolvidos ou ao menos minimizados, entretanto, se mantêm de forma sistêmica. Conclui-se que, caso estas barreiras não sejam derrubadas, através de maiores recursos materiais e humanos, os homens se manterão afastados da atenção primária, continuando a buscar atendimento nos demais níveis de atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do homem, Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas.

PROMOTION OF MEN'S HEALTH

ABSTRACT: Men are not part of the populations usually assisted in primary health care services. They generally use health services in emergency situations, or in a specialized service to treat an already established disease. However, the importance of accessibility to primary care services as a condition for less vulnerability to illness is recognized worldwide. In this way, this research seeks to understand what factors are linked to male evasion from primary care services, as well as what measures can be taken in order to

provoke in these men the intention to take care of their own health. In the present study, the integrative literature review was selected as the method. Studies published in Portuguese, English and Spanish were analyzed. The selected studies were analyzed in detail, critically and, in order to present the main information obtained, they were organized through a table and later discussed. Different studies reported the issue of lack of time, ignorance of the services provided by the health services and even the shame of talking about the subject, in addition to factors such as, for example, the health services are mostly female, that these services do not have a broader view of men's health, time functioning of primary care services. Conclusions: It was possible to verify that the studies report very similar problems, which have been observed since the implementation of PNAISH and, therefore, could have been resolved or at least minimized over the years, but which remain in a systemic manner. It is concluded that, if these barriers are not broken down, through greater material and human resources, men will stay away from primary care, continuing to seek care at other levels of care, even if they are willing to do so, due to the lack of services targeted at them.

KEYWORDS: Men's health, Primary Health Care. Public Policies.

1 | INTRODUÇÃO

É inegável que a Constituição de 1988, através do seu artigo 196, que diz: “saúde é direito de todos e dever do Estado” consolida o SUS no âmbito das políticas de saúde no Brasil, tornando a saúde universal. Porém, ainda existe muita preocupação com os indicadores de saúde da população masculina. Historicamente, por senso comum ou por cultura, os homens são considerados como o sexo forte. Os meninos, desde muito jovens são educados, para serem competitivos, destemidos, sendo orientados a suportar, sem chorar, suas dores físicas e emocionais. Todavia, não é só a cultura machista responsável pela fuga dos homens dos atendimentos de saúde, existem problemas sociais, geográficos, institucionais dentre outros que interferem de forma direta nesse processo decisório do homem em cuidar da saúde.

Foi nessa conjuntura que o Brasil começou a pensar em uma política pública específica para a população masculina. Em 2007, o Ministério da Saúde havia criado uma área técnica de saúde do homem, como resultado de discussões em torno da ideia de uma política específica, em resposta a estatísticas epidemiológicas de morbimortalidade relacionada a causas externas e evitáveis. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a proposta de uma política pública de atenção à saúde do homem, a fim de implementar ações de atenção integral a essa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tendo como objetivo a promoção da melhoria das condições de saúde dos homens, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzindo a morbimortalidade, otimizando o acesso às ações e serviços de assistência à saúde, possuindo nove eixos de ação: comunicação, promoção à saúde, expansão dos serviços, qualificação de profissionais e investimento na estrutura da rede pública (BRASIL, 2009).

Porém, mesmo existindo políticas de saúde exclusivas aos homens, sabe-se que uma grande porcentagem deles não as procuram, principalmente na atenção básica, que teoricamente deveria ser a porta de entrada para serviços de prevenção e promoção da saúde. É nesse contexto que cada vez mais se intensificam os fóruns de discussões, pesquisas científicas e estudos acadêmicos sobre a saúde da população masculina. Dentre várias questões, é notória a preocupação nesses estudos, na investigação dos fatores que distanciam os usuários do gênero masculino dos serviços de atenção básica à saúde e através desse diagnóstico identificar quais as necessidades de adequação nesses serviços

2 | METODOLOGIA

Tendo em vista a importância deste tema, realizamos uma pesquisa que visou apreender os aspectos que facilitam o acesso dos homens aos serviços de atenção primária e aqueles apontados como dificultadores deste acesso.

Para a elaboração da presente revisão integrativa foram analisados os estudos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola, entre os anos de 2011 a 2020, tendo como referência as bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Lilacs (Literatura Latino-americana em ciências da Saúde). A estratégia de busca utilizou as seguintes combinações de palavras-chave, baseadas nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“men’s health”) AND (“primary health care”); (“saúde do homem”) E (“atenção primária”); (“salud del hombre”) Y (“atención primaria”).

A busca no Scielo apresentou 57 resultados. Após a leitura dos títulos e palavras-chave, foram eliminados 32 trabalhos que não eram pertinentes ao tema, restando 25. Em seguida, foi feita a leitura do resumo, eliminando-se mais 6 trabalhos. Após estas exclusões, realizou-se a leitura completa dos 19 estudos, eliminando-se 3 que não apresentavam os fatores dificultadores e/ou facilitadores da inserção do homem na atenção primária, restando 16 estudos. A busca na base de dados Lilacs resultou em 319 estudos. Destes, 198 foram excluídos após a leitura dos títulos e palavras-chave, restando 121. Após a leitura do resumo, foram eliminados 76 estudos e, após a leitura completa, restaram 25 estudos. No Medline, foram encontrados 104 estudos. Destes, 93 foram excluídos após a leitura do título e palavras-chave, restando 11. Após a leitura do resumo, restaram 7 publicações. Assim, restaram 48 artigos que foram lidos na íntegra e alocados em uma tabela na qual foram destacados os fatores facilitadores da inserção dos homens nos serviços de atenção primária e aqueles que os afastam desse tipo de cuidado consigo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As principais características dos 48 estudos utilizados nesta revisão, 42 se caracterizam como artigos, 5 são monografias e uma dissertação. Destes 41 foram escritos em língua portuguesa 5 em inglês e dois em espanhol. Provém majoritariamente da área de enfermagem (22), Saúde da Família (12), saúde coletiva (9), Medicina (4) e Psicologia (1).

Fatores dificultadores

Os fatores dificultadores, por sua diversidade, foram agrupados por eixos. Um dos aspectos mais relevantes deste trabalho está relacionado aos diversos motivos apontados pelos homens que dificultam a busca por atendimento na atenção primária. Diferentes estudos relataram a questão da falta de tempo, desconhecimento dos serviços prestados pelos serviços de saúde e até mesmo a vergonha de falar sobre o assunto, além de fatores como, por exemplo, os serviços de saúde serem majoritariamente femininos, que esses serviços não têm uma visão ampliada da saúde do homem, do horário de funcionamento dos serviços de atenção básica.

Concepção arraigada de gênero

Uma das características desafiadoras mais citadas nos estudos se refere às concepções arraigadas de gênero, que se referem às práticas masculinas socialmente construídas e culturalmente idealizadas. As normas masculinas na forma de competitividade, força, poder e auto-suficiência contribuem para as maneiras como os homens cuidam (ou não cuidam) da própria saúde. Assim, a evitação dos serviços da atenção primária pode decorrer do desejo dos homens de serem autônomos, invulneráveis e auto-suficientes. A falta de procura de alguns homens por atividades preventivas de promoção da saúde, estiveram vinculados a ideais de gênero que posicionam o cuidado com a saúde como sinônimo de identidades femininas nos estudos de Brito e Santos (2013); Aguiar et al. (2014); Barbosa (2014); Sousa et al. (2015); Santos et al. (2016); Alexandre et al. (2016); Lovett et al. (2017); Bernardi et al. (2018); Schubert et al. (2018); Miranda et al. (2018); Canuto et al. (2018); Carneiro et al. (2019); Teles (2019); e Paiva Neto et al. (2020).

Qualquer estudo sobre a saúde masculina deve considerar o papel da masculinidade, uma vez que faz parte dos estilos de vida e comportamentos masculinos, não sendo incomum que muitos homens se recusam a ir ao médico até que seu cônjuge ou parceiro os convença. Os estereótipos da personalidade masculina, como consumo excessivo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e estilo de vida sedentário reforçam uma visão negativa da saúde masculina, embora ao mesmo tempo forneçam áreas essenciais para enfocar estratégias de educação, prevenção e intervenção.

Embora a vantagem da força física dos homens tenha permitido que eles se destacassem em profissões perigosas, como trabalhos físicos ou de combate, a sensação inerente de imortalidade que acompanha esses empregos levou muitos a se envolverem em atividades de alto risco, geralmente acreditando que podem lidar com seus problemas sem a ajuda de outras pessoas. Assim, os profissionais de saúde devem estar cientes dos riscos que os homens correm e como detectar esses comportamentos perigosos. Os velhos estereótipos de masculinidade precisam ser redefinidos em conceitos mais modernos que incluem um estilo de vida saudável como um valor masculino fundamental. Ter saúde e integrar o sistema de saúde como princípio da masculinidade é uma nova abordagem que pode fazer com que o homem se aproprie de sua própria saúde.

Medo e vergonha

A incerteza sobre o estado de seus problemas de saúde faz com que os homens tenham buscar os serviços da atenção primária e descubram que possuem doenças graves. Esta situação foi percebida em diversos estudos (BRUNO et al., 2011; KNAUTH et al., 2012; SALIMENA et al., 2013; AGUIAR et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2014; GIUMBELLI; BONAMIGO, 2015; SANTOS, 2015; SOUSA et al., 2015; ALEXANDRE et al., 2016; SANTOS; SANTOS, 2017; MIRANDA et al., 2018; CANUTO et al., 2018; CANUTO et al., 2019; STEWART et al., 2019; BALBINO et al., 2020). Também se sentem envergonhados em tratar de questões sensíveis, como saúde sexual e mental, devido ao estigma que essas doenças acarretam. O receio dos homens de buscar atendimento e perceberem que suas preocupações não são sérias o suficiente para serem levadas aos serviços convencionais de atenção primária também foram destacados em alguns estudos, expressando a ansiedade em trazer questões triviais de saúde a um médico e desperdiçar o tempo dos profissionais.

Organização dos serviços

Em relação à organização dos serviços, um dos tópicos mais presentes nos estudos se refere à questão do horário de atendimento das unidades de saúde, que coincide com a jornada de trabalho dos usuários, dificultando, dessa forma, a procura. Dentre os estudos que constataram que o horário de funcionamento das unidades é um dos fatores dificultadores da inserção dos homens na atenção primária, estão Medeiros (2013), Salimena et al. (2013), Aguiar et al. (2014), Moreira et al. (2014), Santos (2015), Oliveira et al. (2015), Sousa et al. (2015), Brito et al. (2016), Alexandre et al. (2016), Santos e Santos (2017), Lovett et al. (2017), Bernardi et al. (2018), Chaves et al. (2018), Miranda et al. (2018), Vasconcelos et al. (2019), Balbino et al. (2020), Alves et al. (2020) e Paiva Neto et al. (2020).

Vale ressaltar que o trabalho carrega um significado profundo para o homem, tornando-se um dos aspectos centrais de sua vida, delimitando espaços e constituindo uma categoria fundamental dentro do ambiente em que vive. A figura de provedor tem sido historicamente atribuída aos homens desde os tempos primitivos, fornecendo os bens que sua família ou grupo necessitava. Essa imagem se enraizou e se aplica às sociedades atuais. A identidade masculina se constrói a partir de sua função de suporte e protetor do lar e provedor dos bens de que a família necessita. Assim, essa identidade deve ser mantida, segundo o imaginário coletivo, através do trabalho e do compromisso do homem em mantê-lo. É socialmente atribuída a ele a função de financiar as necessidades das pessoas que fazem parte de sua família, a quem considera seu patrimônio. Nesse sentido, o compromisso com o trabalho foi citado nos estudos de Medeiros (2013), Moreira et al. (2014), Moura et al. (2014), Santos et al. (2016), Schubert et al. (2018) e Miranda et al. (2018).

Também em relação ao trabalho, pesquisas encontraram como fator que dificulta a presença dos homens na atenção básica, as filas para obtenção de fichas de consulta e o

longo tempo de espera, devido à superlotação dessas unidades e o excesso de demandas, ocasionando uma precarização desses serviços (BRITO; SANTOS, 2013; SALIMENA et al., 2013; LOVETT et al., 2017; SCHUBERT et al. 2018; MIRANDA et al. 2018; BARBOSA et al., 2018; BALBINO et al., 2020; ALVES et al., 2020). Em muitos casos, a falta de uma comprovação, através de atestado médico, nas atividades preventivas, acaba por afastar o trabalhador das unidades, o que está diretamente relacionado ao horário de funcionamento (KNAUTH et al., 2012; MEDEIROS, 2013; SALIMENA et al., 2013; GIUMBELLI; BONAMIGO, 2015; SANTOS et al., 2016; SOLANO et al., 2017; CHAVES et al., 2018; MIRANDA et al., 2018; BARBOSA et al., 2018; BALBINO et al., 2020; ALVES et al., 2020).

A falta de tempo para buscar as unidades da atenção primária também faz parte das alegações dos homens. Assim, quando sentem algum tipo de dor ou problemas que consideram mais simples, preferem buscar ajuda nas emergências, devido à maior resolutividade nas intervenções ou se automedicam, quando consideram que o problema não demanda a necessidade de atendimento médico (BRUNO et al., 2011; MARTINS et al., 2011; SALIMENA et al., 2014; AGUIAR et al., 2014; CAVALCANTI et al., 2014; GIUMBELLI; BONAMIGO, 2015; SANTOS; SANTOS, 2017; CHAVES et al., 2018; CANUTO et al., 2018; CARNEIRO et al., 2019). Segundo Knauth et al. (2012), tal situação demonstra que medidas preventivas não fazem parte da rotina da população masculina, ou seja, buscam atendimento somente quando algum sintoma já está instalado.

Os homens consideram que as unidades de saúde são espaços femininos ou feminilizados, não se sentindo à vontade e confortáveis para buscarem essa assistência. Tal situação é decorrente de questões culturais (GOMES et al., 2011; MEDEIROS, 2013; SALIMENA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2019; CARNEIRO et al., 2019; TELES, 2019).

Déficit de conhecimento dos homens para autocuidado e prevenção

A percepção do estado de saúde relaciona-se significativamente com o autocuidado. Assim, embora os homens acreditem que têm capacidade de cuidar de si, praticam pouco o autocuidado, superestimando sua capacidade de resolver os seus problemas de saúde sem ajuda profissional ou adotando a prevenção de agravos à saúde. Tal situação, de acordo com alguns estudos (FONTES et al., 2011; MEDEIROS, 2013; SALIMENA et al., 2013; AGUIAR et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015; ALEXANDRE et al., 2016; RODRIGUES; RIBEIRO, 2019), se deve à falta de percepção de que cuidar de si e manter uma boa saúde favorece a manutenção do trabalho e da situação de provedor familiar.

O autocuidado é uma função humana reguladora que cada indivíduo deve exercer deliberadamente para manter sua vida e seu estado de saúde, desenvolvimento e bem-estar, portanto, é um sistema de ação. A elaboração dos conceitos de autocuidado, a necessidade de autocuidado e a atividade de autocuidado constituem os alicerces que permitem compreender as necessidades e limitações de ação das pessoas que podem

se beneficiar dos serviços de saúde. Outros estudos apontam que a construção da imagem masculina envolve a ideia de suportar a dor e negar o desconforto físico, uma forma de mostrar força. Portanto, cuidar de si não é visto como algo típico do homem (BRUNO et al., 2011; CARNEIRO et al., 2016; SANTOS; SANTOS, 2017). Quando os desconfortos não impedem, incapacitam ou condicionam o cotidiano, os homens tendem a se sentirem possuidores de um bom estado de saúde, não sentindo a necessidade de buscar o sistema de saúde. Assim, um aspecto importante sobre a percepção de saúde não necessariamente se limita a um diagnóstico médico, mas a como a pessoa se sente e lida com seu desconforto. Tal situação é influenciada por um conjunto complexo de fatores, incluindo condições ambientais, culturais e socioeconômicas.

Invisibilidade masculina nos serviços de saúde

Os resultados anteriores sugeriram que os homens são vítimas de seu próprio comportamento, ao argumentarem que a baixa procura pelos serviços de saúde na atenção básica ocorrem devido à falta de conhecimentos e desinteresse pela própria saúde. Essas concepções têm sido frequentemente associadas a traços masculinos hegemônicos que colocam uma expectativa sobre os homens de serem independentes, fortes, invulneráveis, dentre outras características. Entretanto, muitas vezes, a ausência dos homens na atenção primária se deve às percepções sobre o serviço oferecido, influenciando a sua busca ou o afastamento dos mesmos.

Gomes et al. (2011) e Paiva Neto et al. (2020) detectaram que a presença quase absoluta de profissionais do sexo feminino nas unidades de saúde é um fator que afasta os homens desses locais, pelos mesmos sentirem-se constrangidos ou envergonhados de expor seus problemas e até mesmo de despir-se para um exame.

Bastante presente nos estudos está o distanciamento entre as necessidades e os serviços oferecidos, não havendo intervenções específicas para a população masculina, o que acaba por gerar a invisibilidade masculina, levando os homens a se sentirem deslocados nesses espaços de atendimento (MACHADO; RIBEIRO, 2012; SANTOS, 2015; BERNARDI et al., 2018; CANUTO et al., 2018; LIMA; AGUIAR, 2020).

Outro fator dificultador encontrado nos estudos se refere ao despreparo e engajamento da equipe com a PNAISH. Para Araujo et al. (2014), Miranda et al. (2018) e Nunes et al. (2020), a fragmentação da PNAISH ocorre devido ao processo formativo das equipes de saúde ser centrado no modelo biomédico, que prioriza a cura, em lugar de ações educativas e preventivas. Tal situação é preocupante, haja vista a PNAISH ter sido criada há mais de uma década e as ações continuarem fragmentadas. Para Barbosa (2014), essa conjuntura se deve à demora do Estado para implantar a política.

A falta de engajamento das equipes de saúde com a PNAISH foi citada por Martins et al. (2011), Gomes et al. (2012), Salimena et al. (2013), Silva et al. (2013), Brito et al. (2016), Santos et al. (2016), Alexandre et al. (2016), Carneiro et al. (2016), Schubert et al. (2018). De acordo com Rodrigues e Ribeiro (2019), mesmo após uma década da

política, os profissionais ainda não conhecem suas diretrizes e propostas. Gomes et al. (2012) constatou que, para alguns profissionais, esta política é desnecessária e de difícil implementação, pois esta população pode ser incluída nas demais ações existentes e que seu surgimento acabou sendo uma demanda a mais, entre as tantas que os profissionais da atenção básica já possuem.

Martins et al. (2011) e Aguiar et al. (2014) constataram que as equipes de saúde não planejam intervenções voltadas especificamente à população masculina, sendo estas quase inexistentes nas unidades da atenção primária. Crianças, mulheres e idosos têm sido, quase integralmente, os beneficiários de ações comunitárias, o que afasta ainda mais os homens desses serviços.

A falta de acolhimento nos serviços de saúde foi citada nos estudos de Knauth et al. (2012), Gumbelli e Bonamigo (2015), Chandretti et al. (2016), Miranda et al. (2018) e Alves et al. (2020). No ambiente das unidades de saúde, existem oportunidades para o envolvimento das equipes com a população masculina na recepção e na sala de espera, bem como durante a consulta. De acordo com Solano et al. (2017), a falta de acolhimento reflete a qualificação deficiente desses profissionais.

A falta de atividades educativas foi apontada nos estudos de Silva et al. (2013), Oliveira et al. (2015), Sousa et al. (2015), Chandretti et al. (2016). Programas educacionais e informações de saúde voltadas para os homens podem ser usados para encorajar e apoiar essa população a cuidar melhor da própria saúde. Assim, os profissionais das equipes de saúde devem promover atividades voltadas à educação em saúde, que é um dos pilares da atenção básica, envolvendo questões específicas da população masculina. Estas ações podem ser desenvolvidas nos locais de trabalho, aumentando, dessa forma, a participação. Para Miranda et al. (2018), deveriam ser realizadas campanhas específicas voltadas à saúde do homem, a fim de atrair essa população aos serviços da atenção primária.

A carência de atividades educativas é vista como uma consequência da falta de capacitação e sensibilização das equipes de saúde sobre a PNAISH e a população masculina, não havendo uma visão mais ampla da saúde do homem por parte desses serviços (BRITO; SANTOS, 2013); RAMALHO et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014; SOUSA et al., 2015; BRITO et al., 2016; ALEXANDRE et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2019; RODRIGUES; RIBEIRO, 2019; NUNES et al., 2020; LIMA; AGUIAR, 2020).

Além disso, Barbosa et al. (2018), Canuto et al. (2018), Vasconcelos et al. (2019), Paiva Neto et al. (2020) e Lima e Aguiar (2020) destacam o desconhecimento, por parte do público masculino, da abrangência dos serviços da atenção básica e da PNAISH, o que de certa forma aponta a necessidade de uma maior divulgação desses serviços, como defendido por Nunes et al. (2020). A falta de reconhecimento desses serviços, apontada por Martins et al. (2011), pode estar relacionada à pouca divulgação da política para toda a população.

Fatores facilitadores

Observou-se que, apesar da diversidade de fatores dificultadores para a inserção da população masculina na atenção primária, citadas nos 48 estudos que tratam do tema, somente 7 apresentaram fatores facilitadores para a promoção da saúde do homem. Martins et al. (2011) ressaltaram como fatores facilitadores: o funcionamento das equipes de saúde nos moldes da lógica assistencial das ESFs, mantendo um vínculo próximo com a comunidade e Giumbelli e Bonamigo (2015), Rosu et al. (2017) e Balbino et al. (2020) apresentaram a experiência de horários diferenciados para o atendimento (finais de semana e fora do horário comercial), bem como salas específicas para o acolhimento masculino, além de melhorias gerais na assistência à esta população.

Rosu et al. (2017) relataram que as intervenções na comunidade, visitas aos locais de trabalho, além de formação de grupos, com atividades voltadas exclusivamente para os homens, proporcionando momentos ricos para o desenvolvimento de ações educativas para o autocuidado são fatores essenciais. Stewart et al. (2019) consideram que a família pode se tornar de grande ajuda dos profissionais para levar a população masculina às unidades de saúde, alertando, no entanto, que o retorno é mais fácil quando o homem é bem acolhido pelos profissionais e quando estes têm uma boa comunicação com os usuários. Para Balbino et al. (2020), as unidades de saúde podem atrair a população masculina dispondo de mais médicos para o atendimento a esses usuários, evitando longas horas de espera, marcação de fichas para atendimento posterior e superlotação dos serviços.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que, apesar desta política ter sido criada há mais de uma década, existem barreiras estruturais significativas que inibem a capacidade dos homens de autocuidado e de acesso eficaz aos serviços. Ao se analisar os estudos sobre os fatores dificultadores da utilização dos serviços da atenção primária pela população masculina, constatou-se que um dos maiores entraves é o fato desses serviços estarem disponíveis apenas nos horários em que os homens estão trabalhando. O ambiente feminino dos serviços também dissuade os homens que, de qualquer forma, veem a saúde como um domínio predominantemente feminino. As campanhas de conscientização sobre saúde são escassas e muitas vezes não conseguem envolver os homens e visam principalmente a população infantil, feminina ou idosa.

Os comportamentos de risco dos homens e a subutilização dos serviços de saúde estão em grande parte ligados às normas do papel masculino. Essas normas variam de acordo com os contextos sociais e culturais, mas também parecem consistentes em muitos estudos em termos de comportamentos de saúde. Há uma base de evidências crescente em todo o mundo mostrando que intervenções de saúde bem planejadas voltadas para os homens podem melhorar os resultados para si e para os outros. Entretanto, um trabalho

bem-sucedido na promoção da saúde e prevenção de doenças deve ocorrer em ambientes “amigáveis aos homens” e culturalmente sensíveis aos requisitos específicos de diferentes grupos.

Sem dúvida, a acessibilidade aos serviços de atenção primária mostrou-se um aspecto importante relacionado à barreira de acesso à atenção básica neste estudo. Serviços de atenção primária mais fáceis de acessar também podem reduzir algumas das barreiras ao uso de serviços enfrentadas pelos homens. Caso o acesso à atenção primária fosse facilitado, através de maior número de profissionais, que conseqüentemente reduziria o tempo de espera para marcação de consultas e exames e para o atendimento, além de evitar a superlotação, tornando esse atendimento mais resolutivo, são ações que poderiam tornar mais fácil a presença dos homens nas unidades de saúde.

O presente estudo revelou barreiras culturais, pessoais e institucionais para a presença dos homens na atenção primária. Ao determinar as barreiras e enfatizá-las, entende-se que podem ser desenvolvidas ações para eliminá-las, através de estratégias eficazes que podem ser elaboradas pelos gestores e profissionais. Além disso, foi possível constatar que os estudos relatam problemas muito semelhantes entre si, sendo estes constatados desde a implantação da PNAISH e que, portanto, poderiam ter sido resolvidos ou ao menos minimizados ao longo dos anos, mas que se mantêm de forma sistêmica. Conclui-se que, caso estas barreiras não sejam derrubadas, através de maiores recursos materiais e humanos, os homens se manterão afastados da atenção primária, continuando a buscar atendimento nos demais níveis de atendimento, mesmo que estejam dispostos a isso, devido à falta de serviços direcionados a eles.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. G. et al. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 1, p. 381-390, 2014.

ALEXANDRE, J. F. et al. A problemática do homem para a não procura do serviço de saúde na atenção primária. **Ciência e Saúde**, v. 10, n.1, p. 124-138, 2016.

ALVES, A. N. et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2020.

ARAUJO, M. G. et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 682-689, 2014.

BALBINO, C. M. et al. Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-17, 2020.

BARBOSA, C. J. L. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 3, P. 99-114, 2014.

BARBOSA, Y. O. *et al.* Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 12, n. 11, p. 2897-2905, 2018.

BERNARDI, A. *et al.* Assistência à Saúde do Homem na Atenção Básica: dificuldades evidenciadas pelos usuários. **Enfermagem Univali**, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1944/GM/MS**, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, A. K. O. L. *et al.* Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. **Rev Ciência e Saberes**, v. 2, n. 2, p. 191-195, 2016.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. Esp. 1, p. 654-659, 2013.

BRUNO, P. S. *et al.* Saúde do homem: limites e possibilidades. **Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 5, p. 274-279, 2011.

CANUTO, K. *et al.* "I feel more comfortable speaking to a male": Aboriginal and Torres Strait Islander men's discourse on utilizing primary health care services. **Int J Equity Health**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2018.

CANUTO, K. *et al.* Listen, understand, collaborate: developing innovative strategies to improve health service utilisation by Aboriginal and Torres Strait Islander men. **Aust N Z J Public Health**, v. 43, n. 4, p. 307-309, 2019.

CAVALCANTI, J. R. D. *et al.* Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014.

CARNEIRO, L. M. R. *et al.* Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 29, n. 4, p. 554-563, 2016.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

CHANDRETTI, G. S. *et al.* A invisibilidade do homem na atenção primária à saúde. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, p. 330-339, 2016.

CHAVES, J. B. *et al.* A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da Teoria da Ação Planejada. **Estud. Interdiscip. Psicol**, v. 9, n. 3, p. 38-57, 2018.

FONTES, W. D. *et al.* Atención a la salud del hombre: interlocución entre enseñanza y servicio. **Acta Paul. Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.

GIUMBELLI, G. R.; BONAMIGO, E. L. **Os desafios na inclusão da população masculina na atenção primária**. 2015. 39f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campos Novos, 2015.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 983-992, 2011.

GOMES, R. et al. Sentidos motivados à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.

KNAUTH, D. R. et al. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LIMA, C. S.; AGUIAR, R. S. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. 1-20, 2020.

LOVETT, D. et al. Are nurses meeting the needs of men in primary care? **Australian Journal of Primary Health**, v. 23, n. 4, p. 319-322, 2017.

MACHADO, M. F.; RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 343-356, 2012.

MARTINS, B. et al. **Saúde do homem na atenção básica em Florianópolis**: fragilidades e fortalezas na perspectiva de profissionais da ESF. 2011. 70f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MEDEIROS, R. L. S. F. M. **Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde**: a fala dos enfermeiros. 2013. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

MIRANDA, T. N. et al. Fatores que influenciam negativamente na assistência integral ao usuário da atenção básica na saúde do homem. **Journal of Health Connections**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2018.

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. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.

NUNES, A. B. et al. Os desafios na inserção do homem nos serviços de saúde da atenção primária. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p. 3021-3032, 2020.

OLIVEIRA, M. M. et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

PAIVA NETO, F. T. et al. Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. **Salud Colectiva**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2020.

RAMALHO, M. N. A. et al. Dificuldades na implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 13, n. 4, p. 642-649,

RODRIGUES, C. T.; RIBEIRO, T. S. **Desafios para o profissional da saúde na inserção dos homens nos serviços de atenção primária**. 2019. 53f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Lucas, Montes Claros, 2019.

ROSU, M. B. et al. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. **Am J Mens Health**, v. 11, n. 5, p. 1501-1511, 2017.

SALIMENA, A. M. et al. Saúde do homem e atenção primária: o olhar da enfermagem. **Rev APS**, v. 16, n. 1, p. 50-59, 2013.

SANTOS, K. O.; SANTOS, E. M. Onde estão os homens? O que os distanciam ou os aproximam dos serviços da atenção primária à saúde. **Semina Cienc. Biol Saúde**, v. 38, n. 1, p. 79-88, 2017.

SANTOS, P. H. B. **Saúde do homem: invisibilidade e desafios na atenção primária à saúde**. 2015. 47f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SANTOS, R. O. et al. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela Estratégia de Saúde da Família Sede II do município de Sítio do Quinto/BA. **Revista de Saúde ReAGES**, v. 1, n. 1, p. 58-87, 2016.

SCHUBERT, C. O. et al. A promoção da saúde do homem no contexto da atenção primária em saúde. **Ciência Atual**, v. 11, n. 1, p. 2-12, 2018.

SILVA, P. L. N. et al. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil e os desafios da sua implantação: uma revisão integrativa. **Enfermeria Global**, n. 32, p. 414-443, 2013.

SOLANO, L. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **J. Res: Fundam Care**, v. 9, n. 2, p. 302-308, 2017.

SOUSA, A. P. et al. Avaliação da política de atenção integral à saúde do homem. **Rev Enferm UFPI**, v. 4, n. 3, p. 65-70, 2015.

STEWART, K. A. et al. Giving Voice to Black Men: Guidance for Increasing the Likelihood of Having a Usual Source of Care. **Am J Mens Health**, v. 13, n. 3, p. 1-11, 2019.

TELES, E. J. E. **Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas** pela população masculina nos serviços de atenção primária à saúde. 2019. 35f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2019.

VASCONCELOS, I. C. B. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 9, p. 16340-16355, 2019.

CAPÍTULO 8

RODA DE CONVERSA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E O DESMAME PRECOCE FUNDAMENTADA NA TEORIA INTERATIVISTA DE KING

Data de aceite: 01/04/2021

Isabelle Cerqueira Sousa

Mestre em Educação (UECE), Doutoranda em Saúde Coletiva (UNIFOR). Centro Universitário Christus (UNICHISTUS)

Mikaelly Magno Bastos

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Clínica Médica e Cirúrgica. Centro Universitário Christus (UNICHISTUS)

Rafaela Rabelo Costa

Enfermeira, especialista em Enfermagem Clínica Médica e Cirúrgica. Centro Universitário Christus (UNICHISTUS)

Carla Monique Lopes Mourão

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem (UFC). Centro Universitário Christus (UNICHISTUS)

RESUMO: **Introdução:** A amamentação é considerada uma estratégia importante de sobrevivência infantil pelo fundo das nações unidas para a infância (UNICEF), pela organização Mundial da Saúde (OMS) e por órgãos de proteção à criança. Sabe-se que o desmame precoce expõe a criança a doenças infecciosas diversas, diminuem a resposta imunológica, podendo interferir negativamente no crescimento e desenvolvimento adequados (CURY, 2004). **Objetivos:** Relatar uma experiência de uma roda de conversa sobre os fatores que levam as mulheres ao desmame

precoce. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido pela acadêmica de enfermagem, no período do Internato I com gestantes antes da consulta de pré-natal em uma unidade básica de saúde, na cidade de Fortaleza- CE. Foram respeitadas as normas da resolução n°. 466/2012 do conselho nacional de saúde. **Resultados:** As atividades incluíam discussão sobre os assuntos: efeitos deletérios do uso de mamadeira, chupeta e outros hábitos orais, estresse e tempo de amamentação. Durante os encontros foram utilizadas metodologias expositivas (palestras, vídeos e álbum seriado). Houve participação ativa entre as usuárias e acadêmicas tornando assim um momento satisfatório de aprendizado profissional e pessoal e teve como referencial teórico interativista de King, dedicado ao cuidado prestado as mulheres, crianças e famílias durante o período da amamentação por meio da comunicação e interação enfermeiro-cliente. **Conclusão:** Podemos perceber que é um importante recurso para superar a resistências das práticas que confrontam com a promoção do cuidado, promovendo, assim, uma interação com diálogo entre a usuárias levando ao contento do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno, Teorias de enfermagem, Educação e saúde.

CONVERSATION WHEEL ABOUT BREASTFEEDING AND EARLY WEANING BASED ON INTERACTIVIST KING THEORY

ABSTRACT: Introduction: Breastfeeding is considered an important child survival strategy by the United Nations Children's Fund (UNICEF), the World Health Organization (WHO) and child protection agencies. It is known that early weaning exposes the child to various infectious diseases, decreases the immune response, and can negatively interfere with adequate growth and development (CURY, 2004). **Objectives:** To report an experience of a conversation about the factors that lead women to early weaning. **Methods:** This is a descriptive study of the experience report type, developed by the nursing student, during the Internship I period with pregnant women before the prenatal consultation in a basic health unit, in the city of Fortaleza-CE. The rules of resolution no. 466/2012 of the national health council. **Results:** The activities included discussion on the subjects: deleterious effects of using a bottle, pacifier and other oral habits, stress and breastfeeding time. During the meetings, expository methodologies (lectures, videos and serial album) were used. There was active participation among users and academics, thus making it a satisfying moment of professional and personal learning and had King's interactive theoretical framework, dedicated to the care provided to women, children and families during the breastfeeding period through nurse-client communication and interaction. **Conclusion:** We can see that it is an important resource to overcome the resistance of practices that confront with the promotion of care, thus promoting an interaction with dialogue between users taking them to the satisfaction of care.

KEYWORDS: Breastfeeding, Nursing theories, Education and health.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M.; FIACO, A. D.; WERNER, E. H.; SCHMITZ, B. A. S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, abr./jun. 2003a.

COLAMEO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 597-607, mar. 2006.

COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; ASHWORTH, A.; LIRA, P. I. C. Impacto do treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-7, 2005.

CURY, M. T. F. Aleitamento Materno. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M. de A. *Nutrição em Obstetria e Pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004, p.287-313. VENÂNCIO, S. I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1-2, jan. / fev. 2003.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-180, nov. 2004. VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.;

MENDES, C. M. C.; VIEIRA, T. O. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1193-1200, jun. 2006.

CAPÍTULO 9

RODAS DE CONVERSA COMO FERRAMENTA DE ENSINO E CUIDADO NA UNIDADE PEDIÁTRICA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Adriane das Neves Silva

Enfermeira e Professora. Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras – IFF/FIOCRUZ. Hospital Infantil Ismélia Silveira Duque de Caxias/RJ
<http://lattes.cnpq.br/2401227655072032>

Cynthia das Neves Silva

Docente do SENAC-Rio. Enfermeira especialista em Pediatria pela Universidade Gama Filho e em Emergência pela UFF Duque de Caxias/RJ
<http://lattes.cnpq.br/1717532310688772>

Solange das Neves Silva

Docente do SENAC-Rio e da FAETEC. Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Souza Marques e em Emergência pela UFF Duque de Caxias/RJ
<http://lattes.cnpq.br/4375778772589472>

Vera Lúcia Quirino da Silva

Enfermeira do Serviço de Educação Permanente do Hospital Infantil Ismélia Silveira. Especialista em Pediatria e Neonatologia Duque de Caxias/RJ
<http://lattes.cnpq.br/8143135622725014>

RESUMO: O presente estudo pretende relatar a experiência vivenciada durante as ações educativas realizadas em um Hospital infantil, de administração pública municipal, especializado (em Pediatria), de pequena e média complexidade, situado no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Refere-se a um relato de experiência, tendo como recurso metodológico as rodas de conversa. a análise revelou ao problematizar as questões do cotidiano de trabalho nas rodas de conversa os participantes tiveram a oportunidade de expor suas experiências e construir soluções para os problemas que eram enfrentados a cada novo dia na unidade de saúde, além disso, ampliou espaços de escuta e acolhimento. Assim, a utilização da roda de conversa estimulando a problematização e atuando como ferramenta de ensino e cuidado, é uma proposta inovadora por discutir situações reais do cotidiano da unidade pediátrica, e de valorização dos protagonismos. Como ferramenta de cuidado permite a ampliação da escuta e o estabelecimento de vínculo de modo a minimizar os efeitos da internação unidade pediátrica, e bem como uma possibilidade de educação em saúde. Para a gestão é um elo de sistematização das ações de cuidado e ampliação da participação da equipe multiprofissional, sendo um instrumento de integração da equipe de saúde, diálogo e vínculo com as mães na unidade pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Roda de Conversa, Problematização, Educação Permanente em Saúde.

CIRCLES OF CONVERSATION AS A TEACHING AND CARE TOOL IN THE PEDIATRIC UNIT

ABSTRACT: The current study intends to report the reality experienced during the educational actions performed in a public hospital, (specialized in pediatrics), known for a small and medium complexity located in Duque de Caxias, Rio de Janeiro. It refers to an experience report, using the conversation circles as a methodological resource. The analysis revealed that when problematizing the issues of daily work in the conversation circles, the participants had the opportunity to expose their experiences and also to build solutions to all the problems faced each day at the health unity, besides that, also expanded listening spaces and host. So, the use of the conversation wheel to promote discussions as a teaching and care tool, is an innovative proposal because it debates real situations in the pediatric's unity and values the protagonism. As a care tool, it allows the expansion of listening and the establishment of bonds in order to minimize the effects of hospitalization in the pediatric unit, as well as the possibility of health education. For management, it's a link for systematizing care actions and expanding the participation of the multidisciplinary team, being an instrument for integrating the health squad with the mothers at the pediatric unit

KEYWORDS: Conversation Wheel, Problematization, Permanent Education in Health.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com a proposta de estimular nos trabalhadores da saúde a autonomia por meio do uso das metodologias ativas, além de criar um espaço de troca de saberes e de reflexão para as ações de saúde, a partir das vivências, conversas, discussão e divulgação do conhecimento produzido, o projeto de “Rodas de conversas” surge com a utilização das Vivências no cotidiano da unidade pediátrica ancorada no referencial de “Círculos de Cultura” propostos por Freire (FREIRE, 2005).

Pensar em um projeto com uma metodologia e pedagogia que permitisse que esses atores se colocassem e refletissem à sua maneira de fazer e estar naquele universo, seria o grande desafio. Assim, a ideia de utilizar a “roda de conversa como ferramenta possibilita a reflexão sobre o trabalho em saúde, através da promoção de espaços de diálogo e troca de experiências, de forma crítica e reflexiva.

A proposta de trabalhar faz parte de um projeto macro intitulado “Institucionalização da Educação Permanente em Saúde” desenvolvido durante a realização do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) /Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), onde a partir das vivências do cotidiano de trabalho das autoras do projeto, durante a observação participante das situações-problemas apresentadas pelos usuários do serviço e pelos trabalhadores da saúde, foi construído uma proposta educacional que contribuísse para diminuir o distanciamento entre esses atores.

Para Sampaio et al (2016), as rodas de conversa possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as

experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade.

E vê que o espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais” (SAMPAIO et al, 2016, p.3).

Onde no espaço da roda e nos diálogos proporcionados há interação entre os participantes e construção de novos conceitos. Como ressalta Figueiredo e Queiroz (2012), a influência dos conceitos de Paulo Freire está muito presente no espaço das rodas, pois os sujeitos são desafiados a refletir sobre si e sobre o mundo que o cerca, além da presença da liberdade de a partir das vivências reverem, avaliarem, mudarem ou complementarem seus preconceitos, estando eles abertos a curiosidade, enquanto elemento importante para a criticidade.

No livro “medo e ousadia” de Freire e Shor (1987), ressaltam que no diálogo sela o relacionamento entre os sujeitos cognitivos e que a partir desse diálogo podemos atuar criticamente para transformar a realidade” (FREIRE, p.123). O que implica em dizer que no diálogo vai existir limites e contradições que condicionam o que podemos fazer e que esse é deve ser permeado de responsabilidade, determinação, disciplina e objetivos (FREIRE; SHOR, 1987).

As rodas foram realizadas em ambiente próprio de modo que todos se sentissem à vontade para partilhar suas experiências, qualificasse sua escuta e que fosse um ambiente “protegido” de modo que as conversas fossem relevantes para o grupo e norteadoras de propostas para resolução dos problemas. Com o Uso de Metodologias ativas, as situações reais do cotidiano de trabalho na saúde na unidade pediátrica foram trabalhadas. Almejando alcançar o objetivo proposto, a roda de conversa contou com a participação de profissionais de saúde e gestores da saúde, docentes e discentes do curso de enfermagem.

Este texto refere-se ao relato da experiência realizada em um Hospital pediátrico na Baixada Fluminense no Rio de Janeiro, que teve 36 participantes em rodas que ocorreram em três momentos. Cada roda foi iniciada a partir de uma questão norteadora, com o propósito de refletir e dialogar sobre o trabalho em saúde, através da promoção de espaços de diálogo e troca de experiências, de forma crítica e reflexiva.

O projeto foi desenvolvido em um Hospital infantil, de administração pública municipal, especializado (em Pediatria), de pequena e média complexidade, situado no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. Na aproximação com o serviço de educação permanente da unidade e nos encontros com os trabalhadores de enfermagem, percebeu-se a necessidade de um canal de comunicação que permitisse a troca de experiências e vivências

Após o levantamento diagnóstico das necessidades presentes e frequentes no cotidiano de cuidado dos trabalhadores de enfermagem da instituição, ficou evidenciado fragilidades que contribuíam para o distanciamento desses profissionais e as mães que estavam com seus filhos internados e/ou as que procuravam atendimento de emergência. Diante desse cenário, foram propostas rodas de conversas como estratégia de ressignificação das vivências cotidianas.

Participaram trabalhadores da saúde, entre eles a maior parte de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de assistentes sociais, docentes de enfermagem e estudantes de enfermagem.

GIRANDO NOSSA RODA

Os temas foram definidos de acordo com em conjunto com os sujeitos da pesquisa, durante a observação participante no cotidiano de cuidado. Os sujeitos foram convidados a conversar e relatar suas experiências, estimulando também as trocas.

As rodas foram realizadas em três momentos, entre 20 de outubro de 2016 e 24 de novembro de 2016, durante os dias de segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, no período da manhã. Participaram dessa roda profissionais de saúde e gestores da saúde, docentes e discentes do curso de enfermagem, que aceitaram o convite de participação de registro dos encontros.

A primeira roda foi realizada no dia 20 de outubro de 2016 às 10 horas, neste dia o planejamento foi fazer uma reflexão sobre “Ética e ser ético”. Antes de iniciar a dinâmica da roda, cada participante recebeu um bolsa contendo leituras e materiais da roda. A dinâmica inicial foi a de trazer a reflexão do papel desses sujeitos dentro do cenário da saúde, iniciamos o movimento com o seguinte questionamento: Qual a nossa posição no cenário da saúde? Refletindo os gestores, usuários, trabalhadores, alunos, onde eles se percebiam, dentro do dia a dia da instituição.

A partir do conhecimento do seu papel, começaram a pensar a importância da ética nesse cenário, como ela está presente no cotidiano e sua influência nas relações de trabalho. Divididos em grupos, os participantes foram estimulados a construir o conceito individual sobre ética e após se reuniram e criaram um conceito do grupo.



Figura 1 – Primeiro movimento da roda

Ao final, o grupo refletiu qual o limite da ética na saúde e como lidar com as questões éticas do cotidiano das unidades de saúde. E que a ética é responsabilidade de todos. Saímos da primeira roda já com o agendamento consensual da segunda roda em relação a data e ao tema proposto.

A segunda roda, ocorreu no dia 09 de novembro de 2016 e teve como tema o “trabalho em equipe”. Para tanto, foi trazido a seguinte situação problema para reflexão: Você e alguns amigos descem um rio num barco a remo. Eis que a correnteza começa a ficar mais forte e puxa-os para uma queda d’água. Vocês começam a remar no sentido contrário, mas ainda assim a força da correnteza continua levando-os em outra direção.

O convite foi pensar qual a reação diante do problema: você se empenha em remar ainda mais forte e de forma sincronizada com seus amigos, ou resmunga, reclama da situação, e ainda culpa quem teve a brilhante ideia de fazer esse passeio?

A partir dessa experiencia, foi trabalhado o conceito de resiliência, de modo que os participantes pensassem qual o melhor caminho e os tipos de profissionais presentes no cotidiano do cuidado.



Figura 2 – O segundo movimento da Roda

Ao final, cada participante escreveu em tarjetas coloridas uma palavra ou frase que representasse o dia. Os relatos foram de como é importante pensar no que eu posso fazer para ajudar a resolver ou melhorar esta situação-problema ao invés de somente reclamar, seguidos de elogios, satisfação e desejo de mudanças.

A terceira roda ocorreu em 24 de novembro de 2016, a proposta foi pensar o líder dentro desse cenário, a roda foi iniciada com a solicitação de que cada participante trouxesse duas características do líder. Foi utilizada a parábola “as três peneiras”, sendo o grupo convidado a expor uma situação do cotidiano, que precisa passar pelo crivo das três peneiras, para evitar uma situação de conflito. Buscando os principais problemas presentes na situação apresentada e, como juntos poderiam resolvê-los.

Foi um momento de muitas descobertas das potencialidades do trabalho em equipe e, a importância de pensar um cuidado multiprofissional, de modo a promover ações que contribuam para a autonomia dos sujeitos e a importância desse olhar para a solução dos problemas.



Figura 3 – Terceiro movimento da Roda

O registro das rodas aconteceu por meio de gravações de áudio, fotografias e anotações das falas, impressões e reações dos sujeitos envolvidos. Os instrumentos de coleta de informações aconteceram no início das rodas, onde a partir da questão norteadora situações do cotidiano da prática eram trazidas, na maioria dos casos situações de tensões e conflitos, e que demandavam uma reflexão para intervenção.

Durante todo processo em que o mediador e coordenador da roda, faziam inscrições para discussão sobre a situação apresentada. E no final como a impressão dos participantes sobre o espaço de diálogo sobre o dia a dia.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS: LIMITES E POSSIBILIDADES

Problematizar as questões do cotidiano de trabalho nas rodas de conversa proporcionou aos participantes a oportunidade de expor suas experiências e construir soluções para os problemas que eram enfrentados a cada novo dia na unidade de saúde, além disso, ampliou espaços de escuta e acolhimento.

O grande desafio para as rodas e a incorporação e adesão por parte dos trabalhadores da importância do desenvolvimento de sua autonomia como potencializadora de suas ações para a saúde e tomada de decisão, a oficialização deste espaço como espaço de reflexão, autonomia, autoanálise e auto-gestão, dando a eles a oportunidade e liberdade de discutir e expor suas ideias e opiniões sobre como percebem as dificuldades no desenvolvimento de suas atividades laborais e o que sugerir positivamente para mudança dos entraves.

É parte primordial da roda, que os trabalhadores se sintam acolhidos, pois vivenciamos a mesma realidade, os mesmos problemas, e muitas dúvidas para a mudança e/ou resolução deles. Na roda também temos a oportunidade de conhecer o outro, o que na maioria das vezes o cotidiano de trabalho não permite. Além de se reconhecer no outro em algum momento.

Sendo assim, quando permitimos que os trabalhadores parem, e reflitam o seu fazer, conseguindo visualizar que suas queixas individuais fazem parte de uma construção coletiva e que juntos podem pensar em estratégias possíveis para intervenção nas dificuldades vivenciadas, estamos levando-os a compreender que seu trabalho não é somente realizar tarefas, mas sim produção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo proposto nas rodas percebe-se que durante a roda foram abordadas várias situações vivenciadas, que traziam o enfoque de alguns temas importantes, como a humanização do cuidado, uma demanda que cresce nas unidades de saúde. Outro tema destacado foi a relação entre usuários e profissionais de saúde, e o impacto da superlotação nessa relação e, o acolhimento dos profissionais de saúde com enfoque na qualidade de vida no trabalho.

Verificamos que a participação dos profissionais de saúde foi efetiva ao que foi proposto. A utilização da roda de conversa estimulando a problematização como ferramenta de ensino e cuidado, é uma proposta inovadora por discutir situações reais do cotidiano da unidade pediátrica, e de valorização dos protagonismos, bem como a integração da equipe de saúde, diálogo e vínculo com as mães na unidade pediátrica.

Como ferramenta de cuidado permite a ampliação da escuta e o estabelecimento de vínculo de modo a minimizar os efeitos da internação unidade pediátrica, e bem como uma possibilidade de educação em saúde. Para a gestão é um elo de sistematização das ações de cuidado e ampliação da participação da equipe multiprofissional.

Por fim, a utilização da roda de conversa surpreendeu aos profissionais pois eles não tinham o hábito de refletir o cotidiano de trabalho e construir ações de enfermagem a partir dessa reflexão para resolução de problemas. E para eles verificou-se a importância da relação dialógica e do envolvimento da equipe multiprofissional, a fim de minimizar os problemas que se repetem diariamente na unidade pediátrica.

REFERÊNCIAS

SAMPAIO, Juliana et al. **Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso>. access on 02 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

Figueiredo AAF; Queiroz TN. **A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2012. ISSN 2179-510X. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/> acesso: 02 Jan 2021

Freire P. **Pedagogia do Oprimido.** 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CAPÍTULO 10

PAY-FOR-PERFORMANCE SATISFACTION AND QUALITY IN PRIMARY CARE

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 10/01/2021

Aida Isabel Tavares

CEISUC, Center for Health Studies and Research, University of Coimbra, Portugal
ISEG -UL, Lisbon School of Economics and Management, University of Lisbon, Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-3487-1202>

Pedro Lopes Ferreira

CEISUC, Center for Health Studies and Research, University of Coimbra, Portugal
FEUC, Faculty of Economics, University of Coimbra, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-9448-9542>

Rui Passadouro

ACES Pinhal Litoral, Centre Health Regional Authority, Portugal

ABSTRACT: Pay-for-performance has been increasingly used in health systems. The reform of primary care in Portugal introduced health professionals to the possibility of pay-for-performance. Thus, two types of payment co-exist: fixed salary and pay-for-performance. This work sets out to test if the type of payment scheme determines payment satisfaction, to identify factors explaining the payment satisfaction and also to test if the type of payment scheme influences the self-perceived quality of health care provided in primary health care units. A quantitative approach is adopted. Data

from a survey is analysed by estimating tobit regressions.

KEYWORDS: Incentives, pay-for-performance, primary care, tobit, Portugal.

SATISFAÇÃO COM PAGAMENTO POR DESEMPENHO E QUALIDADE NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

RESUMO: O pagamento por desempenho tem sido cada vez mais utilizado nos sistemas de saúde. A reforma dos cuidados primários em Portugal introduziu a possibilidade de pagamento por desempenho aos profissionais de saúde. Desta forma, dois tipos de pagamento coexistem nos cuidados primários: salário fixo e pagamento por desempenho. Este trabalho visa testar se o tipo de pagamento determina a satisfação com o pagamento, identificar os fatores que explicam a satisfação com o pagamento e, também, testar se o tipo de pagamento influencia na autopercepção da qualidade dos cuidados primários nas unidades de saúde. Recorre-se a uma abordagem quantitativa, utilizando dados de um inquérito aos profissionais de saúde e estimam-se regressões tobit.

PALAVRAS-CHAVE: Incentivos, pagamento por desempenho, cuidados primários, tobit, Portugal.

JEL classification: I19, D82

1 | INTRODUCTION

Payment in the primary health care system

The reform of the primary health care system in Portugal has been on the scene for nearly 15 years now. A major and unique change took place in 2005 to respond to several challenges such as growing dissatisfaction among professionals, increasing pressure on the health budget and increasing inequity in access to primary health care. This unique change involved the creation of different models of primary family health care units (called USFs hereunder).

Primary health care units are differentiated by their organizational autonomy, functional and technical levels. Although there are a number of differences, the most important one is the payment scheme offered to professionals working in them, in a context of a contracting process. This central difference clearly differentiates USF type A (hereunder USF-A) from USF type B (hereunder USF-B). The first generation of USF-Bs was born in 2007 with the implementation of the primary care reform. At the end of 2013, there were 353 USFs in Portugal of which 161 (45.6%) were USF-Bs (ACSS, 2013).

The USF-As correspond to an early stage of learning how to work in integrated teams (doctors, nurses and administrative staff) within a contracting framework. On the other hand, USF-B corresponds to a more mature and experienced organisation, working with a smoothly-functioning, integrated team of health professionals. This team is supposed to be able to meet extra contracted goals for the provision of health care services. Despite the differences, the Ministry of Health applies the same generic contracting method to any health care service to be provided to the community. Contract targets are defined according to a series of indicators previously designed to assess productivity and to measure health improvement in community. These indicators include the number of children and pregnant women, diabetes and hypertension management, health accessibility, patient satisfaction and the cost of drugs and of other diagnostic tests, as well as treatment cost per patient (for a description in English, see OECD (2015, p. 80-81)).

The contracting method is applied to a set of health care services to be provided by each USF. It can also be applied to additional services. The assessment of the outputs measured by those indicators and the fulfilment of contracted targets results in the payment of monetary incentives. Individual incentives based on pay-for-performance are found in USF-Bs but not in USF-As (OECD, 2015). Therefore, the USF-B doctors' remuneration has three components: (i) a fixed base salary, (ii) a supplement depending on the contracted number of patients (capitation) and home visits, both up to a ceiling, and (iii) an individual-pay-for-performance and completed episodes of care. The doctors in USF-As are not entitled to any other remuneration than the fixed based salary. Though, these USF are eligible to institutional incentives to the unit and/or team payable through amenities, not in cash.

Nurses in USF-Bs are also paid in three components: (i) a fixed salary, (ii) a team-based supplement (based on the number of patients, up to a defined ceiling), and (iii) a team pay-for-performance incentive (based on services provided, achieved commissioned targets concerning accessibility, quality, outcomes and cost-effectiveness indicators). Nurses do not receive individual incentives like doctors do. The pay-for-performance incentive paid to nurses is shared equally among the team members.

Administrative staff in USF-Bs receive a fixed payment plus a component based on capitation, up to a defined ceiling, and premium for achieving commissioned targets, similar to nurses.

More information regarding primary health care's payment system can be seen in Ferreira et al. (2017).

Pay-for-performance in health care

A number of studies on pay-for-performance and incentives in health care can be found in the literature (Maynard, 2006, 2012; Trisolini, 2011). The basic difficulty with the health sector is its triangular relationship, which is characterised by asymmetric information: patients do not know and do not pay, the doctors (and nurses) know but do not pay, and the Payer does not know but does pay (Arrow, 1963).

Analysing, in a critical way, Arrow's sentence, in a national tax-based health system with a commissioned system, people usually do not have to pay at the encounter with the health provider. So, patients pre-paid their care and, in certain circumstances, only have to pay a small amount called moderated fee. In what concerns to Portugal, the 2020 State Budget Law exempted primary health care from charging these fees.

In theory, one way to deal with this asymmetric information is to offer a payment scheme based on performance because a fixed salary does not elicit the high effort and commitment to perform well (Holmstrom, 1979; Lazear, 1995; Pope, 2011).

Interest in pay-for-performance in health systems has increased greatly over the last 20 years. The literature on the effects of this scheme of payment is vast and diversified. The programmes developed and implemented are quite heterogeneous (Eijkenaar, 2012) and the effects to be analysed encompasses risk selection, spill-over effects, gaming behaviour, intrinsic motivation, effectiveness and cost effectiveness, medical expenditure, efficiency and resources allocation, gatekeeping, access and equity, and quality. Evidence is extremely fragmented and the conclusions range from no effects to strong effects (for reviews on the subject, see Eijkenaar et al., 2013; Cromwell and Smith, 2011; Gillam et al., 2012; Van Herk et al., 2010).

Generally, pay-for-performance contracts are not associated with improved quality of the services provided (Grossbart, 2006; Mullen et al., 2010; Pearson et al., 2008; Scott et al., 2011; Unutzer et al., 2012;). However, weak or uncertain effects on quality after the implementation of pay-for-performance can be found in empirical literature (Hausman and

Le Grand, 1999; Young et al. 2007; Gillam et al., 2012; Li, 2014; a review by Houle et al., 2012).

A particular example worth mentioning is that of primary care reform in the UK, which also introduced a pay-for-performance scheme of monetary compensation in 2004. Campbell and his colleagues studied the effect of pay-for-performance on quality in 2007 and again in 2009. They concluded in their first work that some aspects of the quality of clinical care did improve (Campbell et al., 2007). In their second study (Campbell et al., 2009), they found that initial improvements continued for heart disease and asthma and that improvements in the quality of care reached a ceiling one year after the introduction of the payment scheme.

In general it is accepted that pay-for-performance has some broad effect on doctors' behaviour and on that of other health care professionals, though the effect on nurses needs further study. It is also agreed that they do respond to financial incentives (Croxson et al, 2001; Gaynor et al., 2004; Hausman and Le Grand, 1999; Hughes, 1993; Lazear, 2000).

The main contribution of this work is that it provides evidence on the effects of pay-for-performance on primary health care, with particular emphasis on doctors' and nurses' satisfaction with their payment and self-perceived quality of health care. This work also contributes to the production of evidence on the economic theory of incentives, which states that pay-for-performance motivates professionals to perform their tasks well and overcomes asymmetric information problems.

This work therefore has two major aims. First, it aims to test if payment satisfaction of health care professionals depends on the type of incentive provided, either fixed or pay-for-performance, and on the role assumed in the USF (doctors, nurses or administrative staff). We further set out to identify the factors that might explain payment satisfaction and to check if the type of incentive plays any role in the perceived healthcare quality of professionals. Second, considering that payment satisfaction provides a good proxy for the effort made by professionals, then this work also tests if effort is motivated by a sufficiently high payment contingent on some measure of the observable output.

A quantitative analysis is undertaken. Data is obtained through a survey of health professionals working in USFs - primary health care units. Index variables are generated in order to have ordinal variables for payment satisfaction and quality self-perception. A tobit linear regression is then estimated.

2 | METHODS

Descriptive statistics

Data used for this study was obtained from a survey implemented in all USFs of the NUTS II Region [Centro] - Central Portugal in 2014. The sample of professionals included 511 individuals who answered an anonymous questionnaire available online, non-

compulsory, accessible with a password. The answers were drawn from 45 USFs, both type A and B, 13 of them of type B. Of the total respondents, 35.2% belonged to USF-Bs and nearly 40% were doctors and 34% nurses (table 1).

	Total	%	USF - A		USF - B	
			nr	%	nr	%
Doctors	174	39.8	107	32.4	67	37.0
Nurses	204	34.2	137	41.5	67	37.0
Administrative staff	133	26.0	86	26.0	47	26.0
Total	511	100.0	330	100.0	181	100.0

Table 1: Description of professionals' sample

The questionnaire, based on Nelson et al (1992), was designed to measure professional satisfaction in healthcare units. It was adapted to the Portuguese context and it was validated by Paulo (2003), under the supervision of CEISUC (Centre of Studies and Research in Health of the University of Coimbra).

The questions are grouped in such way as to identify three scales of measurement: quality of the workplace; quality of the healthcare provided, and continuous quality improvement. The quality of the workplace is split into three subscales: human resources policy, moral, and financial and technological resources. The scales and subscales are presented in table 2.

<i>Professional satisfaction assessment questionnaire</i>	Scales	Subscales
	Quality of the workplace	Human resource policy
		Morale
		Financial and technological resources (includes individual payment)
	Quality of the healthcare	
Continuous quality improvement		

Table 2: Professional Satisfaction Assessment questionnaire

The questions were assessed on a Likert scale from (1) bad to (5) excellent, which is then converted into a percentage scale (the transformation, provided by an expert panel, is given by the following match: 0.0 – Bad; 0.5 – Regular; 0.7 – Good; 0.9 – Very Good; 1.0 - Excellent) in order to have more intuitive results.

The subscale “Financial and technological resources” includes questions about how satisfied professionals are with their payment, considering their responsibility, experience

and performance. These questions provide the basis to create an indicator called “payment satisfaction”, a variable derived from the aggregation of the scores corresponding to those three aspects (responsibility, experience and performance) concerning the individual’s assessment of their payment. The aggregation method used is given by the mean of the averages obtained in the answers to the questions concerning payment. It is then expressed as an index ranging from 0 to 1, where 0 means no satisfaction and 1 corresponds to total satisfaction with payment. In our sample, the mean of the variable “payment satisfaction” was 0.39 and standard deviation is 0.324. This variable is the dependent variable in the regression analysis performed next.

This variable can be seen as a proxy to the effort and commitment made by professionals. This effort and commitment are not observable but it is common sense that people who are not satisfied with their payment do not make an effort to perform tasks they were contracted to perform. Therefore, by taking “payment satisfaction” as a proxy for the effort made by professionals, it is reasonable to use this variable to test if pay for performance elicits effort, as predicted by the economic theory on incentives.

Several control variables are used to explain the variation of the payment satisfaction variable. They are grouped as individual and professional characteristics, type of USF and quality variables.

- The individual characteristics variables are gender (Male), age and family status (married). The variable gender takes the value 1 if the respondent is male and 0 otherwise. The variable age takes natural numbers. The variable family status takes the value 1 if married or living together, and 0 otherwise.
- Professional variables identify the profession of the respondent: doctor (DR) and nurse (NR). The default profession is administrative staff. Moreover, there is a variable that controls for the seniority of the respondent in the USF (YearsUSF) and the number of years of experience (YearsExp).
- The variable USF-B is a dummy variable which takes the value 1 if the USF of the respondent is type B, and 0 otherwise. In this way, by default USFs are of type A.
- Finally, the set of quality indicators are as follows, based on the subscales: Human Resources Policy (HRPolicy), Morale (Morale), self-perceived Quality of the Health Care (QHCare), and Quality Improvement (QImprov). The HRPolicy is a variable that captures how far individuals are satisfied with their executive management leaders in matters like acknowledgement of leadership, communication, complaints and planning, and also with the human relationships, including the stability, hierarchical structure and size of the team, and communication. The Morale variable captures the mindset and the leader’s attitude relative to, for instance, openness, innovation, freedom, and support for the team. Self-perceived QHCare is a variable that describes how respondents perceive the

quality of the care provided in the USF with respect to items like coordination of the care, competence of professionals, sensitivity, material conditions, and cost of the care provided. QImprov is the last variable to be considered in the indicators of quality. This variable concerns aspects related to the continuous improvement expected to take place in the USF. It accounts, for example, for having success at the first attempt, how training takes place, working environment, sharing ideas, pride and quality expectations.

The descriptive statistics of some control variables is presented in table 3. The linear correlations and statistical significance between the control variables are presented in the following table 4.

	N	Min	Max	Mean	Std. Dev
YearsUSF	429	0	41.0	5.33	3.76
YearsExp	498	3.0	42.0	20.30	10.14
HRPolicy	503	0.11	1.00	0.64	0.15
Morale	505	0.15	1.00	0.80	0.15
QHCare	500	0.14	1.00	0.78	0.12
QImprov	500	0.19	1.00	0.80	0.13

Table 3: Descriptive Statistics

		YearsUSF	YearsExp	HRPolicy	Morale	QHCare
YearsExp	Pearson Correlation	0.076	1	-	-	-
	Sig. (2-tailed)	0.117	498			
HRPolicy	Pearson Correlation	0.139**	0.090*	1	-	-
	Sig. (2-tailed)	0.004	0.047			
Morale	Pearson Correlation	0.043	-0.025	0.561**	1	-
	Sig. (2-tailed)	0.378	0.576	0.000		
QHCare	Pearson Correlation	0.100*	-0.021	0.632**	0.543**	1
	Sig. (2-tailed)	0.040	0.643	0.000	0.000	
QImprov	Pearson Correlation	0.077	-0.016	0.651**	0.642**	0.742**
	Sig. (2-tailed)	0.116	0.725	0.000	0.000	0.000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 4: Correlations between control variables

The control variable correlations presented in table 4 show that there are strong, positive and significant correlations between quality variables, particularly between the variables QHCare and QImprov, with a correlation value of 0.742. These correlations may

result in a multicollinearity problem at the regression estimation stage. For this reason, different specifications of the model are then presented.

Before proceeding, a word must be said about the control variable USF-B. This variable plays a central role in this work because it is a proxy for the types of incentive paid to professionals. Data on the incentives and salaries are not available, thus the indicator of the type of USF is a good single proxy for the types of incentive that are paid in each USF. Therefore, in a USF-A, the incentives are fixed salaries and in a USF-B, the incentives are based on performance.

Model

To understand how health professionals' satisfaction with the payment can be explained, a linear regression has been estimated, as follows:

$$\text{Payment satisfaction} = a_0 + b_0 \text{ control variables} + \text{error}_0$$

The response variable is limited from below and above and, therefore, OLS estimation is not the best method because parameter estimates may be inconsistent. The best method to estimate this equation is the tobit model. The control variables are those presented above. The estimation is done with GRET. Different specifications of the model regarding some control variables are estimated to present a sensitivity analysis.

After running this first regression, another regression is estimated to test if the "self-perceived Quality of the Health Care" (QHCare) is correlated with the type of incentive paid. Again, the type of incentive is proxied by the variable USF-B. The tobit regression to be estimated is given by

$$\begin{aligned} &\text{self-perceived Quality of Health Care} = \\ &= a_1 + b_1 (\text{individual and professional variables and also USF type}) + \text{error}_1 \end{aligned}$$

3 | RESULTS

The results of the estimation of Payment satisfaction are presented in table 5. These results show that only three variables explain payment satisfaction: being a nurse (NR); the USF-B type, and human resources policy (HRPolicy). While these last two variables contribute positively to payment satisfaction, being a nurse contributes negatively to that satisfaction. In other words, the higher the individual satisfaction with the human resource policy, the higher the payment satisfaction, and also working in a USF-B increases the payment satisfaction of the healthcare professionals. However, being a nurse decreases the probability of payment satisfaction of the professional. This result allows the ranking of professionals working in the USF according to their satisfaction with the payment offered. The most satisfied are doctors, followed by administrative staff and the least satisfied are nurses.

<i>Payment satisfaction</i>	Model 1 Coef (P> t)	Model 2 Coef (P> t)	Model 3 Coef (P> t)	Model 4 Coef (P> t)
const	-0.117 (0.518)	-0.259 (0.042)	-0.162 (0.282)	-0.128 (0.475)
Age	0.000 (0.647)	0.000 (0.593)	0.000 (0.592)	0.000 (0.632)
Married	0.043 (0.405)	0.049 (0.347)	0.044 (0.392)	0.044 (0.401)
Male	0.032 (0.622)	0.032 (0.625)	0.035 (0.596)	0.034 (0.602)
DR	0.002 (0.977)	-0.005 (0.940)	0.001 (0.987)	0.002 (0.971)
NR	-0.189 (0.001)	-0.193 (0.001)	-0.192 (0.001)	-0.191 (0.001)
YearsUSF	0.007 (0.210)	0.007 (0.195)	0.007 (0.201)	0.007 (0.201)
YearsEx	-0.001 (0.666)	-0.001 (0.795)	-0.001 (0.686)	-0.001 (0.667)
USF-B	0.363 (<0.0001)	0.363 (<0.0001)	0.360 (<0.0001)	0.361 (<0.0001)
HRPolicy	0.811 (<0.0001)	0.636 (<0.0001)	0.761 (<0.0001)	0.791 (<0.0001)
Morale	-0.146 (0.472)	-	-0.209 (0.234)	-0.192 (0.296)
QHCare	-0.005 (0.987)	-	-	-0.082 (0.738)
QImprov	-0.149 (0.607)	-	-	-
LR X ² (Prob > chi ²)	133.310 (0.000)	131.832 (0.000)	132.946 (0.000)	133.128 (0.000)
Log. Likelihood	228.938	229.836	229.127	229.071

Table 5: Payment Satisfaction tobit results

A second regression is estimated to check if the self-perceived Quality of health care is explained by the type of USF, i.e., the type of incentive paid. The results are presented in table 6. The estimated coefficient for variable USF-B is positive and significant, meaning that the type of incentive based on performance contributes to the self-perceived Quality of health care provided by the health care unit. In fact, the only variable showing statistical significance is the USF-B variable.

Self-perceived Quality of Health Care	Model 5 Coef (P> t)
const	0.764 (<0.0001)
Age	0.000 (0.450)
Married	0.015 (0.281)
Male	0.015 (0.419)
DR	0.006 (0.746)
NR	0.004 (0.807)
YearsUSF	0.002 (0.201)
YearsEx	-0.001 (0.113)
USF-B	0.055 (<0.0001)
LR X ² (Prob > chi2)	28.889 (0.000)
Log. Likelihood	261.871

Table 6: Self-perceived Quality of Health care tobit results

4 | DISCUSSION

The literature on the effects of pay-for-performance is vast and diversified. However, there is no consensual evidence on the effects of that type of payment, particularly with respect to the professionals' behaviour and quality of the health care service.

The empirical evidence of this work indicates three factors to explain the payment satisfaction of professionals. First, the human resource policy followed by USF unit and the type of USF help to explain the professionals' satisfaction. Second, being a nurse contributes negatively to satisfaction with the payment. The most satisfied professionals are doctors and the least satisfied are nurses. This could be because doctors receive individual incentives and nurses do not. Moreover, from the operational point of view, doctors receive their incentives monthly while nurses may receive part of their incentive annually. Despite this result about the lower satisfaction of nurses, our work cannot identify the motives for this dissatisfaction, which would be worth exploring in future research.

Given that the variable USF-B is a proxy for the type of incentives paid to professionals, the positive and significant estimated coefficient provides evidence to support the economic theory on incentives. Thus, the pay-for-performance offered to USF-B staff increases the payment satisfaction and therefore motivates the effort and commitment to perform tasks well, in order to obtain a favourable performance.

The contribution of the human resource policy to explaining payment satisfaction discloses an implicit aspect of the incentives provided to professionals, which is the payment

component for team work. A well-managed team and well-accepted leaders promote satisfaction with the human resource policy, which in turn leads to higher incentives paid to each person. Moreover, a smoothly functioning human resources policy efficiently manages issues such as communication, complaints and planning. This helps doctors to perform additional medical activities for which they are paid under the pay-for-performance schemes of USF-Bs, and so it contributes to the satisfaction of doctors concerning their payment.

None of the individual characteristics of professionals seems to explain payment satisfaction. So, the idea that in USF-As the professionals tend to be old, non-dynamic and risk averse individuals while those in USF-Bs are young and dynamic does not seem to be verified in our sample.

The third finding from this work that is worth mentioning is that perceived quality of health care also improves with the type of incentive offered. That is, the pay-for-performance influences the (self-perceived) quality offered in the USF. However, it cannot be concluded that there is a causal relationship between pay-for-performance and quality or improvement of quality.

One limitation of this work derives from the data gathering process, which involved an individual questionnaire, and answers may be biased in some way. Respondents might have biased their answers in the direction they thought they should answer; they might have given untruthful answers or they might have misunderstood the questions. However, the anonymity of the survey may overcome this problem.

A second limitation lies in the aggregation of answers to create index variables. The aggregation method is simple and it does not take the variation of the variables composing the aggregation into account. This may be open to question when using regression analysis, based on the variability of the independent variables to explain the variability of the dependent variable.

A third limitation could lie in the use of payment satisfaction as a proxy for the effort and commitment of health professionals to perform well. It could be argued that someone may be satisfied with their payment because they are well paid and yet they are not making any effort to perform well. However, first, the payment for performance depends on the results and therefore on the effort made to perform well; second, the incentives paid have a team component which encourages all members of the team to monitor each other and ensure the work is done well; third, for ethical reasons, it is believed that health professionals, doctors and nurses, would not shirk through laziness or luckiness.

5 | CONCLUSION

In spite of these limitations, this work contributes to the ongoing discussion about the effects of pay-for-performance schemes in primary health care.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors thank Patrícia Antunes, PhD, for her insights regarding the criteria for professionals' salaries.

FUNDING

CEISUC/CIBB is funded by national funds through FCT - Foundation for Science and Technology, I.P., under the Multiannual Financing of R&D Units 2020-2023.

REFERENCES

ACSS. Relatório de Atividade Cuidados de Saúde Primários - 2011 a 2013, 2013 Available at http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f_381895_1.pdf. Accessed 14th April 2014.

Arrow, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, v.53, n.5, p.941-973, 1963.

Campbell, S.M. et al. Effects of Pay-for-performance on the Quality of Primary Care in England. *New England Journal of Medicine*, v.361, n.4, p.368-378, 2009.

Campbell, S.M. et al. Quality of Primary Care in England with the introduction of Pay-for-performance. *New England Journal of Medicine*, v.357, n.2, p.181-190, 2007.

Cromwell, J., Smith, K.W. Evaluating Pay-for-performance Interventions. In: Cromwell, J., Trisolini, M.G., Pope, G.C., Mitchell, J.B., Greenwald, L.M.(Eds). *Pay-for-performance in Health Care: Methods and Approaches*. Research Triangle Park, NC: RTI Press, 2011.

Croxson, B. et al. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. *Journal of Public Economics*, n.70, v.2, p. 375-398, 2001.

Eijkennar, F. Pay-for-performance in Health Care: An International Overview of Initiatives, *Medical Care Review*, v.69, n.3, p.251-76, 2012.

Eijkennar, F. et al. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of reviews systematic. *Health Policy*, v.110, p.115–130, 2013.

Ferreira, P.L., Raposo, V., Antunes, P.F. Cuidados em saúde primários: governança e inovação em saúde em Portugal. In: Jorge, S.B., Bezerra, I.C., Leitão, I.M.T.A. (Eds.), *Pesquisa em Saúde no contexto do cuidado, redes de atenção, fluxos e avaliação: multiplicidades de olhares*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Editora UECE, p.458-499, 2017.

Gaynor, M. et al. Physician Incentives in Health Maintenance Organizations, *Journal of Political Economy*, v.112, n.4, p.915-931, 2004.

Gillam, S.J. et al. Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework—A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*, v.10, n.5, p.461-468, 2012.

Grossbart, S. What's the Return? Assessing the Effect of "Pay-for-Performance" Initiatives on the Quality of Care Delivery, *Medical Care Research Review*, n.63, v. (1), suppl: p.29S-48S, 2006.

Hausman, D., Le Grand, J. Incentives and health policy: primary and secondary care in the British National Health Service. *Social Science Medicine*, v.49, n.10, p.1299-307, 1999.

Holmström, B. Moral Hazard and Observability. *Bell Journal of Economics*, n.10, v.1, p.74-91, 1979.

Houle, S.K.D. et al. Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care? A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, v.157, n.12, p.889-899, 2012.

Hughes, D. General practitioners and the new contract: promoting better health through financial incentives. *Health Policy*, v.25, n.1-2, p.39-50, 1993.

Lazear, E. Performance pay and productivity. *American Economic Review*, v.90, n.5, p.1346-1361, 2000.

Lazear, E. *Personnel Economics*. Cambridge: MIT Press Books, 1995.

Li, J. et al. Physician response to pay-for-performance: evidence from a natural experiment. *Health Economics*, v.23, n.8, p.962-978, 2014.

Maynard, A. The power and pitfalls of payment for performance. *Health Economics*, v.21, p.3-12, 2012.

Maynard, A. Incentives in healthcare: the shift in emphasis from the implicit to the explicit. In: Dubois, Carl-Ardy et al. (Eds) *Human Resources for Health in Europe*. Berkshire: Open University Press, 2006.

Mullen, K.J., et al. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *Rand Journal of Economics*, v.41, n1, p.64-91, 2010.

Nelson, E., et al. The physician and employee judgement system: reliability and validity of a hospital quality measurement method. *Quality Review Bulletin*, v.18, n.9, p.284-292, 1992.

Paulo, G. Satisfação dos profissionais de saúde – avaliação em dois modelos de gestão hospitalar. Adaptação e validação cultural do hospital employee judgment system. Master thesis in Health Management and Economics. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2003.

Pearson, S.D. et al. The impact of pay-for-performance on health care quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Affairs*, v.27, n.4, p.1167-1176, 2008.

Pope, G.C. (2011) Overview of Pay-for-performance Models and Issues. In: Cromwell, J., Trisolini, M. G., Pope, G. C., Mitchell, J. B., Greenwald, L. M., Eds. *Pay-for-performance in Health Care: Methods and Approaches*. Research Triangle Park, NC: RTI Press, 2011.

Scott, A. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.9: p.CD008451, 2011.

Trisolini, M.G. (2011) Theoretical Perspectives on Pay-for-performance, in Cromwell, J., Trisolini, M. G., Pope, G. C., Mitchell, J. B., Greenwald, L. M., (Eds). Pay-for-performance in Health Care: Methods and Approaches. Research Triangle Park, NC: RTI Press, 2011.

Unutzer, J. et al. Quality Improvement With Pay-for-Performance Incentives in Integrated Behavioral Health Care. American Journal of Public Health, v.102, n.6, p. e41-5, 2012.

Van Herck, P. et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research, v.10, p. 247- 260, 2010.

Young, G.J. et al. Effects of Paying Physicians Based on their Relative Performance for Quality. Journal of General Internal Medicine, v.22, n.6, p.872-876, 2007.

OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards. Paris: OECD Publishing, 2015.

CAPÍTULO 11

SAÚDE DA MULHER: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE MULHERES QUE PARTICIPARAM DE UMA AÇÃO SOCIAL REALIZADA NO CONTEXTO DO OUTUBRO ROSA NA CIDADE DE ARAGUARI – MG

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 15/01/2021.

Arthur Carvalho Faria

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3261916550081799>

Camila Pereira Fernandes

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6909367360169841>

Caroline Pereira Fernandes

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8437070036496227>

Danielle Fernandes Alves

Faculdade de Enfermagem do Centro
Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0718536177283172>

Jhonatan Pereira Castro

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7208668977474232>

João Paulo Assunção Borges

Faculdade de Enfermagem do Centro
Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9871773467879870>

Karla Cristina Walter

Faculdade de Enfermagem do Centro
Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1432456088658985>

Larah Correia Borges

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9211502763837604>

Lincoln Rodrigues Fernandes Junior

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7438684583458083>

Luiza Bensemann Gontijo Pereira

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6341242615679899>

Paula Fleury Jubé Leal

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais

Victor Costa Monteiro

Faculdade de Medicina do Centro Universitário
IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2697879918481904>

RESUMO: O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil da saúde das mulheres em uma ação social no contexto da campanha Outubro Rosa na cidade de Araguari - MG em 2018. Metodologia: Consiste de um estudo transversal descritivo, realizado com mulheres que participaram de uma ação social no contexto do Outubro Rosa na cidade de Araguari – MG, com o intuito de avaliar o perfil de saúde dessas através de um questionário semiestruturado. Resultado: Foram avaliadas 115 mulheres, sendo 20 com idade menor que 30 anos, 11 entre 10 e 35 anos, 14 entre 35 e 40 anos, 19 entre 40 e 50 anos, 39 maiores que 50 anos e 13 não responderam ao questionário. Conclusão: Observou-se que é necessário uma maior adesão por parte das mulheres em relação a sua saúde. Ademais, deve-se haver um maior empenho por parte dos profissionais de saúde, a fim de construir uma relação melhor com a população para que haja uma maior captação e adesão as campanhas de cuidado à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Outubro Rosa, Câncer de mama, Câncer de colo de útero, Prevenção primária.

WOMEN'S HEALTH: EVALUATION OF THE PROFILE OF WOMEN WHO PARTICIPATED IN A SOCIAL ACTION CARRIED OUT IN THE CONTEXT OF PINK OCTOBER IN THE CITY OF ARAGUARI – MG

ABSTRACT: Objective: To evaluate the profile of women's health in a social action in the context of the Outubro Rosa campaign in the city of Araguari - MG in 2018. Methodology: Consists of a descriptive cross-sectional study, carried out with women who participated in a social action in the context of October Rosa in the city of Araguari - MG, in order to assess their health profile through a semi-structured questionnaire. Result: 115 women were evaluated, 20 of whom were younger than 30 years old, 11 between 10 and 35 years old, 14 between 35 and 40 years old, 19 between 40 and 50 years old, 39 older than 50 years old and 13 did not answer the questionnaire. Conclusion: It was observed that greater adherence by women in relation to their health is essential. In addition, there must be a greater commitment on the part of health professionals, in order to build a better relationship with the population so that there is a greater uptake and adherence to health care campaigns.

KEYWORDS: Pink October, Breast cancer, Cervical cancer, Primary prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde da mulher, evidenciado no Outubro Rosa foi criado no início da década de 1990 com o Movimento internacional de conscientização para o controle do câncer de mama. A data é celebrada anualmente, com o objetivo de compartilhar informações e promover a conscientização sobre a doença; proporcionar maior acesso aos serviços de diagnóstico e de tratamento e contribuir para a redução da mortalidade. O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil da saúde das mulheres em uma ação social no contexto da campanha Outubro Rosa na cidade de Araguari – MG em 2018.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com mulheres que participaram de uma ação social no contexto do Outubro Rosa na cidade de Araguari – MG. Tivemos o intuito de avaliar o perfil de saúde dessas mulheres, sendo aplicado um questionário semiestruturado vislumbrando os seguintes dados: Idade, escolaridade, IMC, se é tabagista e/ou etilista, se já realizou o exame clínico das mamas, se já realizou mamografia e quando foi a última e se já realizou exame colpocitopatológico.

3 | RESULTADOS

Foram avaliadas 115 mulheres, sendo 20 com idade menor que 30 anos, 11 entre 10 e 35 anos, 14 entre 35 e 40 anos, 19 entre 40 e 50 anos, 39 maiores que 50 anos e 13 não responderam ao questionário. Quanto a escolaridade, apenas 1 era analfabeta, 20 possuíam o ensino fundamental incompleto e 9 o completaram, 23 terminaram o ensino médio e 1 não o concluiu, ademais, 17 possuíam ensino superior completo, 7 não haviam o completado, 4 já eram pós-graduadas e 30 não responderam. A média do IMC foi de 26,8 (com o cálculo sendo realizado em 83 participantes). No tocante ao tabagismo 13 das entrevistadas eram tabagistas 36 eram etilistas e 2 não responderam essas questões. Em relação aos exames preventivos para o câncer de mama 42 mulheres haviam realizado o exame clínico das mamas em menos de 1 ano; 22 realizaram entre 1 e 2 anos; 7 realizaram entre 2 e 3 anos, 11 realizaram há mais de 3 anos e 30 nunca realizaram. Já a mamografia, 27 haviam realizado há menos de 1 ano, 16 entre 1 e 2 anos, 11 entre 2 e 3 anos, 10 há mais de 3 anos e 51 nunca realizaram. Para o rastreamento de CA de colo uterino, foi questionado às participantes sobre o exame colpocitopatológico e obtivemos resultados de que 16 delas nunca realizaram o exame, 48 realizaram há menos de 1 ano, 31 realizaram entre 1 e 2 anos e 20 realizaram entre 2 e 3 anos.

4 | CONCLUSÕES

Já é consenso sobre a importância da prevenção e promoção da saúde da mulher e diante deste trabalho verificou-se que ainda é necessária uma maior adesão por parte das mulheres com os cuidados de saúde. Além disso deve-se haver um maior empenho por parte dos profissionais de saúde para que se construa uma melhor relação com essa população para que haja uma maior captação e adesão as campanhas de cuidado em relação a saúde.

REFERÊNCIAS

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2016. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

PIAUÍ. Sociedade Brasileira de Mastologia. **Câncer de mama: consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia**. 2017. Disponível em: sbmastologia.com.br/.../Câncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piauí-2017. Acesso em: 19 maio 2019.

RAQUEL AUTRAN COELHO. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará. **Rastreamento para câncer de colo uterino: o que há de novo?** 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/156-rastreamento-para-cancer-de-colo-uterino-o-que-ha-de-novo>. Acesso em: 19 maio 2019.

RIO DE JANEIRO. Instituto Nacional do Câncer. **Outubro Rosa**. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/outubro-rosa>. Acesso em: 19 maio 2019

CAPÍTULO 12

SAÚDE DO HOMEM: AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS TRABALHADORES EM UMA EMPRESA NA CIDADE DE ARAGUARI – MG

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 14/01/2021

Cicera Saiane Amaral Souza

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1700237340240579>

Danielle Fernandes Alves

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0718536177283172>

Felipe Messias Boaventura Alves

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0707731963501971>

Gabrielle Santiago Silva

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5528951782832517>

Jhonatan Pereira Castro

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7208668977474232>

Karla Cristina Walter

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1432456088658985>

Leiliane Aparecida Vieira Delfino

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4224924974688865>

Lincoln Rodrigues Fernandes Junior

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7438684583458083>

Matheus dos Santos Meireles

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2820351551284082>

Nathália Borges de Paiva

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3573675522580488>

Pabline Vanin Claudino

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9827735240253382>

Patrícia da Fonseca Ribeiro

Universitário IMEPAC – Araguari
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6220626114110226>

RESUMO: Os estudos sobre a saúde do homem se iniciaram no final dos anos 1970 nos Estados Unidos. No Brasil em 2009 surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem a fim de relacionar o homem com suas diversas áreas de vida e traçar metas para a redução de sua mortalidade por causas preveníveis. Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar o perfil de saúde dos homens de uma empresa da cidade de Araguari-MG. Foi realizado um estudo transversal descritivo com aplicação de um questionário semiestruturado contemplando questões

relacionadas à tabagismo, uso de bebida alcoólica e realização de exames relacionados ao câncer de próstata. Obteve-se que a maioria dos trabalhadores eram menores de 45 anos, com a maioria tendo ingressado em ensino superior completo, com média de IMC de 27,98, sendo 5 tabagistas e 12 etilistas. Em relação aos cuidados em relação à próstata, apenas 3 já realizaram o PSA. Concluiu-se que existe baixa adesão por parte dos trabalhadores em relação aos cuidados de saúde, sendo necessário reforçar a importância da prevenção no contexto da saúde do homem cada vez mais.

PALAVRAS-CHAVE: Novembro azul, Prevenção primária, Câncer de próstata.

MEN'S HEALTH: EVALUATION OF THE PROFILE OF WORKERS IN A COMPANY IN THE CITY OF ARAGUARI - MG

ABSTRACT: Studies on men's health began in the late 1970s in the United States. In Brazil, in 2009, the National Policy for Integral Attention to Men's Health emerged in order to relate men to their different areas of life and set goals to reduce their mortality from preventable causes. Thus, the objective of this work was to evaluate the health profile of men in a company in the city of Araguari-MG. A cross-sectional descriptive study was carried out with the application of a semi-structured questionnaire covering issues related to smoking, use of alcoholic beverages and tests related to prostate cancer. It was found that the majority of workers were under 45 years old, with the majority having entered complete higher education, with an average BMI of 27.98, with 5 smokers and 12 alcoholics. Regarding care in relation to the prostate, only 3 have already performed PSA. It was concluded that there is low adherence by workers in relation to health care, and it is necessary to reinforce the importance of prevention in the context of men's health more and more.

KEYWORDS: Blue november, Primary prevention, Prostate cancer.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo Separavich e Canesqui (2013), os estudos sobre a saúde do homem surgiram no final dos anos 1970, nos Estados Unidos. Em 2009, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde que tem por objetivo destacar a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como apontar princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis na população de 20 a 59 anos. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo avaliar o perfil da saúde dos homens de uma empresa da cidade de Araguari – MG.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com trabalhadores do sexo masculino de uma empresa da cidade de Araguari – MG. Tivemos o intuito de avaliar o perfil de saúde dos trabalhadores, sendo aplicado um questionário semiestruturado vislumbrando os seguintes dados: Idade, escolaridade, IMC, se é tabagista e/ou etilista, quantos cigarros

fuma por dia, com que frequência consome bebida alcoólica, se algum médico já indicou o exame de próstata, se já realizou o exame de toque retal e se já realizou o PSA.

3 | RESULTADOS

Foram avaliados 27 trabalhadores, sendo que 21 são menores de 45 anos, 3 são maiores de 45 anos e 3 não responderam; 3 não concluíram o ensino fundamental, 2 haviam concluído, 2 não concluíram o ensino médio e 3 haviam concluído, ademais, 6 possuíam ensino superior incompleto e 6 possuem a conclusão. A média do IMC foi de 27,98 (com o cálculo sendo realizado com 25 pessoas), 5 dos 27 participantes eram tabagistas, sendo que 4 já fumavam por um período entre 10 e 15 anos e 1 fumava por um período entre 15 e 20 anos. Em relação a quantidade de cigarros fumados por dia, 1 deles fumava 5 cigarros/dia, um fumava de 10 a 15 cigarros/dia, dois fumavam de 10 a 15 cigarros/dia e um fumava mais de 20 cigarros/dia. No que tange o consumo de álcool, 12 possuíam esse hábito, sendo que 10 faziam uso entre 1 e 2 vezes por semana, 1 entre 5 a 5 vezes por semana e 1 todos os dias da semana. Quanto aos cuidados em relação ao câncer de próstata: 4 já haviam sido orientados sobre a realização do PSA, 2 não responderam e os demais não haviam recebido nenhum tipo de orientação, no entanto, apenas 3 realizaram o exame. Dos que realizaram o PAS 1 realizou há menos de um mês e 2 realizaram entre 6 meses e 1 ano.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Já é consenso sobre a importância da prevenção da saúde do homem e diante deste trabalho verificou-se que ainda é necessária uma maior adesão por parte dos homens com os cuidados de saúde. Além disso deve-se haver um maior empenho por parte dos profissionais de saúde para que se construa uma melhor relação com essa população para que haja uma maior captação e adesão as campanhas de cuidado em relação a saúde.

REFERÊNCIAS

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saúde e Sociedade, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS PACIENTES PORTADORES DE OBESIDADE MÓRBIDA EM FILA DE ESPERA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Data de aceite: 01/04/2021

Jefferson Ferreira de Araújo

Médico Cirurgião geral e do aparelho digestivo.
Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6995-1416>

Antônio Carlos Siqueira Júnior

Docente da Disciplina de Enfermagem
Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de
Marília. Marília, SP, Brasil
<http://orcid.org/0000-0003-2351-6256>

Fernanda Paula Cerântola Siqueira

Docente do Curso de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP,
Brasil
<http://orcid.org/0000-0002-9331-7685>

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” da Faculdade de Medicina de Marília.

RESUMO: **Objetivo:** compreender os sentimentos vivenciados pelos pacientes portadores de obesidade mórbida em fila de espera para cirurgia bariátrica correlacionando-os à intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão verificados pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada com 11 pessoas cadastradas em um ambulatório de referência para tratamento

cirúrgico da obesidade. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo. **Resultados:** Da análise emergiram dois temas: Vivência dos sentimentos na fila de espera pela cirurgia bariátrica e Idealização do projeto de vida: desejos e expectativas com a cirurgia bariátrica. A aplicação do BAI e BDI revelaram sintomas para ansiedade e depressão, com predomínio das formas moderadas e severas. **Considerações finais:** A incerteza do agendamento da cirurgia bariátrica e as dificuldades advindas da condição de obesos mórbidos contribuí para o sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bariátrica, Obesidade Mórbida, Ansiedade, Depressão.

FEELINGS EXPERIENCED BY MORBIDLY OBESE PATIENTS WAITING FOR BARIATRIC SURGERY

ABSTRACT: Objective: the paper aims to understand the feelings experienced by morbidly obese patients waiting for bariatric surgery by correlating them with the intensity of anxiety and depression symptoms verified by the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI). **Methods:** Qualitative research conducted with 11 people registered at an outpatient clinic referred for obesity surgical treatment. Data were subjected to content analysis. **Results:** Two themes were identified from the analysis: Experience of feelings in the waiting list for bariatric surgery; and Idealization of life project: wishes and expectations with the bariatric surgery. BAI and BDI application revealed anxiety and depression symptoms, with predominance of moderate and severe forms.

Conclusion: The delay in scheduling the bariatric surgery and the difficulties emerging from the morbidly obese condition contributes to psychological distress.

KEYWORDS: Bariatric Surgery, Obesity Morbid, Anxiety, Depression.

1 | INTRODUÇÃO

A prevalência crescente da obesidade tem despertado a criação de estratégias para a sua prevenção e tratamento, sendo foco de atenção nas diretrizes de políticas públicas nas últimas décadas (DIAS *et al.*, 2017).

A obesidade em termos de gravidade é classificada em: obesidade grau I (moderado excesso de peso, no qual o índice de massa corpóreo-IMC encontra-se entre 30 e 34,9 kg/m²); obesidade grau II (obesidade leve ou moderada, com IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (obesidade grave ou mórbida, na qual o IMC apresenta-se com valores superiores a 40 kg/m²) (WHO, 2000).

Neste estudo, a obesidade mórbida torna-se objeto de investigação pela complexidade e por estar associada a altas taxas de comorbidades, como por exemplo, diabetes, hipertensão, dislipidemia, afecções cardio e cerebrovasculares e doenças da vesícula biliar (SILVA *et al.*, 2006; REIS; GONTIGO; CARDOSO, 2010). Essa doença também tem sido associada a vários tipos de câncer (REZENDE *et al.*, 2018).

Em 2010 o sobrepeso e a obesidade foram responsáveis por um número estimado de 3,4 milhões de mortes, 3,9 % de anos de vida perdidos e 3,8% de anos de incapacidade funcional, em termos globais. Entre 1990 e 2015 houve aumento de 28,3% na taxa global de mortes relacionadas a doenças ligadas a IMC elevado, em que as mortes passaram de 41,9/100 mil/ano habitantes para 53,7/100 mil habitantes/ano (NG, 2014).

A repercussão da obesidade mórbida na qualidade de vida das pessoas tem sido objeto de pesquisa em outros estudos (REIS; GONTIGO; CARDOSO, 2010; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Identifica-se na literatura, que além dos danos biológicos mencionados anteriormente, proporciona também danos psicossociais, os quais estão relacionados ao estigma e preconceito decorrente da alteração da imagem corporal, o que ocasiona diminuição da auto-estima e o surgimento de sintomas de ansiedade e de depressão (SILVA *et al.*, 2006; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

E diante do insucesso relacionado às mudanças do estilo de vida e tratamento clínico, bem como na presença da repercussão da obesidade nas condições clínicas da saúde e/ou na qualidade de vida dos pacientes, torna-se necessária a abordagem cirúrgica (GARRIDO JUNIOR, 2000)

O avanço da tecnologia e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas levou a cirurgia bariátrica a consolidar-se como método de combate não só à obesidade, mas também às doenças relacionadas a ela, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, doenças cardiovasculares e muitas outras agravadas pelo excesso de peso (SBCBM, 2018).

Em 2017 foram realizados 105.642 procedimentos pela rede complementar e 10.064 pelo SUS, correspondendo a 10% desse tipo de abordagem. A desproporcionalidade é grande principalmente ao levarmos em consideração que 77,5% da população brasileira se utiliza da rede pública (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR, 2019; IBGE, 2019). Tendo em vista uma população brasileira com cerca de 0,8%(aproximadamente de 1,6 milhões) (SANTOS; PETER; CONDE, 2010) portadores de obesidade Grau III, ou grave, a qual é critério para cirurgia bariátrica, inferimos que esse número de procedimentos é insuficiente para atender às necessidades da população. E torna-se mais difícil atender a essa demanda ao considerar as demais indicações para realização desse tipo de cirurgia.

No Brasil, para que um paciente se torne candidato à cirurgia bariátrica em um dos serviços de referência para esse procedimento, é necessário o preenchimento de vários critérios, dentre eles (CFM, 2015; BRASIL, 2015): $IMC \geq 50$ Kg/m²; $IMC \geq 40$ Kg/m², com ou sem comorbidades, com tratamento clínico há no mínimo, dois anos sem sucesso, seguindo os protocolos; $IMC \geq 35$ kg/m² com comorbidades que podem ser agravadas pela obesidade e melhoram com seu tratamento como, por exemplo, indivíduos com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças osteoarticulares, pancreatites de repetição, colelitopatia calculosa, asma grave, infertilidade, disfunção venosa, estigmatização social, depressão, entre outras, e que não responderam a tratamento clínico, sob protocolos, por dois anos no mínimo sem sucesso.

Considerando que a obesidade atualmente é um problema de saúde pública evidente, que compromete a qualidade de vida da pessoa, por comprometer a saúde tanto física quanto psicologicamente (SILVA *et al.*, 2006; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010), e que há dificuldade de acesso para o tratamento cirúrgico, nos inquieta e nos leva a investigar, como os candidatos à cirurgia bariátrica vivenciam o processo.

Para tanto, objetivou neste estudo compreender os sentimentos vivenciados pelos pacientes portadores de obesidade mórbida em fila de espera para cirurgia bariátrica correlacionando-os à intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão verificados pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, visto que esse tipo de investigação busca compreender o universo dos significados, bem como a exploração das emoções humanas (MINAYO, 2014).

A pesquisa teve como cenário um ambulatório de especialidades referência para tratamento cirúrgico da obesidade no interior do estado de São Paulo. No momento da coleta de dados haviam 14 indivíduos portadores de obesidade grau III cadastrados

para seguimento multidisciplinar em pré-operatório para cirurgia bariátrica, dos quais 11 aceitaram o convite para participarem deste estudo.

A coleta de dados foi realizada pelos próprios autores, no período de 28 de agosto a 26 de outubro de 2018, no próprio cenário da pesquisa, respeitando a rotina do serviço e a disponibilidades dos participantes. Para tanto, foram utilizados inicialmente um questionário sócio demográfico, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a seguir, foi realizada a entrevista semiestruturada.

Quanto aos inventários utilizados, destaca-se que o BDI é um instrumento de autoavaliação para identificar a intensidade dos sintomas depressivos, constituído por 21 itens, cada um com quatro alternativas. O indivíduo aponta o nível de gravidade do sintoma em relação ao período da semana que passou, incluindo o dia do preenchimento do questionário. Cada alternativa possui a pontuação de 0 a 3 (BECK *et al.*, 1961).

O BDI pode ter um resultado máximo de 63 pontos, com as seguintes categorias são: 0-7: grau mínimo de depressão, 8-15: depressão leve, 16-25 depressão moderada e 26-63: depressão severa. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão (BECK *et al.*, 1961).

Assim como a BDI, o BAI também consiste em 21 questões sobre como o indivíduo expressa sintomas comuns de ansiedade. Cada questão apresenta quatro possibilidades de resposta (Absolutamente não, Levemente, Moderadamente e Gravemente) e a que se assemelha com o estado do indivíduo, ele deve assinalar. A BAI pode ter um resultado máximo de 63 pontos, com as categorias: 0-7: grau mínimo de ansiedade, 8-15: ansiedade leve, 16-25 ansiedade moderada e 26-63: ansiedade severa. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação dos níveis de intensidade da ansiedade (BECK *et al.*, 1988).

Para explorar os objetivos propostos para esta pesquisa, a entrevista contou também com uma questão norteadora: “Sabendo que o Sr(a) aguarda um procedimento cirúrgico para auxílio na correção da obesidade, gostaríamos de saber quais são os seus sentimentos neste momento?”. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra com o consentimento dos participantes.

Para análise dos dados foi utilizado o método conceituado por Bardin (2012), baseado na adaptação de princípios da técnica de análise de conteúdo, viabilizando o desvendar crítico do objeto a ser investigado neste estudo.

As etapas pontuadas por Bardin (2012) e seguidas nesta pesquisa foram pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/ inferência/ interpretação.

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos recomendados, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 2.730.843. Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, sua fala foi identificada com a letra “P”, seguida numericamente, como, por exemplo, “P1”, “P2” sucessivamente.

3 | RESULTADOS

3.1 Perfil dos participantes

Dos 11 pacientes participantes deste estudo, dez eram mulheres com idade entre 23 e 50 anos, referiram ter união estável, oito referiram ter entre um a três filhos. Quanto à escolaridade, sete referiram ter ensino médio e estavam desempregados.

O tempo de espera para a realização da cirurgia variou entre três e dez anos. Todos apresentavam obesidade grau III e pelo menos uma comorbidade associada. Destas comorbididades em tratamento, seis afirmaram tratar Hipertensão Arterial Sistêmica, três para Diabetes Mellitus, um para Dislipidemias, quatro para Ansiedade e um para Depressão, entre outras.

A aplicação dos inventários BAI e BDI constataram que todos os participantes apresentavam sintomas para ansiedade e depressão com predomínio das formas moderadas e severas, conforme a Tabela 1.

Participantes	BAI (escores)	BDI (escores)
P1	Moderada (18)	Moderada (25)
P2	Moderada (17)	Moderada (21)
P3	Severa (29)	Moderada (25)
P4	Severa (36)	Severa (36)
P5	Leve (13)	Moderada (21)
P6	Severa (42)	Severa (39)
P7	Leve (15)	Severa (41)
P8	Moderada (23)	Leve (10)
P9	Severa (37)	Severa (35)
P10	Leve (12)	Leve (14)
P11	Moderada (24)	Severa (30)

Tabela 1: Distribuição dos 11 participantes, segundo os escores para ansiedade (BAI) e depressão (BDI).

Fonte: Autores, 2019.

3.2 Categorias temáticas

Os temas identificados associados à aplicação dos inventários para ansiedade (BAI) e depressão (BDI) revelaram o sofrimento psíquico vivenciado pelos participantes deste estudo decorrente da demora, da incerteza do agendamento da cirurgia bariátrica e das

dificuldades advindas da própria condição de obesos mórbidos. Nas falas dos participantes a cirurgia bariátrica representa o resgate de suas vidas, o que desperta esperança e a possibilidade da realização de projetos futuros do ponto de vista pessoal, familiar e social.

3.2.1 Tema 1: Vivência dos sentimentos na fila de espera pela cirurgia bariátrica

SENTIMENTO: ansiedade/angústia

A demora e o desconhecimento da agenda, bem como os cancelamentos das consultas os deixam angustiados porque tudo dificulta a organização de suas vidas, principalmente em relação ao trabalho.

P11: [...] muita ansiedade, isolamento. Eu me isolei muito. (BAI=24, moderada; BDI=30, severa)

P6: [...] o meu sentimento é de muita angústia né, por estar obesa. Hoje eu peso 130kg [...] E a gente fica naquela angústia, né, de estar esperando, eu estou agora nessa fila! (BAI=42, severa; BDI=39, severa)

A angústia/ansiedade vivenciada pela incerteza do agendamento da cirurgia é tão intensa que a forma que encontram para minimizá-la é o aumento do consumo alimentar.

P1: [...] eu não consigo organizar nada da minha vida, [...] É o primeiro sentimento, é angústia! [...] tem dias que é impossível! Parece que..., não que seja fome, mas parece que eu tenho um sentimento de fome o tempo todo e é uma coisa horrível[...]. (BAI=18, moderada; BDI=25, moderada)

SENTIMENTO: tristeza

O longo percurso e a busca por várias tentativas nos serviços de saúde despertam a incerteza de conseguirem a realização da cirurgia bariátrica, o que tem deixado os participantes desta pesquisa tristes.

P8: [...] eu fico triste de saber que eu tenho que ficar esperando todo esse tempo, porque faz muitos anos que eu tô tentando e eu não consigo. [...] Você liga no hospital, mandam esperar. Eu sinto aquele desespero de que será que vai dar certo? (BAI=23, moderada; BDI=10, leve)

Em suas falas também aflora o sentimento de muita tristeza pelas dificuldades decorrentes do agravo da obesidade, como, por exemplo, a restrição para realizar a sua própria higiene corpórea e o preconceito.

P3: Eu também não estou feliz. Não estou contente porque a obesidade quando, agora, nesse grau que estou, eu não consigo sequer fazer a higiene básica. (BAI=29, severa; BDI=25, moderada)

P4: [...] eu me sinto muito triste, né, por as pessoas me olharem as vezes diferente. É um preconceito muito grande devido à obesidade e às dificuldades

também. [...] pelo *bullying* dos meus filhos [...]. Então é uma coisa que não tá afetando somente a mim, tá afetando a minha família. (BAI=36, severa; BDI=36, severa)

Há um sofrimento de tristeza expresso por se sentirem fora do padrão estético esperado socialmente. A tristeza e a baixa autoestima são tão intensas entre os participantes da pesquisa, que referem a perda do sentido para viver.

P8: [...] tristeza, porque para sociedade mulher bonita, tipo, mulher bem aparentada, é mulher magra, mulher com cinturinha fina. (BAI=23, moderada; BDI=10, leve)

P6: [...] a gente mesmo vive numa tristeza, nunca nada tá bom, a gente não tem vida! (BAI=42, severa; BDI=39, severa)

P9: Às vezes eu até saio, mas eu vou triste e volto triste! Eu acordo de manhã e meu rosto tá desse tamanho! (BAI=37, severa; BDI=35, severa)

SENTIMENTO: culpa

Referem que diante das dificuldades vivenciadas para alcançarem o controle do peso corporal, sentem-se culpados pelo agravamento da obesidade.

P4: Eu me culpo também um pouco porque eu sei que foi através de mim. (BAI=36, severa; BDI=36, severa)

P6: Daí você se culpa por que eu deixei chegar nesse ponto né? (BAI=42, severa; BDI=39, severa)

SENTIMENTO: impotência e menos-valia

Os participantes relatam o quanto a obesidade é uma doença de difícil controle. Ao buscarem o controle do consumo alimentar, perdem o controle sobre si e se sentem impotentes diante da necessidade da perda de peso corporal.

P1: Tento fazer o possível para perder [...], e o sentimento que eu tenho às vezes é meio de impotência sobre mim mesma. Às vezes eu perco o controle, [...] fica fora de mim. (BAI=18, moderada; BDI=25, moderada)

Para alguns participantes, o sentimento é de menos-valia ao perceberem o comprometimento da saúde física e mental à medida que a obesidade se agrava. Apontaram a ausência de uma relação empática durante o atendimento médico, o que os levou a sentimentos de autodepreciação, pois chegaram a se comparar com “porcos”. Aflora ainda a incapacidade do profissional de saúde para a valorização das tentativas de controle do peso do indivíduo obeso.

P11: [...] o meu sentimento é de incapacidade porque a gente fica triste, vê a saúde da gente se deteriorando cada vez mais devido à gravidade da obesidade. Porque, quanto mais tempo você tá obeso, mais a sua saúde

física, mental, ela piora! [...] Eu ouvi de uma médica psiquiatra: você sabe que tudo que tá acontecendo na sua vida de físico é por causa da sua gordura, é por causa da sua obesidade! Você não faz nada pra mudar? Numa perícia eu ouvi isso. Eu saí da sala chorando por que, como assim? Ela não sabe como que é, o que eu já tenho feito, os caminhos que eu tenho ido, como que eu fui atrás, como que eu tenho ido atrás e buscar. [...] Então, quer dizer, eu não fiquei acomodada sem fazer nada! E eu não engordei por que eu quis engordar, não foi uma escolha minha! Mas do jeito que ela falou e tendo a especialidade como no caso ela tem, uma médica que cuida da mente, do psique de uma pessoa e ela falar desse modo! Eu me senti no dia um porco, do jeito que ela falou! (BAI=24, moderada; BDI=30, severa)

P4: [...] hoje eu me sinto assim....insignificante, porque eu não posso fazer muitas coisas que eu queria fazer. Eu não consigo fazer. (BAI=36, severa; BDI=36, severa)

SENTIMENTO: descrença

Os participantes da pesquisa referiram que, por períodos longos, em média de 6 anos, esperam pela cirurgia bariátrica. A demora é tamanha que desenvolveram outros problemas de saúde, como, por exemplo, o câncer, que atualmente os impede de realizarem o procedimento cirúrgico. Esse fato deixa indignados e descrentes com as políticas públicas de saúde.

P3: [...] o governo faz aquilo. Só que a gente não vê na prática, a gente ouve muito na teoria. Então eu tô muito descrente de que eu vou conseguir [...], faz 10 anos que eu estou esperando uma bariátrica. Agora, há 3 meses eu descobri o câncer. E antes do câncer, por que não me ajudaram? O que que o governo estava fazendo que não poderia me ajudar? Eu estava bem mais leve, eu não estava com esse peso! Eu tô com 228kg hoje, entendeu?! (BAI=29, severa; BDI=25, moderada)

P6: A gente se sente assim pra trás né, sem expectativa nenhuma. (BAI=42, severa; BDI=39, severa)

Ainda relatam que mesmo a intervenção judicial não foi suficiente para a realização da cirurgia bariátrica, mantendo-os insatisfeitos, desanimados e com o desejo de desistir.

P5: [...] já faz quase 5 anos que eu tô esperando né, por essa cirurgia, eu tô um pouco desanimada, cansada também porque demora muito, é muito transtorno, eu tenho que estar viajando. É, às vezes acontece de eles falarem que marcaram consulta porque o meu caso é judicial, e eu não fui atendida. [...] fico um pouco apreensiva, eu fico estressada porque eu tenho que ficar correndo atrás de tudo isso. Quando chego aqui é cansativo e às vezes até penso em desistir. (BAI=13, leve; BDI=21, moderada)

P7: [...] pela demora, é um pouco de insatisfação né, porque a gente sofre [...]. (BAI=15, leve; BDI=41, severa)

3.2.2 Tema 2: Idealização do projeto de vida: desejos e expectativas com a cirurgia bariátrica

REALIZAR a cirurgia bariátrica

Diante do insucesso das várias tentativas para o controle do peso corporal e do desenvolvimento dos problemas de saúde, como, por exemplo, a depressão, alguns participantes deste estudo, mesmo com a demora tão prolongada em fila de espera, sentem que a possibilidade de realização da cirurgia bariátrica renova o sentimento de esperança para mudarem sua condição e expectativa de vida.

P7: [...] eu já tentei de tudo né, agora o último caminho é esse, que é a minha esperança. (BAI=15, leve; BDI=41, severa)

QUALIDADE de vida

Os participantes esperam a que realização da cirurgia bariátrica contribua com o alcance dos projetos de vida: conseguir melhorar a qualidade da vida atual e futura, o controle de doenças, a disposição física, bem como o planejamento familiar.

P1: [...] projetos são melhorar a minha saúde, [...] a questão de você poder fazer algo sem se cansar muito, sem ficar sem fôlego, pra mim melhor coisa. Eu tenho um projeto, quero engravidar [...], ter uma rotina diferente. (BAI=18, moderada; BDI=25, moderada)

P2: Então, fazer isso para ter uma qualidade de vida melhor né. (BAI=17, moderada; BDI=21, moderada)

P11: Então eu vejo que num pós-operatório uma melhora assim, na minha vida, na minha saúde, física e mental como um todo, muito melhor. [...] quanto mais cedo se fizer a cirurgia num obeso melhora a qualidade de vida. (BAI=24, moderada; BDI=30, severa)

TER a vida de volta

Já outros participantes idealizam a cirurgia bariátrica como meio para “*terem suas vidas de volta*”. Buscam explicar, que com a perda do peso corporal desejado por eles, poderão superar os sentimentos negativos vivenciados com a obesidade, resgatar o sentimento de felicidade consigo mesmo e a autoestima, retornar ao exercício profissional e convívio social sem preconceito. Sentem com isso que poderão ter significado como pessoa para eles próprios e seus familiares.

P6: [...] meu maior objetivo de fazer essa cirurgia e perder os quilos que eu tenho que perder é para mim voltar a viver, [...] é ter a minha vida de volta! Por que hoje eu falo que eu não tenho. (BAI=42, severa; BDI=39, severa)

P7: [...] voltar a ter uma vida melhor né, ser mais feliz com a gente mesmo, voltar a fazer um esporte, voltar a fazer uma atividade física. [...] Ter uma vida normal, poder andar, poder tá no meio da sociedade e ninguém tá te olhando, te excluindo. (BAI=15, leve; BDI=41, severa)

Esses pacientes esperam que, após a realização da cirurgia bariátrica, possam realizar mudanças físicas, emocionais, sentimentais e de auto-estima, que possibilitarão um relacionamento interpessoal melhor. Referem se sentir felizes por buscarem se adequar ao padrão corporal esperado socialmente.

P9: [...] quero ficar bem comigo, acordar cedo e olhar no espelho e falar: nossa, eu não tô...! [...] na minha relação com a minha família, com meu esposo, é..., na minha saúde, para a minha patroa. (BAI=37, severa; BDI=35, severa)

P8: Ah, eu acho que felicidade por ver que eu estou tentando me adequar à sociedade ao padrão que eles dizem correto! [...] acredito que terá mudança tanto física como mental, sentimental. (BAI=23, moderada; BDI=10, leve)

P10: [...] eu quero ter aquela autoestima, de você se sentir valorizada. (BAI=12, leve; BDI=14, leve)

Para alguns a realização da cirurgia bariátrica possibilitará também o resgate da autonomia para o autocuidado, comprometido com o agravo da obesidade.

P3: [...] Eu quero só ter um corpo como o que eu já tive, que dá para se locomover sozinha [...]. Ter o direito de poder sabe..., eu mesmo conseguir fazer minhas coisas que eu tô dependendo de outras pessoas, sobrecarregando as pessoas que me amam. (BAI=29, severa; BDI=25, moderada)

INSERÇÃO no mercado de trabalho

Os participantes esperam que após a realização da cirurgia bariátrica, possam desempenhar melhor as atividades profissionais e que a inserção no mercado de trabalho ocorra com mais facilidade. Ainda, almejam a independência financeira, desvinculando-se do benefício previdenciário.

P4: [...] acredito que depois que eu fizer a cirurgia eu vou ter um pouco mais assim... de facilidade pra arrumar emprego, uma vida mais ativa [...] por que a gente acaba vendo um preconceito. (BAI=36, severa; BDI=36, severa)

P6: [...] pra mim poder trabalhar, pra mim sair da asa do governo, que hoje eu recebo um auxílio [...]. (BAI=42, severa; BDI=39, severa)

4 | DISCUSSÃO

Entre os participantes deste estudo há o predomínio de mulheres adulto-jovens, união estável, mas com problemas físicos, emocionais e sociais ocasionados pela obesidade grave e intensificados pela demora da realização da cirurgia bariátrica.

Na pesquisa realizada por Ribeiro *et al.* (2016) com candidatos à cirurgia bariátrica também se deparou com uma população feminina em idade reprodutiva, economicamente

ativa e 49% desempregados. Portanto, isso justifica a busca pelos benefícios da cirurgia bariátrica vislumbrando uma melhor condição de saúde para inserção no mercado de trabalho e planejamento familiar, como relatado pelos participantes desta pesquisa.

Neste estudo o tempo médio de espera pela cirurgia foi de 6 anos e está acima da média do tempo apontado em outras pesquisas relacionadas ao atendimento público, os quais citam entre um e quatro anos (REGO *et al.*, 2017; ZILBERSTEIN *et al.*, 2006; DINIZ *et al.*, 2008).

O acesso ao serviço de saúde também foi uma das dificuldades geradoras de sofrimento, por ser moroso no atendimento da maioria, levando os participantes à judicialização para a realização da cirurgia. A judicialização garante o acesso à consulta e ingresso nos programas. A realização do procedimento, porém, vai depender da estrutura do serviço e sua disponibilidade com relação a realização de exames, disponibilidade de materiais e leitos. A superlotação observada no sistema público acaba por postergar o seguimento das etapas aumento no tempo de espera (FIGUEIREDO, 2009).

Os candidatos à cirurgia bariátrica passam então a esperar e experimentar a frustração de não terem suas metas alcançadas. Isso acaba por gerar angústia pela decepção e por não conseguirem visualizar um futuro para suas vidas (FIGUEIREDO, 2009). Os resultados encontrados nesta pesquisa, corroboram tal aspecto. Na fala dos participantes, afloraram diversos sentimentos, entre eles ansiedade/angústia, tristeza, culpa, impotência e menos valia.

Destaca-se entre os resultados que a aplicação do BAI e BDI revelaram em 100% dos participantes sintomas para ansiedade e depressão, com predomínio das formas moderadas e severas, mas apenas quatro referiram tratamento para ansiedade e um para depressão. O estudo de Ribeiro *et al.* (2016) encontrou, na população com características semelhantes, utilizando os mesmos inventários, 42,7% com sintomas de ansiedade e 61,1% dos pacientes com sintomas de depressão.

Os sentimentos negativos foram também relacionados pelos participantes ao preconceito, às dificuldades para o convívio social e a baixa auto-estima. As pessoas obesas são insatisfeitas não só com a aparência, mas com o corpo em si. Existe a autodepreciação de sua imagem e embora citem que a preocupação esteja relacionada somente com a saúde, percebe-se que o modelo em que se embasam relaciona-se com a valorização do corpo perfeito imposto pela sociedade.

Esse comportamento também foi observado no trabalho de Marcuzzo, Plch e Dlttrich (2012) que cita o universo contemporâneo impondo padrões que são incompatíveis com a maioria da humanidade, em especial com a classe dos obesos mórbidos. Pesquisas anteriores, como a de Yoshino (2010), relatam que cada vez mais se busca adequar o corpo feminino a um certo padrão da atualidade, ou seja, somente os “corpos perfeitos” refletem a identidade feminina (SILVA *et al.*, 2015) e essa característica tem sido considerada sinônimo de felicidade e sucesso no amor (COSTA *et al.*, 2013).

Identifica-se que o comportamento preconceituoso demonstrado por gestos, olhares e até mesmo por insultos, é desencadeado por uma sociedade que, em sua maioria, valoriza a aparência corporal, gerando sofrimento (MOLINER; RABUSKE, 2008).

As pessoas obesas estão à mercê da sociedade moderna que as “alimenta” nessa condição, mas que não os tolera associando-os a exemplos de desqualificação social (SANTOS, 2012; OLIVEIRA; PASSOS; MARQUES, 2013). Isso leva os obesos a uma influência negativa nos relacionamentos pessoais, de trabalho e em tudo que a pessoa vivencia (ZOCHE; NEVES; LIBERALI, 2012).

A cultura atual do padrão corporal magro e saudável, também tem contribuído para a discriminação dos obesos no meio médico (RODRIGUES *et al.*, 2016), acarretando a autodepreciação da pessoa, como foi mencionado por um dos participantes. Acredita-se que, o comportamento de discriminação e atitudes negativas dos profissionais de saúde dificultam o exercício profissional digno e humanizado (ARAÚJO, 2017), desqualificando os cuidados prestados aos pacientes sob a condição de obesidade (PHELAN *et al.*, 2015), distanciando-os do serviço de saúde e dificultando a adesão ao tratamento.

O comprometimento físico relatado pelos participantes, como limitante do movimento corporal contribui para a perda de autonomia, dificulta o exercício das atividades profissionais, bem como o bom convívio social e familiar. Outros estudos reforçam a associação do ônus da aparência corporal às limitações físicas e sociais, corroborando o isolamento e a piora das condições e hábitos saudáveis, ressaltando que a inatividade física por si só já é considerada fator de risco primário e independente para o desenvolvimento da obesidade e má qualidade de vida (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011; ZWANN *et al.*, 2002).

Confirma-se que as restrições advindas da obesidade provocam impacto negativo na saúde, contribuindo para o sofrimento, comprometimento da qualidade de vida (MARCELINO; PATRÍCIO, 2011) e impedimentos sociais em mulheres obesas mórbidas (MAGDALENO JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2010). Tais sentimentos podem contribuir para o desenvolvimento de depressão, compulsão (SERRANO *et al.*, 2010), como mencionado pelos participantes, o que dificulta ainda mais o controle de peso.-

Também se sentem culpados na relação conjugal por associarem a limitação física e o comprometimento psicológico ao distanciamento sexual de seus parceiros. O estudo de Koloktin *et al.* (2001) sobre obesidade e qualidade de vida sexual concluiu que a obesidade estava associada a desempenhos sexuais baixos, apontando sua baixa frequência e falta de desejo.

A culpa, explicada, pelo sentimento de se permitirem chegar ao quadro de obesidade mórbida associada à descrença no atual sistema de saúde, o tempo, os percalços vivenciados na fila de espera, o agravamento de comorbidades, as incertezas frente a tantas prorrogações e as fragilidades nos serviços de referência intensificam a ansiedade e depressão.

A vivência nesse cenário de expectativas culmina com a tristeza para continuar vivendo. Vêm-se limitados em saúde e financeiramente, estereotipados, isolados e impotentes. Com a morosidade do processo para a realização da cirurgia bariátrica, não conseguem organizar as atividades de trabalho, de lazer e estudo, vivenciando expectativa constante. Sentem-se presos não só à doença como também ao tratamento.

Mesmo com tantas dificuldades e sentimentos negativos apontados pelos participantes, sejam eles referentes à própria obesidade ou ao difícil acesso aos serviços de saúde, estar na fila de espera desperta a esperança e a idealização de um novo projeto de vida.

Com seus corpos obesos e depreciados clamam pela cirurgia bariátrica acreditando que tal procedimento ajudará a enfrentarem a discriminação, a melhorar a qualidade de vida, a resgatar a autoestima, o convívio social e a minimizar o sofrimento vivenciado, isto é recuperarem a própria vida.

Outros estudos desenvolvidos sobre a percepção de pacientes também indicam que a cirurgia bariátrica é o único caminho devido aos tratamentos clínicos ineficientes, com várias passagens por especialistas e por já terem tentado de tudo. Assim, o temor pelo procedimento cirúrgico é superado frente às expectativas de melhora na qualidade de vida (SILVA; MAIA, 2012), isto é, pelo alcance do peso pretendido, a reinserção no mercado de trabalho e na sociedade, a recuperação da liberdade e dos anos de vida perdidos devido à obesidade (ENGSTRÖM *et al.*, 2011).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciaram o sofrimento psíquico, seja pela aplicação dos inventários para ansiedade e depressão ou pelos sentimentos negativos que afloraram nas falas dos participantes.

Destaca-se entre os resultados a importância da utilização de instrumentos na prática clínica, como o BAI e o BDI, que possibilitaram revelar que todos os participantes desta pesquisa apresentavam sintomas para ansiedade e depressão, com predomínio das formas moderadas e severas. Tal fato, sugere-se o uso dessas ferramentas para contribuir na identificação segura das condições psicológicas e para o direcionamento do tratamento da ansiedade e depressão, o que minimizará o sofrimento das pessoas obesas.

Diante dos resultados encontrados, ressalta-se também a importância de profissionais de saúde com atitude e habilidade para escuta humanizada. A possibilidade de esses pacientes falarem sobre seus sentimentos e expectativas pode tornar-se uma importante ferramenta para a melhora da qualidade de vida deles. Estratégias, como roda de conversa, grupos de apoio e/ou reflexão, tornam-se imprescindíveis nesse momento tão difícil e prolongado que traz sofrimento e esperança ao mesmo tempo para o ser humano fragilizado.

Como limitação deste estudo, destaca-se a realização de uma pesquisa local. Embora não tenha sido possível afirmar que a permanência prolongada na fila de espera desenvolve sintomas de ansiedade e depressão, pois esses sintomas são comuns em portadores de obesidade mórbida, podemos afirmar que este momento contribui, certamente, para a cristalização e o fortalecimento deles. E diante de tais resultados, torna-se oportuno desenvolver novas investigações em outros cenários, bem como conhecer as percepções dos profissionais de saúde que acompanham o tratamento da pessoa com obesidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR-ANS. Dados Gerais. [Internet]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20 fev. 2019.

ARAÚJO, L. S. **Representações sociais da obesidade: identidade e estigma**. 2017. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2012.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 58, p. 893-897, 1988.

BECK, A. T. *et al.* An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v.4, p. 53-63, 1961.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424 de 19 de maio de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

CFM. **Resolução CFM nº 2131/2015**. Altera o anexo da Resolução CFM 1942/2010 publicada no D.O.U. de 12/02/2010, Seção I, p.72. [Internet]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf. Acesso em: 22 de mar 2019.

COSTA C. I. *et al.* Ocorrência de hipertensão arterial em pacientes obesos. **Rev Enferm UPFE on line**, v. 7, n. 7, p. 4712-7, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/artic/viewFile/11722/13949>. Acesso em: 22 de mar. 2019.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública** [Internet], v. 33, n. 7, e00006016, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>. Acesso em: 27 July 2019.

DINIZ, M. F. H. *.S et al.* Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde, submetidos à gastroplastia em “Y de Roux” no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, comorbidades e mortalidade hospitalar. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 3, p. 183-90, 2008.

ENGSTRÖM, M. *et al.*. The meaning of awaiting bariatric surgery due to morbid obesity. **Open Nurs J.**, v. 5, n. 1-8, 2011.

FIGUEIREDO, S. P. **Medicalização da obesidade**: A epidemia em notícia. 2009. Tese (Doutorado) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2009.

GARRIDO JUNIOR, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arq Bras Endocrinol Metab** [online], v. 44, n. 1, p. 106-110, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302000000100017>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Projeção da população**. [Internet]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 20 fev. 2019.

KOLOTKIN, R. L. *et al.* Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res.**, v. 9, n. 2, p. 102-11, 2001.

MAGDALENO JÚNIOR, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Understanding the life experiences of brazilian women after bariatric surgery: a qualitative study. **Obes Surg.** v. 20, n. 8, p.1086-9, 2010.

MARCELINO, L. F.; PATRÍCIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 16, n. 12, p. 4767-76, 2011.

MARCUZZO, M.; PICH, S.; DITTRICH, M. G. Construction of body among obeses subjects and its relationship with the contemporary imperatives for body beautification. **Interface – Comunicação Saúde Educação.** v. 16, n. 43, p. 943-956, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINER, J.; RABUSKE, M. M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. **Psicol Teor Prat.**, v. 10, n. 2, p. 44-60, 2008.

NG, M. *et al.* The GBD 2013 Obesity Collaboration. Global, Regional and National prevalence fo overweight and obesity in children and adults 1980-2013: a systematic analysis. **Lancet.** v. 30, n. 384(9945), p. 766-81, 2014.

OLIVEIRA, G. O. R. M. M.; PASSOS, X. S.; MARQUES, M. S. Perfil do indivíduo candidato à cirurgia bariátrica no Hospital Geral de Goiânia. **J Health Sci Inst.**, v. 31, n. 2, p. 172-5, 2013.

PHELAN, S. M. *et al.* Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews.** v. 16, n. 4, p. 319-326, 2015.

REGO, A. L. C. *et al.* Waiting time of patients in the queue to carry out bariatric surgery and related complications. **Rev Enferm UFPE.**, v. 11, n. 2, p. 1025-31, 2017.

REIS, E. P.; GONTIJO, P. L.; CARDOSO, F. P. F. Qualidade de vida nos diferentes graus de obesidade. **Brasília Med.**, v. 47, n. 3, p. 285-91, 2010.

REZENDE, L. F. M. *et al.* The Increasing burden of of cancer attributable to high body mass index in Brazil. **Cancer Epidemiology.**, v. 54, p. 63–70, 2018.

- RIBEIRO, G. A. N. *et al.* Perfil psicológico de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. **ABCD, Arq Bras Cir Dig** [online]., v. 29, n. 1, p. 27-30, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201600s10008>.
- RODRIGUES, D. C. *et al.* Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: Uma revisão integrativa. **HU Revista.**, v. 42, n. 3, p. 197-203, 2016.
- SANTOS, A. X. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em obesos candidatos à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento - RBONE.**, v. 6, n. 34, p. 184-190, 2012.
- SANTOS, L. M. O.; PETERS, L. R.; CONDE, W. L. Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. **Obes. Surg.**, v. 20, n. 7, p. 943-8, 2010.
- SERRANO, S. Q. *et al.* Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]., v. 44, n. 1, p. 25-31, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100004>.
- SILVA, M. P. *et al.* Obesity and quality of life. **Acta Med Port.**, v. 19, n. 3, p. 247-9, 2006.
- SILVA, P.T. *et al.* Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v. 28, n. 4, p. 270-273, 2015.
- SILVA, S. S.; MAIA, A. C. Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: a qualitative study. **Obes Surg.**, v. 22, n. 11, p. 1714-22, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA-SBCBM. **História da Cirurgia Bariátrica no Brasil.** [Internet]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/historia-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. **Rev Med Minas Gerais.**, v. 20, n. 3, p. 359-66, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894).
- YOSHINO, N. L. **A normatização do corpo em excesso.** 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2010.
- ZILBERSTEIN, B. *et al.* Waiting time for bariatric surgery in a public hospital in Brazil: a problem to be solved. **Obes Surg.**, v. 16, p. 1023, 2006.
- ZOCHE, E.; NEVES, G. M.; LIBERALI, R. Impacto do acompanhamento nutricional na perda de peso de adultos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento - RBONE**, v. 6, n. 36, p. 376-382, 2012.
- ZWANN, M. *et al.* Two Measures of Health-Related Quality of Life in Morbidly Obesity. **Obes Res.**, v. 10, n. 11, p. 1143-50, 2002.

SÍNDROME DE BURNOUT: UM MAL PARA OS PROFISSIONAIS

Data de aceite: 01/04/2021

Elcilene da Silva França

Acadêmica de enfermagem da Escola Superior
Madre Celeste ESMAC, Ananindeua-Pa

Emilane Souza de Moura

Acadêmica de enfermagem da Escola Superior
Madre Celeste ESMAC, Ananindeua-Pa

Naily Lima D' Oliveira Ribeiro

Acadêmica de enfermagem da Escola Superior
Madre Celeste ESMAC, Ananindeua-Pa

Maria Patrícia Rodrigues da Silva Feliciano

Acadêmica de enfermagem da Escola Superior
Madre Celeste ESMAC, Ananindeua-Pa

Renata Kelly Costa do Amaral Soares

Docente da Escola Superior Madre Celeste
ESMAC, Ananindeua-Pa

RESUMO: Introdução: A Síndrome de Burnout (SB) é caracterizada por fadiga profissional que causa deterioração na atenção e nos cuidados, causada por tensão emocional crônica no ambiente de trabalho. É um problema que atinge os mais variados profissionais, mas afeta principalmente aqueles que têm a atribuição de cuidar do outro e que tem contato direto com pessoas. **Objetivo:** caracterizar a síndrome de Burnout para os profissionais da área da saúde **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de natureza bibliográfica, foi realizado no período de janeiro

de 2015 a dezembro de 2018. A coleta de dados foi realizada nas plataformas *LILACS* e *SciELO* com periódicos a respeito da SB. **Resultados:** de acordo com os dados coletados, percebeu-se que a síndrome de Burnout é um problema que afeta o psicossocial dos profissionais de diversas áreas, principalmente os da saúde, pois as exigências constantes, troca interpessoal, insatisfação com a remuneração, frustração, jornada dupla e às vezes tripla de trabalho, além de ter que conciliar tudo isso à sua vida pessoal, degradando a qualidade de vida dos mesmos, pois ocorre um processo gradual de deterioração do humor e desânimo, associados a manifestações físicas e psíquicas, onde a pessoa fica desmotivada e já não vê sentido nem importância na sua relação com o trabalho. **Conclusão:** A Síndrome de Burnout é um problema mundial que gera consequências negativas na vida do profissional acometido. A baixa realização pessoal e o esgotamento profissional causados pela síndrome pode levar a morte através de suicídio, sendo de extrema importância reconhecer os sintomas e buscar tratamento o mais precoce possível.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Burnout, Profissionais de saúde, Qualidade de vida.

ABSTRACT: Introduction: Burnout Syndrome (SB) is characterized by professional fatigue that causes deterioration in attention and care, caused by chronic emotional tension in the workplace. It is a problem that affects the most varied professionals, but it mainly affects those who are responsible for caring for others and who have direct contact with people. Objective:

to characterize the Burnout syndrome for health professionals Methodology: This is a study with a qualitative approach and of bibliographic nature, it was carried out from January 2015 to December 2018. Data collection was carried out in LILACS and ScIELO platforms with journals about SB. Results: according to the data collected, it was noticed that Burnout syndrome is a problem that affects the psychosocial of professionals from different areas, mainly health, because the constant demands, interpersonal exchange, dissatisfaction with remuneration, frustration, double and sometimes triple working hours, in addition to having to reconcile all of this to their personal life, degrading their quality of life, as there is a gradual process of deterioration of mood and discouragement, associated with physical and psychological manifestations, where the a person is discouraged and no longer sees sense or importance in his relationship with work. Conclusion: Burnout Syndrome is a worldwide problem that generates negative consequences in the affected professional's life. The low personal fulfillment and professional burnout caused by the syndrome can lead to death through suicide, being extremely important to recognize the symptoms and seek treatment as early as possible.

KEYWORDS: Burnout syndrome, Health professionals, Quality of life.

INTRODUÇÃO

A palavra "trabalho" tem todo um contexto histórico e religioso, pois era associado à tortura ou castigo para aqueles que perdiam sua liberdade ou cometiam pecados, porém na modernidade o trabalho é visto como um sentido à vida e as novas teorias dispõem que o trabalho deva ser um ato saudável e prazeroso, que contribua para o crescimento e qualidade de vida de cada indivíduo (JANTSCH; COSTA, 2017).

Sabe-se que o trabalho é algo primordial para a vida humana, um ser que não exerce essa atividade certamente não poderá custear e ter uma boa qualidade de vida, entretanto este deve promover prazer e realização, para assim o corpo e a mente estarem em equilíbrio e não gerar transtornos posteriores.

É fundamental para a existência humana uma fonte de renda. Sendo assim, o indivíduo que a possui pode ter moradia, alimentação, lazer, saúde e educação de melhor qualidade entre outros benefícios, mas ainda nesse contexto, quando o trabalhador se sente insatisfeito com o seu provedor de renda pode desencadear sérios problemas, em especial a síndrome de Burnout.

Esta síndrome foi descrita em 1969 em um artigo escrito por Bradley, com o tema "*Staff burn out*" que se referia a um desgaste profissional, porém foi em 1970 nos Estados Unidos da América que de fato estudos identificaram o Burnout como síndrome do esgotamento de profissionais como consequência de experiências negativas de trabalho (SILVA et al., 2015).

A Síndrome de Burnout é um evento psicológico pesquisado em todo o mundo por estudiosos empenhados em desvendar seus fatores desencadeantes e assim melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho, este problema pode acometer qualquer grupo

profissional, porém a Organização Internacional do Trabalho (OIT), considera dentre os grupos mais vulneráveis, os profissionais da saúde (SILVA et al., 2015).

Diante do apresentado acima e da importância destes sintomas que o presente estudo tem o objetivo de caracterizar a síndrome de Burnout entre os profissionais da área da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizada no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2018. Realizou-se um levantamento de natureza bibliográfico e com a abordagem qualitativa, buscando artigos e revistas científicas nas plataformas *LILACS* e *SciELO a respeito da Síndrome de Burnout*. Assim foram inclusos seis (6) artigos que enfatizavam com maior propriedade a respeito da temática.

ANALISE DOS RESULTADOS

Cândido e Souza (2017) afirmam que na Europa e nos Estados Unidos, a OMS (Organização Mundial da Saúde) compara o Burnout com a diabetes e doenças cardiovasculares. O Brasil, segundo uma pesquisa feita pela *International Stress Association* de 2003, assume o segundo lugar atrás do Japão, e os profissionais mais acometidos são os de segurança, os controladores de voo, os executivos, os profissionais da saúde e os jornalistas.

A Síndrome é caracterizada por sintomas que podem acometer os mais diversos grupos profissionais, afetando a saúde e a qualidade de vida dessas pessoas, causando sérios danos sociais e até o afastamento do setor de trabalho, gerando assim prejuízos também para terceiros (JANTSCH; COSTA, 2017).

Além de ser caracterizada por fadiga profissional que causa deterioração na atenção e nos cuidados, causada por tensão emocional crônica no ambiente de trabalho. É um problema que atinge os mais variados profissionais, mas afeta principalmente aqueles que tem a atribuição de cuidar do outro e que tem contato direto com pessoas (ROCHA; SANTOS, 2015).

A síndrome se desenvolve em um processo gradual de deterioração do humor e desânimo, associados a manifestações físicas e psíquicas, onde a pessoa desmotivada já não vê sentido nem importância na sua relação com o trabalho. A Síndrome é gerada por três fatores principais que são a exaustão emocional, a despersonalização e a realização profissional (SILVA et al., 2015)

Na exaustão emocional, nota-se que o profissional já não tem energia para suas funções, apresentando fadiga, desânimo e esgotamento. Na despersonalização, torna-se frio e insensível tratando os pacientes e colegas de equipe de forma desumana. Na realização profissional apresenta uma tendência de auto avaliação negativa de suas

competências, ocasionando frustração e interferindo no trabalho conjunto (RODRIGUES et al., 2018)

O Burnout deixa o indivíduo fadigado e sem interesse por novidades e atividades que exijam criatividade e comprometimento, desta forma alguns autores classificam os sintomas em fases. Fase do aviso: incluem sinais emocionais, ansiedade, depressão que demoram um ano para aparecer e podem ser revertidos com mudança de hábito. Fase moderada: quando a primeira fase é ignorada, surgem sintomas físicos de insônia, dor de cabeça, fadiga etc. Fase consolidada: ocorre o agravamento dos sintomas incluindo o uso de drogas, álcool, cigarros e medicamentos (CÂNDIDO.; SOUZA, 2017).

Dentre os estressores que desencadeiam a síndrome estão os baixos salários, a falta recursos e insumos, as longas jornadas, e o abuso moral com cobranças excessivas. E como consequências vemos uma degradação nas relações, alienação, falta de empatia com o próximo, apatia, e o adoecimento propriamente dito (SOUZA.; MARIA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde são os mais acometidos pela síndrome, sendo que eles têm uma vida profissional que exige muita energia e dedicação, constantemente são exigidos metas, escalas apertadas, plantões duplos e até as vezes triplos, além de ter que prestar uma assistência de qualidade aos seus clientes, isso tudo gera uma fadiga emocional resultando no esgotamento físico e mental e o que deveria ser uma fonte de satisfação se torna um estresse contínuo.

A Síndrome de Burnout é um problema mundial que gera consequências negativas na vida do profissional acometido. A baixa realização pessoal e o esgotamento profissional causados pela síndrome pode levar a morte através de suicídio, depressão, anorexia, problemas cardíacos entre outros. sendo de extrema importância reconhecer os sintomas e buscar tratamento o mais precoce possível. Vale ressaltar que a busca por recompensa econômica não deve pôr em xeque a saúde de qualquer profissional. Sendo assim, o empregador deve estar atento a reações e emoções dos colaboradores.

REFERÊNCIAS

ANTSCH. N.; A.E.K. COSTA, 2017 **Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem: revisão integrativa.**

CÂNDIDO. J.; SOUZA. L. R. **SÍNDROME DE BURNOUT: AS NOVAS FORMAS DE TRABALHO QUE ADOECEM**, Psicologia.pt. Paraná. 2017.

ROCHA, F.F.; SANTOS, G. S. **Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. revisão integrativa.** 2015.

RODRIGUES et al., Síndrome de burnout em profissionais de saúde que atuam em serviço de oncologia. I Congresso norte mineiro de enfermagem e as tendências do mercado de trabalho. 2018.

SILVA et al., **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 2, art. 7, p. 94-106, ago./dez. 2015.

SOUZA. A. K. S.; MARIA. A. L. Síndrome de burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. **Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano**. Vol. 6, n.3 p.1-12 -jul/set., Paraná. 2016.

CAPÍTULO 15

SISTEMA DE SAÚDE NORTE-AMERICANO: TRAJETÓRIA HISTÓRIA E OS DESAFIOS PARA O PRESENTE E O FUTURO

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 02/02/2021

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
de Minas Gerais / Empresa Brasileira de
Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3421-1346

Erlon Carlos Vieira

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-8837-5274

Flávia Cristina Duarte Silva

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-5271-7172

Luciana Moreira Batista

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9649-1198

Luciene Maria dos Reis

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9148-2364

Marlene Simões e Silva

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-1195-493X

Regina de Oliveira Benedito

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3164-5165

Andréa Paula Dourado Vasconcelos

Hospital das Clínicas da Universidade Federal
de Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife-PE
ORCID: 0000-0002-3619-4754

Irismar Emília de Moura Marques

Hospital Universitário Maria Aparecida
Pedrossian da Universidade Federal do Mato
Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9957-9056

Liane Medeiros Kanashiro

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9945-1597

Lilian Maria Santos Silva

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9909-5115

Manuela Amaral Almeida Costa

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes da Universidade Federal de Alagoas
(HUPAA/EBSERH)
Maceió – AL
ORCID: 0000-0001-7378-2590

RESUMO: Conhecer os eventos históricos sobre as políticas públicas destinadas ao setor saúde estadunidense, nos ajuda a compreender como chegamos ao momento atual. Tida como uma das maiores potências econômicas do mundo, os Estados Unidos apresentam um sistema de saúde extremamente falho em seu propósito e que enaltece de maneira gritante a desigualdade

social. Diante desses fatos, o presente trabalho tem por objetivo abordar a temática sobre a trajetória histórica e apontar possíveis caminhos que levem a eficiência, eficácia e maior equidade do sistema de saúde para a população americana. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que foi realizada no mês de janeiro de 2021, uma revisão bibliográfica dos últimos 15 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os descritores: sistema de saúde, *Patient Protection and Affordable Care Act*, *Medicare*, *Medicaid*. Compreende-se que mesmo com os esforços dos governos em desenvolver programas com o intuito de suprir as necessidades de saúde de sua população, estes não são eficientes, deixando uma grande parcela da sociedade desassistida. Questões ligadas à promoção e prevenção também são deixadas em um segundo plano, quando deveriam ser pontos chaves para a melhoria da saúde de sua população, visto proporcionar a melhoria da qualidade de vida e a redução dos gastos com a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de Saúde Americano, *Patient Protection and Affordable Care Act*, *Medicare*, *Medicaid*.

NORTH AMERICAN HEALTH SYSTEM: HISTORY AND THE CHALLENGES FOR THE PRESENT AND THE FUTURE

ABSTRACT: Knowing the historical events about the policies defined to the American health sector, helps us to understand how we got to the present moment. Regarded as one of the greatest powers for the benefit of the world, the United States has a health system that is extremely flawed in its purpose and that strikingly praises social inequality. In view of these facts, the present work aims to address the theme on a historical trajectory and point out possible paths that lead to efficiency, effectiveness and greater equity in the health system for an American population. It is a qualitative, exploratory research, in which in January 2021, a bibliographic review of the last 15 years was carried out in scientific articles and other Internet sources, using the descriptors: health system, Patient Protection and Assistance Affordable Act, Medicare, Medicaid. It is understood that even with the efforts of governments to develop programs in order to meet the health needs of their population, they are not efficient, leaving a large portion of society unattended. Issues related to promotion and prevention are also left in the background, when the key points for improving the health of its population are displayed, since it provides an improvement in the quality of life and a reduction in health spending.

KEYWORDS: American Health System, Patient Protection and Affordable Care Act, Medicare, Medicaid.

1 | INTRODUÇÃO

Na contramão da maioria dos países desenvolvidos, os Estados Unidos (EUA) não possui um sistema de saúde universal, predominando sobremaneira o sistema de saúde privado. O sistema de saúde público é bastante restrito, sendo direcionado basicamente aos idosos (*Medicare*) e aos menos favorecidos (*Medicaid*). Ambos constituem-se em programas bastante relevantes e que vem passando por melhorias significativas após a aprovação em 2010 da Lei *Patient Protection and Affordable Care Act*, popularmente

conhecida como *Obamacare*, a qual objetiva proporcionar maior universalidade e equidade ao sistema de saúde norte-americano. No entanto, ainda existem importantes lacunas a serem trabalhadas para que de fato este sistema de saúde possa atingir a qualidade desejada e merecida pelos seus usuários.

Perante este panorama, o presente trabalho tem como objetivo abordar a trajetória histórica e apontar possíveis caminhos que levem a eficiência, eficácia, maior equidade e universalidade do sistema de saúde para a população norte-americana.

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória e de cunho bibliográfico, que procura discutir as políticas públicas no setor saúde estadunidense e seus desdobramentos para a população em geral. Foi realizada uma revisão bibliográfica, no mês de janeiro de 2021, referente aos últimos 15 anos, em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os seguintes descritores: sistema de saúde, *Patient Protection and Affordable Care Act*, *Medicare*, *Medicaid*.

Este trabalho apresenta a trajetória dos acontecimentos históricos recentes sobre o setor saúde nos EUA, com o intuito de ajudar a compreender o momento atual e apontar um norte quanto as possibilidade de melhorias que possam ser implementadas em benefício da população, sobretudo, a menos favorecida financeiramente que segue até então excluída e marginalizada quanto às possibilidades de acesso aos cuidados mínimos de saúde a que todo ser humano tem direito.

Para tal análise, abordará os programas *Patient Protection and Affordable Care Act*, *Medicare* e *Medicaid*, além de outras vertentes das políticas públicas e privadas com relevância para as discussões. Esse estudo se justifica devido à saúde constituir-se em um direito inquestionável e inviolável, ao qual todo cidadão em qualquer lugar do mundo devem ser oferecidos meios tangíveis para acessá-la. Constitui-se em uma luta que jamais se pode pensar em desistir e/ou perder.

Este estudo tem por desígnio contribuir com os debates sobre as políticas públicas de saúde norte-americanas, bem como revelar lacunas que possam ser objetos de novos estudos, visto que a temática aqui levantada é de extrema relevância e fonte de inesgotáveis estudos.

2 | TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE NORTE-AMERICANA

A história recente da saúde nos EUA começa aqui a ser narrada, com a criação em 1965, dentro do mandato do presidente Lyndon Johnson, “de dois importantes subsistemas de saúde sustentados por dinheiro público: o *Medicaid* [...], destinado às pessoas de baixos rendimentos, e o *Medicare* [...], para os idosos com mais de 65 anos” (COSTA, 2013).

Ambos os programas são financiados pelo poder público, administrados pelo *Center for Medicare and Medicaid* (Centro para os Serviços *Medicare* e *Medicaid*). Este Centro atua na contratação de empresas, hospitais e planos de saúde privados para realizarem a

prestação dos serviços de saúde à população a que se destina. Estes programas se tornam um marco histórico para saúde daquele país, visto que é a primeira vez que o governo toma para si a responsabilidade de custear as despesas de saúde dos menos favorecidos e idosos, independente das suas rendas e/ou história de doenças pregressas.

Segundo o *Center for Medicare and Medicaid Services* (2016), o *Medicare* em 1972 passou a cobrir pessoas com menos de 65 anos portadoras de doenças permanentes, como: renal crônico, dialítico, transplantado renal e esclerose amiotrófica lateral. Contudo, ainda apenas uma pequena parcela dos cidadãos americanos tinha acesso à saúde.

De acordo com Costa (2013), em 1990, apenas 24,5% dos americanos estavam coberto por um regime público ou social de financiamento da saúde. Era o nível mais baixo de universalidade da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Atualmente a cobertura ultrapassa 54 milhões de americanos vulneráveis, 65% destes possuem três ou mais doenças crônicas, 31% possui problemas cognitivo-mentais e 16% de jovens adultos com doenças permanentes (KAISER FAMILY FOUNDATION, 2014; LEONARD, 2015a).

O *Medicaid* constitui-se no maior plano de saúde público americano em termos de cobertura assistencial e o mais significativo programa para pessoas menos favorecidas (KAISER FAMILY FOUNDATION, 2015).

Apesar de todo o esforço em universalizar a saúde norte-americana, estes programas eram vistos pelos mais conservadores como uma tentativa de introduzir o comunismo no país, com práticas de medicina socialista. Pelos achados, pode-se perceber que este pensamento está atrelado diretamente aos custos financeiros decorrentes de tais programas.

Desde o início sempre houve a preocupação com os custos. Os mais conservadores no Congresso questionavam sobre a capacidade de financiá-los. Eles afirmavam que os impostos ficariam muito altos e as pessoas não iriam mais querer pagar por isso (LEONARD, 2015b).

Mesmo com o *Medicare* atendendo – sem custos – diversos serviços de saúde, a cobertura não é total para alguns exames, medicamentos e procedimentos. Neste contexto, os pacientes precisam desembolsar quantias elevadas visando atender integralmente suas necessidades, adquirindo muitas vezes planos mais robustos na tentativa de suprir o vazio assistencial nas áreas não cobertas, como por exemplo: cuidados de longa permanência, serviços odontológicos e oftalmológicos (KAISER FAMILY FOUNDATION, 2014).

CMS. GOV (2016, citado por BRITO, 2016, p.14):

O *Medicaid* paga pela cobertura de saúde para adultos com baixa renda (gestantes, idosos e inabilitados por doenças). Paga por serviços de emergência, de longa permanência (maior financiador públicos no pagamento dessas instituições), planejamento familiar, internações hospitalares, etc. Também faz parte o Programa de Plano de Saúde das Crianças (*Children's*

Health Insurance Program), este complementar ao *Medicaid* que cobre uma variedade de serviços para crianças (consultas médicas, dentistas, exames de imagem, entre outros). Muitos pacientes elegíveis no *Medicare* são também elegíveis no *Medicaid* (chamados de *dual-eligible*). Em 2014, gastos do *Medicaid* foram equivalentes a 495.8 bilhões.

Outro impasse a se considerar na saúde pública norte-americana é a independência dos estados em gerenciar seus programas assistenciais, o que significa dizer que cada estado atende uma gama diferente de procedimentos de forma gratuita e isso varia muito de estado para estado considerando o nível de conservadorismo de cada um.

No final do Século XX, havia uma tendência para o desenvolvimento de hospitais privados com fins lucrativos, baseados majoritariamente no sistema de reembolso de despesas (COSTA, 2013). Neste contexto, o governo deixa o setor privado bastante livre para o desenvolvimento de seu mercado, praticando o estado mínimo, o que acarreta preços abusivos e pouco acessíveis à maioria da população, justificando o fato de uma grande parcela de americanos ainda seguir desassistida.

Existe um cabo-de-guerra constante entre médicos e seguradoras quanto ao reembolso apropriado. Os pacientes querem o melhor atendimento. As seguradoras estão interessadas em obter lucro. E os médicos estão interessados em manter sua renda. Esses objetivos são totalmente incompatíveis, a menos que haja uma discussão honesta das partes interessadas. A ideia de que os pacientes podem receber atendimento ilimitado e de alta qualidade e a baixo custo é uma fantasia. Ainda assim, muitos pacientes não querem arcar com parte do custo de tecnologias modernas de saúde, que, como sabemos, são muito caras. As seguradoras estão no negócio para obter lucro e, assim, querem racionalizar o atendimento para manter suas despesas em um patamar mínimo. Essa é uma batalha constante, cujo final não parece estar próximo (THIERS, 2006, p. 583).

Em 2010, no governo de Barack Obama, foi promulgada a lei federal *Patient Protection and Affordable Care Act (Obamacare)*. “O *Patient Protection and Affordable Care Act* representa uma viragem importante na forma de encarar a saúde nos EUA, não apenas ao nível do financiamento, mas também dos próprios subsistemas e da importância dada aos cuidados de saúde primários” (COSTA, 2013).

O *Obamacare* busca a redução dos custos, visando atender as necessidades não apenas das seguradoras de saúde, mas também dos assistidos. Costa (2013), afirma que:

O crescimento da eficiência e a redução de custos assentam no investimento em sistemas eletrônicos de informação em saúde, no desenvolvimento do acesso a programas de prevenção, na adoção de medidas que favorecem a concorrência nos mercados dos seguros e dos medicamentos e na redução de custos com doenças catastróficas para empregados e empregadores.

Contudo, apesar das melhorias em termos de aumento da acessibilidade dos americanos ao sistema de saúde, da inclusão da promoção da saúde e prevenção de doenças, o programa não teve o sucesso esperado em relação à contenção de custos,

visto que os planos de saúde ligados ao *Obamacare* tiveram reajustes abusivos, variando de 20% a até 116% de aumento no ano de 2017. Outro dado preocupante se refere à redução do número de seguradoras vinculadas ao programa, tendo localidades com apenas uma seguradora ofertando planos de saúde do *Obamacare*, o que restringe muito a possibilidade de opções aos beneficiários (CARNEIRO, 2017).

3 | O QUE O PRESENTE NOS MOSTRA?

Um importante e desafiador aspecto está relacionado ao envelhecimento da população americana, que devido ao aumento da expectativa de vida, tem consequentemente elevado a utilização de programas de saúde, aumentando ainda mais os gastos do governo com os programas assistenciais.

Apesar da tentativa de avançar na cobertura de saúde aos cidadãos americanos, com vistas à universalidade do direito à saúde, até os dias atuais, não há soluções que vieram de fato para resolver esta complexa equação entre governo, seguradoras e beneficiários.

Uma questão que merece atenção são os custos com medicamentos. Thiers (2006) traz que “o custo das drogas com frequência é maior do que o da consulta. Uma vez que muitos pacientes não têm cobertura para medicamentos, doenças tratáveis permanecem sem terapêutica”.

São políticas de mercado com pouco ou nenhum controle do governo, ocasionando uma reação em cadeia, que vem desde a baixa adesão aos planos assistenciais em razão dos preços inacessíveis para a maioria, passando pelos medicamentos de elevados custos que desestimulam a continuidade dos tratamentos, até a promoção e prevenção em saúde que é pouco ou nada praticada naquele país.

Em se tratando de promoção em saúde e prevenção de doenças, os EUA apresentam grande deficiência em seus programas. Em estudo de Trivedi *et al.* (2018), fica evidente que uma grande lacuna em relação a este aspecto diz respeito a falta de divulgação de informações aos beneficiários em relação ao rol de procedimentos sem coparticipação cobertos pelo seus planos. A pesquisa aponta que apenas 43% das mulheres entrevistadas sabiam que não teriam custos adicionais para realizar a mamografia, exame de imagem fundamental para a prevenção e o rastreamento de câncer de mama.

As leis mudam na tentativa de melhorar as condições de saúde estadunidense, mas não são realizadas campanhas em massa que atinja seu público mais necessitado, permanecendo este, à margem das ações de promoção e prevenção. Implementar mudanças deve andar de mãos dadas com a publicidade das mesmas, de maneira a garantir que sejam de fato efetivas em seus objetivos.

4 | IMPLEMENTANDO MELHORIAS

Apesar de investir em tecnologias de ponta e ter a saúde mais moderna e cara do Planeta, os EUA apresentam – mesmo após o *Obamacare* – uma desigualdade extrema em relação aos serviços de saúde ofertados à sua população. Com uma quantidade significativa de seus cidadãos com pouquíssimo ou nenhum acesso à assistência médica e uma pequena parcela abastada utilizando as melhores práticas e tecnologias em saúde existentes no mercado. Como mudar este cenário? O presidente Biden terá seu olhar voltado para esta necessidade?

As pessoas estão vivendo mais do que em 1965 e, sem dúvidas, mais condições crônicas estão associadas ao envelhecimento populacional. Qual será a postura do governo frente à necessidade de tornar as pessoas saudáveis, de modo que seus cuidados sejam menos onerosos? “O pensamento é: vamos desenvolver iniciativas de saúde pública - desde o que as crianças comem até as condições de vida das pessoas - que aliviarão parte do fardo sobre o sistema de saúde” (LEONARD, 2015b).

Diante de todo o contexto dos programas de saúde até então pouco eficazes nos EUA, percebe-se que o ponto chave é investir em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Corroborando com este pensamento, Leonard (2015b), enfatiza que “o melhor mecanismo para economizar é garantir que as pessoas estejam saudáveis antes de irem ao médico”.

Muito se investe em recuperação de doenças já crônicas por anos de maus hábitos ligados a alimentação, práticas de atividades físicas, consumo de drogas lícitas e ilícitas, comportamentos sexuais inseguros, entre outros. Pouco é pensado e feito antes de tudo isso se tornar uma dura e onerosa realidade. Promover campanhas de promoção e prevenção, realizar exames de rotina para rastreamento de condições de saúde, informar a população sobre seus direitos e orientá-la da importância de usufruir destes, são ações de importância singular para que não sejam necessários gastos astronômicos com doenças em estágios avançados.

Em 2050, a projeção da população acima de 65 anos ou mais (esta elegível para *Medicare*) é de 83.7 milhões (ORTMAN *et al.*, 2014). Diante de tais dados, é fundamental agir no presente para que tenhamos uma população mais saudável no futuro e que economicamente o país tenha viabilidade de suportar esta realidade.

Com ideias progressistas e bem próximas das praticadas pelo ex-presidente Barack Obama, o recém-eleito presidente Biden, pretende aperfeiçoar o *Affordable Care Act*. Segundo reportagem do Estadão (2020), “o democrata falou um pouco sobre o “Bidencare”, um modelo de saúde que aumentaria os subsídios para ajudar mais pessoas a adquirirem planos de saúde e criaria uma opção pública comandada pelo governo”. Neste contexto, percebe-se a intenção da universalização e socialização da saúde. Espera-se que haja espaço para implementação de medidas de promoção e prevenção de agravos à saúde. O tempo e as ações nos dirão!

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, a saúde pública nos Estados Unidos ainda é bastante distante da universalidade e equidade esperadas de uma nação **tão** grandiosa e rica. Comparada a outros países desenvolvidos, se gasta muito, mas não se tem eficácia e eficiência almejadas.

Programas como o *Medicaid* e o *Medicare*, mesmo após ampliação dos beneficiários, ainda se mostram distante para muitos, visto exigir coparticipação para diversos procedimentos. Considerando seus elevados valores, as pessoas desistem dos tratamentos ou mesmo nem tentam inicia-los, já cientes da incapacidade de honrar com seus custos.

O *Patient Protection and Affordable Care Act*, criado em 2010 pelo ex-presidente Barack Obama, trouxe melhorias significativas quanto a disponibilização de serviços, aperfeiçoamento e abrangência dos já existentes programas *Medicaid* e *Medicare*. No entanto, ainda não conseguiu diminuir os custos com a saúde, tornando a equação entre beneficiários, planos de saúde e governo complexa e sem resolução.

Programas de promoção da saúde e prevenção de agravos a doenças são bastante escassos e não atingem o grande público. Urge a necessidade por desenvolvimento de políticas públicas que percebam estas ações como fundamentais para o cuidado dos seus cidadãos, uma vez que os custos com tratamentos de doenças caem drasticamente quando programas de promoção e prevenção são implantados de maneira eficaz.

Espera-se, portanto, que as ideias e propostas progressistas de Joe Biden tragam melhorias significativas ao sistema de saúde norte-americano, com maior abrangência e menores custos. Que de fato a universalização da saúde se torne uma realidade nos EUA.

REFERÊNCIAS

BRITO, A. O. **O Medicare e Medicaid no sistema de saúde americano: uma revisão bibliográfica**. 2016. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

CARNEIRO, L. A. **Aprendendo com os erros e acertos do Obamacare**. São Paulo: Roncarati Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Artigos-e-Noticias/Artigos-e-Noticias/Aprendendo-com-os-erros-e-acertos-do-Obamacare.html>>. Acessado em: 25 de janeiro de 2021.

CENTER FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES. **Medicare Program**. Baltimore. 2021. Disponível em: <<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>>. Acessado em: 19 de janeiro de 2021.

COSTA, J. P. A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. **Arquivos de Medicina**, v. 27, n. 4, p. 158-167, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v27n4/v27n4a04.pdf>>. Acessado em: 17 de janeiro de 2021.

ESTADÃO. **Qual é o plano de Joe Biden para a saúde global e estadunidense?** São Paulo: Estadão. 2020. Disponível em: <<https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/qual-e-o-plano-de-joe-biden-para-a-saude-global-e-estadunidense/>>. Acessado em 26 de janeiro de 2021.

LEONARD, K. **America's Health Care Elixir**. USNews & World Report. 2015a. Disponível em: <<http://www.usnews.com/news/the-report/articles/2015/07/30/medicare-changed-health-care-in-america-for-the-better>>. Acessado em: 19 de janeiro de 2021.

LEONARD, K. **Shifting Opinions**. 2015b. Disponível em: <<https://www.usnews.com/news/the-report/articles/2015/07/30/obamacare-and-the-50th-anniversary-of-medicare-and-medicaid>>. Acessado em: 20 de janeiro de 2021.

ORTMAN, J. M., VELKOFF, V. A.; HOGAN, H. **An Aging Nation: The Older Population in the United States: Population Estimates and Projection**. United States Census Bureau. 2014. Disponível em: <<https://www.census.gov/prod/2014pubs/p25-1140.pdf>>. Acessado em: 26 de janeiro de 2021.

THE KAISER FAMILY FOUNDATION. **The Insured: a Primer: Key Facts About Health Insurance And The Uninsured In The Era Of Health Reform**. Menlo Park. 2015. Disponível em: <<http://files.kff.org/attachment/primer-the-uninsured-a-primer-key-facts-about-health-insurance-and-the-uninsured-in-the-era-of-health-reform>>. Acessado em 19 de janeiro de 2021.

THIERS, B. H. Questões enfrentadas pela dermatologia nos Estados Unidos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 6, p. 585-589, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000600011>>. Acessado em: 20 de janeiro de 2021.

TRIVEDI *et al.* Elimination of Cost Sharing for Screening Mammography in Medicare Advantage Plans. **N Engl J Med**. v. 378, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/320345179_Elimination_of_Cost_Sharing_for_Screening_Mammography_in_Medicare_Advantage_Plans>. Acessado em: 25 de janeiro de 2021.

CAPÍTULO 16

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) COMO FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS INCAPACIDADES NO PACIENTE COM HANSENÍASE

Data de aceite: 01/04/2021

Data da submissão: 05/01/2021

Francinely dos Santos

Faculdade de Itaituba
Itaituba- PA

<http://lattes.cnpq.br/5165293566554266>

RESUMO: A Hanseníase é um grave problema de saúde pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica, ressalta-se a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade. Este estudo tem como objetivo analisar a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção e correção das incapacidades físicas no paciente com hanseníase, bem como, descrever os cuidados de enfermagem na atenção básica que devem ser adotados na assistência ao paciente; demonstrar a importância de uma assistência eficaz para prevenção das incapacidades físicas. O presente artigo tem relevância social, epidemiológica e acadêmica, visto que há poucos estudos referentes ao tema, e aos poucos, sem ênfases nas “sequelas” que são as incapacidades físicas. A presente pesquisa segue uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo a qual foi realizada através de coleta de dados secundários em artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde, monografias, dissertações

e teses publicadas no período entre 2004 a 2018. Como resultados foram identificados que a prevenção e correção de incapacidades físicas têm sido deixadas em segundo plano, dentre as ações de controle, estando estas centradas no diagnóstico precoce e tratamento adequado dos pacientes, mostrando que faltam estratégias para prevenção e correção das incapacidades na Atenção Primária. Diante disso, o enfermeiro, como parte integrante da equipe e historicamente educador nas suas ações de saúde, poderá contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de reorientação das práticas assistenciais nessa área, objetivando prestar uma assistência de qualidade, voltado para o cliente e suas reais necessidades. Portanto, faz-se necessário criar planos de cuidados a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que visem proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, com cuidados simples e acessíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase, Prevenção, Atenção Primária, Incapacidade, SAE.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE (SAE) AS AN EFFECTIVE TOOL IN THE PREVENTION AND CORRECTION OF DISABILITIES IN THE PATIENT WITH LEPROSY

ABSTRACT: Leprosy is a serious public health problem in Brazil. In addition to the aggravating factors inherent to any disease of socioeconomic origin, the psychological repercussion generated by physical disabilities arising from the disease is highlighted. These disabilities are, in reality, the major cause of the patient's stigma and isolation in society. This study aims to analyze

the application of the Systematization of Nursing Assistance (SAE) in the prevention and correction of physical disabilities in patients with leprosy, as well as to describe nursing care in primary care that must be adopted in patient care; demonstrate the importance of effective assistance for the prevention of physical disabilities. This article has social, epidemiological and academic relevance, since there are few studies related to the theme, and little by little, without emphasis on the “sequelae” that are physical disabilities. The present research follows a qualitative approach, of a descriptive type, which was carried out through the collection of secondary data in scientific articles, Ministry of Health manuals, monographs, dissertations and theses published between 2004 and 2018. As results, it was identified that the prevention and correction of physical disabilities have been left in the background, among the control actions, which are centered on early diagnosis and adequate treatment of patients, showing that strategies for the prevention and correction of disabilities in Primary Care are lacking. Therefore, the nurse, as an integral part of the team and historically an educator in their health actions, will be able to contribute to the reflection on the possibilities of reorienting care practices in this area, aiming to provide quality care, focused on the client and their real needs. Therefore, it is necessary to create care plans based on the Nursing Care Systematization (SAE) that aim to provide a better quality of life to patients, with simple and accessible care.

KEYWORDS: Leprosy, Prevention, Primary attention, Inability, SAE.

1 | INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença dermatoneurológica, altamente incapacitante. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram um número alarmante de casos diagnosticados em 2008, com 249.007 casos novos, sendo que o Brasil contribui com 15,7% desses casos. Mesmo com o progresso mundial no tratamento medicamentoso da hanseníase, que resultou em uma redução drástica no número de casos nos últimos 20 anos, a doença representa um problema de Saúde Pública (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005; BRASIL, 2010a).

Segundo Brasil (2010a), esses números colocam o País em segundo lugar em casos de hanseníase no mundo. Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que as regiões com maior prevalência são a Região Norte, Nordeste e Centro – Oeste, contribuindo com 77% dos casos novos e 86% dos casos notificados em menores de 15 anos.

O que demonstra a existência de doentes com alto poder infectante, disseminando a doença, pois há a presença do bacilo circulando livremente (BRASIL, 2008d). “Cerca de 23,3% dos casos novos de hanseníase diagnosticados anualmente no Brasil já apresentam graus de incapacidade I e II (BRASIL, 2008c, p. 9)”.

A Hanseníase ainda representa um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica, ressalta-se a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença.

Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade (BRASIL, 2010a).

O presente estudo objetivou analisar a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção e correção das incapacidades físicas no paciente com hanseníase, bem como, descrever os cuidados de enfermagem na atenção básica que devem ser adotados na assistência ao paciente em tratamento para hanseníase; demonstrar a importância de uma assistência eficaz para prevenção das incapacidades físicas.

Para tentar solucionar este problema de saúde pública, os presentes questões que nortearam a pesquisa: Qual o papel do enfermeiro da atenção básica frente à assistência prestada ao paciente acometido por hanseníase? Como a aplicação da SAE pode contribuir para prevenção e correção das incapacidades físicas nos pacientes de Mal de Hansen (MH)?

Ante o exposto é notória a relevância social, epidemiológica e acadêmica, visto que há poucos estudos referentes ao tema a ser pesquisado e os poucos trazem apenas índice de casos, perfil epidemiológico, porém sem preocupar-se com as “sequelas” que são as incapacidades físicas. Necessitando estas serem estudadas e monitoradas, a fim de preveni-las ou corrigi-las.

A presente pesquisa debruçou-se nas questões metodológicas, enfatizando os tipos de estudos e suas características com a finalidade de demonstrar a importância da revisão de literatura como meio de gerar conhecimento acadêmico. Com a devida importância os dados obtidos foram devidamente analisados para que pudessem ser ofertadas as devidas conclusões.

2 | HANSENÍASE E SUA TRANSMISSIBILIDADE

A hanseníase é uma das doenças mais antiga e remota a história da humanidade, seu agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae* tem andado pelo mundo há muito tempo. Doença crônica granulomatosa com manifestações dermatoneurológica, até hoje carrega as marcas de sua história (BRASIL, 2010b; SANTOS; INÁCIO, 2010; CAVALIERE, 2011; BRASIL, 2012b).

Doença infecciosa, de evolução lenta que afeta principalmente a pele e os nervos das extremidades do corpo (BRASIL, 2010a).

Também conhecida como Lepra, Mal de Lázaro, Mal de Hansen, Morfeia, Morbus Hansen, a hanseníase no passado foi relacionada como castigo divino. Relatos históricos sugerem que ela tenha surgido no Oriente e se espalhado pelo mundo por tribos nômades ou por navegadores, como os fenícios (CAVALIERE, 2011).

A mesma é uma doença infectocontagiosa associada às desigualdades sociais, pois afeta as regiões mais pobres do mundo. A transmissão ocorre a partir de gotículas

expelidas no momento da fala, tosse ou espirros que são inaladas pelo indivíduo sadio (RODRIGUEZ, 2015; KRAPP, 2017).

A transmissão se dá de indivíduo para indivíduo, por germes eliminados por gotículas da fala e que são inalados por outras pessoas penetrando o organismo pela mucosa do nariz. Outra possibilidade é o contato direto com a pele através de feridas de doentes. No entanto, é necessário um contato íntimo e prolongado para a contaminação, como a convivência de familiares na mesma residência. Daí a importância do exame dos familiares doente de hanseníase (SANTOS; INACIO, 2010).

O *M. leprae* tem uma alta infectividade, porém possui baixa patogenicidade, e essas propriedades dependem fatores intrínsecos do bacilo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio. O alto potencial incapacitante da Hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *M. leprae* (BRASIL, 2010b).

Brasil (2010b) ressalta que apenas os pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) são capazes de transmitir a doença, sendo a via aérea superior a mais provável via de entrada do *M. leprae*. Enquanto o tratamento específico não for iniciado. A maioria da população adulta é resistente à hanseníase, mas as crianças são mais suscetíveis, geralmente adquirindo a doença quando há um paciente contaminante na família (SANTOS; INACIO, 2010).

O homem é tido como principal e única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados. Levando em média, de 2 a 7 anos para manifestação clínica, sendo que há registro de períodos mais curtos, de 7 meses, como também mais longos, de 10 anos (BRASIL, 2010b).

O período de incubação dura em média 5 anos e entre os fatores predisponentes estão o baixo nível socioeconômico, a desnutrição e a superpopulação doméstica. Devido a isso, a doença ainda tem grande incidência nos países subdesenvolvidos (SANTOS; INACIO, 2010).

3 | O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE DE HANSENÍASE

É papel do enfermeiro está sempre incentivando as pessoas acometidas por hanseníase a respeito da importância do tratamento e encorajá-lo diante das inúmeras reações adversas advindas das drogas utilizadas na poliquimioterapia, bem como orientá-las sobre os cuidados que se deve ter para evitar as possíveis complicações desta afecção (CARVALHO *et al.*, 2015).

Cabe ao enfermeiro da Atenção Básica avaliar o estado de saúde do paciente por meio da consulta de enfermagem, a fim de identificar os principais fatores ambientais que possam proporcionar riscos de adoecimento do indivíduo. Realizar a busca ativa dos pacientes faltosos, gerenciar as ações de assistência de enfermagem, fazer previsão e requisição dos medicamentos para que os pacientes não fiquem sem (Brasil, 2008d).

A tomada de decisão é a prática mais importante no trabalho do enfermeiro, ou seja, ele é responsável por tomar decisões clínicas precisas e adequadas, e isto o distingue do técnico. Estando sempre atento as alterações nos clientes/pacientes/usuários, com a finalidade de reconhecer potenciais complicações, identificar novos problemas que possam surgir e tomar providências imediatas se/quando a condição clínica do paciente se agravar (POTTER; PERRY, 2013).

Para Nascimento *et al.* (2011), a consulta de enfermagem (CE) mostra-se com o fator decisivo no atendimento ao paciente de Hanseníase. Devendo o primeiro encontro ser baseado na finalidade de conhecer as dificuldades e o quadro geral de saúde da manifestação da doença, para assim, realizar um diagnóstico de enfermagem adequado e propor intervenções oportunas para cada situação e/ou paciente (SILVA, 2014; CARVALHO, 2015).

A consulta para o paciente de hanseníase deve ser sistemática, com forma determinada (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008). Ou seja, quando realizada por um profissional competente/capacitado percebe-se um resultado eficaz, com um impacto nas condições de saúde populacional, o que leva a transformações no panorama epidemiológico (MENDES, 2009; DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Duarte, Ayres e Simonetti (2008) enfatizam a importância da prática da consulta de enfermagem, apontando a entrevista como fator primordial no processo de escuta, que visa, dentre outras ações, o controle da Hanseníase. Dessa forma, a consulta destaca-se como Processo de Enfermagem, definida por ações resolutivas com o objetivo de prestar assistência eficaz ao paciente, a partir dos seguintes passos: “Histórico de Enfermagem (HE), Prescrição de Enfermagem (PE) e implementação da assistência e evolução de enfermagem (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009; SANTOS *et al.*, 2012; COELHO, 2016).

Silva *et al.* (2009), apontam a consulta de enfermagem para pacientes de Hanseníase como o cumprimento de cinco fases importantes e sequenciais: a história de vida do paciente, o exame de contato, o diagnóstico, a orientação e o progresso de enfermagem. “Tal prática é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, objetivando propiciar condições na melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa” (p. 293).

Assim sendo, a CE tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem, através do histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e evolução de enfermagem (DUARTE, AYRES; SIMONETTI, 2008).

Horta (1979) destaca a necessidade de uma assistência com olhar holístico, tomando as necessidades dos pacientes como centro de suas intervenções e práticas. Referindo-se às necessidades de saúde como elementos potenciais que auxiliam o enfermeiro na consulta (CECÍLIO, 2001; GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; SANTOS *et al.*, 2008) Os

serviços de saúde devem se organizar de modo a não somente satisfazer as necessidades conhecidas, mas também de ir além para conhecer outras necessidades, ou seja, os “carecimentos pertencentes à vida cotidiana”. (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

4 | PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta e que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Sendo determinada, sua manifestação clínica e evolução conforme o grau de imunidade, tendo em vista, sua alta infectividade (capacidade de infectar grande número de indivíduos), e baixa patogenicidade (porém, poucos adoecem) (SCOLLARD *et al.*, 2006). O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, razão do grande potencial incapacitante (BRASIL, 2008d).

No estudo de Lima *et al.* (2013), no que tange a casos de Hanseníase, o primeiro passo seria realizar um diagnóstico da doença, pois quanto mais cedo o paciente iniciar o tratamento, maior a probabilidade de interromper a cadeia de transmissão. O diagnóstico clínico da Hanseníase baseia nos exames dermatológico e neurológico, pesquisa de nervos periféricos, à procura de espessamentos; seguindo das provas de sensibilidade superficial, da histamina ou policarpina.

Conforme Rodrigues *et al.* (2015), as incapacidades físicas podem ser evitadas ou reduzidas, se as pessoas afetadas forem identificadas e diagnosticadas precocemente, tratadas com técnicas adequadas e acompanhadas pelos serviços de saúde de atenção básica. Ainda segundo o autor, o tratamento da hanseníase é peça chave na estratégia de controle da doença como problema de saúde pública. Pois tem o objetivo de interromper a transmissão da doença, quebrando a cadeia epidemiológica, assim como também o de prevenir incapacidades físicas e promover a cura e a reabilitação física e social do doente. (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; SCOLLARD *et al.*, 2006).

Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas para o doente, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis, também pelo estigma e preconceito contra a enfermidade.

Lima; Miranda e Ferreira (2009) evidenciam em seu estudo que a força de preensão e dor apresentaram melhora significativa, sugerindo algum efeito benéfico dos exercícios; entretanto a sensibilidade não mostrou significância estatística, apesar de não se constatar piora da mesma. Diante disto, o exercício terapêutico pode ser considerado como um recurso importante no que tange à promoção e prevenção de incapacidades em indivíduos portadores de hanseníase, porém ainda são necessários novos estudos para ratificar os achados.

Na qualidade de vida, foram identificados fatores de limitação por aspecto físico, dor e aspecto emocional, quando comparado aos demais. Pode-se concluir que a hanseníase interfere na qualidade de vida dos pacientes, por ser uma patologia que gera incapacidades funcionais, acarretando a diminuição da atividade laboral e restrição da vida social (SOUSA *et al.*, 2011).

Segundo a literatura de Rodini *et al.* (2010), a consequência da incapacidade física para o paciente com Hanseníase, considerando as dimensões físicas e sociais, é bastante mutável, pois varia de indivíduo para indivíduo. Ou seja, uma pessoa com incapacidade grave pode continuar realizando suas atividades de vida diária sem maiores problemas, e, para outras, uma mínima incapacidade dificulta a vida social. Ainda em relação à prevenção e tratamento das incapacidades físicas, é preciso adotar medidas simples para serem realizadas diariamente.

A importância de diagnosticar a hanseníase precocemente, bem como de tratá-la adequadamente, detectar os prejuízos funcionais incipientes, estabelecer um plano de intervenções visando a prevenção de incapacidade, bem como da educação dos pacientes sobre a doença, está bem estabelecida na literatura (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2007; LI *et al.*, 2008).

5 | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DE HANSENÍASE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do exercício Profissional nº 7489 de 25 de junho de 1986, que visa assistir ao ser humano na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009). A SAE representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz. Para tanto, o enfermeiro deverá utilizar o Processo de Enfermagem que compreende as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e evolução de enfermagem (VIEIRA *et al.*, 2004).

Na avaliação inicial, os pacientes podem apresentar um leque amplo de acometimentos. Tendo em vista as características da evolução da doença, com tantos fatores intervenientes (RODINI *et al.*, 2010). É, contudo possível estimar o impacto da utilização de um manual de autocuidado, paralelo ao tratamento medicamentoso

De todos os problemas causados pela Hanseníase, as incapacidades motoras apresentam alto grau de comprometimento da vida desse paciente nas esferas social e psicológica. Daí a importância da intervenção do enfermeiro que deve estar apto a fazer uma avaliação diagnóstica clínica, a identificar as prováveis variações e apontar as

complicações manifestadas pela doença. Também é atribuição do enfermeiro coordenar as ações assistenciais de cuidado, a fazer prescrição para os pacientes e seus familiares sobre o estigma que envolve a doença, conscientizando-os do perigo de serem vítimas de preconceito e discriminação por causa da doença. Não obstante, a Hanseníase é uma doença tratável e tem cobertura completa das políticas públicas de saúde (CECÍLIO, 2001; FRACOLLI; BERTAZOLLI, 2001; LIMA *et al.* 2013).

Para Vieira *et al.* (2004), a implantação da SAE em um Programa de Controle da Hanseníase, não apenas é possível, mas fundamental para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Assim, permiti que, mesmo sendo está uma doença crônica, de longo tratamento, que pode provocar reações reversas eventuais aos seus pacientes, existe como planejar uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo que permite aumentar a qualidade de vida do portador dessa doença.

A assistência de enfermagem através da Sistematização em pacientes com hanseníase é de grande importância e tem como ações a busca ativa de pacientes com a doença a fim de diagnosticar precocemente e iniciar o tratamento o mais rápido possível, evitando assim a disseminação da doença e conseqüentemente prevenindo incapacidades, especialmente o dano neural. Sendo necessário sempre orientá-los através de uma linguagem clara sobre a importância do tratamento, os possíveis efeitos adversos, a importância da vacinação, o que pode acontecer em casos de abandono da poliquimioterapia, tratamento das incapacidades, gerência de atividades de controle, elaborando ações no controle da doença para o portador, família ou comunidade (DUARTE, 2017).

Portanto, a SAE é um modelo de assistência que deve ser implementado em todos os locais onde se presta cuidados ao paciente/cliente/usuário, pois os diversos estudos analisados mostram a possibilidade de ser adequada a realidade na perspectiva da saúde coletiva, e que reuniões de atualização focadas, muito contribuem para o fortalecimento dessa prática, caminhando dessa maneira na construção do conhecimento de enfermagem, favorecendo a melhor qualidade na assistência prestada as pessoas atingidas pela hanseníase (FERREIRA, 2012). Esses achados reforçam a necessidade de priorizar a atenção da hanseníase como condição crônica inserida efetivamente na rede de atenção do SUS (MONTEIRO *et al.*, 2013).

6 | CONCLUSÃO

A hanseníase ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo pelos altos índices de prevalência e incidência. O surgimento das incapacidades antes ou após o tratamento da Hanseníase pode ser um grande indicador de qualidade de vida e da participação social de uma determinada região.

Em relação à prevenção de incapacidades e deformidades físicas, a maioria dos estudos apontaram no que concerne a prevenção em Hanseníase, pois o termo prevenção muitas vezes é utilizado para representar as ações de prevenção do aparecimento dessas incapacidades ou, na pior das hipóteses, quando do surgimento delas, designam as medidas de controle das mesmas. Entretanto, os esforços das políticas de saúde concentram-se até hoje quase que exclusivamente no diagnóstico precoce e no seu tratamento.

Dessa forma, a consulta de enfermagem mostra-se essencial na busca do atendimento humanizado a esses pacientes. O enfermeiro é o ator principal na assistência, pois ele é o responsável pela implementação da SAE. Visto que a partir desta, é possível maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários dos serviços. Considerando-se o potencial da consulta de enfermagem como instrumento capaz de reconhecer as necessidades do paciente, incluindo aquelas relacionadas ao estigma e ao potencial incapacitante da hanseníase.

A realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em paciente portador de hanseníase tem como princípio uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo que permite aumentar a qualidade de vida do portador dessa doença. A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem nesse paciente é importante para o planejamento da assistência de enfermagem, que envolve a elaboração de metas, objetivos e prescrições de enfermagem e conseqüentemente facilitar a avaliação da assistência, pelo fato de proporcionar uma linguagem uniformizada e maior segurança ao profissional por meio de uma assistência direcionada.

Logo, as prescrições de enfermagem devem ser baseadas em ações de apoio e educação, o que nos mostra a coerência na decisão pela Teoria do Autocuidado para nortear o processo de enfermagem em portadores de hanseníase aos quais necessitam de orientação, principalmente pelas incapacidades que a doença produz. Desse modo, podemos concluir que a utilização da SAE só vem a somar a qualidade da assistência prestada ao paciente de hanseníase, ou seja, assegura a este paciente um cuidado de enfermagem contínuo, atualizado e individualizado.

Prevenir e corrigir incapacidades significa modificar comportamentos, o que é difícil, sobretudo em se tratando de adultos. As técnicas de prevenção e correção são eficazes e conhecidas, assim, o problema da prevenção não está no que fazer, e, sim, como fazer.

Portanto, entende-se que o enfermeiro precisa estar capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, sendo apto para trabalhar em diversos setores da saúde considerando ações do cuidar, educativas, gerenciais e de pesquisa com um olhar humanizado. Necessita estar qualificado para o exercício da profissão, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos que atuem em diferentes meios, capazes de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença, contudo, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus usuários.

REFERÊNCIAS

AVANCI, B. S.; GÓES, F. G. B.; MARINS, L. R.; VIANA, L. S.; BORGES, R. L. L. Refletindo sobre educação em saúde na graduação em enfermagem. **Rev Enferm UFPE [online]**. v. 3, n. 2, p. 58-64, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase**. 2. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidade**. 3. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. 1ª ed. Brasília: MS, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância à Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. rev. Brasília: MS, 2008f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: Dados e indicadores selecionados**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília: MS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: MS, 8 de outubro de 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a.

CARVALHO, L. M. A.; LEAL, G. S.; CAVALCANTE, J. P.; CRUZ, M. L.; SILVA, P. R. F.; OLIVEIRA, E. G. Cuidados de enfermagem aos pacientes com hanseníase: orientações e incentivo ao tratamento. **COPISP. Sanare**. Terezina, v. 14, n. 1 (supl.), 2015.

CARVALHO, F. P. B.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; QUEIROZ, T. A.; ISOLDI, D. M. R. O contexto da atenção do enfermeiro às pessoas com hanseníase na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental [online]**. Rio de Janeiro, vol. 7, p. 189-199, dez., 2015.

CAVALIERE, I. História da Hanseníase. In vivo. **FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/ ABRASCO, p. 113-26, 2001.

COELHO, I. B. A. M. Praxis de enfermagem em pacientes com hanseníase. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa**. Faculdade Promove de Brasília. ICESP. Brasília, 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009, 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, e dá outras providências Conselho Federal de enfermagem, **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, 16 de outubro de 2009.

COSTA, S. A. **Atuação do enfermeiro no controle de hanseníase na atenção primária à saúde. Uma visão sobre as publicações entre 1988 e 2009**. Minas Gerais: UFMG, 2010.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: Aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**. Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 61, n. esp., p. 767-73, 2008.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 100-7, jan.-mar., 2009.

DUARTE, M. S. Assistência de enfermagem ao paciente com hanseníase. **Anais**. Recife, 2017.

FERREIRA, C. T. M. **Adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Referência em hanseníase no município de São Paulo: limites e possibilidades** [Dissertação]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2012.

FRACOLLI, L. A.; BERTAZOLLI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: FRACOLLI LA, BERTAZOLLI MR. **Manual de Enfermagem**. Brasília: MS, p. 4-8, 2001.

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro do Mycobacterium leprae. **Rev Soc Bras Med Trop**. V. 35, n. 4, p. 365-75, jul.- aug., 2002.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. D.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 43, n. 2, p. 267-74, 2000.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 7ª ed. São Paulo: EDU, 1979.

KRAPP, J. **Hanseníase ainda é uma doença invisível**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2017.

LI, J.; UM, H.; KE, W.; BAO, X.; WANG, Y.; SHEN, L. M. Government health workers as implementers of prevention of disability measures: an assessment of a prevention of disability project in selected counties of Guizhou Province, Peoples' Republic of China. **Lepr Rev.** Guizhou Province, v. 79, n. 3, p. 295-8, 2008.

LIMA, G. M.; MIRANDA, M. G. R.; FERREIRA, T. C. R. Ação do exercício terapêutico nas neurites crônicas de membros superiores em pacientes portadores de hanseníase atendidos na Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Candia. **Hansen Int.** Belém, v. 34, n. 1, p. 9-16, 2009.

LIMA, Z. S.; SOUSA, I. C. A.; PAULINO, T. A. S. C.; PEREIRA, F. C. C. A prevenção e o controle da hanseníase: Um desafio para o enfermeiro da atenção básica. *Carpe Diem*: **Revista Cultura e Científica do UNIFACEX.** Natal, v. 11, 2013.

MENDES, S. I. L. A. Consulta de enfermagem no ambulatório de hanseníase. **Saúde e Bem Estar Medicina.** 2009.

MONTEIRO, L. D.; ALENCAR, C. H. M.; BARBOSA, J. C.; BRAGA, K. P.; CASTRO, M. D.; HEUKELBACH, J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 909-920, maio, 2013.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; ZANETTA, D. M. T. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. **Hansenol Int. [online].** Bauru, v. 30, n. 2, p. 157-66, 2005.

NASCIMENTO, G. R. C.; BARRETO, A. J. R.; BRANDÃO, G. C. G.; TAVARES, C. M. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Maceió, v. 13, n. 4, p. 743-50, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Editores de seções May Hall. Patrícia A. Stockert; [tradução de Mayza Ritomy Ide... *et al.*] Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1424 p.

RODINI, F. C. B.; GONÇALVES, M.; BARROS, A. R. S. B.; MAZZER, N.; ELUI, V. M. C.; FONSECA, M. C. R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa,** São Paulo, v. 17, n. 2, p.157-66, abr.- jun., 2010.

RODRIGUEZ, B. Hanseníase: Brasil é o único país que não conseguiu eliminar sua propagação. FIOCRUZ. **Revista Radis.** Rio de Janeiro, n. 150, mar., 2015.

RODRIGUES, F. F.; CALOU, C. G. P.; LEANDRO, T. A.; ANTEZANA, F. J.; PINHEIRO, A. K. B.; SILVA, V. M.; ALVES, M. D. S. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação, 2015. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Fortaleza, v. 68, n. 2, p. 297-304, 2015.

SANTOS, S. M. R.; JESUS, M. C. P.; AMARAL, A. M. M.; COSTA, D. M. N.; ARCANJO, R. A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enferm.** Juiz de Fora, v. 17, n. 1, jan.-mar., p. 124-30, 2008.

SANTOS, A. F. A.; INACIO, T. M. C. **Guia prático de enfermagem: processo, técnicas, SAE, NANDA.** São Paulo: PAE, 2010.

SANTOS, P. N.; ZERBINATO, P. H. M.; SILVA, A. M.; RODRIGUES, D. P.; OLIVEIRA, L. S.; CORTEZ, E. A.; BRAGA, A. L. S. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Enfermeria Global**. Rio de Janeiro, n. 25, p. 116-128, 2012.

SCOLLARD, D. M.; ADAMS, L. B.; GILLIS, T. P.; KRAHENBUHL, J. L.; 1. Truman, Williams DL. The continuing challenges of leprosy. **Clin Microbial Rev**. V. 49, n. 2, p. 338-81, apr., 2006.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde na atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas de ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 29-47, 2000.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F.; GOMES, E. A.; LINCOLN, P. B. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Cidade, v. 15, n. 6, p. 1125-30, 2007.

SILVA, F. R. F.; COSTA, A. L. R. C.; ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 290-7, abr.-jun., 2009.

SILVA, A. H. O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase [TCC]. Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni, 2014.

SOUSA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V. Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase. **Hansen Int**. Fortaleza, v. 36, n. 1, p. 11-16, 2011.

VIEIRA, V. B.; PATINE, F. S.; PASCHOAL, V. D. A.; BRANDÃO, V. Z. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arq Cienc Saúde**. v. 11, n. 2, abr.-jun., p. 2-10, 2004.

SOBRE O DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS: RELAÇÃO ENTRE AS CAUSAS DE CONDENAÇÃO POST MORTEM DE FRANGOS E O BEM-ESTAR ANIMAL

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/02/2021

Susana Regina de Mello Schlemper

Universidade Federal da Fronteira Sul –
Realeza, PR
<http://lattes.cnpq.br/6515586356402204>

Denise Maria Sousa de Mello

Universidade Federal da Fronteira Sul –
Realeza, PR
<http://lattes.cnpq.br/3784160299987881>

Wellington Thiago Molinetti

Universidade Federal da Fronteira Sul –
Realeza, PR
<http://lattes.cnpq.br/4477673700426898>

Valfredo Schlemper

Universidade Federal da Fronteira Sul –
Realeza, PR
<http://lattes.cnpq.br/2447428113787389>

Bruna Pereira

BR Foods – Dois Vizinhos, PR
lattes.cnpq.br/5291544550972189

RESUMO: Atualmente, cerca de um terço de todos os alimentos que são produzidos no planeta são desperdiçados, em todas as etapas da produção, processamento, comercialização e consumo. A insegurança alimentar é uma realidade proporcional ao aumento da população, e o desperdício configura uma condição inaceitável ante a escassez para

tantos. O Brasil é um grande produtor de alimentos, especialmente proteínas de origem animal, como a carne de frango, produto de alto valor nutricional e preço acessível. Para que a indústria avícola aumente a produção e melhore sua eficiência é preciso diminuir as perdas e desperdícios durante a produção e transporte, o que reflete no processamento, no final da cadeia produtiva. Grande parte ocorre dentro do abatedouro, envolvendo as condenações parciais e totais das carcaças. As consequências diretas se expressam em perdas de quilogramas de carne efetivamente produzida e pelo desperdício de alimento que isso representa. Neste contexto, foram analisadas as causas de condenações de carcaças de frangos, em um abatedouro na Região Sudoeste do Paraná. Os dados foram coletados de registros mensais gerados pelo Serviço de Inspeção Federal, que fiscaliza a planta de abate. No período de três meses considerados para o estudo, foram condenadas 439.964 aves e as principais causas de condenação parcial foram dermatoses, contusões, contaminações e fraturas; e de condenação total, aspecto repugnante, ascite, caquexia e celulite. Para reduzir as perdas e desperdício, e melhorar a qualidade do produto no abatedouro é essencial que os procedimentos de manejo sejam padronizados, como a forma de apanha dos animais, os cuidados com estresse calórico, transporte, intervalos de jejum e dieta hídrica. As condenações geram grandes prejuízos econômicos, além de representar um volume significativo de alimentos desperdiçados e podem ser minimizadas através de melhor manejo e boas práticas de bem-estar animal.

PALAVRAS CHAVE: Segurança alimentar, Bem-estar animal, Proteína animal.

REVISITING FOOD WASTE: A RELATION BETWEEN THE CAUSES THAT CONDEMN *POST MORTEM* OF BROILERS AND ANIMAL WELFARE

ABSTRACT: For the time being, about one third of food that is produced in the world is wasted through every step of its production, processing, marketing, and consumption. Food insecurity is a reality proportional to the increase of population and its waste configures an unacceptable condition since shortage is well-known by most people. Brazil holds a large food production, specially related to animal protein such as chicken meat, a product with high nutritional value and affordable price. In order for the poultry industry to increase their production and to improve their efficiency it is necessary to reduce losses and waste during production and transportation, which reflects in the final processing of the production chain. A major part of it occurs in a slaughterhouse located in the Southwest region of the state of Paraná. Data of monthly registers was collected and generated by the Serviço de Inspeção Federal, institution that supervises the poultry lines. During the three months reserved for the research, 439.964 birds were condemned and the main causes of partial condemnation were dermatosis, contusions, contamination, and fractures; as for total condemnation, the causes were possibly disgusting appearance of the meat, ascitis, cachexia, and cellulitis. In order to reduce the losses and waste and improve the quality of the product in the slaughterhouse, the handling management must be standardized as well as animal picking, attention with heat stress, transportation, fasting, and reduced water consumption. The condemnation creates significant economical damage aside from representing a significant volume of wasted food that can be better reduced by handling improvement and better practices related to animal welfare.

KEYWORDS: Food security, Animal welfare, Animal protein.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com dimensões continentais e apresenta condições de alimentar a população brasileira e boa parte dos habitantes do planeta. No entanto, está na lista dos dez países que mais desperdiçam alimentos no mundo, gerando descarte de aproximadamente 30% de tudo que é produzido para o consumo (SCOFANO, 2020). De acordo com a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), um terço dos alimentos produzidos globalmente são desperdiçados por dia, enquanto 821 milhões de pessoas passam fome no mundo (BENÍTEZ, 2021).

Os alimentos mais desperdiçados pelos brasileiros são arroz (22%), carne bovina (20%), feijão (16%), frango (15%), hortaliças (4%) e frutas (4%) (EMBRAPA, 2018).

A carne de frango é um dos alimentos mais presentes na dieta do brasileiro devido a sua qualidade nutricional, facilidade de preparo, disponibilidade e custo, garantindo uma nutrição saudável. Em média, cada brasileiro consome 43 kg de carne frango por ano, *in natura* e nas mais variadas formas de processamento (inteiro, em pedaços, salsichas, alimentos prontos etc) (EMBRAPA, 2019).

Para que a indústria avícola aumente e melhore sua eficiência em produção é preciso diminuir suas perdas e desperdícios durante a produção e o processamento. Segundo Maschio e Raszl (2012), dentro do abatedouro ocorre grande parte das perdas e desperdícios, principalmente envolvendo as condenações parciais e totais da carcaça. As consequências diretas se expressam principalmente em perdas de quilograma de carne efetivamente produzida e pelo desperdício de alimento que isso representa.

As condenações por problemas de qualidade das carcaças provocam enormes perdas no setor de produção avícola em todos os países. Qualquer lesão na carcaça é passível de condenação no abatedouro, implicando em perdas. Para exemplificar, uma perda significativa ocorre por meio das condenações de peito devido a hematomas e lesões, situando-se essa em torno de 3,8%, com grande impacto econômico. Segundo Pereira (2009), isso indica que o conhecimento da implicação dos diversos fatores de produção e de manejo pré-abate na qualidade do produto final é de grande importância. Para Silva (2004), as causas não patológicas, contaminações e contusões, representam a principal perda de carcaças nos abatedouros; mais de 80% das condenações são causadas por elas. Tais causas podem ter origem durante a criação, por manejo inadequado, na apanha ou falhas no abate.

A produção de frangos de corte no Brasil, é uma atividade reconhecida como uma das mais desenvolvidas do mundo, com índices de produtividade excepcionais, e dentre as boas práticas de produção está a implantação de programas de bem-estar animal (BEA) (UNIÃO BRASILEIRA DE AVICULTURA, 2008).

A preocupação com o BEA vem se tornando uma exigência básica na avicultura de corte, devido ao aumento da consciência dos consumidores, o que reflete no aumento das exigências por parte dos mercados importadores. Hughes (1976) definiu BEA como um estado de completa saúde física e mental, em que o animal está em harmonia com o ambiente que o rodeia; já Broom (1986) definiu como o estado de um indivíduo durante suas tentativas de se ajustar ao meio ambiente.

Os procedimentos de bem-estar devem ser atendidos e respeitados por todos os estabelecimentos processadores de carne. Os frigoríficos são obrigados a adotar técnicas de bem-estar, aplicando ações que visem proteção dos animais, a fim de evitar maus tratos desde o embarque na propriedade até o momento do abate, e devem dispor de instalações próximas ao local de origem dos animais para recepção e acomodação, visando minimizar o estresse após o desembarque (BRASIL, 2008), e conseqüentemente, evitar as perdas e desperdícios decorrentes disso.

Nesse contexto, analisaram-se as principais causas de condenação total e parcial de carcaças de frangos de corte, em um abatedouro inspecionado pelo Serviço de Inspeção Federal (SIF), na Região Sudoeste do Paraná, correlacionando-as com o bem-estar animal e com o desperdício de alimentos.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi descritivo, com abordagem quantitativa, a fim de analisar as causas de condenação das carcaças e qualitativa, na identificação dos prováveis fatores que levaram às condenações, e suas prováveis correlações com o bem-estar animal e com o desperdício de alimentos. O local de estudo foi um frigorífico localizado na Região Sudoeste do Paraná, o qual abate em média 37.000 aves por dia, habilitado pelo SIF, com produção destinada ao mercado interno e sendo classificado como estabelecimento exportador pelo *Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento* (MAPA). Os dados foram coletados a partir dos registros mensais gerados pelo médico veterinário do SIF que fiscaliza a planta de abate. Foram analisados os registros de frangos de corte criados em sistema de integração, abatidos com 45 dias de idade, considerando-se todas as aves que foram descartadas, por condenações parciais e totais de carcaças.

A inspeção *post-mortem* dos animais foi realizada conforme o que está determinado pelo Regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal - RIISPOA (BRASIL, 2008) e Portaria n° 210 (BRASIL, 1998), a partir do exame visual macroscópico, olfativo e por meio de palpação das carcaças, e suas respectivas vísceras nas chamadas “linhas de inspeção” (“A” – exame interno da carcaça – abertura e visualização da cavidade celomática, “B” – exame das vísceras e “C” – exame externo das carcaças). A tabulação dos dados foi feita em planilhas eletrônicas, a partir das quais foi feita a estatística descritiva e a análise dos resultados encontrados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de aves abatidas nos três meses de estudo foi de 4,5 milhões de cabeças e 439.964 carcaças foram condenadas, correspondendo a 9,77% das aves abatidas. Do total de condenações de carcaças, foram condenadas parcialmente 432.979 carcaças, o que corresponde a 9,65% do total de frangos abatidos, e foram condenadas totalmente 6.985 carcaças, ou seja, 0,15% do total de frangos abatidos. Maschio e Raszl (2012), em estudo com 152.048.050 aves abatidas em um abatedouro localizado na Região Sul do Brasil, encontraram um total de condenações parciais de 97,22% e o de condenações totais de 2,78%, resultados esses próximos aos do presente estudo. O número de condenações parciais foi maior que o número de condenações totais, resultados que se assemelham aqueles encontrados por Paschoal, Otutumi e Silveira (2012), onde o total de condenações parciais foi de 97,91% e o de condenações totais de 2,2%.

No período avaliado, foram descartadas 432.979 aves, devido a condenações parciais. As principais causas foram: dermatoses (n=88.77/21% do total de condenações), contusões (n=87.953/20%), contaminações (n=72.716/17%), fraturas (n=57.478/13%), ascite (n=35.197/8%), abscessos (n=0.797/7%), artrites (n=21.998/5%), celulite

(n=17.598/4%), aerossaculite (n=13.198/3%), salpingite (n=3.959/0,9%), colibacilose (n=3.079/0,7%) e miopatia (n=1.759/0,4%).

As lesões cutâneas geralmente se caracterizam por aumento da espessura, alterações na coloração e lesões na superfície da pele dos frangos, como erosões, úlceras, nódulos e aumento dos folículos das penas. Essas alterações são decorrentes de modificações empregadas no processo de criação (FALLAVENA, 2012). Entre os fatores que podem favorecer a condenação de carcaças por dermatose estão falhas ocorridas no manejo dos frangos no aviário, tais como densidade populacional elevada, baixa qualidade da cama e nutrição inadequada dos frangos (GROFF, SILVA e STEVANATTO, 2015).

Para reduzir este índice de dermatoses é necessário trabalhar ao máximo o manejo, desde a conscientização do criador, a entrega periódica de ração e até o treinamento da equipe de apanha, a fim de não causar estresse às aves, pois no momento de agitação com os bicos e unhas as aves acabam por ferir umas às outras (ARISTIDES et al., 2007).

Em relação às perdas por contusões e fraturas, a captura dos frangos tem forte influência na condenação de carcaças. De acordo com Maschio e Raszl (2012), o manejo inadequado dos frangos, desde o aviário até o frigorífico, implica em contusões e fraturas. Em um estudo, foram submetidos 180.000 frangos a dois métodos de apanha, uma pelo dorso, em que se apanhavam as aves uma a uma ou no máximo duas, pelo dorso sobre as asas ou a captura pelo pescoço, onde as aves eram seguradas pelo pescoço, no máximo três aves por mão e introduzidas nas caixas de transporte. A pega das aves pelo dorso resultou em menor condenação de carcaça por contusões e fraturas, quando comparada à pega pelo pescoço (FERREIRA, SESTERHENN e KINDLEIN, 2012). Outro fator relacionado é a velocidade de apanha, já que o aumento da velocidade pode resultar em lesões nas carcaças (PILECCO et al., 2011).

Em relação ao transporte, diversos fatores podem contribuir para a ocorrência de lesões nos animais, como o número de frangos a serem transportados por caixa, as distâncias entre as granjas e os frigoríficos e as condições das estradas e dos caminhões de transporte (ABREU e ÁVILA, 2003).

Fraturas ocorrem mais comumente nas asas e nas patas, durante os processos de apanha e pendura das aves. Tais lesões geram como consequência, o corte parcial ou total das partes afetadas, com perdas na rentabilidade dos abatedouros, já que algumas partes das asas e das patas são comercializadas ou exportadas a preços bastante elevados (MENDES e KOMIYAMA, 2011).

Para minimizar as fraturas e as contusões no momento da apanha e do transporte, a integração com os produtores deve ser focada na conscientização de boas práticas de carregamento, transporte, descarregamento e bem-estar animal, os quais geram condenações em etapas posteriores do processo, em especial nas asas, coxas e peito (FERREIRA, SESTERHENN e KINDLEIN, 2012).

As condenações totais são frequentes na rotina dos frigoríficos, gerando grandes prejuízos econômicos à indústria avícola e um grande volume de perdas e desperdício de proteína animal de qualidade. Neste estudo, as condenações totais das carcaças representaram um total de 6.985 aves descartadas, sendo que as causas foram o aspecto repugnante ($n=3.159/0,7$ do total de carcaças condenadas), ascite ($n=2.962/0,67$), caquexia ($n=157/0,035$), celulite ($n=153/0,034$), além de outras alterações com menos de cem ocorrências, como abscessos, sangria inadequada, colibacilose, artrite, contaminações e escaldadura excessiva..

Diversas são as causas que podem levar a condenação total de uma carcaça de frango, dentre elas o aspecto repugnante da carne, coloração anormal ou que exalem odores medicamentosos, excrementiciais, sexuais ou outros considerados anormais (BRASIL, 2008). Representou o maior número de condenações totais, no período avaliado, o que se assemelha aos resultados de Giotto (2008), que encontrou 0,48% de condenações do total de frangos abatidos.

As alterações mais comuns observadas por aspecto repugnante são a alteração da cor de toda a musculatura da carcaça para uma cor vermelha escura, com aspecto duro e seco, a carne DFD (*Dark, Firm and Dry*), ou então a coloração de toda a musculatura da carcaça apresentando-se pálida, mole e exsudativa, conhecida como carne PSE (*Pale, Soft and Exsudative*) (SHIRAIISHI, LEITE e NASCIMENTO, 2013).

A segunda maior causa de condenação total é a ascite, uma condição patológica em que se observa acúmulo de líquido na cavidade abdominal. Em um estudo, Jacobsen e Flores (2008) verificaram um aumento de 50% nas condenações devido à ascite. O aumento gradual das condenações por ascite ano após ano indica que as empresas não estão utilizando formas de controle adequadas. Medidas de manejo, nutrição, sanidade e ambiência devem ser adotadas, a fim de que as linhagens comerciais utilizadas atualmente tenham a incidência da síndrome reduzida.

A caquexia também representa significativa causa na condenação total de frangos. Está relacionada com a qualidade dos pintos, inadequado manejo inicial, temperatura, sanidade, consumo de água e consumo de ração, nutrição, taxa de lotação e refugagem na primeira semana (MENDES e KOMIYAMA, 2011). Os animais caquéticos devem ser rejeitados, sejam quais forem as causas do processo de desnutrição (BRASIL, 2008).

As lesões de celulite estão relacionadas à ocorrência de injúrias especialmente lacerações que ocorrem em práticas de manejo inadequadas nas granjas, incluindo a alta densidade populacional dos lotes, programas de restrição alimentar e iluminação, o que acarreta a competição por comida (FALLAVENA, 2012).

Medidas de injúrias, contusões, morbidade, mortalidade e qualidade da carcaça podem ser utilizadas como indicadores de bem-estar visto que quando se trata de animais de produção na prática, o bem-estar animal é determinado pelo sistema de criação e manejo praticado pelos pecuaristas (MOLENTO, 2005). Na avicultura de corte, os problemas de

bem-estar estão relacionados à saúde das aves, que é diretamente influenciada pela densidade de alojamento, ambiência e manejo (ROCHA, LARA e BAIÃO, 2008).

Segundo Amorim Neto e Miranda (2009), as condenações parciais *post-mortem* por contusão e/ou fratura são bastante representativas, podendo ser diminuídas com medidas de manejo mais adequadas nas criações. Para melhorar a qualidade do produto no abatedouro é essencial que determinadas ações sejam adequadamente realizadas, como a forma de apanhar o frango no momento do carregamento, o cuidado com o estresse pelo calor, o transporte, o intervalo de jejum e dieta hídrica, e temperaturas ambientais (MÜLLER, PASCHOAL e SANTOS, 2012).

4 | CONCLUSÕES

As principais causas de condenações parciais de frangos no abatedouro foram dermatoses, contusões, contaminações das carcaças e fraturas; já as condenações totais ocorreram por aspecto repugnante da carcaça, síndrome ascítica, caquexia e celulite. As condenações geram grandes prejuízos econômicos, além de representar um volume bastante significativo de alimentos desperdiçados. As condenações poderiam ser minimizadas através de melhor manejo, principalmente no momento da apanha das aves, transporte e recepção dos animais. Com a intensificação da avicultura de corte, o bem-estar animal deve ser priorizado, a fim de proporcionar a melhoria da qualidade de vida dos animais e por consequência, dos alimentos deles derivados. Este estudo permitiu evidenciar a grande quantidade de alimento não aproveitado e que poderia ser utilizado na alimentação de muitas pessoas e animais não-humanos. As perdas na produção e o desperdício de alimentos aumentam a tragédia social da fome no mundo, além do impacto sobre o meio ambiente, pelo gasto de recursos naturais, solo, água e ar.

REFERÊNCIAS

ABREU, V. M. N.; ÁVILA, V. S. **Sistema de produção de frango de corte**. CNPSA/ Embrapa Suínos e Aves, 2003. ISSN 1678-8850.

AMORIM NETO, A. A.; MIRANDA, C. C. M. **Inspeção de aves**. 2009. 76p. Monografia (Especialização em Higiene e Produtos de Origem Animal) - Universidade Castelo Branco, Goiânia.

ARISTIDES, L. G. A. et al. Diagnósticos de condenações que afetam a produtividade da carne de frango brasileira. **Revista Nacional da Carne**, ed. 386, p. 22-26, 2007.

BENÍTEZ, R. O. **Perdas e desperdícios de alimentos na América Latina e no Caribe**. Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura – FAO. 2021. Disponível em: <<http://www.fao.org/americas/noticias/ver/pt/c/239394/>>. Acesso em: 1. fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria Nacional de Defesa Agropecuária. Regulamento Técnico da Inspeção Tecnológica e Higiênico-Sanitária de Carnes de Aves. Portaria nº. 210, de 10 de novembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Agricultura e do Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Departamento de Inspeção de Produtos de Origem Animal. **Regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal (RIISPOA)**. Brasília, DF, 2008.

BROOM, D. M. Indicators of poor welfare. **British Veterinary Journal**, v.142, p.524-526, 1986.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA – EMBRAPA. **Qualidade da carne de aves**. 2019. Disponível em: <<https://www.embrapa.br/qualidade-da-carne/carne-de-aves>>. Acesso em 14 jun. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA – EMBRAPA. **Arroz e feijão estão entre os alimentos mais desperdiçados no Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://www.embrapa.br/busca-de-noticias/-/noticia/37697781/arroz-e-feijao-estao-entre-os-alimentos-mais-desperdicados-no-brasil>>. Acesso em 14 jun. 2019.

FALLAVENA, B. L. C. **Lesões cutâneas em frangos de corte**, 2012. Disponível em: <<http://www.avisite.com.br/cet/trabalhos.php?codigo=27>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FERREIRA, T. Z.; SESTERHENN, R.; KINDLEIN, L. Perdas econômicas das principais causas de condenações de carcaças de frangos de corte em matadouros-frigoríficos sob inspeção federal no Rio Grande do Sul, Brasil. **Acta Scientiae Veterinariae**, v. 40, n. 1, p. 1021-1026, 2012.

GIOTTO, D. B. **Análise temporal e espacial de condenações de frangos de corte em matadouro-frigorífico**. 2008. 115f. Dissertação (Mestrado em Geomática) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

GROFF, M. A.; SILVA, L. V.; STEVANATO, K. L. **Causas de condenação parcial de carcaças de frangos**. 2015. Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/2015/down.php?id=1797&q=1>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

HUGHES, B. O. Behaviour as index of welfare. In: EUROPEAN POULTRY CONFERENCE, Vth, 1976, Malta. **Proceedings...**Malta, 1976. p. 1005–1018.

JACOBSEN, G.; FLORES, M. L. Condenações por síndrome ascítica em frangos abatidos sob inspeção federal entre 2002 e 2006 no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Ciência Rural**, Santa Maria, v.38, n.7, p.1966-1971, 2008.

MASCHIO, M. M.; RASZL, S. M. Impacto financeiro das condenações *post-mortem* parciais e totais em uma empresa de abate de frango. **Revista E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial**, Florianópolis, n. 1, v. 1, p. 26-38, 2012. Disponível em <<http://revista.ctai.senai.br/index.php/edicao01/article/viewFile/208/105>> Acesso em: 28 ago. 2018.

MENDES, A. A.; KOMIYAMA, C. M. Estratégias de manejo de frangos de corte visando qualidade de carcaça e carne. **Revista Brasileira de Zootecnia**, v.40, p.352-357, 2011.

MOLENTO, C. F. M. Bem-estar e produção animal: aspectos econômicos – revisão. **Archives of Veterinary Science**. Curitiba, v.10, n.1, p.1-11, 2005.

MÜLLER, A. T.; PASCHOAL, E. C.; SANTOS, J. M. G. Impacto do manejo pré-abate na qualidade da carne de frango. **Revista em Agronegócios e Meio Ambiente**. v.5, n1 p.61-80, 2012.

PASCHOAL, E. C.; OTUTUMI, L. K.; SILVEIRA, A. P. Principais causas de condenações no abate de frangos de corte de um abatedouro localizado na região noroeste do Paraná, Brasil. **Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 2, p. 93-97, jul./dez. 2012.

PEREIRA, S. L. S. **Condenações no abate de frangos de corte**. 2009. 41p. Monografia (Especialização em Higiene e Inspeção de Produtos de Origem Animal e Vigilância Sanitária em Alimentos) - Universidade Castelo Branco, Campinas.

PILECCO, M. et al. Influência de fatores genéticos, ambientais e de manejo sobre a incidência de arranhões dorsais em frangos de corte. **Revista Agrarian**, Dourados, v. 4, n. 14, p. 352-358, 2011.

ROCHA, J. S. R.; LARA, L. J. C.; BAIÃO, N. C. Aspectos éticos e técnicos da produção intensiva de aves. **Ciência Veterinária Tropical**, Recife, v.11 p. 49-55, 2008.

SCOFANO, H. **O que o Brasil está fazendo contra o desperdício de alimentos?** Rede ECO-AB. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 2020. Disponível em: <<https://redeecoabms.ufms.br/o-que-o-brasil-esta-fazendo-contr-o-desperdicio-de-alimentos>>. Acesso em: 31. jan.2021.

SHIRAISHI, V. T. I.; LEITE, P. A. G.; NASCIMENTO, K. R. Condenações por aspecto repugnante em frangos abatidos sob inspeção estadual, no município de São Gonçalo dos Campos – Bahia, Brasil. **Veterinária e Zootecnia**, v.20, n.2, p. 318-325, jun.2013.

SILVA, E. N. Efeito das doenças infecciosas na qualidade da carne de frangos. In: CONFERÊNCIA APINCO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AVÍCOLAS, 2004, Campinas. **Anais...** Campinas, 2004.

UNIÃO BRASILEIRA DE AVICULTURA. **Protocolo de bem estar para frangos e perus**. 2008. Disponível em: <<http://abpabr.com.br/setores/avicultura/publicacoes/publicacoes-tecnicas>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

UM PROGRAMA EDUCATIVO FOCADO NO ESTILO DE VIDA DE PESSOAS PORTADORAS DE DIABETES SEGUIDAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: DESENHO DE UMA INTERVENÇÃO COMPLEXA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Maria do Rosário Pinto

Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém
Santarém - Portugal
orcid.org/0000-0001-6786-6069

Ana Carolina Rei Fidalgo

Hospital Distrital de Santarém
Santarém – Portugal
orcid.org/0000-0003-4611-4356

Miguel Loureiro Neves

Hospital Distrital de Santarém
Santarém - Portugal
orcid.org/0000-0001-8997-081X

Pedro Miguel Santos Dinis Parreira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra – Portugal
orcid.org/0000-0002-3880-6590

RESUMO: A Educação Terapêutica revela-se estrutural para o controlo da pessoa portadora de diabetes. E como tal, esta temática tem vindo a ser uma preocupação que tem dado origem a investigação na busca de evidência científica. No entanto, são ainda em reduzido número os estudos que permitem avaliar e discutir a efetividade dos programas educacionais desenhados. Assim, como **objetivo** deste estudo definimos desenhar um Programa Educativo, direcionado a pessoas portadoras de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). **Um estudo exploratório**

e descritivo permitiu caracterizar e compreender o contexto – uma unidade de cuidados de saúde primários, bem como a prática de cuidados habitualmente desenvolvida nesta área. As estratégias de colheita de dados incluíram entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise dos registos. Sustentada na Teoria do Autocuidado de Orem, em estreita relação com a perspetiva de Empowerment da pessoa cuidada, efetuou-se a análise e discussão da informação obtida com os enfermeiros, em grupo e individualmente, ao longo dos quatro meses de colheita de dados. O **resultado foi um Programa Educativo** focado nos Estilos de vida e na dimensão comportamental, direcionado a pessoas portadoras de DM2, a ser implementado por enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. Com uma duração de 24 semanas, inicia-se com uma interação presencial, seguida de duas sessões educativas em grupo: a primeira, sobre motivação para a adesão aos comportamentos e estilos de vida e a segunda centrada nos cuidados e monitorização dos pés. Às 12 semanas, uma segunda consulta de enfermagem semelhante à primeira, seguida de contacto telefónico após 4 semanas. Termina com a última consulta, 24 semanas depois do início do Programa. O **resultado é uma Intervenção Complexa**, com diversos componentes, integrando a intervenção habitualmente desenvolvida pelos enfermeiros, à qual foi adicionada intervenção de grupo e via telefone, de forma planeada, estruturada num protocolo educacional que segue fases sequenciais específicas.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus, Programa educacional, Intervenções Complexas, Efetividade, Enfermagem

A LIFESTYLE EDUCATIONAL PROGRAMME FOR PRIMARY CARE DIABETIC PATIENTS: THE DESIGN OF A COMPLEX NURSING INTERVENTION

ABSTRACT: Therapeutic Education is structural to diabetic's self-control. Although these questions have been a research theme over the past years, there is a shortage of tested educational programs that allow its effectiveness discussion. So, **the aim** of this study is to design a lifestyle educational program for type 2 diabetic patients. **An exploratory and descriptive** approach was done, starting by characterizing and understanding the context – a Primary Care Unit, as well as the usual educational intervention developed. Data collection included semi-directive interviews, observational moments, and record analysis. Supported by a theoretical framework (Orem's Self-care Theory and Empowerment perspective), information was analysed and discussed with the nurses, in group and individual interactions, during the four months that data collection lasted. **The result** was a Lifestyle Educational Program directed to people with type 2 diabetes, focused on lifestyle and self-control behaviours, to be implemented by primary care nurses. With a 24 weeks' timeline, the program starts with a face-to-face nursing intervention, followed by two educational group sessions, the first one focussed on self-motivation and lifestyle generic behaviours, the second one centred on foot self-care and monitoring. At 12 weeks, second face-to-face intervention is done, complemented by a telephone monitoring intervention after four weeks, ending with the last individual moment, 24 weeks after the beginning of the program. **The program developed is a Complex Intervention**, with several components, integrating the intervention usually carried out by the nurses, in connection to which is added group and telephone intervention, merged in an educational protocol that follows specific sequential phases.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Lifestyle Educational Program, Complex Interventions, Effectiveness, Nursing

1 | INTRODUÇÃO

A participação ativa dos cidadãos no processo de produção de saúde é um dos princípios das sociedades atuais, nas quais a doença crónica denota um crescendo na sua importância relativa. A par duma modificação dos padrões de saúde/doença, procura-se colocar a pessoa no centro do projeto de cuidados e preconiza-se um compromisso diário dos indivíduos com as práticas quotidianas que lhes permitem obter a maior qualidade de vida.

A centralidade do cidadão emerge, numa estratégia de gestão da doença, operacionalizada através da promoção do aumento de opções de escolha informada e do envolvimento nas decisões individuais sobre a própria saúde. Promove-se a (co)responsabilização individual, a adoção de comportamentos mais saudáveis e a racionalização na utilização dos Serviços, num contributo conjunto dos diversos elementos da equipa multidisciplinar para obter ganhos em saúde e para a sustentabilidade do Sistema de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] & INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION [IDF], 2020; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION [ADA], 2020; DIABETES

CANADA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES EXPERT COMMITTEE [DCCPGEC], 2018; PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS], 2015).

A situação da pessoa com Diabetes Mellitus é um dos processos em que esta orientação assume especial relevância, por ser uma doença crônica caracterizada por uma predominância de hiperglicemia, com origem num conjunto complexo de interações genéticas, ambientais e de estilos de vida, que se destaca, tanto pela dimensão que atinge ao nível pessoal, como pelas consequências ao nível social e económico e respetiva tradução ao nível da Saúde Pública, com proporções epidémicas em contínuo crescendo (PINTO, 2017).

Globalmente, estima-se que 463 milhões de adultos sejam portadores de diabetes, valor que ascenderá a 700 milhões em cerca de 25 anos, prevendo-se que aumente exponencialmente em todas as regiões do planeta, como é o caso da Europa (15%), da América do Norte e Caraíbas (33%), da América Central e do Sul (55%) e da África (143%), entre outros (IDF, 2019). Segundo a Organização Mundial de Saúde, esta situação de doença é a maior causa de perda total ou parcial de visão, insuficiência renal, doenças coronárias agudas e amputação dos membros inferiores. Estima ainda que, em 2016, a diabetes foi a 7ª causa de morte, com 1.6 milhões de mortes causadas diretamente pela diabetes, sendo que a grande maioria das pessoas tinha menos de 70 anos (WHO, 2020).

A preocupação com a evolução desta situação tem vindo a traduzir-se na definição de diretrizes na prevenção e controlo da diabetes, objetivos e estratégias de atuação que procuram dar resposta aos vários Níveis de Prevenção, com o diagnóstico precoce e a redução da incidência da diabetes a surgirem a par da proposta de gerir de forma integrada a doença (ADA, 2020; IDF, 2019; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019; DCCPGEC, 2018; SHERIFALI et al., 2018; PORTUGAL, MS, 2015).

A gestão integrada da doença é uma área de intervenção cuja validade e importância tem vindo a ser demonstrada pela evidência científica. De acordo com esta linha de ação, a atuação congregada e conjugada entre os profissionais de saúde e o indivíduo deve suportar-se numa dimensão educacional, centrada nos estilos de vida, uma área fundamental no cuidar da pessoa com diabetes. Deve ainda estruturar-se num processo dinâmico, interativo e suportado num conjunto de intervenções com forte base de evidência, que racionalize a utilização dos serviços e contribua para obter ganhos e sustentabilidade do Sistema de Saúde (WHO, 2018; PINTO, 2017; PINTO et al., 2014; CASSEB, 2011).

A reflexão em torno desta problemática estimulou a investigação sobre intervenções cuja efetividade pudesse ser comprovada, com impacto ao nível do estado de saúde das pessoas e da sua qualidade de vida, culminando num movimento de pesquisa científica durante o qual se desenvolveu o Programa educativo direcionado aos estilos de vida de pessoas adultas portadoras de DM2.

2 | METODOLOGIA

A investigação situa-se na orientação do Medical Research Council [MRC], dado o objetivo ser desenhar um Programa educativo, com várias dimensões de intervenção, o que se integra no descritivo das intervenções complexas: intervenções que contêm vários componentes interativos e algumas dimensões de complexidade como o número e interações entre os seus componentes, bem como o número e dificuldade de comportamentos requeridos aos implementadores e aos recetores da mesma, mas também o número e variabilidade de resultados esperados (MRC, 2008).

Face aos elementos-chave recomendados por esta metodologia (Figura 1), situamo-nos em *Development* e *Feasibility/Piloting*, dado que nesta fase do estudo, se desenhou o Programa educativo, realizando-se a sua pilotagem.

Sustentado no Mapa Conceptual da investigação, que combina a orientação teórica de Orem (2001) com a prestação de cuidados de enfermagem numa perspetiva de *empowerment* da pessoa cuidada e o referencial teórico proveniente da evidência científica (PINTO et al., 2014), desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo, enquadrado num paradigma interpretativo. Esta opção permite modelar o processo, compreendendo melhor o problema onde se pretende intervir e as suas causas, circunscrevendo-o, explorar os aspetos passíveis de mudança, forma de a efetivar e quantificar o potencial de melhoria.

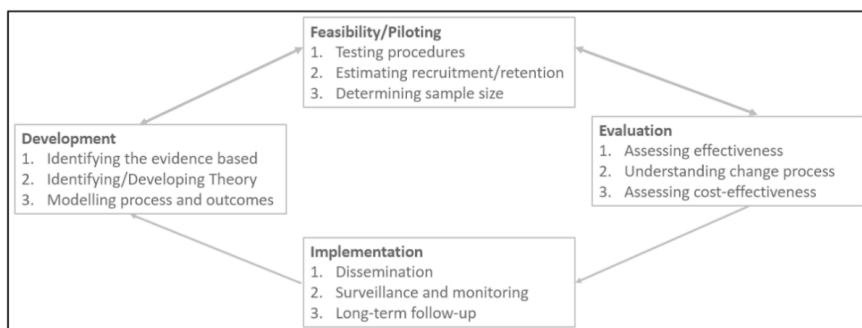


Figura 1: Elementos chave do processo de desenvolvimento e avaliação de Intervenções Complexas (Adaptado de MRC, 2008)

Assegurados os princípios éticos, a técnica de amostragem intencional permitiu realizar entrevistas semiestruturadas a 10 utentes portadores de DM2, (privilegiando os indivíduos que apresentaram uma descida do valor de hemoglobina glicada [HbA_{1c}] de mais de 7,5% para 6%, nos seis meses anteriores à data da última consulta), a 7 enfermeiros de uma unidade de saúde de Cuidados de Saúde Primários [CSP], a uma nutricionista e a uma profissional especializada em atividade física (ambas a trabalharem numa Associação Nacional de cuidadores de pessoas com diabetes). O processo de recolha de informação

incluiu ainda observação participante não estruturada da interação enfermeiro/utente em consultas programadas e análise dos registos electrónicos efetuados pelos profissionais.

A análise dos dados colhidos processou-se de forma contínua e paralela à sua colheita. A integração analítica dos resultados da triangulação das estratégias de recolha de dados permitiu uma compreensão mais holística e mais bem conseguida. A estratégia global de recolha e análise dos dados contribuiu para delinear o Programa de intervenção.

Para além dos vários momentos de discussão informal e debate de ideias proporcionados pela presença da investigadora no contexto, a proposta de intervenção sustentada no constructo teórico da investigação foi apresentada e debatida, sendo dadas sugestões para melhorar a adequação da mesma à realidade do contexto e dos utentes.

A conclusão do desenho do Programa passa por perceber se este é viável e implementável. É no estágio *Feasibility/Piloting* que se define concretamente a intervenção e seus componentes, se clarifica a sua utilidade e exequibilidade, se escolhe uma ou outra forma de abordagem (RICHARDS, 2015; MRC, 2008; CORRY et al., 2013; CAMPBELL et al., 2007). Neste sentido, procedeu-se à pilotagem do Programa desenhado, por forma a compreender se os métodos e procedimentos propostos funcionavam, a perspetivar os resultados relacionados com o processo (GIANGREGORIO & THABANE, 2015) e a recolher informação associada às principais incertezas identificadas.

Durante a pilotagem, o Programa foi implementado no contexto – uma Unidade de Saúde de CSP, seguindo o protocolo desenhado. A seleção dos participantes ocorreu por amostragem acidental (MARÔCO, 2014) e permitiu integrar os primeiros 10 utentes portadores de DM2, inscritos nos ficheiros dos enfermeiros participantes, que aceitaram de forma livre e esclarecida participar no estudo, cumprindo os critérios de inclusão definidos: estarem na faixa etária entre os 18 e os 67 anos, terem um valor de HbA_{1c} igual a 7,5%, com capacidade cognitiva para compreenderem a informação transmitida.

A observação participante foi a técnica utilizada para monitorizar o processo. Foram observadas um total de 9 consultas de enfermagem, as duas sessões de educação para a saúde (SES), e a totalidade dos contactos via telefone. A análise dos dados recolhidos processou-se de forma contínua e paralela à sua colheita, sendo as notas de campo a principal fonte, complementadas pelas informações de vários momentos de discussão informal do processo com os intervenientes e alguns dos utentes participantes, no final das duas SES.

3 | O PROGRAMA EDUCATIVO

O Programa Educativo sustenta-se na informação proveniente da Evidência já produzida sobre o tema, nos resultados do estudo exploratório, expostos e discutidos entre a investigadora e a Enfermeira Interlocutora da Unidade de Saúde, com a participação dos enfermeiros implementadores da intervenção.

Como tal, integrou-se um nível de complexidade que combinasse diferentes fatores para que a Intervenção pudesse ser “*better tailored for their [patients and health professionals] needs*” (RICHARDS, 2015:7), conjugando componentes que já demonstraram o seu impacto em evidência científica anterior, definindo-se um programa com a duração de 6 meses, partindo de um consenso sobre os aspetos gerais referentes às atividades-chave a desenvolver, que se sistematizam no Quadro 1.

Elementos/ componentes a integrar no Programa
<p>1. Focos de atenção: estilos de vida e as atividades de autocuidado, tanto direcionadas para áreas mais abrangentes (com relevância para a alimentação e a dimensão motivacional) como para os procedimentos específicos com os cuidados aos pés (PAIDM2, 2013; DGS, 2001a [Orientação n° 003/11: Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético]; DGS, 2001b [Norma n° 005/11: Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético] DGS, 2000 [CN n°14/ DGCG: Educação Terapêutica na Diabetes]; DGS, 2010 [CN n°05/PNPDC: Pé Diabético]; PNPDC, 2008).</p> <p>2. Desenvolvimento das atividades numa base interativa, no sentido de facilitar e suportar a aquisição e aplicação do conhecimento e da confiança na realização das práticas, na resolução de problemas e na gestão da vivência com a diabetes, numa perspetiva de capacitação e empoderamento dos utentes (BOAVIDA, 2011; 2013; PEREIRA et al., 2011; LOUREIRO & MIRANDA, 2010).</p> <p>3. Estratégias preferencialmente ativas e fomentadoras de discussão, métodos reconhecidamente eficazes no incentivo à tomada de decisão (PINTO et al., 2014; RODRIGUÉZ et al., 2009).</p> <p>4. Combinação de várias estratégias, uma vez que a evidência demonstra que associação entre momentos de orientação individualizada e em pequenos grupos sobressai como eficaz na partilha de informação de forma ativa (PINTO, et al., 2014; RENDERS et al., 2009;).</p> <p>5. Integração dos elementos/componentes no Programa: com uma organização coerente (SERMEUS, 2015; LOUREIRO & MIRANDA, 2010; CARVALHO E CARVALHO, 2006), programados de forma sequencial e com conteúdos encadeados o que facilita a obtenção de resultados em saúde (PINTO et al., 2014; MENINO et al., 2013; STEINSBEKK et al, 2012).</p> <p>6. Sessões de grupo organizadas de acordo com o cronograma definido para o Programa, com a participação de pessoas que frequentassem as consultas de qualquer um dos profissionais, não sendo agrupadas por equipa de saúde, com o objetivo de promover a diversidade aquando da partilha de experiências (PINTO et al., 2014).</p>

Quadro 1 - Elementos/ componentes a integrar no Programa - decisões gerais

Sustentado no princípio de que os profissionais devem desenvolver orientações realistas e concretas sobre a melhor adequação dos regimes preconizados, tanto farmacológicos como não farmacológicos, promovendo um sistema de gestão de cuidados no qual se espera que as pessoas cuidem mais de si próprias, capacitando-as para se adaptarem a novas condições de saúde, o Programa desenhado (Figura 2) resulta de uma combinação específica sugerida entre os diversos componentes, o que corresponde ao proposto por RICHARDS (2015).

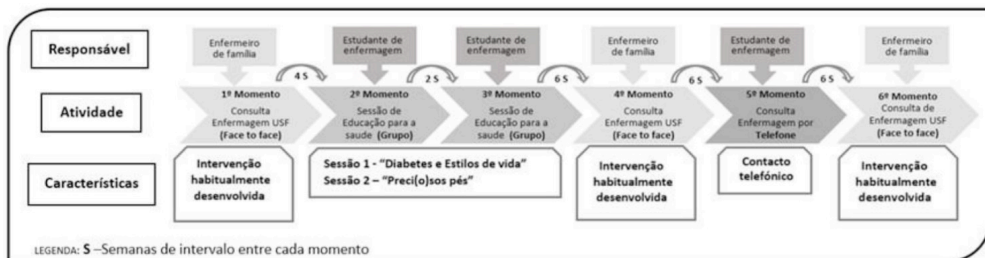


Figura 2: Diagrama de processo do Programa Educativo (PINTO, 2017)

A opção por iniciar o Programa com uma consulta de enfermagem, numa estratégia *face-to-face*, suporta-se no defendido pelas diversas fontes que sustentam a investigação. Por definição, a consulta de enfermagem nestas Unidades de Saúde é uma atividade autónoma, baseada em metodologia científica, na qual se realiza uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Por outro lado, os resultados da Revisão de PINTO et al. (2014) apontam para que este tipo de programa deva iniciar-se com uma interação individual, que permita realizar a avaliação da situação global da pessoa. Do mesmo modo, o contributo da perita em nutrição sugere que a interação tenha início numa consulta da responsabilidade do enfermeiro em que seja abordada “...a parte do auto-controle, e da vigilância...”, e onde seja incluída uma intervenção educativa centrada na abordagem “...dos estilos de vida...”.

Ainda neste Momento, para além das atividades educativas previstas no protocolo (Figura 3), realiza-se a apreciação global da situação da pessoa e avaliação de dados objetivos (clínicos, antropométricos e estado do pé).

Os momentos 2 e 3 são desenvolvidos com recurso a estratégias de grupo (PINTO et al., 2014, RENDERS et al., 2009) e nas Orientações como é o caso do relatório elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (2011: 34) sobre os Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus, no qual “...as propostas do grupo de trabalho vão no sentido da implementação de medidas organizativas simples e claras, tais como (...) sessões de educação para a saúde ou sessões temáticas, (...) dicas para confeção de alimentos, programas de exercício físico e outras atividades afins...”.

Os resultados do estudo exploratório suportam esta estratégia. A especialista em nutrição, refere fazer “...muita educação em grupo” e destaca que às vezes são observáveis melhorias nos valores de HbA_{1c} “...só com a intervenção em grupo, sem (...), terapêutica nem nada...”, sugerindo, que esta ocorra a seguir à primeira interação, uma “...sessão de grupo só de alimentação, em que falamos de alimentação saudável e de exercício físico”.

O desenho específico dos conteúdos das sessões em grupo decorre da orientação teórica, da evidência sobre a prática (PINTO et al., 2014; APDP & SPD, 2011; GUCCIARDI

et al., 2007; GALLEGOS et al., 2006) da mobilização da orientação das Diretrizes sobre o tema, nomeadamente as Circulares Normativas já referidas, o Processo Assistencial Integrado da DM2 (2013) e o Programa “Juntos é mais Fácil” (APDP & SPD, 2011) e dos resultados do Estudo Exploratório.

A primeira sessão de grupo, denomina-se ‘Diabetes e Estilos de vida’ e estrutura-se em torno de duas dimensões major (Figura 3). A primeira, a importância do estilo de vida para a qualidade de vida e controlo da doença, justifica-se pela necessidade de as pessoas conhecerem e compreenderem as razões de realizarem determinadas opções, aspetos fundamentais para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde (SARAFINO & SMITH, 2014; WHO, 2012; BOAVIDA, 2011; 2013; VIDEIRA, 2011). A segunda, relaciona-se com a conjugação entre alimentação e atividade física e constitui a fase seguinte da sessão.

Esta SES organiza-se em torno da Roda dos alimentos, abordando os princípios de alimentação saudável, enquanto se destaca a importância do fracionamento alimentar, das escolhas aquando da compra dos alimentos, sua confeção e conjugação ao longo das refeições diárias, com especial relevo para a organização do prato e do sabor dos alimentos. Reforçando a interligação realizada ao longo da Sessão entre atividade física e escolhas alimentares, ‘Mexer para viver mais e melhor’ encerra a exposição interativa nesta sessão, através do recurso à Pirâmide de exercício físico (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2014).

A Sessão conclui-se com um exercício em que os participantes discutem e propõem combinações para as várias refeições de um dia, com o auxílio de um folheto distribuído com a informação sobre as equivalências entre os vários alimentos e respetivas quantidades. No final, tal como no estudo liderado por TAYLOR (2003), entrega-se um “*kit* Lanche” a cada um dos presentes e o folheto com as equivalências (Figura 3).

Momento	Atividades	Duração
1 Interação individual “Consulta de enfermagem”	i. Apreciação global da situação da pessoa ii. Avaliação dos dados clínicos e antropométricos iii. Avaliação do estado geral do pé iv. Cálculo do risco de úlcera de pé diabético v. Em função da avaliação anterior, selecionar de entre as ações listadas, e implementar as que melhor se adequam à pessoa presente na consulta	20'
2 Interação de grupo “Diabetes e Estilos de vida”	<i>Temas</i> – Estilos de vida e diabetes Princípios de alimentação saudável Estratégias de gestão do regime alimentar Estratégias de gestão do regime de atividade física vi. Debate (<i>trigger situations</i>) vii. Fornecimento de informação em suporte de papel viii. Oferta de kit “lanche portátil” ix. Avaliação	60'
3 Interação de grupo “Preci(o)sos pés”	Tema – Cuidados com os pés x. Treino de procedimentos xi. Oferta de material de autovigilância xii. Avaliação	90'
4 Interação individual “Consulta de enfermagem”	xiii. (Re)Apreciação global da situação da pessoa xiv. Avaliação dos dados clínicos e antropométricos xv. Em função da apreciação anterior, selecionar de entre as ações listadas as que melhor se adequam à pessoa e xvi. Ensinar sobre os aspetos identificados como necessários	15'
5 Interação por telefone	xvii. Contacto telefónico com o objetivo de perceber a situação global e identificar dificuldades xviii. Intervenção individualizada em função das dificuldades manifestadas	15'
6 Interação individual “Consulta de enfermagem”	xix. (Re)Apreciação global da situação da pessoa xx. Avaliação dos dados clínicos e antropométricos xxi. Vigiar pés xxii. Calcular o risco de úlcera de pé diabético xxiii. Em função da apreciação anterior, selecionar de entre as ações listadas as que melhor se adequam à pessoa xxiv. Ensinar sobre os aspetos identificados como necessários	20'

Figura 3: Sumário do Protocolo da intervenção (Adaptado de PINTO, 2017)

Com um intervalo de duas semanas (APDP & SPD, 2011), ocorre o terceiro momento de interação, a segunda sessão de grupo, denominada ‘Preci(o)sos Pés’ (Figura 3), um tema que resulta da sugestão específica dos profissionais da Unidade de Saúde, identificada como “... *uma área completamente desprotegida*”, sobre a qual sentem que “...é uma área de intervenção.”

Desenhada no sentido dos participantes conseguirem compreender a importância do autocuidado com os pés, esta sessão estrutura-se não apenas em conhecimentos específicos sobre cuidar dos pés numa perspetiva preventiva, mas sobretudo no incremento de competências, procurando estimular o pensamento crítico, a capacidade de tomada de decisão e maximizar a escolha voluntária dos participantes (LOUREIRO & MIRANDA, 2010; CARVALHO & CARVALHO, 2006).

Para tal, a primeira abordagem centra-se na compreensão das lesões no pé, como e porque acontecem, seguindo-se uma dinâmica interativa relacionada com os cuidados aos pés no que se refere à observação, higiene e hidratação, cuidados com as unhas e calçado, tal como defendido pelas Orientações (DGS, 2010; 2011a; 2011b; APDP, 2010; PAIDM2, 2013), mas também de acordo com os resultados de vários estudos (SILVA et al., 2013; AUDI et al., 2011; OCHOA-VIGO & PACE, 2005; MEDEIROS et al., 2004).

Embora ambas as partes recorram a estratégias dinâmicas de interação, fomentando-se a partilha de experiências e a interação entre os participantes, na segunda parte proporciona-se aos presentes a possibilidade de manusearem e experimentarem instrumentos e produtos que estão disponíveis ao público no geral, como lanternas para observação do pé, material absorvente para secar os espaços interdigitais, diferentes tipos de creme para aplicar na pele e material utilizado no cuidado às unhas (limas, alicates e corta-unhas). Procura-se com esta estratégia que as pessoas sintam algum tipo de poder e influência por poderem participar no processo de escolha informada, vivenciada pelo treino, funcionando como uma percepção de mais-valia associada ao seu investimento pessoal, tal como sugerido por CARVALHO e CARVALHO (2006) e por PEREIRA e seus colaboradores (2011).

A conclusão da sessão organiza-se com um resumo e entrega do ‘*kit* preci(o)sos pés’, constituído pelo material utilizado na sessão.

Em ambas as SES, as estratégias, atividades e metodologia educativa, são flexíveis, desde que seguidos os princípios orientadores estruturais de cada sessão, sendo o educador um ‘gestor pedagógico’. Integram dinâmicas ativas, como a discussão e a apresentação de situações despoletadoras de interação (RODRIGUÉZ et al., 2009; CARVALHO & CARVALHO, 2006), suficientemente maleáveis para se adaptar a novas necessidades e situações concretas que pudessem ocorrer ao longo do seu desenvolvimento (OSUNA & MORAL, 2000). No que se refere à duração das sessões, definiu-se um tempo médio para cada uma das atividades (Figura 3).

A estes dois momentos segue-se uma interação entre profissional e participante com uma distância temporal de 6 semanas no qual se segue a intervenção habitualmente desenvolvida no contexto (Figura 3).

A interação seguinte é uma consulta de enfermagem por telefone, uma ferramenta que, essencialmente de forma combinada com outras estratégias (ZANETTI et al., 2014; GRAZIANO & GROSS, 2009; EAKIN et al., 2007), pode promover a manutenção de mudanças nos comportamentos de saúde (EAKIN et al., 2010). Em adição, esta estratégia demonstrou também efetividade junto de pessoas que tendem a diminuir o interesse e motivação para manter as atividades de autocuidado com a diabetes (McGLOIN et al., 2014) ao contribuir para promover a motivação na melhoria dos comportamentos gerais direcionados à manutenção da saúde (MONS et al., 2013; LANGE et al., 2010). Este tipo de intervenção revelou ainda ser uma forma efetiva de aceder a pessoas com dificuldade

em aderir a programas de promoção da saúde (CAR & SHEIKH, 2003), facilitando a identificação de problemas pelos portadores de DM2 (MONS et al., 2013; LANGE et al., 2010), fomentando os cuidados com os pés e os comportamentos alimentares (PIETTE et al., 2001), havendo também registo de contribuir para melhorar os níveis de HbA_{1c} (EVANS, 2010; KIM & OH, 2003).

Logo, 6 semanas depois da segunda consulta de enfermagem presencial realiza-se um contacto telefónico, com o objetivo de perceber a situação global e identificar dificuldades destacadas pelos participantes ao nível do autocuidado com a diabetes (MONS et al., 2013). De acordo com um algoritmo definido (Figura 4), deve ser desenvolvida uma breve intervenção educativa, de forma individualizada, em função do *feedback* do utente, em resposta às dificuldades manifestadas, sempre reforçando a dimensão motivacional, numa duração prevista de 15 minutos (SUKSOMBOON et al., 2014; PINTO et al, 2014).



Figura 4: Algoritmo orientador dos contactos telefónicos (PINTO, 2017)

O Programa termina com uma consulta de enfermagem, *face-to-face*, 6 semanas após a interação via telefone, centrada na (re)apreciação da situação global da pessoa, avaliação de dados clínicos e antropométricos, vigilância dos pés e cálculo do risco de úlcera de pé diabético, bem como o ensino, em função da apreciação anterior, sobre os aspetos identificados como necessários (Figura 3).

Uma vez concluído o protocolo detalhado da intervenção, continuando a seguir a orientação de RICHARDS (2015) e de SERMEUS (2015) para a modelagem do processo e dos resultados em intervenções complexas, deve ser definido um conjunto de indicadores de processo e resultados para monitorizar o impacto da mesma nos ganhos em saúde, que tem de ser adequado ao Programa Educativo proposto.

No presente caso, ao seguir-se uma perspetiva promotora do autocuidado, fomentadora de *empowerment*, com uma orientação salutogénica (ANTONOVSKY, 1979;

1987), que procura acentuar a relevância de tornar as aprendizagens significativas para a compreensão e resolução dos problemas da vida, a fim de facilitar a adoção de estilos de vida saudáveis, compatíveis com a vivência diária com a diabetes, a meta é alcançar os melhores resultados possíveis de acordo com as próprias circunstâncias de cada pessoa (EIGENMANN & COLAGIURI, 2007).

Assim, sabendo que resultado assenta numa mudança que ocorre relativamente ao estado de saúde atual e futuro da pessoa (DONABEDIAN, 1980) que inclui o estado psicológico e atitudinal, bem como a aquisição de conhecimentos relacionados com a saúde e com a mudança de comportamentos de saúde (HAMRIC et al., 2009), a presença de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, no presente caso, situa-se nas classes Estado Funcional e Autocuidado (DORAN & PRINGLE, 2003).

Logo, para se poder avaliar a efetividade da intervenção proposta (Quadro 2), é necessário perceber o controlo clínico e metabólico; a capacidade para realizar o autocuidado (disponibilidade efetiva para), a manutenção da saúde, as atividades relacionadas com a manutenção da dieta e relacionadas com o exercício/atividade física (PEREIRA, 2009; PETRONILHO, 2009). Mas também uma dimensão associada às variáveis do indivíduo na qual sobressai a importância da pessoa acreditar que existe necessidade de mudança, percebendo que os benefícios de modificar certos comportamentos são maiores do que as desvantagens, sendo capaz de avaliar o conjunto de procedimentos inerentes ao processo e reagir de acordo com os seus recursos internos e externos, em estreita relação com o seu sentido de coerência, identificando de forma eficaz os recursos disponíveis e adotando estratégias mais eficazes de lidar com a situação (ANTONOVSKY, 1979; 1987; SABOGA NUNES, 2000).

Para terminar, importa destacar que, apesar de definidos objetivos específicos a atingir como indicadores de avaliação do Programa, ao nível da monitorização do impacto nos resultados (SERMEUS, 2015), a avaliação do efeito de uma intervenção não se pode esgotar no atingimento de valores ou comportamentos esperados de forma padronizada (DORAN & PRINGLE, 2003). Relembrando que a existência de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem permite, não apenas a especificação de um estado desejado, mas também da real condição de um indivíduo em determinado momento, é também possível e fundamental, avaliar a progressão, ou não, do estado da pessoa, mesmo quando a meta não é atingida (DORAN & PRINGLE, 2003; MOORHEAD, et al., 2010).

Dimensão	Parâmetro	Objetivo
Metabolismo da glicose	HbA _{1c}	< 7%
	Glicemia pré-prandial	90 a 130 mg/dl
	Glicemia pós-prandial	< 140 mg/dl
Pressão Arterial	< 130 /80 mmHg < 125 /75 mm Hg (em caso de insuficiência renal, com proteinúria >300 mg/24h)	
Lípidos sanguíneos	Colesterol total	< 200 mg/dl
Controlo de peso	IMC	< 25 kg/m ² (em caso de excesso de peso – redução de 10%).
Autocuidado (Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes)	Alimentação geral e específica Atividade física Cuidados aos pés Tabagismo Monitorização da glicémia Terapêutica	
Sentido de Coerência (<i>Sense of Coherence Questionnaire</i>)	Sentido de coerência	

Quadro 2 – Indicadores de avaliação do Programa Educativo (adaptado de PINTO, 2017)

Por esta razão, os indicadores definidos devem ser operacionalizados tendo em conta as várias dimensões das pessoas, comparando resultados que permitam avaliar a resposta metabólica e clínica, bem como comportamental no desenvolvimento do autocuidado com a diabetes, no sentido de identificar possíveis ganhos em saúde decorrentes do efeito do programa educativo, processo que pode favorecer a formulação de políticas de cuidados em saúde (PINTO, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um olhar global sobre o Programa educativo permite concluir que este se sustenta nas orientações teóricas e profissionais definidas para esta área de cuidados, integrando os resultados e sugestões da prática baseada na evidência, tanto no traçado da intervenção como na avaliação do seu impacto, tal como sugerido por vários autores que escrevem sobre esta metodologia (CAMPBELL et al., 2007; RICHARDS, 2015; MOORE et al., 2015). De salientar ainda que a construção do Programa, a integração dos diversos componentes, a sua organização e distribuição no tempo resultam de um processo de discussão e adequação que permitiu alcançar um protocolo globalmente aceite, um fator determinante no impacto que este possa ter (SERMEUS, 2015).

Procurou-se que o desenho fosse explícito, clarificando cada componente, e a sua interligação no global do Programa, por forma a permitir a replicação do mesmo com resultados consistentes, tal com defendido por SERMEUS (2015) e RICHARDS (2015).

A inovação do Programa educacional resulta da combinação proposta entre os diversos componentes, o que responde ao proposto por RICHARDS (2015), uma vez que em nenhum estudo anterior conhecido a intervenção foi construída com estes fatores, suas especificidades e combinados desta forma (PINTO, 2017).

Em síntese, fazendo uma ligação mais direta com a metodologia do MRC (2000; 2008), o problema de saúde em debate está clarificado, o mesmo acontecendo com o contexto de cuidados e o Programa de intervenção proposto. O desenho da Intervenção Complexa, denominada Programa Educativo, está sustentado em todas as suas vertentes tendo já sido avaliada a sua efetividade, com resultados no incremento dos comportamentos de autocuidado relacionados com a alimentação e os cuidados aos pés, verificando-se ainda melhoria do controlo metabólico (PINTO, 2017; PINTO et al., 2017).

REFERÊNCIAS

AAS et al. **An intensified lifestyle intervention programme may be superior to insulin treatment in poorly controlled Type 2 diabetic patients on oral hypoglycaemic agents: results of a feasibility study**, *Diabetic Medicine*, v. 22, Issue 3, p. 316-322, 2005.

ADA. **Standards of Medical Care in Diabetes-2020**. *Diab Care*, v. 43, s.1, p. 1-212, 2020.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription**. (9th ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well**. San Francisco: Jossey Bass, 1987.

APDP. **Pé diabético Caminhando para um futuro melhor**. Lisboa: Lidel, 2010.

APDP & SPD. **Projeto Juntos é mais fácil**. Lisboa: APDP, 2011.

AUDI, E. G. et al. **Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem**. *Rev Cogitare Enf*, v. 16, n. 2, p. 240-246, 2011.

BOAVIDA, J. **Educação terapêutica do doente com diabetes mellitus**. Em GEDM & J. NUNES, *Diabetes uma abordagem global* (p. 173-178). Algés: Euromédice, 2011.

BOAVIDA, J. **Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes**. *Rev Port Cardiol*, v. 32, Supl. I, p. 32-34, 2013.

CAMPBELL, N. et al. **Designing and evaluating complex interventions to improve health care**. *BMJ*, n. 334, p. 455-459. 2007.

CAR, J. & SHEIKH, A. **Telephone consultations**. *BMJ*, v. 326, pp. 966-9, 2003.

CARVALHO, A. & CARVALHO, G. **Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures, Lusociência, 2006.

CASSEB, M. **Efeito de três procedimentos de intervenção sobre adesão ao tratamento em adultos com diabetes**. 2011. Tese (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

CORRY, M et al. **Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines**. *Journ Clin Nurs*, v.22, p. 2366–2386, 2013.

DCCPGEC - DIABETES CANADA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES EXPERT COMMITTEE. **Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada**. *Can J Diabetes*, n. 42, S1, p. 1-325, 2018.

DGS. **Circular Normativa n. 14/DGDG-Educação Terapêutica na Diabetes**. Lisboa: MS, 2000.

DGS. **Circular Normativa n. 05/PNPCD - Pé Diabético**. Lisboa: MS, 2010.

DGS. **Orientação n. 003/11. Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético**. Lisboa: MS, 2011a.

DGS. **Norma n. 005/11- Diagnóstico Sistemático Pé Diabético**. Lisboa: MS, 2011b.

DONABEDIAN, A. **Exploration in quality assessment and monitoring: teh definition of quality and appraches to its assesement**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DORAN, D. & PRINGLE, D. **Patient outcomes as an accountability**. Em Doran. *State of the science*. Sudbury: Hones & Bartlett Learning, 2003.

EAKIN, E. et al. **Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review**. *Am J Prev Med*, v. 32, Issue 5, p. 419-34, 2007.

EAKIN, E. et al. **Maintenance of physical activity and dietary change following a telephone-delivered intervention**. *Health Psychol*, v. 29, Issue 6, p. 566-73, 2010.

EIGENMANN, C. & COLAGIURI, R. **Outcomes and indicators for diabetes education: A national consensus position**. Camberra: Diabetes Australia, 2007.

ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. **Cuidados de saúde a portadores de Diabetes Mellitus**. Porto: ERS, 2011.

EVANS, M. **Evidence-based practice protocol to improve glucose control in individuals with type 2 diabetes mellitus**. *Medsurg Nurs*, v. 19, n.6, p. 317–22, 2010.

GALLEGOS, E. et al. **Metabolic Control of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus through Education and Counselling**. *J Nurs Schol*, v. 38, n. 4, p. 344-351, 2006.

- GIANGREGORIO, L. & THABANE, L. **Pilot studies and feasibility studies for complex interventions. An introduction.** Em D. RICHARDS & I. HALLBERG, *Complex Interventions in Health. An overview of research methods* (p. 127-135). New York: Routledge, 2015.
- GRAZIANO, J. & GROSS, C. **The effects of isolated telephone interventions on glycemic control in type 2 diabetes: a literature review.** *Adv Nurs Sci*, v. 32, Issue 3, p. E28-41, 2009.
- GUCCIARDI, E. et al. **Assessment of two culturally competent Diabetes Education Methods: Individual versus Individual plus Group education in Canadian Portuguese adults with Type 2 Diabetes.** *Eth Health*, v. 12, n. 2, p. 163-187, 2007.
- HAMRIC, A. et al. **Advanced practice nursing. An integrative approach** (4th ed.). USA: Saunders Elsevier, 2009.
- IDF. **IDF Diabetes Atlas Ninth Edition 2019.** 2019. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/welcome/copyright-permission.html>. Acesso em 11.set.2020.
- KIM, H. & OH, J.-A. **Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls.** *Jour Advanced Nursing*, v. 44, Issue 3, p. 256–261, 2003.
- LANGE, I. et al. **Effect of a tele-care model on self-management and metabolic control among patients with type 2 diabetes in primary care centers in Santiago, Chile.** *Rev Med Chil*, v. 138, n. 6, p. 729-37, 2010.
- LOUREIRO, I. & MIRANDA, N. **Promover a saúde: dos fundamentos à ação.** Coimbra: Edições Almedina, 2010.
- MARÔCO, J. **Análise estatística com o SPSS Statistics** (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number, 2014.
- McGLOIN, H. et al. **A case study approach to the examination of a telephone-based health coaching intervention in facilitating behaviour change for adults with Type 2 diabetes.** *Journ Clin Nurs*, v. 24, Issue 9-10, p. 1246–1257, 2014.
- MEDEIROS, P. M. et al. **Processo de cuidar do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura.** *Com Ciencias Saúde*, v. 24, n. 3, p. 251-258, 2004.
- MENINO, E. et al. **Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura.** *Rev Enf Referência*, v. III, n.10, 2013.
- MONS, U. et al. **Effectiveness of a Supportive Telephone Counseling Intervention in Type 2 Diabetes Patients: Randomized Controlled Study.** *PLOS ONE*, v. 8, Issue 10, e77954: p 1-8, 2013.
- MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).** *Rev Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 122-126, 2010.
- MOORE, G. et al. **Process evaluation of complex interventions: Medical Research.** *BMJ*, v. 350, h1258, 2015.

MRC. **Developing and evaluating complex interventions: new guidance**. 2008.

OCHOA-VIGO, K. & PACE, A. **Pé diabético: estratégias para prevenção**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 100-109, 2005.

OREM, D. **Nursing: Concepts of practice** (6ª ed.). St. Louis: Mosby, 2001.

OSUNA, A & MORAL, P. **Programación de las actividades de educación para la salud**. Em A. Osuna, Salud pública y educación para la salud (pp. 409-419). Barcelona: Masson, 2000.

PEREIRA, F. **Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem**. Tese (Doutoramento em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

PEREIRA, L. et al. **Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados**. Rev Nursing, v. 26, n.7, p. 8-15, 2011.

PETRONILHO, F. **Produção de indicadores de qualidade. A enfermagem que queremos evidenciar**. Rev Sinais Vitais, n. 82, p. 35-43, 2009.

PETRONILHO, F. **Autocuidado. Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2012.

PIETTE, J. et al. **Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial**. Diab Care, v. 24, n. 2, p. 202-8, 2001.

PINTO, M.R. et al. **Resultados da intervenção de enfermagem na adequação do estilo de vida das pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Uma Revisão Sistemática da literatura**. Rev UIIPS, v.5, n.2, p. 259-278, 2014.

PINTO, M. R. **Cuidar de pessoas com Diabetes Mellitus tipo2. Resultados da avaliação de um Programa Educativo**. 2017. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.

PINTO, M.R. et al. **Impact of a structured multicomponent educational intervention program on metabolic control of patients with type 2 diabetes**, BMC Endocrine Disorders, v. 17, n. 77, 2017.

PAIDM2. **Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2. Informação da DGS nº 001/2013 de 19/02/2013**. [online]. 2013.

PNPCD - Programa Nacional de prevenção e controlo da diabetes. Lisboa: DGS, Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, 2008.

PORTUGAL. MS. **PNS - Revisão e Extensão a 2020. Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020**, Lisboa: MS, 2015.

RENDERS, C. et al. **Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Review)**. The Cochrane Library, Wiley Pb., p. 140, 2009.

RICHARDS, D. **The complex interventions framework**. Em D. RICHARDS, & I. HALLBERG, *Complex Interventions in Health: an overview of research methods* (p. 111-120). Oxon: Routledge, 2015.

RODRIGUÉZ, A. P. et al., **Repercución social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus**. *Medisan*, v.13 n.1, p. 8, 2009.

SABOGA NUNES, L. **O sentido de coerencia como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico**. *Actas do IV Congresso Português de Sociologia - Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos*, 17 a 19 de Abril de 2000. Coimbra, 2000.

SARAFINO, E. & SMITH, T. **Health Psychology. Biopsychosocial Interactions** (8ª ed). New York: John Wiley & Sons, 2014.

SERMEUS, W. **Modelling Process and Outcomes in Complex Interventions**. Em D. RICHARDS, & I. HALLBERG, *Complex Interventions in Health: an overview of research methods* (p. 111-120). Oxon: Routledge, 2015.

SHERIFALI, D. et al. **Methods**. *Can J Diabetes*. n.2, p. S6–S9, 2018.

SILVA, J. et al. **O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: Revisão Integrativa da Literatura**. *Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 1, n. 2, p. 59-69, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2019.

STEINSBEKK, A. et al. **Group diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis**. *BMC Health Services Research*, v.12, n.213, 2012.

SUKSOMBOON, N. et al. **Impact of Phone Call Intervention on Glycemic Control in Diabetes Patients: A Systematic Review and MetaAnalysis of Randomized, Controlled Trials**. *PLoS ONE*, v. 9, Is 2, e89207: 1-7, 2014.

TAYLOR, C. et al. **Evaluation of a Nurse-Care Management System to improve outcomes in patients with complicated diabetes**. *Diab Care*, v. 26, n. 4, p. 1058-1063, 2003.

VIDEIRA, J. M. **Diabetes Mellitus, complicações e o nível sócioeconómico e cultural**. Tese (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

WHO. ROEM. **Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators**. WHO, 2012.

WHO. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**, Geneva, World Health Organization, 2018.

WHO & IDF. **Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D)**. [Online], 2020.

WHO. **Diabetes. Key Facts**. 8.jun 2020. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Acesso em 30.dez.2020.

ZANETTI, G., et al. **Investigating telephone support as a strategy to increase the physical activity levels of people with diabetes**. J Diab Nursing, v. 18, n. 1, p. 32-36, 2014.

CAPÍTULO 19

UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA DE INTERNAÇÕES POR MORBIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELÉM/PA

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/02/2021

Ysis Nayhara Raiol de Almeida

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/7383370190623969>

Brenda Caroline Martins da Silva

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/1730998680549210>

Flavine Evangelista Gonçalves

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/1691180707454368>

Gabriel dos Santos Pereira Neto

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/4322050068271789>

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/7459094802051187>

Jhennifer Nycole Rocha da Silva

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/5284073875561469>

Joanny Emanolly Campos do Nascimento

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/6706380399220944>

Julielen Larissa Alexandrino Moraes

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/4638578260276497>

Nathália Oliveira de Souza

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/1590217622456152>

Valéria Gabriele Caldas Nascimento

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/5591980465316859>

Wanderson Santiago de Azevedo Junior

Universidade Federal do Pará, Faculdade de Enfermagem
Belém-Pará
<http://lattes.cnpq.br/8970504726827294>

RESUMO: Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) contribuem para o aprimoramento da gestão em serviços de saúde na medida em que as informações neles inseridos pautam a tomada de decisões e intervenções em nós críticos do SUS. Os SIS são organizados em categorias de informação, dentre estas há o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) que

se limita às internações no SUS, tem como documento básico a autorização de internação hospitalar (AIH) e cuja análise permite avaliação de percentagem da ocupação, mortalidade hospitalar, infecção hospitalar e outros. Nessa perspectiva, o presente estudo dedicou-se a extrair dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para descrever o valor total das internações por morbidade dos usuários do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBF) no período de junho de 2018 a junho de 2019. Nesse sentido, trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa a partir de dados dispostos no DATASUS e extraídos através da ferramenta TABNET nas sessões: epidemiológicas e morbidades; Morbidade Hospitalar do SUS. A análise quantitativa apontou que o total gasto com as internações no período junho de 2018 a junho de 2019 foi estimado em 1.809.549,43 reais, sendo 46,2% referente a custos em procedimentos/internações relacionados a doenças do ouvido e da apófise mastoide e 40,6% relativos a procedimentos envolvendo doenças do olho e anexos. Dados estes, que estão de acordo com a proposta do hospital, em virtude de que suas principais especialidades e maiores demandas serem de procedimentos referentes as áreas de oftalmologia e otorrinolaringologia.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde, Sistemas de informação em saúde, Pesquisa em enfermagem.

USE OF HEALTH INFORMATION SYSTEMS IN THE BUDGETARY ANALYSIS OF HOSPITALIZATIONS FOR MORBIDITY IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN BELÉM/ PA

ABSTRACT: Health Information Systems (SIS) contribute to the improvement of management in health services as the information inserted in them guides the decision-making and interventions in critical SUS nodes. The HIS are organized into categories of information, among which there is the Hospital Information System (SIH) which is limited to hospitalizations in the SUS, whose basic document is the authorization for hospitalization (AIH) and whose analysis allows evaluation of the percentage of occupation, hospital mortality, hospital infection and others. In this perspective, the present study was dedicated to extract data from the SUS Hospital Information System (SIH / SUS) to describe the total value of hospitalizations due to the morbidity of users of the Bettina Ferro de Souza University Hospital (HUBF) in June 2018 to June 2019. In this sense, it is a descriptive study with a quantitative approach based on data available in DATASUS and extracted through the TABNET tool in the sessions: epidemiological and morbidities; SUS Hospital Morbidity. The quantitative analysis showed that the total spent on hospitalizations from June 2018 to June 2019 was estimated at 1,809,549.43 reais, with 46.2% referring to costs in procedures / hospitalizations related to ear and apophysis diseases mastoid and 40.6% related to procedures involving diseases of the eye and appendages. These data, which are in accordance with the hospital's proposal, due to the fact that its main specialties and greatest demands are related to procedures in the areas of ophthalmology and otorhinolaryngology.

KEYWORDS: Health management, Health information systems, Nursing research.

1 | INTRODUÇÃO

A informação sobre um determinado ambiente ou situação é uma ferramenta fundamental para nortear as tomadas de decisões, planejamentos e ações. No contexto da Saúde, isso também não é diferente, para que se obtenha um planejamento mais específico e capaz de resolver situações e até mesmo elaborar dados quantificados faz-se o uso de indicadores de saúde (GARCIA e REIS, 2016).

Os indicadores de saúde se caracterizam como medidas atribuídas de informações sobre o sistema de saúde e também outras abordagens referentes ao estado de saúde, os dados desses indicadores são extraídos dos sistemas de informações em saúde do Ministério da Saúde e estão categorizados em dados demográficos; socioeconômicos; de mortalidade; de morbidade e fatores de risco; recursos; cobertura; avaliação hospitalar e indicadores administrativos (GARCIA e REIS, 2016). O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o responsável por fornecer os sistemas de informações e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS, por meio da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos (ABRAHÃO e GUTIERREZ, 2016).

Os principais sistemas são o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), onde se tem os registros de óbitos e causas de mortes, essas causas são obtidas através da classificação internacional de doenças (CID); Sistema de Informações de Agravos de Notificações (Sinan), que é dirigido pela vigilância epidemiológica e conta com informações de doenças de notificação compulsória; Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc), que tem dados sobre a quantidade de nascidos vivos, gravidez, parto e as condições do bebê ao nascer e é dirigido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que envolve todos os hospitais públicos municipais estaduais e federais é dirigido pela Secretaria de Assistência à Saúde e contém dados sobre internação hospitalar (ABRAHÃO e GUTIERREZ, 2016).

Acerca de destes dados, a obtenção se dá por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento que utiliza a Classificação Internacional de Doenças (CID), preenchido pelo médico da instituição de saúde. Corroborando com a intencionalidade de existência dos sistemas de informação, os dados relacionados as internações hospitalares possibilitam análises relevantes para gestão do serviço (GARCIA e REIS, 2016).

Por meio da análise das AIHs é possível descrever evolução temporal das internações; descrever a faixa etária e sexo das internações por morbidade; descrever dias de permanência das internações; descrever a procedência dos usuários internados bem como descrever o valor das internações por morbidade. Essas informações além de subsidiarem análises permitem controle e pagamento dos valores gastos nas internações pelo SUS e um planejamento alinhado com as necessidades de saúde do contexto em que a instituição se insere (REDE, 2008).

Destarte, o presente trabalho tem como objetivo central estimular a compreensão acerca das etapas de extração nos Sistemas de informação em saúde (SIS) de apoio a gestão bem como descrever o valor total das internações por morbidade dos usuários do HUBFS no período de junho de 2018 a junho de 2019.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os dados analisados foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os registros de interesse da pesquisa foram obtidos a partir do acesso ao site do DATASUS (Departamento de informática do SUS), em seguida selecionou-se o “Acesso à informações” na ferramenta TABNET - quesito “epidemiológicas e morbidades”. Posteriormente, foi selecionado o grupo “Morbidade Hospitalar do SUS”.

As variáveis selecionadas respectivamente foram as seguintes: Geral por internação a partir de 2008; Abrangência geográfica Pará; Linha- Lista de morbidade CID 10; Conteúdo – Valor total; Período- junho de 2018 a junho de 2019; Estabelecimento- HUBFS; Seleção disponível- Lista de morbidade CID 10. As informações brutas tabuladas foram exportadas para o *Software Microsoft* – Excel, subsídio da análise quantitativa do perfil de internações.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo os dados colhidos no DATASUS no período correspondente de junho de 2018 a junho de 2019, foram notificadas 1.521 internações no Hospital Universitário Bettina Ferro de Sousa (HUBFS), onde notou-se uma diminuição de aproximadamente 10% no número de internações no período do primeiro semestre de 2019, em relação ao segundo semestre de 2018.

Comparando o segundo semestre de 2018 ao primeiro semestre de 2019 em relação aos valores gastos com internações, observamos que apesar de um quantitativo maior no número de internações no segundo semestre de 2018, constatou-se um aumento de 5,3% no valor gasto com internações no primeiro semestre de 2019.

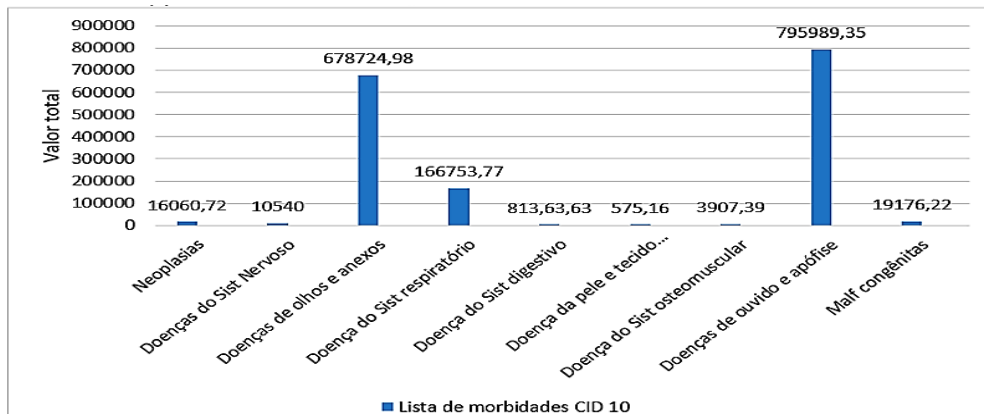


Gráfico 1: Morbidade hospitalar do SUS ´por local de internação Pará. Valor total por CID 10, período Jun/2018-Jun/2019.

Fonte: DATASUS,2019.

O total gasto com as internações no período junho de 2018 a junho de 2019 é estimado em 1.809.549,43 reais, sendo investido em procedimentos relacionados a Doenças do ouvido e da apófise mastoide o equivalente 46,2% deste quantitativo total e 40,6% relativos a procedimentos envolvendo Doenças do olho e anexos, sendo esses percentuais referentes aos maiores custos em procedimentos/internações do hospital. Dados estes, que estão de acordo com a proposta do hospital, em virtude de que suas principais especialidades e maiores demandas são de procedimentos referentes as áreas de oftalmologia e otorrinolaringologia.

Todavia, podemos observar custos com as demais áreas de atendimento do hospital, que são: 9% de custos referentes a procedimentos relacionados a Doenças do aparelho respiratório; 1,1% relacionados a Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas; 1% relativos a procedimentos de Neoplasias; 0,5% relativos a Doenças do sistema nervoso; 0,25% pertencentes a Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; 0,04% relacionado a Doenças do aparelho digestivo; e 0,03% de custos referentes a Doenças do aparelho digestivo.

4 | CONCLUSÃO

Tendo em vista as análises realizadas pelo estudo, torna-se evidente a relevância de SIS atualizados com objetivo de integrar as informações e cooperar para a melhoria da qualidade dos serviços em saúde. Este recurso também atua como um importante facilitador da comunicação, propiciando avaliação para um melhor desempenho profissional, e contribuindo no desenvolvimento a realizações de pesquisas centradas na identificação de evidências, bem como no auxílio ao decurso do ensino.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, M.T.F; GUTIERREZ, M.A. **Método de extração de coortes em bases de dados assistenciais para estudos da doença cardiovascular**. 2016. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-04082016-160129/>. Acesso em: 09 nov 2019.

GARCIA, P.T.; REIS, R.S. **Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**. 1. ed. São Luís: Editora da Universidade Federal do Maranhão, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7370>. Acesso em: 28 out 2019.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Ripsa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Indicadores_Basicos_para_a_Saude_no_Brasil__conceitos_e_aplicacoes/58. Acesso em: 29 out 2019.

CAPÍTULO 20

VIAS DE PARTO: ASPECTOS QUE INTERFEREM NA ESCOLHA FINAL DA GESTANTE

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Luísa Castilho Amâncio

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7807693748220997>

Carolina Ducarmo Jordão

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1304083719016449>

Davi Borges de Carvalho

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1101748607207334>

Nathália de Almeida França

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/2463189193834544>

Nelson Camilo Ribeiro Júnior

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6970625875279690>

Pedro Augusto Silva Sinimbu

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/2340920532506957>

Ana Flávia Gonzaga Santos

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/2059483360691796>

Eliabe Roriz Silva

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/0018510296697598>

Jordana Daniella Inez da Silva

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/3391782278585242>

Jordana Diniz Ribeiro Firmo

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1831355129596620>

Northon Oliveira Rocha Brito

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/6725160067211079>

Danielle Brandão Nascimento

Centro Universitário de Anápolis –
UniEVANGÉLICA
Anápolis – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/5224800090643599>

RESUMO: O parto é uma das mais fortes experiências vividas pelo ser humano, e para o seu acontecimento é importante o entendimento mútuo entre o profissional médico e a parturiente. Nesse contexto, é possível entender que a maneira como o parto será realizado nem sempre é feito de acordo com as particularidades clínicas da gestante. Dessa maneira, o presente estudo tem por finalidade, por meio de uma revisão integrativa de artigos mais recentemente produzidos, compreender quais são os aspectos que corroboram para a escolha do tipo de via que o parto será realizado. Os 30 artigos usados nesse estudo foram buscados nas seguintes plataformas de busca: *National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e *Google Scholar*, com uma periodicidade entre 2014 e 2020, sendo selecionados apenas os escritos em língua inglesa e portuguesa. Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) utilizados foram: cesárea, parto normal, parto humanizado e preferência do paciente. Após a leitura minuciosa de cada artigo, observou-se a existência de majoritária concordância sobre os fatores que mais influenciam na via de parto, sendo eles: fator médico, circunstâncias sociodemográficas e aspectos psicoculturais. Sendo assim, conclui-se que a decisão do parto acontece por diferentes fatores, destacando a importância de que tal escolha seja feita de maneira particularizada e humanizada. Para além disso, é necessário a produção de mais estudos para o melhor entendimento da realidade, com a constituição e amplificação de programas que auxiliem tanto a gestante quanto o médico sobre qual a melhor conduta a ser tomada.

PALAVRAS-CHAVE: Cesárea, Parto normal, Parto humanizado.

ROUTE OF DELIVERY: ASPECTS THAT INTERFERE IN THE FINAL CHOICE OF PREGNANT WOMAN

ABSTRACT: Child-birth is one of the strongest experiences lived by the human being, and for its occurrence, mutual understanding between the medical professional and the parturient is important. In this context, it is possible to understand that the way the delivery will be performed is not always done according to the clinical particularities of the pregnant woman. Thus, the present study aims, through an integrative review of more recently produced articles, to understand which are the aspects that corroborate the choice of the type of route that the delivery will be performed. The 30 articles used in this study were searched on the following search platforms: *National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* and *Google Scholar*, with a periodicity between 2014 and 2020, with only those selected written in English and Portuguese. The Health Science Descriptors (DeCS) used were: cesarean section, normal delivery, humanized delivery and patient preference. After a thorough reading of each article, it was observed that there was a major agreement on the factors that most influence the way of delivery, namely: medical factor, sociodemographic circumstances and psychocultural aspects. Thus, it is concluded that the decision to give birth occurs due to different factors, highlighting the importance of making such a choice in a particularized and humanized way. In addition, it is necessary to produce more studies for a better understanding of reality, with the constitution and amplification of programs that help both the pregnant woman and the doctor about the best course of action.

KEYWORDS: Cesarean. Normal birth. Humanized birth

11 INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, as práticas de parturição e de assistência ao parto sofreram muitas modificações. Essas transformações tornaram o parto algo progressivamente mais dependente de tecnologias médicas, o que explica o aumento quantitativo de cesarianas, desde então (CARNEIRO *et al.*, 2015; RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016). De uma técnica para salvar um bebê de uma mãe já morta, passou a ser a preferência para oferecer segurança à gestante e a seu filho (PATAH; MALIK, 2011). Dentre outros fatores, o desenvolvimento da técnica médica, e a comodidade do agendamento, produziram uma realidade em que os critérios de elegibilidade para a realização de uma cesárea não são ponderados. Aqui, tanto ou até mais que a vontade da gestante, pesa a indicação, a conveniência e o interesse do médico (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; SHARMA; DHAKAL, 2018).

A visão social e cultural do parto também sofrera alterações. A cesariana é apresentada como inerente à modernidade, como sinal de progresso científico ou “novo modo de parir. Por outro lado, o parto vaginal é considerado como algo primitivo ou coisa do passado. (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015). Desconsiderando os benefícios do puerpério do parto vaginal – menor tempo de recuperação, menores índices de infecção e de complicações anestésicas, a adesão ao parto vaginal é consideravelmente menor em relação ao parto cesário. A explicação para essa deturpação do processo de parturição é complexa, envolvendo fatores socioeconômicos e culturais, que são estabelecidos no longo prazo. De modo geral, por exemplo, hoje é corrente o enfoque da perspectiva feminina na dor e sofrimento implicados no parto normal (DIAS; DESLANDES, 2006; DIAS *et al.*, 2008).

Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as taxas de partos cesários estejam entre 10-15% do total (PATAH; MALIK, 2011). A taxa de cesáreas brasileiras exibe uma progressão que em muito excede essa taxa: passou de 15% em 1970 para 38% em 2001, alcançando 48,8% em 2008 (MASCARELLO *et al.*, 2018). No ano de 2009, a quantidade de partos cesários excedeu pela primeira vez na história a quantidade de partos vaginais, registrando 50,1% (LEAL *et al.*, 2012). Pouco tempo depois, um estudo de coorte publicado por DOMINGUES *et al* (2014), que acompanhou 24.000 mulheres, indicou uma realidade ainda pior que os dados oficiais: os partos cesários da rede privada de saúde já alcançaram a taxa de 72%, muito superior à recomendada. A comparação de dados, apesar de discordantes quanto aos valores, deixa claro a influência regional-nacional da opção da via de parto. Por exemplo, no Reino Unido a taxa de cesáreas foi de 26%, no Brasil foi de 52% no mesmo período (de 2005 a 2011) (BLACK *et al.*, 2015).

O Brasil, a partir destes dados, se encontra nas primeiras colocações no ranking de países que mais realizam partos cesários no mundo, indo de encontro à tendência mundial de retomar as medidas naturais de parturição preconizadas pelo o que se convencionou chamar de parto humanizado. Essa humanização do nascimento, objetiva reduzir,

portanto, as intervenções desnecessárias, denunciar possíveis violências obstétricas e, principalmente, aproximar a gestante do seu processo gestacional, tornando-a protagonista (RUSSO; NUCCI, 2020).

Há variação interessante nas visões sobre o parto ao redor do mundo, quanto à satisfação pós-parto em relação ao tipo de parto. Na Austrália, estudo conduzido por BRACHA *et al.* (2017) indica maior grau de satisfação no parto vaginal espontâneo, seguido pela cesárea eletiva, a cesárea de emergência e, por último, o vaginal instrumental. Em pesquisa de satisfação pós-parto no Brasil, encontrou-se a mesma disposição de preferência pessoal entre as gestantes, salientando-se que as que optaram por cesárea estavam mais satisfeitas com o manejo da dor durante o parto, e que as que optaram por parto vaginal, com o manejo da dor no pós-parto (BRACHA *et al.*, 2017).

No ano de 1980, a publicação de um documento estadunidense, o Plano de Parto e Nascimento, buscou estabelecer maior protagonismo materno durante a parturição, identificando a necessidade de menor interferência no processo. Esse plano é atualmente adotado por vários países europeus, como Inglaterra e Espanha (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015). No Brasil, esse documento é tomado como referência, mas não tem valor de documento legal – apenas como um acordo entre gestante e equipe médica, incorporado nas práticas do que hoje se chama “parto humanizado” (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017). Nessa mesma linha, e visando, dentre outras coisas, diminuir o número de cesarianas realizadas no Brasil, muito maior que o recomendado, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu diretrizes sobre o trabalho de parto, cujo objetivo é reduzir a interferências no seu desenvolvimento natural (OMS, 2018).

Também é notável que, no início da gestação, a maioria das gestantes, independentemente da rede de financiamento de saúde, indiquem preferência pela via vaginal. No entanto, principalmente na rede privada, a tendência é que essa opção inicial se modifique com o desenvolvimento da gravidez (FREITAS; FERNANDES, 2016). A taxa de preferência inicial da via de parto permanece mais ou menos constante na rede pública; no entanto, na rede privada há uma proporção de 55,5% de opção inicial por parto vaginal, mas 89,9% das mulheres são submetidas à cesárea (DOMINGUES *et al.*, 2014). Já segundo NEGRÃO (2017), há uma tendência pela cesária no fim da gestação, de modo que a proporção de grávidas que optam pelo parto cesário é duas vezes maior no final da gestação, quando comparada com seu início.

Há, enfim, uma influência multifatorial na determinação da via de parto, da mesma forma que a influência dessa decisão faz parte de um processo biológico e psicossocial complexo, com repercussões na vida da mãe, do bebê e de toda a comunidade. Percebe-se que a decisão da via de parto não é exclusivamente médica e baseada em evidências, mas que entram fatores de várias ordens distintas, como: o tipo de financiamento (público ou privado), nível socioeconômico, menor idade da gestante, cor/raça branca, experiências prévias, região geográfica (SILVA *et al.*, 2020; RISCADO; JANNOTI; BARBOSA, 2016),

o nível de escolaridade, a crença no aparato tecnológico como sinal de qualidade no atendimento (DOMINGUES *et al.*, 2014), a experiência de cesáreas prévias (ROVERI; FONSECA, 2016), a possibilidade de programação, a rapidez do procedimento, o medo da dor relacionada ao parto vaginal (CARNEIRO *et al.*, 2015), as influências midiáticas (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015), a possibilidade da escolha da via após o início das contrações (COPELLI *et al.*, 2015), entre outros.

Por isso, o presente trabalho tem por objetivo evidenciar os fatores mais importantes na determinação da via de parto, correlacionando-os com o progressivo aumento do número de cesáreas realizadas no Brasil.

2 | MÉTODOS

Esta é uma revisão integrativa de literatura. As buscas foram realizadas nas plataformas *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Google Scholar*, usando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “cesárea”, “parto normal”, “parto humanizado”, “preferência do paciente” e seus equivalentes na língua inglesa. Filtrou-se artigos em português, espanhol e inglês, abrangendo o período de 2014 a 2020 com base na conveniência ao tema aqui proposto, a originalidade as referências mútuas e foram excluídos os que não estavam conforme o objetivo e/ou que tangenciassem o tema. Dos artigos obtidos em cada plataforma de buscas, após a aplicação dos critérios indicados acima, foram selecionados 40 que atendiam o escopo desta revisão. Pela relevância temática, 4 artigos com data anterior à inicialmente delimitada foram mantidos, quais sejam: DIAS, 2006 e 2008, PATAH, 2011 e LEAL, 2012.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há clara convergência na literatura consultada quanto aos fatores mais importantes na escolha da via de parto. Partindo da realidade da medicina, com suas exigências e problemáticas inerentes, sejam científicas, práticas ou financeiras, passando pela constituição biopsicossocial e étnica da mulher brasileira e sua inserção sociocultural neste país de terceiro mundo, há um verdadeiro bombardeio de intervenções médicas desnecessárias, sobretudo na questão do parto. São intervenções muitas vezes desnecessárias e, por isso, danosas (PATAH; MALIK, 2011; GAMA *et al.*, 2014; COPELLI *et al.*, 2015; MENETRIER; ALMEIDA, 2017).

Essas intervenções, tomadas como desnecessárias e por sua quantidade desproporcional, acabam por tornar o parto vaginal, na visão social ou “memória coletiva” algo antinatural. Há uma desnaturalização do parto vaginal e um processo de legitimação da intervenção cirúrgica (COPELLI *et al.*, 2015).

A convergência da literatura permite que façamos o agrupamento desses fatores em três gêneros, que abarcam mais de uma espécie. São eles: fator médico, fatores sociodemográficos, fatores psicoculturais.

3.1 Fator médico

Como outros procedimentos no modelo atual de medicina, ainda paternalista, a via de parto se tornou uma decisão do médico, dando a aparência de que este é o seu protagonista. Se não é exatamente assim, pelo menos é certo que há o uso de vários subterfúgios para convencer a gestante, dentre os quais a afirmação que a cirurgia é mais segura, usando-se sobretudo o argumento da falta de habilidade técnica na execução de um parto vaginal; há, assim, a possibilidade de “escapar” do parto normal, justificando-se com base numa formação que privilegia as técnicas cirúrgicas (COPELLI et al., 2015; MENETRIER; ALMEIDA, 2017).

A imposição da via de parto, permitida no contexto de uma prática médica paternalista – que coloca o médico como detentor do conhecimento, muitas vezes permite a sobreposição da vontade da parturiente, relegada a uma passividade de coadjuvante no processo (VIANA; MARTINS, 2018). No mesmo contexto, aliás, está o aproveitamento da confiança que geralmente se estabelece entre a mulher e o médico, que pode usá-la para convencer a paciente a se submeter à cesárea, influenciando sub-repticiamente a decisão (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

Além disso, há todo um processo paralelo de mercantilização do parto. De modo geral, é corrente a noção de que a cesárea significa maiores índices de produtividade, maiores lucros e, ainda, por ser realizada em menor tempo. Advoga-se por sua conveniência pela flexibilidade de horários, a possibilidade de agendamento (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016). Essa conveniência pode ser indiretamente comprovada pelo maior número de cesáreas em dias úteis do calendário comercial e em horários similares (RATTNER; MOURA, 2016; FREITAS, FERNANDES, 2016).

Ademais, é possível perceber um fenômeno de perpetuação do procedimento anterior, de modo que a técnica utilizada no parto anterior geralmente é a preferida, seja ela cesárea ou o parto vaginal. No entanto, tendo em vista a defesa e divulgação que se faz em favor da cesariana, os índices desse procedimento tendem à ascensão, especialmente em países que possuem maternidades com alta tecnologia, um modelo biomédico de assistência ao parto, e que ainda não orientam adequadamente sobre as técnicas não farmacológicas de relaxamento e de alívio da dor, e também farmacológicas caso necessário – possivelmente também por haver falta de investimento em tais técnicas – que podem e são utilizadas pela assistência obstétrica durante o parto humanizado (ARIK *et al.*, 2019).

Diante disso, deve ser considerada a questão: qual o principal fator que influencia as mulheres no primeiro parto? Nesse escopo, assim como no presente estudo, não é possível determinar exclusivamente um fator, porém é possível identificar, através do

estudo de DE MATOS *et al.* (2018) que o pilar para a decisão das pacientes estudadas, as quais vivenciaram o parto recorrente na adolescência, está totalmente associado ao fornecimento de informações à mulher, havendo diferença na forma como essas mulheres se portam do primeiro para o segundo parto, tornando-se mais eficazmente as protagonistas das próprias escolhas.

Por último, há uma cultura de judicialização de intercorrências do parto vaginal, que afasta ainda mais o médico. Com o crescimento das ações legais no âmbito da violência obstétrica, a oferta de uma cesárea à paciente renitente é uma sedutora forma de proteção (PATAH; MALIK, 2011).

3.2 Aspectos sociodemográficos

O tipo de financiamento do plano de saúde influencia a decisão da gestante; se não diretamente, pelo menos indiretamente, na formação da noção de procedimentos médicos “comuns” dentro de uma cultura. Deste modo, na rede privada, predominam intervenções desnecessárias em partos vaginais e alto índice de partos cesáreos (ALONSO *et al.*, 2017).

Fatores socioeconômicos, tais como idade, raça, poder aquisitivo, escolaridade e estado civil também interferem na escolha da via de parto. Por exemplo, uma vez que a maioria das mulheres brasileiras são usuárias do SUS, não terão certamente a chance de negociar o parto de sua preferência (PATAH; MALIK, 2011; GAMA *et al.*, 2014) e estão culturalmente conscientes que não tem direito à opção de cesárea eletiva ou programada no sistema único de saúde brasileiro (VELHO; SANTOS; COLHAÇO, 2014).

Já no que tange as experiências vivenciadas pelos familiares, por pessoas próximas e pela própria gestante, bem como sentimentos e sensações experimentadas, e a assistência pré-natal recebida no decorrer do processo, foram considerados fatores indissociáveis para a tomada de decisão da parturiente (MARTINS *et al.*, 2018). Segundo TEIXEIRA, PUGA e SILVA (2020), a escolha da mulher pelo tipo de parto tem como principal influência as opiniões de familiares. Passar pela experiência da maternidade de forma segura, com apoio familiar e com qualidade de atendimento é imprescindível para a gestante, visto que a gestante já tem uma bagagem cultural e familiar de medo, comodismo e superstições sobre o parto implicam nesta escolha. (TEIXEIRA; PUGA; SILVA, 2020).

Quanto à idade, percebe-se um aumento da prevalência de partos cesáreos, conforme aumenta a idade; segundo RATTNER e MOURA (2016), a prevalência é de 38,9% em menores de 20 anos, contra 67,5% em mulheres entre 35 e 39 anos. Já em relação à escolaridade, mulheres com mais tempo de instrução tendem a optar mais pela cesariana que as que estudaram menos. Por sua vez, quanto à etnia, as mulheres de cor branca e amarela optam mais por cesáreas que as indígenas e de pele negra, respectivamente, 64,6% e 60,7% contra 16,2% e 46,5% (PATAH; MALIK, 2011; RATTNER; MOURA, 2016). Por último, mulheres casadas optam mais por cesárea que nos demais estados civis - 63,8% contra 54% (FREITAS; FERNANDES, 2016). Apesar de alguns indicadores deste estudo

apresentarem-se adequados com o que OMS propõe, os maus indicadores maternos e perinatais do Brasil evidenciam a baixa qualidade da atenção obstétrica no nível nacional (RESENDE; LOPES; BONFIM, 2020).

3.3 Aspectos psicoculturais

A formação do imaginário da gestante em relação ao parto também sofre múltiplas influências, dentre as quais destacam-se os discursos midiáticos, os relatos de experiências prévias e as ideias pré-formadas a respeito do parto.

A mídia influencia através de notícias, novelas, filmes, programas de televisão, revistas e redes sociais, fornecendo, na maior parte das vezes, uma visão tão teatral quanto estereotipada do parto vaginal. Isso contribui para a formação de uma imagem distorcida e negativa do parto, com enfoque na demonstração de dor, contorções, sangue, espasmos, gritos e descontrole. Enfim, uma visão aterrorizante ao público em geral, que serve de base para muitas gestantes abominarem a possibilidade de um parto vaginal (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015). Por outro lado, tem crescido a veiculação de informações sobre diferentes tipos de parto e suas indicações dentre eles o parto humanizado associado ao parto vaginal, o acesso a esse tipo conteúdo também influencia na decisão final da gestante (HOBO, 2018). Nesse sentido, é necessário ressaltar a importância do pré-natal como instrumento educativo para auxiliar as gestantes no esclarecimento de dúvidas (FEITOSA *et al.*, 2017).

A experiência prévia de parto é um forte determinante da escolha do tipo de parto, com uma tendência a que as mulheres que já fizeram cesariana preferirem optar por fazê-la novamente, do mesmo modo que as que fizeram parto vaginal também desejam repetir sua escolha. Os antecedentes obstétricos são muito relevantes na decisão da via de parto, sobretudo quanto à satisfação com o parto e pós-parto prévios (BRACHA *et al.*, 2017; FREITAS; FERNANDES, 2016; ROVERI; FONSECA, 2016).

Na mesma chave, a dor, a expectativa de dor e o medo da dor denominado tocofobia exercem papel de máxima influência na escolha da via de parto. Muitas mulheres que antes tinham optado pelo parto vaginal, optam pela cesárea, se ela lhes for oferecida no momento da dor (LEAL *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014; COPELLI *et al.*, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2017). A cesariana, aqui, aparece como sucedâneo da angústia e sofrimento atual do parto normal; omite-se, de modo geral, que o relato de dor no pós-parto vaginal é menor e as chances de dor extrema são 82% menores nas mulheres submetidas ao parto vaginal (MASCARELLO *et al.*, 2018).

Por último, o parto cirúrgico oferece uma conveniência que geralmente o parto vaginal não pode oferecer: a comodidade e conveniência de uma data e um horário. Isso permite tanto a adequação da maternidade à escassez de tempo da era contemporânea, refletindo a influência macrocultural na escolha da via de parto, bem como a realização de preparativos festivos, planejamento financeiro e laboral, atendendo a uma necessidade

comum das parturientes de dar sentido peculiar à sua experiência: local, cenário, atores e papéis (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; MARTINS *et al.*, 2018).

4 | CONCLUSÃO

A decisão pela via do parto é um processo complexo e multifatorial, havendo interferência não só de fatores médicos - preferência e até imposição do profissional no sentido da cesariana, da mercantilização do parto e do viés jurídico - como também dos elementos socioeconômicos e demográficos, a exemplo de idade, poder, aquisitivo, etnia, escolaridade, estado civil, opinião familiar e relações trabalhistas. Além disso, nota-se também a influência do discurso midiático, das experiências prévias e das ideias pré-formadas, os quais são fatores de grande peso psicocultural. Deste modo, destaca-se a importância de se incentivar formas de partos que visem à segurança e ao bem-estar tanto da parturiente quanto do bebê, entendendo que cada parto merece uma prescrição consistente, individualizada, única e humanizada. São necessários, assim, mais estudos que descrevam melhor essa realidade, bem como a criação e ampliação de programas que conscientizem tanto as gestantes quanto os médicos, em relação à sua conduta.

REFERÊNCIAS

ALONSO, B. D., *et al.* **Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study.** Revista de saúde pública, v. 51, p. 101-110, 2017.

ARIK R. M. *et al.* **Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, p. 46-54, 2019.

BACHA, A. M., *et al.* **Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento.** Revista de Administração em Saúde, v. 17, n. 66, p. 1-19, 2017.

BLACK, M., *et al.* **Planned cesarean delivery at term and adverse outcomes in childhood health.** Jama, v. 314, n. 21, p. 2271-2279, 2015.

CARNEIRO, L. M. A., *et al.* **Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 5, n. 2, p. 1574-1585, 2015.

COPELLI, F. H. S., *et al.* **Determinants of women's preference for cesarean section.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

DE MATOS G. C. *et al.* **Parto normal ou cesárea na adolescência: de quem é a decisão?** Revista de enfermagem UFPE *online*, Recife, v.12, n. 6, p. 1681-1687, jun. 2018.

DIAS, M. A. B., *et al.* **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1521-1534, 2008.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.** Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2647-2655, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M., *et al.* **Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth.** Cadernos de saúde pública, v. 30, p. S101-S116, 2014.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* **Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas.** Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental *Online*, v. 9, n. 3, p. 717-726, jul./set. 2017.

FREITAS, P. F.; FERNANDES, T. M. B. **Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 19, p. 525-538, 2016.

GAMA, S. G. N., *et al.* **Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011- 2012.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S117-S127, 2014.

HOBO, T. M. W. **A intenção da via de parto em mulheres nulíparas e os fatores associados a essa escolha.** 2018. 24 p. Dissertação (Pós-graduação em Reabilitação do Assoalho Pélvico) – Faculdade de Fisioterapia, Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília, 2018.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. **Via de parto preferida por puérperas e suas motivações.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2017.

LEAL, M. D. C., *et al.* **Birth in Brazil: national survey into labour and birth.** Reproductive health, v. 9, n. 1, p. 15-22, 2012.

MARTINS, A. P. C. *et al.* **Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 32, p. 1-11, 2018.

MASCARELLO, K. C., *et al.* **Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, p. 1-13, 2018.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. **Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência.** Saúde e Pesquisa, v. 9, n. 3, p. 433-441, 2017.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. **A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015.

NEGRÃO, A. C. B. M. **Iniciativas para diminuir o número de cesáreas excessivas no Brasil: Projeto Parto Adequado.** 2017. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. **Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 16, n. 1, p. 39-47, 2016.

RESENDE, M. T. S.; LOPES, D. S.; BONFIM, E. G. **Perfil da assistência ao parto em uma maternidade pública.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, n. 3, p. 871-878, jul./set. 2020.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. **A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.

ROVERI, L. L.; FONSECA, M. R. C. C. **Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto em uma maternidade no interior de São Paulo.** Revista Saúde, v. 10, n. 3-4, p. 8-21, 2016.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F. **Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade.** Interface -Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, p. 1-14, 2020.

SHARMA, S.; DHAKAL, I. **Cesarean Vs Vaginal Delivery: An Institutional Experience.** Journal of the Nepal Medical Association, v. 56, n. 209, p. 535-539, 2018.

SILVA, T. P. R. *et al.* **Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, p. 1-7, 2020.

SILVEIRA, J. A. *et al.* **Conhecimento das Mulheres quanto às Vias de Parto: Trajetória entre a Escolha e a Realização.** In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/6088/2060>. Acesso em: 10 de jan de 2019.

SUÁREZ-CORTÉS, M., *et al.* **Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado.** Revista latino-americana de enfermagem, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.

TEIXEIRA, W.; PUGA, N. M.; SILVA, B.. **Relação gestante-familiar na escolha da via de parto.** Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão, p. e25797-e25797, 2020.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A. D.; COLLAÇO, V. S. **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

VIANA, R. F.; MARTINS, G. F. **Empoderamento da mulher no parto humanizado.** Revista Brasileira de Ciências da Vida, v. 6, n. Especial, p.1-7, 2018.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/04/2021

Data de submissão: 27/01/2021

Thaís Vicente Abreu

Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional em saúde com ênfase em Atenção Básica/Saúde na Universidade Feevale.

Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5367509563641462>

Maristela Cássia de Oliveira Peixoto

Mestre e Doutoranda em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4067287415762416>

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo identificar a percepção do Agente Comunitário de Saúde acerca da violência doméstica contra a mulher. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado com 10 Agentes Comunitários de Saúde que atuam em uma Unidade de Saúde da Família de um município da região do Vale do Rio dos Sinos no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, no período de outubro a novembro de 2020. Utilizou-se a análise de conteúdo temática, resultando em três categorias: Culpabilização da vítima; Ineficácia da justiça e; Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para as mulheres vítimas de violência doméstica. A partir da

análise dos dados constatou-se a necessidade de promover estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, através do investimento de programas de educação continuada e permanente aos profissionais envolvidos direta e indiretamente no atendimento das mulheres vítimas desta violência, assim como investimentos no fortalecimento da rede de atenção, a fim de qualificar a assistência às mulheres vítimas desta violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Doméstica. Violência contra a Mulher, Agente Comunitário de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE PERCEPTION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT

ABSTRACT: This study aims to identify the perception of the Community Health Agent about domestic violence against women. This is a descriptive qualitative study, conducted with 10 community health agents working in a Family Health Unit in a city of Rio dos Sinos Valley region in the state of Rio Grande do Sul. The data were collected through the application of semi-structured interviews with open and closed questions, in the period from October to November 2020. We used the thematic content analysis, resulting in three categories: victim blaming; Ineffectiveness of justice and; Primary Health Care as a gateway for women victims of domestic violence. From the data analysis it was found the need to promote coping strategies of domestic violence against women, by investing continuously and continuing education programs for direct professional and indirectly involved

in the care of women victims of violence, as well as investments in strengthening the care network in order to qualify assistance to women victims of this violence.

KEYWORDS: Domestic Violence, Violence Against Women, Community Health Workers, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Considera-se violência intrafamiliar/doméstica aquela “[...] que ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente [...]” (MINAYO, 2006, p. 80). Entende-se, ainda, a violência doméstica como toda e qualquer ação ou omissão que venha a prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica, liberdade e/ou o direito pleno ao desenvolvimento de outra pessoa da família (BRASIL, 2016). Salieta-se que a violência doméstica não se limita ao espaço físico onde a violência ocorre, ela também diz respeito às relações em que se constrói e se efetua.

Logo, ela pode ser acometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, ou por pessoas que vieram a assumir função parental, mesmo que sem laços consanguíneos, ou ainda por outros membros do convívio familiar sem função parental, mas que convivam no ambiente doméstico, tais como, empregadas (os) domésticas (os) e agregados (MINAYO, 2006; BRASIL, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS, bem como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços. Logo, a APS constitui-se também como a principal porta de entrada para o atendimento de mulheres vítimas de violência e/ou em situação de violência doméstica. Para além, destaca-se que os espaços que contemplam a APS são privilegiados para identificar estas mulheres, principalmente, pela maior vinculação e proximidade com as usuárias (BRASIL, 2017; MOREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2017).

Esta proximidade se dá pela inserção da APS nos territórios através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é composta por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família (SF), um (a) enfermeiro (a) generalista ou especialista em SF, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Neste cenário, destaca-se o ACS pela sua atuação como principal elo entre a equipe de Saúde da Família, as famílias e os usuários (BRASIL, 2017; FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Ser membro da comunidade e integrar uma equipe de Saúde da Família torna o ACS um profissional estratégico na identificação de casos de violência doméstica contra a mulher. Porém, as dificuldades relacionadas ao reconhecimento da violência e da ação subsequente diante dos casos fazem com que estes profissionais sejam meros espectadores da violência, enquanto poderiam se tornar atores sociais junto a equipe de

saúde, atuando ativamente na prevenção e erradicação da violência doméstica contra a mulher em seus territórios (LIMA; PACHECO, 2016).

Com base nestas considerações, associadas a leituras referentes ao tema, questiona-se: qual a percepção do ACS acerca da violência doméstica contra a mulher? E, a fim de responder a questão apresentada, o objetivo do estudo foi identificar a percepção do ACS acerca da violência doméstica contra a mulher.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o avanço do conhecimento nesta temática, e conseqüentemente, para a melhoria da assistência às mulheres vítimas de violência doméstica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município da região do Vale do Rio dos Sinos no estado do Rio Grande do Sul (RS).

Os participantes do estudo foram ACS que atuam na USF alvo da pesquisa. A previsão era que todos os ACS participassem do estudo, o que contabilizaria um total de 15 profissionais. Entretanto, seguindo os critérios de exclusão pré-estabelecidos no projeto da pesquisa, indivíduos menores de 18 anos, que estejam atuando como ACS há menos três meses e, aqueles que não concordarem em participar do estudo e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mesmo com as perdas, esse número de entrevistados permitiu a saturação dos dados, que ocorre em um dado momento da pesquisa em que nenhum dado novo é obtido. (GLASER; STRAUSS, 1967 apud MINAYO, 2017, p. 5). Desse modo, obteve-se a participação de 10 ACS na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, no período de outubro a novembro de 2020. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo, a qual se divide em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento/interpretação dos resultados obtidos. (MINAYO, 2010).

A pré-análise consiste na leitura e análise do material de pesquisa escolhido, que se constitui a partir de três fases: da leitura flutuante; da constituição do corpus e; da formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, a de exploração do material, analisa-se individualmente cada depoimento coletado, extraindo palavras, frases ou expressões significativas, que serão categorizadas de forma temática conforme a similaridade do seu conteúdo e o tema em comum. Após isso, busca-se através da generalidade dos relatos entender os aspectos mais comuns de todos os depoimentos, sendo a partir destes dados possível então propor inferências e realizar interpretações, relacionando-as com o quadro desenhado inicialmente e, por fim, a análise dos significados identificados, com o objetivo de interpretar a essência da fala do entrevistado. Concluindo assim, a terceira e última etapa da análise. (MINAYO, 2010).

Esta pesquisa seguiu todos os aspectos éticos conforme as determinações da Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 2012). A coleta de dados iniciou somente após a aprovação do projeto pelo do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) do município em questão e posteriormente da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP da Universidade Feevale sob registro CAAE: 36921020.4.0000.5348 e parecer nº: 4.296.777 em 24 de setembro de 2020. Nesta pesquisa, foi garantido o sigilo sobre os dados de identificação dos participantes, para tal, os participantes foram identificados com codinomes de flores.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em relação ao perfil dos ACS que participaram da pesquisa, a média de idade dos participantes foi de 39 anos, em relação ao nível de escolaridade houve um predomínio de ensino médio completo. E, em relação ao tempo de atuação como ACS há uma variável de tempo, onde se tem profissionais que trabalham há mais de dez anos, juntamente com profissionais que estão inseridos há pouco mais de dois anos na USF.

A partir do conteúdo das entrevistas, emergiram três categorias temáticas: Culpabilização da vítima; Ineficácia da justiça e; Atenção Primária à Saúde como porta de entrada para as mulheres vítimas de violência doméstica. A seguir apresenta-se os resultados e as respectivas discussões de cada categoria.

3.1 Culpabilização da vítima

Cerqueira e Coelho (2014, p. 2) retratam a violência de gênero como um “reflexo direto da ideologia patriarcal, que demarca explicitamente os papéis e as relações de poder entre homens e mulheres”. Consequentemente ao patriarcalismo surge a cultura machista, sendo disseminada de forma implícita e/ou explícita, na qual a mulher é considerada objeto de desejo e propriedade do homem o que, por fim legítima e alimenta diversos tipos de violência. Os autores afirmam que isso ocorre por dois caminhos: pela culpabilização da vítima pelo próprio ato que ela foi acometida e, concomitantemente colocando o executor de tal ato como a vítima, ou seja, inversão de papéis e culpabilização da vítima e; “[...] pela reprodução da estrutura e simbolismo de gênero dentro do próprio Sistema de Justiça Criminal (SJC), que vitimiza duplamente a mulher” (CERQUEIRA; COELHO, 2014, p. 2).

Em confirmação a isso cita-se os resultados divulgados em 2016 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Datafolha, de uma pesquisa realizada com a população brasileira sobre a percepção da violência sexual e o atendimento a mulheres vítimas de estupro nas instituições policiais. Esta pesquisa reflete o quanto a mulher é culpabilizada pelo crime de violência sexual ao identificar que um terço da população brasileira, entre homens e mulheres, atribui a causa do estupro como uma consequência

do comportamento da mulher, os quais afirmam que as mulheres que se dão ao respeito não seriam estupradas. Esta culpabilização acaba por afastar as vítimas de realizar e/ou dar prosseguimento com a denúncia do crime, além do péssimo atendimento e a falta ou nenhuma capacitação dos profissionais para essa demanda. De acordo com os resultados da pesquisa, 50% dos brasileiros desacreditam que a Polícia Militar esteja preparada para atender estas mulheres e 42% dizem o mesmo da Polícia Civil. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO DE PESQUISA DATAFOLHA, 2016).

Percebe-se nas falas a seguir o sentimento de culpabilização da vítima pela violência sofrida e falta de ação pelo ato sofrido.

"[...] as pessoas não sabem o potencial que tem, tem muita gente que não acredita em si, mas tem muito potencial. E, se permite viver uma vida de flagelo em cima de uma violência doméstica, isso é muito ruim" (Azaleia).

"[...] A maioria eu acho que elas gostam, elas gostam de ficar naquela situação delas ali, porque a maioria [...] tem como sair, tem outras que não, mas [...] a maioria tem como sair e não sai porque elas não querem" (Orquídea).

"[...] elas fazem bastante (denúncia). Daí ao mesmo tempo tem muita mulher que dá parte e daí depois [...] ganham um presentinho e volta atrás. [...] vai lá e retira, porque ele pode ser preso né. [...] então a mulher parece que, no geral assim, perdeu muito a credibilidade por causa disso, daí as pessoas, até a gente (ACS) fica meio sabe, será que? [...] vida de marido e mulher não se mete a colher, tu deve se meter, eu acho que deve se meter até um certo ponto, mas muito não assim, porque elas voltam, sabe, daí perdeu muita credibilidade por causa disso [...]" (Cravo).

"[...] eu ainda considero que é falta de amor próprio, como não aprenderam a se amar, elas automaticamente se submetem aquilo (violência doméstica)" (Lírio).

A violência, bem como a discriminação de gênero contra as mulheres é identificada como uma cultura arraigada, institucionalizada e imposta há décadas. Sabe-se que a sociedade ainda cultiva valores e ações que incentivam a violência, o que mostra a necessidade de tornar a consciência de que a culpa é de todos. O fundamento é cultural e que perpassa da desigualdade o que resulta em uma relação de poder, ou seja, de dominante e dominado. Tais posturas acabam sendo afirmadas e reafirmadas pelo Estado e pela sociedade, sendo assim percebe-se o absoluto descaso com a violência doméstica contra a mulher (DIAS, 2007; HADDAD, 2017).

A cultura patriarcal, naturalizada e legitimada está presente em aulas, propagandas, no meio jurídico através de publicações, ações e decisões judiciais, bem como no senso comum, o qual atribui à mulher a culpa pela violência sofrida (PESSOA, 2017). Logo, constata-se que a culpabilização da vítima está entrelaçada em nossa cultura, não sendo exclusividade de uma parcela de pessoas da sociedade. Para além, salienta-se a

necessidade de uma reestruturação das políticas públicas em todos os âmbitos, além da inserção da temática sobre violência contra a mulher nos ambientes escolares, bem como na formação acadêmica de profissionais envolvidos na assistência destas mulheres. Visto que a ausência desta abordagem leva ao direcionamento e tomada de decisões baseadas somente nas questões objetivas dos casos, daquilo considerado tangível, o que leva os profissionais a desconsiderarem a subjetividade presente em cada situação.

3.2 Ineficácia da justiça

Os participantes apontam que as mulheres vítimas de violência disponibilizam de poucos recursos, as quais quando buscam os meios legais através da denúncia em delegacias e o acionamento da Lei Maria da Penha, elas encontram inúmeros percalços no caminho, entre os quais destaca-se o julgamento e a culpabilização da vítima por parte de quem deveria acolhe-la e conduzi-la para ao melhor desfecho. Tais constatações que exemplificadas nas falas a seguir.

“Ao meu ver assim, eu acho importante a mulher procurar ajuda, só que ao mesmo tempo eu considero um pouco mais perigoso, porque dependendo do parceiro que ela tenha né, que ela esteja sofrendo essa violência, a ajuda que ela for procurar muitas vezes é vista com outros olhos né, dependendo a pessoa [...] que atendeu ela, que fez o primeiro atendimento muitas vezes, faz um julgamento com a mulher culpando ela, que a maioria dos casos que a gente ouve falar é isso. Então eu acho [...] essa parte difícil da mulher fazer por conta disso, por conta do julgamento [...] da pessoa que está atendendo, o profissional que está atendendo ela, que muitas vezes ao invés de ajudar de dar apoio para essa mulher, acaba colocando a autoestima dela mais para baixo ainda” (Girassol).

“Olha, eu já vi algumas que tiveram coragem de ir, pedir ajuda na delegacia [...] e ficou enrolado até agora, tipo (ela) [...] foge do ex companheiro e tudo, tem a medida preventiva, mas eles não respeitam [...] e daí elas acabam que meio que fugindo sempre porque elas têm medo, [...] de que elas sabem que eles não vão respeitar a medida protetiva né, então elas acabam indo morar em outro lugar e fugindo sempre de medo” (Tulipa).

“E infelizmente tu não ganha o apoio lá (delegacia) (tristeza na voz). Tu não ganha assim, é complicado a gente falar, deveria ser, mas eu já fui acompanhar uma que a delegada riu da cara dela, então é complicado isso, sabe se torna triste para a gente, porque tu está levando a pessoa para buscar um apoio onde não tem [...]” (Lírio).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa DataSenado em parceria com o Observatório da Mulher contra a Violência, publicada em dezembro de 2019, a qual aborda a percepção das brasileiras sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta pesquisa revela que aproximadamente 36% das brasileiras já sofreram violência doméstica ao longo de suas vidas. Destas mulheres, cerca de 24% ainda convivem com o agressor,

34% dependem dele economicamente e 31% afirmam não terem feito nada em relação a última violência sofrida. Destaca-se, que somente 32% destas mulheres procuraram alguma delegacia, a fim de realizar uma denúncia formal da violência sofrida e, apenas um quarto das mulheres vítimas desta violência buscaram atendimento de saúde após agressão (INTITUTO DE PESQUISA DATASENADO, 2019).

Alves e Oliveira (2017, p. 66) consideram “[...]assustador e inacreditável constatar que, em pleno século XXI, uma parcela considerável das mulheres não denuncia os crimes por medo ou vergonha [...]”. A opressão, julgamento e discriminação a qual a mulher é submetida a leva a assumir uma culpa que não é sua, bem como a responsabilidade do crime que ela foi acometida. A denúncia da violência deveria ser um recurso utilizado pelas vítimas, principalmente pelo seu fundamento de trazer a responsabilidade o autor de seus crimes, entretanto na prática não é algo factível, sendo assim a ausência de denúncia favorece a perpetuação e a repetição da violência contra a mulher. (ALVES; OLIVEIRA, 2017).

Salienta-se que, para que as mulheres realizem as denúncias se faz necessário que o Estado ofereça condições mínimas para isso, tais como proteção, segurança e a garantia de seus direitos constitucionais. Além disso, sabe-se que as estruturas de delegacias são burocráticas e sobrecarregadas, logo o resultado prático da denúncia demora a aparecer e ainda existe o risco de o registro do Boletim de Ocorrência ser negado por falta de provas, pois a palavra da mulher por vezes não é suficiente. (ALVES; OLIVEIRA, 2017).

3.3 Atenção primária à saúde como porta de entrada para as mulheres vítimas de violência doméstica

Para os participantes a APS, em especial as USF, constituem-se em um dos locais mais procurados pelas mulheres durante a sua vida em busca de assistência à saúde, através, por exemplo, assistência relacionada ao planejamento familiar, a realização de exames preventivos, a realização e acompanhamento de pré-natal, aplicação de vacinas, entre outros. Logo, destacou-se que a procura da mulher por este serviço não a coloca em evidência para seu parceiro, o qual não associa a USF como um local de denúncia da violência doméstica e/ou que envolve a polícia e/ou outros serviços distintos da saúde. Tais constatações que são exemplificadas nas falas a seguir.

“Eu acho que do jeito que está hoje, como USF é sim, porque elas já sentem que a gente abrange toda família, não é só ela como indivíduo, é a família inteira. [...] e, porque ele (o parceiro), muitas vezes ele já veio junto, então, eu acho que aqui [...] uma forma bem mais prática e rápida de conseguir um socorro para elas. [...] pra mim a parte mais difícil assim, é tu tocar no assunto na casa da pessoa, com ela, porque para mim é mais fácil dizer assim, quem sabe tu vai na unidade, conversa com as meninas, porque aqui já é mais neutro, é um território neutro, e lá não, lá o território é deles” (Gérbera).

“Ela é uma referência (USF), porque as vezes elas não acham que aquilo é uma violência doméstica, que aquela depressão que elas estão entrando, daí elas vão por aqui (USF), elas chegam a uma resolução” (Alecrim).

“[...] aqui é um lugar de consulta e coisas, nada a ver com polícia essas coisas, sim com certeza que, até [...] algumas que se abrem com vocês [...] (Jasmim).

As instituições de saúde se tornaram uma referência, sendo uma das principais portas de entrada das mulheres para o relato e/ou denúncia da situação de violência em que vivem ou viveram, sobretudo as USF. Neste contexto, o profissional que acolher esta mulher dentro das instituições de saúde, deve ter uma atitude acolhedora, digna, ética e respeitosa, pois este é um momento de grande vulnerabilidade para essas mulheres (BAPTISTA et al., 2015).

Os ACS devem residir no mesmo território em que a ESF está inserida, logo são os profissionais da equipe de saúde que estão mais próximos da população adscrita, vivenciando a realidade da comunidade diariamente. Com isso, eles acabam tendo acesso a informações privilegiadas e fundamentais sobre os usuários e suas famílias, os permitindo ter um contato direto sobretudo com a violência doméstica (SCARANTO; BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO, 2007; FONSECA et al, 2009). Logo, o ACS se torna o elo principal entre a USF e a comunidade, conforme observa-se na fala a seguir.

“[...] muitas [...] me chamam para contar o que está acontecendo, que a gente, o agente de saúde vira um confidente para eles, então perguntam, e daí geralmente, assim, será que lá no posto eu encontro ajuda que eu necessito? Eu disse sim, vai, conversa, daí digo, se é da minha área, digo vai conversar com o enfermeiro tal, [...] que eles vão saber te dar uma luz, mas eles procuram, procuram o agente de saúde para procurar a unidade. [...]. Primeiro o agente de saúde, para depois procurar a unidade. Eu creio que a gente passa tipo uma segurança para eles [...]” (Hortência).

Os ACS, entre outras atribuições, destacam-se seu papel essencial no desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da saúde, de vigilância em saúde através das visitas domiciliares e de ações educativas tanto individuais como coletivas. Pela característica do ACS morar no território, sua atuação tem por base a vinculação e o conhecimento dos modos e hábitos dos usuários e família, pactuando ações mais tangíveis e eficazes para essa população, tendo por base as reais necessidades de saúde, garantindo assim a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Logo, salienta-se que a atuação dos ACS no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher é de suma importância, pois através das visitas domiciliares que a maioria das violências são identificadas e/ou denunciadas. Logo, sem as visitas dos ACS e de seu conhecimento e inserção no território, certamente os casos e as situações de violência doméstica permaneceriam encobertos, favorecendo assim para a invisibilidade

e o silenciamento do problema, bem como da naturalização da violência vivenciada pela mulher (JARDIM; LANCMAN, 2009; DAHMER, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A culpabilização da vítima está arraigada em nossa sociedade e em nossa cultura, tal qual que se evidenciou nesta pesquisa como sendo a temática mais citada entre os participantes. Logo, a desconstrução patriarcal e da cultura machista se faz necessária e urgente. Além disso, estas constatações reforçam a necessidade de promover estratégias de enfrentamento dessas situações, investindo em programas de educação continuada e permanente aos profissionais envolvidos direta e indiretamente no atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica, assim como investimentos no fortalecimento da rede de atenção, a fim de qualificar a assistência às mulheres vítimas desta violência.

Os serviços e as instituições de saúde correspondem a um dos locais mais privilegiados para a identificação dos casos de violência, de tal forma que possuem um papel fundamental na definição e articulação dos serviços e setores, que de forma direta e/ou indireta atendem às situações de violência contra a mulher. Entretanto, apesar de constatado este importante papel das equipes de saúde, o que inclui o ACS, destaca-se a nítida descrença dos profissionais entrevistados na rede e em como ela se articula, bem como nos instrumentos legais existentes e os recursos para os casos de violência contra a mulher. Tal postura que se justifica, principalmente pela ineficácia da justiça, da falta de suporte a vítima durante e após a denúncia e pelos constantes retornos das vítimas para com seus parceiros ou ex-parceiros. Considera-se que essa descrença na rede e na justiça pelos entrevistados pode ser associada ao desconhecimento do papel ativo que os profissionais possuem na definição e na articulação da rede.

Para uma mudança efetiva sugere-se uma maior articulação entre os serviços que compõem a rede de enfrentamento e combate à violência contra a mulher, os quais devem priorizar a assistência à vítima de forma integral e humanizada, prezando por um bem maior que é a vida e a saúde da mulher.

Estas constatações evidenciam a magnitude da violência contra a mulher, o que a torna um problema de saúde pública a ser enfrentado. Além de, mostrarem a relevância da pesquisa sobre a temática de violência doméstica na APS sob a percepção do ACS. Logo, quanto mais plurais forem as pesquisas sobre o tema, maiores as possibilidades de fomentar políticas públicas, inclusive, na área da saúde, que venham ao encontro das perspectivas de erradicação da violência doméstica e de fortalecimento de mulheres, vítimas desta violência.

Ressalta-se que este estudo não esgota em sua totalidade a temática referente à violência doméstica contra a mulher, principalmente devido a sua complexidade. Contudo, espera-se que os resultados obtidos e as reflexões realizadas neste estudo contribuam

para o maior aprofundamento e conhecimento da temática, estimulando a promoção de ações e estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher sob uma perspectiva mais acolhedora e humanizada e de uma melhor articulação de rede.

REFERÊNCIAS

ALVES, Wiliana Alexandre; OLIVEIRA, Maria Tereza de. A Lei Maria da Penha e o enfrentamento à violência contra a mulher. In: NETO, Cornélio Alves de Azevedo; MARQUES, Deyvis de Oliveira (org.). **Leituras de direito: violência doméstica e familiar contra a mulher**. Natal: TJRN, 2017. p. 49-71. *E-book*. Disponível em: <https://www.amb.com.br/fonavid/files/livro-fonavid.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

BAPTISTA, Rosilene Santos et al. **Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. [S.l.], v. 16, n.0 2, p. 210-7, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/2710/2094>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 02 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 dez. 2020.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. Brasília, DF: Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA), 2014. (Nota Técnica, n. 11). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5780/1/NT_n11_Estupro-Brasil-radiografia_Diest_2014-mar.pdf. Acesso em: 04 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020.

DAHMER, Edilene Beatriz. **Desafios e potencialidades do trabalho do agente comunitário de saúde diante da violência doméstica contra as mulheres no município de Matinhos – Paraná**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Questão Social) – Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos: Paraná, 2012. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45436/R%20-%20E%20-25%20EDILENE%20BEATRIZ%20DAHMER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 dez. 2020.

DIAS, Maria Berenice. **A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. **Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 03, p. 899-915, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et. al. **Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 17, n. 06, nov./dez.2009. Não paginado. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_08.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; INSTITUTO DE PESQUISA DATAFOLHA. **Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais.** São Paulo, set. 2016. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2017/01/FBSP_Policia_precisa_falar_estupro_2016.pdf. Acesso em: 04 dez. 2020.

HADDAD, Amini. Um necessário perfil de análise da lei maria da penha: diferenças entre discriminação de gênero e a discriminação em razão das identidades transgêneros e de orientação sexual. In: NETO, Cornélio Alves de Azevedo; MARQUES, Deyvis de Oliveira (org.). **Leituras de direito:** violência doméstica e familiar contra a mulher. Natal: TJRN, 2017. p. 209-230. *E-book*. Disponível em: <https://www.amb.com.br/fonavid/files/livro-fonavid.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO. **Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher:** pesquisa DataSenado. Brasília, dez. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/violencia-contra-a-mulher-agressoes-cometidas-por-2018ex2019-aumentam-quase-3-vezes-em-8-anos-1>. Acesso em: 06 dez. 2020.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade:** a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.13, n.28, p.123- 35, jan./mar. 2009. Disponível em: https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/9116/art_LANCMAN_Aspectos_subjetivos_do_morar_e_trabalhar_na_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 16 dez 2020.

LIMA, Nayara de Jesus Souza de Oliveira; PACHECO, Leonora Rezende. **Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde.** Rev. enfermagem UFPE online, Recife, v. 10, p. 4279-85, nov. 2016, supl. 05. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11174/12710>. Acesso em: 02 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 05, n. 07, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 02 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006. Ebook. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga et al. **A construção do cuidado:** o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568/91452>. Acesso em: 02 dez. 2020.

PESSOA, Adélia Moreira. 11 anos da Lei Maria da Penha: avanços e desafio. In: NETO, Cornélio Alves de Azevedo; MARQUES, Deyvis de Oliveira (org.). **Leituras de direito:** violência doméstica e familiar contra a mulher. Natal: TJRN, 2017. p. 331-357. *E-book*. Disponível em: <https://www.amb.com.br/fonavid/files/livro-fonavid.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SCARANTO, Catarina Antunes Alves; BIAZEVIC, Maria Gabriela Haye; MICHEL-CROSATO, Edgard. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher.** Psicologia ciência e profissão, v. 27, n. 04, p. 694-705, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a10.pdf>. Acesso em: 12 dez 2020.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira et al. **Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência**. *Enferm. Foco*, Brasília, v. 08, n. 03, p. 70-4, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1290/403>. Acesso em: 02 dez. 2020.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. **Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.22, p.223-38, maio/ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>. Acesso em 16 dez. 2020.

SOBRE O ORGANIZADOR

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 (2018-2020) 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.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agente Comunitário de Saúde 190, 199, 200
Aleitamento Materno 70, 71
Apoio Social 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25
Assistência de Enfermagem 132, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 142, 144
Atenção Primária em Saúde 69
Avicultura 147, 150, 151, 153

B

Bem-Estar Animal 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

C

Câncer de Próstata 100, 101
Ciência dos Dados 34, 35, 36, 37, 39, 40
Cirurgia Bariátrica 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 117

D

Desmame Precoce 70
Desperdício de Alimentos 145, 147, 148, 151, 153

E

Especialidade Médica 26, 27, 28, 32, 33
Estados Unidos da América 119
Estudante de Medicina 32

F

Filariose Linfática 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 56

G

Gestante 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 189
Gestão Hospitalar 34

H

Hanseníase 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144
Hospital Universitário 37, 40, 123, 173, 174, 176

I

Informação em Saúde 127, 173, 174, 176

N

Novembro Azul 100

O

Obesidade Mórbida 102, 103, 104, 113, 115

Organização Internacional do Trabalho 120

Orientação Profissional 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Outubro Rosa 95, 96, 97, 98

P

Parto 175, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189

Prevenção Primária 96, 100

Profissionais de Saúde 60, 67, 74, 75, 79, 81, 93, 96, 97, 101, 113, 114, 115, 117, 118, 122, 156

Psicologia 24, 26, 29, 30, 31, 33, 55, 59, 121, 200

R

Roda de Conversa 19, 70, 72, 73, 74, 79, 114

S

Saúde da Mulher 72, 95, 96, 97, 198

Saúde do Homem 57, 58, 59, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 99, 100, 101

Síndrome de Burnout 118, 119, 120, 121, 122

Sistema de Saúde 60, 63, 113, 123, 124, 125, 127, 129, 130, 155, 156, 175, 187

Sistema Único de Saúde 27, 54, 67, 185, 199

U

Unidade Pediátrica 72, 73, 74, 79

V

Violência Contra a Mulher 195, 196, 198, 199

Violência Doméstica 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

5

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Dinamismo e Clareza no Planejamento em Ciências da Saúde

5

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br