

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 11

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

 **Atena**
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 11

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 11 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v. 11) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-403-0 DOI 10.22533/at.ed.030191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A multidisciplinaridade intrínseca nesta coleção é algo que temos discutido a cinco anos no centro oeste do país através do evento científico denominado CoNMSaúde. Sabemos que a saúde necessita urgentemente de rever alguns conceitos quanto à colaboração efetiva de todos os seus profissionais, e exatamente por isso temos buscado a cada ano reunir mais de doze áreas da saúde para debater ciência e dialogar juntos sobre os avanços da saúde em todos os seus aspectos. Vários pontos temos levantado a cada ano, todavia tem sido muito claro e notória a importância da orientação do acadêmico quanto à necessidade de trabalhar e cooperar com as áreas da saúde afins ao seu curso.

Assim a coleção “Ciências da Saúde: da teoria à prática” abordou de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. Além disso, todo o conteúdo reuniu atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, que analisam a saúde em diversos dos seus aspectos, percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

O último volume é um fechamento proposital com trabalhos em contextos diferentes da saúde que em determinados aspectos se relacionam e favorecem ao leitor indagações e reflexões quanto ao trabalho inter e multidisciplinar.

Com o dever cumprido finalizamos esta obra apresentando um panorama teórico e prático, propiciando um novo patamar para novas obras e publicações. Destacamos a fundamental importância uma estrutura como a Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem seus resultados. Nosso profundo desejo é que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A DIGNIDADE DA MORTE: O CUIDADO PALIATIVO COMO DIREITO FUNDAMENTAL	
Bruna Rafaeli Oliveira Mariza Schuster Bueno Sabrina Zimkovicz	
DOI 10.22533/at.ed.0301913061	
CAPÍTULO 2	17
A ETNOMUSICOLOGIA APLICADA A PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA	
Aline Veras Moraes Brilhante Ana Maria Fontenelle Catrib Elaine Saraiva Feitosa Epaminondas Carvalho Feitosa	
DOI 10.22533/at.ed.0301913062	
CAPÍTULO 3	30
A MÚSICA COMO FORMA DE EXPRESSÃO DA REALIDADE DE ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL	
Andrea Ruzzi Pereira Mariana Melo Parreira Larissa Nascimento Marques	
DOI 10.22533/at.ed.0301913063	
CAPÍTULO 4	39
A PESQUISA-AÇÃO COMO CAMINHO PROMISSOR PARA INTERVIR FRENTE À VIOLÊNCIA ESCOLAR	
Leilane Lacerda Anunciação Sinara de Lima Souza Maria Geralda Gomes Aguiar (<i>in memoriam</i>) Rosely Cabral de Carvalho Aldalice Braitt Lima Alves	
DOI 10.22533/at.ed.0301913064	
CAPÍTULO 5	54
AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA TREINAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Paulo Roberto Anastacio Fábio De Sordi Junior Emiliana Cristina Melo	
DOI 10.22533/at.ed.0301913065	
CAPÍTULO 6	66
ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE O LETRAMENTO EM SAÚDE E A ADEÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA EM USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CE	
Ingrid Freire Silva Ana Cecília Silveira Lins Sucupira	
DOI 10.22533/at.ed.0301913066	

CAPÍTULO 7 79

ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DO TRASTUZUMABE NO ELENCO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rosali Maria Ferreira da Silva
Melina Maria Soares Freitas
Jean Batista de Sá
Pollyne Amorim Silva
Williana Tôres Vilela
Maria Joanellys dos Santos Lima
Stéfani Ferreira de Oliveira
Aline Silva Ferreira
José de Arimatea Rocha Filho
Pedro José Rolim Neto

DOI 10.22533/at.ed.0301913067

CAPÍTULO 8 90

ANÁLISE DOS INCIDENTES NOTIFICADOS AO NOTIVISA NO ESTADO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2014 A 2017

Giovanna Nunes Belo Mendes
Francisco Airton Veras de Araújo Júnior

DOI 10.22533/at.ed.0301913068

CAPÍTULO 9 99

APROXIMAÇÕES ENTRE FENOMENOLOGIA E O MÉTODO DA CARTOGRAFIA EM PESQUISA QUALITATIVA

Severino Ramos lima de Souza
Ana Lúcia Francisco

DOI 10.22533/at.ed.0301913069

CAPÍTULO 10 112

AS VIVÊNCIAS DE LAZER DE ESTUDANTES INDÍGENAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Angela Ribeiro
Gabriela Machado Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.03019130610

CAPÍTULO 11 123

BUSINESS INTELLIGENCE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA: SOLUÇÕES INOVADORAS PARA A TOMADA DE DECISÃO

Caroline Dias Ferreira
Rômulo Cristovão de Souza
Rodrigo Gomes Barreira

DOI 10.22533/at.ed.03019130611

CAPÍTULO 12 130

CARACTERIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS DO COMÉRCIO AMBULANTE DE ALIMENTOS E BEBIDAS

Carla Cristina Bauermann Brasil
Juliane Pereira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.03019130612

CAPÍTULO 13 143

COMUNIDADE AQUÁTICA: INTERAÇÃO, EXTENSÃO E APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Angela Rodrigues Luiz
Pamylla Cristina Gonçalves Rodrigues
Norton França Souza Moraes
Pabline Lima de Souza Silva
Luana da Silva Santiago

DOI 10.22533/at.ed.03019130613

CAPÍTULO 14 147

CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECENDO A REDE DE SUPORTE FAMILIAR

Mayara Caroline Barbieri
Gabriela Van Der Zwaan Broekman
Regina Aparecida Garcia de Lima
Giselle Dupas

DOI 10.22533/at.ed.03019130614

CAPÍTULO 15 157

DIA MUNDIAL DA ORIENTAÇÃO / *WORLD ORIENTEERING DAY* – OFICINA DE DIVULGAÇÃO DO ESPORTE DE ORIENTAÇÃO NA UFG / REGIONAL CATALÃO

Cibele Tunussi
Carlos Henrique de Oliveira Severino Peters
Valteir Divino da Silva
Alvim José Pereira

DOI 10.22533/at.ed.03019130615

CAPÍTULO 16 164

ECOLOGIA DO TRABALHO DE PESCADORES ARTESANAIS DO MUNICÍPIO DA RAPOSA, MARANHÃO, BRASIL

Maria do Socorro Saraiva Pinheiro
José Manuel Peixoto Caldas

DOI 10.22533/at.ed.03019130616

CAPÍTULO 17 172

ENVELHECER COM QUALIDADE E PARTICIPAÇÃO: EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Priscila Maitara Avelino Ribeiro
Marta Regina Farinelli
Rosane Aparecida de Sousa Martins

DOI 10.22533/at.ed.03019130617

CAPÍTULO 18 181

FITOTERAPIA RACIONAL: ASPECTOS TAXONÔMICOS, AGROECOLÓGICOS, ETNOBOTÂNICOS E TERAPÊUTICOS - ANO 2017

Angela Erna Rossato
Sílvia Dal Bó
Roberto Recart dos Santos
Keli Alves Mengue
Fernando Oriques Pereira
Maria Eduarda Alves Ferreira
Vanilde Citadini-Zanette

DOI 10.22533/at.ed.03019130618

CAPÍTULO 19	202
GRUPO MOVEER: PROJETO DE DANÇA PARA INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL	
Caren Luciane Bernardi	
Bruna Ledur	
Maria Laura Schiefelbein	
Caroline Santos Figueiredo	
DOI 10.22533/at.ed.03019130619	
CAPÍTULO 20	207
IDENTIDADE PROFISSIONAL E A PRÁTICA COLABORATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Elaine Amado	
Rosana Quintela Brandão Vilela	
Maria da Piedade Gomes de Souza Maciel	
DOI 10.22533/at.ed.03019130620	
CAPÍTULO 21	215
INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	
Emir Dirlan Lima de Oliveira	
Cristiane Ferreira dos Santos	
Camile Dalla Corte de Araújo	
Márcia Yane Girolometto Ribeiro	
Catheline Rubim Brandolt	
Dyan Jamilles Brum Maia	
DOI 10.22533/at.ed.03019130621	
CAPÍTULO 22	219
LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA: CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA EM EXTENSÃO	
Gilberto Baroni	
Eduardo de Souza Tolentino	
DOI 10.22533/at.ed.03019130622	
CAPÍTULO 23	225
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Alexia Nascimento Matos de Freitas	
Gizelly Braga Pires	
DOI 10.22533/at.ed.03019130623	
CAPÍTULO 24	235
NOVA REPRESENTAÇÃO DA CADEIA DE VALOR EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	
Maria Benedita Mendes Costa	
Ana Claudia Mendes	
Priscila Fernanda Chaves Morais Boato	
Francisco Antonio Tavares Junior	
Leonardo de Abreu Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.03019130624	

CAPÍTULO 25	241
O BRINCAR E A REALIDADE NO CONTEXTO DA CLÍNICA INFANTIL DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA: UM ESTUDO DE CASO	
Janaína Schultz Jerto Cardoso da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.03019130625	
CAPÍTULO 26	256
O JORNAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PROTAGONISMO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	
Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa Lóren-Lis Araújo Letícia Rebeca Soares Melo Railan Bruno Pereira da Silva Pedro Wilson Ramos da Conceição	
DOI 10.22533/at.ed.03019130626	
CAPÍTULO 27	268
O MODO DE PRODUIR CUIDADO PELOS TRABALHADORES COMO DIMENSÃO DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	
Erica Menezes Magda Scherer Marta Verdi Ana Paula Marques	
DOI 10.22533/at.ed.03019130627	
CAPÍTULO 28	275
PERCEPÇÃO DOS DOCENTES DE UM CURSO DE MEDICINA SOBRE A AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM	
Rafaela Tenório Passos Francisco José Passos Soares	
DOI 10.22533/at.ed.03019130628	
CAPÍTULO 29	287
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PIRIPIRI-PI	
Antonio Evanildo Bandeira de Oliveira Bruna Daniella de Sousa de Lima Maria de Jesus Trindade da Silva Evaldo Sales Leal	
DOI 10.22533/at.ed.03019130629	
CAPÍTULO 30	298
PERDA AMBÍGUA: O LUTO INCERTO	
Winthney Paula Souza Oliveira Silvina Rodrigues de Oliveira Pedro Wilson Ramos da Conceição Mônica dos Santos de Oliveira Jardell Saldanha de Amorim Francisca Tatiana Dourado Gonçalves Rudson Vale Costa Evando Machado Costa Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa Eliane Vanderlei da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.03019130630	

CAPÍTULO 31 307

PET-SAÚDE: O IMPACTO DO PROGRAMA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Narjara Fontes Xavier
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro
Cezar Augusto Muniz Caldas
Carla Andrea Avelar Pires

DOI 10.22533/at.ed.03019130631

CAPÍTULO 32 317

PET-SAÚDE/GRADUASUS: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM FISIOTERAPIA

Natanny Caetano da Silva
Tamine Vitória Pereira Moraes
Leandra Aparecida Leal
Daisy de Araújo Vilela
Patrícia Leão Da Silva Agostinho
Ana Lúcia Rezende Souza
Thaís Rocha Assis

DOI 10.22533/at.ed.03019130632

CAPÍTULO 33 324

POLÍTICAS DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL: NÚMEROS DE UM HOSPITAL ESCOLA

Laryssa de Col Dalazoana Baier
Ana Paula Xavier Ravelli
Suellen Vienscoski
Regiane Hoedtke
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

DOI 10.22533/at.ed.03019130633

CAPÍTULO 34 334

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO MANEJO DE UM CASO CLÍNICO COMPLEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kezia Cristina Batista dos Santos
Tamires Barradas Cavalcante
Gabriela Sellen Campos Ribeiro
Adrielly Haiany Coimbra Feitosa
Mirtes Valéria Sarmiento Paiva
Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

DOI 10.22533/at.ed.03019130634

CAPÍTULO 35 342

REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS DO PACIENTE COM ESTOMIA INTESTINAL DE ELIMINAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS

Francisco João de Carvalho Neto
Maria Mileny Alves da Silva
Renata Kelly dos Santos e Silva
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Ana Karoline Lima de Oliveira
Denival Nascimento Vieira Júnior
Maria da Glória Sobreiro Ramos
João Matheus Ferreira do Nascimento
Zeila Ribeiro Braz
Camila Karennine Leal Nascimento
Maria Luziene de Sousa Gomes
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.03019130635

CAPÍTULO 36 364

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: DIFICULDADE DA EQUIPE DE SAÚDE FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Amanda Ribeiro Figueiredo
Ingrid Karollyne Vilar Ferreira
Alberiza Veras de Albuquerque
Bruna Teles dos Santos Motta
Silvio Conceição Silva
Marilene Dos Santos Farias
Iago Colaço de Souza
Jennifer Oliveira de Araújo
Jamile Cavalcante da Silva
Ítalo Colaço de Souza
Aleksandra Pereira Costa

DOI 10.22533/at.ed.03019130636

CAPÍTULO 37 380

SERVIÇOS DE SAÚDE E A INCLUSÃO MASCULINA: VIVÊNCIAS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM MALFORMAÇÃO FETAL NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL

Géssica Martins Mororó
Aline de Carvalho Martins

DOI 10.22533/at.ed.03019130637

CAPÍTULO 38 385

SISTEMA AGROFLORESTAL EM UNIDADES DE AGRICULTURA FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE TOMÉ-AÇU, PA: ESTUDO DE CASO

Thaise Cristina Dos Santos Padilha
Edilaine Borges Dias
Lyssa Martins de Souza
Walmer Bruno Rocha Martins
Paula Cristiane Trindade

DOI 10.22533/at.ed.03019130638

CAPÍTULO 39 385

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA ASSOCIADO AO *BULLYING*

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos
Laurinete Lopes Ferreira Torres
Rafael Mondego Fontenele
Hariane Freitas Rocha Almeida
Cianna Nunes Rodrigues
Francisca Maria Ferreira Noronha
Isabela Bastos Jácome De Souza
Débora Luana Ribeiro Pessoa

DOI 10.22533/at.ed.03019130639

CAPÍTULO 40 395

VULNERABILIDADE DE CAMPO MOURÃO - PR AOS EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS EM ANOS DE EL NIÑO, LA NIÑA OSCILAÇÃO SUL

Danieli De Fatima Ramos
Katiúscia Naiara Ariozi Lima
Victor Da Assunção Borsato

DOI 10.22533/at.ed.03019130640

CAPÍTULO 41 405

ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL: A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES

Sinara de Lima Souza
Paulo Amaro dos Santos Neto
Catarina Luiza Garrido de Andrade Macedo
Amanda de Souza Rios
Lais Queiroz Oliveira Marques
Rosely Cabral de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.03019130641

CAPÍTULO 42 419

PRINCIPAIS MICOSES SUPERFICIAIS E SEUS RESPECTIVOS AGENTES ETIOLÓGICOS PRESENTES NO BRASIL

Amanda Torres Nunes
Isabele Castro de Aguiar
Mayara Carvalho Ramos
Antonio Francisco Ferreira da Silva Júnior

DOI 10.22533/at.ed.03019130642

CAPÍTULO 43 424

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Elizama Costa dos Santos Sousa
Graziele de Sousa Costa
Samantha Vieira da Silva
Valder Oliveira Sabóia Neto
Julianna Thamires da Conceição
Samuel Oliveira da Vera
Renata da Rocha Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.03019130643

CAPÍTULO 44 435

HIDROCARBONETOS AROMÁTICOS POLICÍCLICOS NOS ALIMENTOS E SEU EFEITO TÓXICO: UMA REVISÃO

Bewlthiane Maria dos Santos Carvalho
Antônio Jason Gonçalves da Costa
Fernanda Maria de Carvalho Ribeiro
Bárbara Karoline Rêgo Beserra Alves
Leandra Caline dos Santos
Francisca Camila Batista Lima
Carlos Eduardo Pires da Silva
Leyla Lumara Cabral Soares Pimentel
Priscila da Silva
Tamires Claudete dos Santos Pereira
Tamires Amaro Rodrigues
Stella Regina Arcanjo Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.03019130644

SOBRE O ORGANIZADOR..... 446

A DIGNIDADE DA MORTE: O CUIDADO PALIATIVO COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Bruna Rafaeli Oliveira

Faculdade Cidade Verde – FCV – Programa de Pós-Graduação
Rio Negro - Paraná

Mariza Schuster Bueno

Universidade do Contestado – UnC
Mafra – Santa Catarina

Sabrina Zimkovicz

Universidade do Contestado – UnC
Mafra – Santa Catarina

RESUMO: Qualquer procedimento médico, terapêutico ou interventivo sobre o paciente deve estar voltado à preservação da dignidade da pessoa humana submetida aos instrumentos de manutenção vital. Tratamentos terapêuticos altamente invasivos podem não representar solução adequada ao futuro da restauração física do paciente. Em muitos casos, mesmo após a utilização de vários instrumentos para restauração da capacidade física e mental do paciente terminal, a situação apresentada não justifica a continuidade da utilização dos meios terapêuticos invasivos. Projetos pioneiros no Brasil vêm estabelecendo a implementação de políticas públicas de saúde denominadas de cuidados paliativos. A proposta é garantir a terminalidade da vida com qualidade, livre da dor e em ambiente que respeite a autonomia do paciente. Essa determinação pela não sujeição

a tratamentos de prolongamento da vida e da dor, pode ser manifestada em instrumento denominado de diretivas antecipadas de vontade. O modelo, por representar a interrupção ou suspensão dos procedimentos e terapêuticas médicas, permite que a doença siga seu curso normal o que resultará na morte do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Direitos Fundamentais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Any medical, therapeutic or interventional procedure on the patient must be aimed at preserving the dignity of the human person subject to the instruments of vital maintenance. Highly invasive therapeutic treatments may not represent an adequate solution to the future of the patient's physical restoration. In many cases, even after the use of several instruments to restore the physical and mental capacity of the terminal patient, the presented situation does not justify the continuity of the use of the invasive therapeutic means. Pioneering projects in Brazil have been establishing the implementation of public health policies called palliative care. The proposal is to guarantee the termination of life with quality, free of pain and in an environment that respects the autonomy of the patient. This determination for non-subjection to treatments of prolonged

life and pain, can be manifested in an instrument called the anticipated directives of will. The model, because it represents the interruption or suspension of medical procedures and therapeutics, allows the disease to proceed in its normal course, which will result in the death of the patient.

KEYWORDS: Palliative care. Fundamental rights. Health Unic System.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico na medicina não conseguiu desvendar um dos mistérios mais elementares de seus dilemas: como definir o momento em que a vida deve terminar.

Os impactos desta incerteza, sopesados aos inúmeros estudos e pesquisas sobre o tema, lançam divergências na seara jurídica quanto ao momento distintivo entre a vida e a morte. A autonomia dos profissionais médicos na condução de sua profissão, relacionados, sobretudo a realização do diagnóstico e opção de terapêutica não autoriza uma postura de escolha entre os que devem viver e aos quais não serão garantidas as condições mínimas de acesso aos direitos sociais da saúde e vida digna.

Qualquer procedimento médico, terapêutico ou interventivo sobre o paciente deve estar voltado à preservação da dignidade da pessoa humana submetida aos instrumentos de manutenção vital. No entanto, tratamentos terapêuticos altamente invasivos podem não representar solução adequada ao futuro da restauração física do paciente. Em muitos casos, mesmo após a utilização de vários instrumentos para restauração da capacidade física e mental do paciente terminal, a situação apresentada não justifica a continuidade da utilização dos meios terapêuticos invasivos.

Estabelecido esse cenário a proposta é garantir a terminalidade da vida com qualidade, livre da dor e em ambiente que respeite a autonomia do paciente. Ao mesmo tempo, pode ser manifestado pelo paciente através de instrumento chamado de diretivas antecipadas de vontade, por meio do qual o próprio paciente decide se irá ou não se submeter a tratamentos de prolongamento da vida e da dor. O modelo, por representar a interrupção ou suspensão dos procedimentos e terapêuticas médicas, permite que a doença siga seu curso normal o que resultará na morte do paciente. Esta prévia constatação da morte quando tomada a decisão de interrupção dos tratamentos têm gerado constante polêmica entre profissionais da área de saúde e também no meio jurídico, desde a possibilidade de adequação típica a legislação penal, até o entendimento de ocorrência de negativa de acesso à prestação de serviço público de saúde de forma adequada.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Em todas as áreas da ciência que se preocupam em estudar a vida e a morte há um consenso quanto à impossibilidade de se fixar limites claros entre ambas. A

situação limítrofe é de maior complexidade quando se verifica a pluralidade de fatores que devem ser considerados de ordem científica, cultural, biomédicas e jurídicas.

Para o senso comum a parada dos movimentos cardíacos representa a morte. Inicialmente, a ciência afirmava a ocorrência da morte com a interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, a cessação da circulação e da respiração como representativos do final da vida (OLIVEIRA, 2005, p. 78).

A possibilidade de prolongamento indeterminado da vida, mesmo quando inviável sua realização com qualidade permite o surgimento de discussões em torno da eutanásia, e partir dela a necessidade da clara distinção entre esta, a ortotanásia e distanásia.

Com os avanços nas pesquisas médicas, coloca-se a morte cerebral como novo critério para estabelecer a morte no paciente sob cuidados médicos. “Dessa forma, a ocorrência da morte deixou de ser considerada fenômeno súbito e terminal, tornando-se processo evolutivo, dinâmico, complexo e, sobretudo, sequência de eventos terminativos.” (OLIVEIRA, 2005, p. 78). Nos anos 80 novo passo no desenvolvimento da ciência permite a utilização de mecanismos tecnológicos que substituem funções vitais do organismo garantindo o prolongamento da vida humana.

No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) determina que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Referida orientação do órgão classista está suspensa por decisão judicial de inconstitucionalidade.

O mesmo Código de Ética Médica no Brasil veda em seu art. 56 a conduta médica que desrespeite a autonomia do paciente na execução de práticas terapêuticas, exceto em iminente risco de vida.

O conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assuntos de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e presos a quadros considerados irreversíveis. Esta é uma situação muito delicada para o médico por tratar-se de uma condição de iminente perigo de vida num paciente com comprometimento da vida de relação, como nos casos de coma, mas que não apresenta ainda os critérios para caracterização de parada total irreversível das funções encefálicas [...] Hoje se tem como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevivida (FRANÇA, 2004, p. 42).

Os questionamentos da bioética são lançados para definição dos limites da intervenção indevida do tratamento médico sem autorização ou sem respeito à autonomia do paciente. A utilização desmedida e não planejada de instrumentos e métodos de tratamento ineficazes deve ser o quanto possível esclarecida ao paciente submetido aos seus efeitos.

A possibilidade de que o paciente rejeite se submeter a tratamentos que prolongam sua condição de vida mesmo sem perspectiva de reversão da doença o que associa a dor e a angústia, já é realidade em diversos países como Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Estados Unidos da América, Holanda, França, Inglaterra, Portugal, Porto Rico e Uruguai.

No entanto, no Brasil o tema foi regulamentado tão somente pelo Conselho Federal de Medicina, inexistindo legislação aplicável a matéria. Assim, desde os poderes regulamentares do órgão de classe até o próprio controle material da norma levantam o problema dos limites da decisão do paciente e da conduta do profissional de saúde.

Com o crescente avanço tecnológico envolvendo a medicina emergiu a necessidade de uma nova ciência que tratasse de estabelecer parâmetros e limitações éticas e morais na utilização dessas novas tecnologias. Trata-se do conceito hoje conhecido como bioética.

Destarte, surge o chamado biodireito, o qual se refere aos princípios da bioética inseridos no ordenamento jurídico do país. Neste sentido, “Biodireito é o ramo do Direito que estipulará quais valores são aceitáveis e quais conceitos bioéticos são aplicados para a legalização ou a proibição de uma prática biotecnológica”. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

Outro princípio autônomo da bioética é o que se entende por autodeterminação, que decorre da dignidade da pessoa humana e também se caracteriza como uma forma de moldá-la. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 59).

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 5559/2016, onde busca-se preencher a lacuna no que se refere aos direitos dos pacientes quanto à aceitação ou recusa de tratamentos médicos. Deste Projeto de Lei se extrai uma conceituação acerca do princípio da autodeterminação:

Art. 2º Para os fins desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I – autodeterminação: capacidade do paciente de se autodeterminar segundo sua vontade e suas escolhas, livre de coerção externa ou influências subjugante; (Câmara dos Deputados, 2016).

O princípio da autonomia, aqui analisado de forma ampla, emerge da acepção de Estado liberal, onde pregou-se pela menor intervenção possível na individualidade das pessoas. Trata-se da autonomia da vontade, que surgiu a partir da ideia de que os seres humanos eram livres e aptos a se autorregular. (DADALTO, 2014, p. 8).

Apesar do avanço tecnológico na ciência médica, a hipótese de ter a vida ceifada no leito de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresenta-se como um dos maiores medos do ser humano. As escolhas de não prolongamento da vida também são características daqueles profissionais que detêm o conhecimento da medicina, conforme reportagem divulgada em 2012 nos Estados Unidos pelo jornal The Guardian. (PRATA, 2017, p. 104-105).

Neste diapasão é que se faz necessária a regulamentação dos direitos dos pacientes com vistas ao respeito de sua dignidade por meio dos direitos de autodeterminação ou de decisão.

A bioética é, um sistema que interage com as demais ciências, pois produz seus conceitos a partir da interdisciplinaridade. Ao ponto em que a bioética é o norte da defesa da dignidade humana, esta busca por proteção da pessoa dentro do próprio sistema. Os princípios da bioética se difundem com os princípios constitucionais, sendo que os direitos humanos são a essência da bioética e do direito. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

Já o biodireito o qual se refere aos princípios da bioética inseridos no ordenamento jurídico do país. Neste sentido, “Biodireito é o ramo do Direito que estipulará quais valores são aceitáveis e quais conceitos bioéticos são aplicados para a legalização ou a proibição de uma prática biotecnológica”. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

No que tange aos princípios basilares da bioética, cumpre destacar aqueles previstos na própria Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: dignidade humana, autonomia da vontade, justiça e beneficência. (UNESCO, 2006).

A dignidade da pessoa humana é o princípio fundamental de qualquer ramo do direito, vez que é inerente, inseparável, irrenunciável e inalienável a todos os homens. Tem seu conceito mitigado no decorrer do tempo e do espaço, pois sofre diretamente as consequências da evolução social. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 50-51).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) concede ao princípio da dignidade da pessoa humana o *status* de fundamento da República, servindo como princípio estruturante de todo o sistema jurídico nacional.

As discussões em torno dos direitos dos pacientes ensejaram à defesa das diretivas antecipadas da vontade, que em síntese “é um documento escrito por um ser humano capaz que tem por objetivo dispor sobre tratamentos em geral que porventura ele venha a se submeter”. (PENALVA, 2008, p. 518).

Ainda como princípio da bioética e do biodireito, surge a beneficência ou a não maleficência, que estabelece que ao profissional de saúde incumbe o dever de não praticar atos maléficos ao paciente a não ser que o dano causado seja menor do que o benefício esperado, ou seja, “não expor o paciente a tratamentos desnecessários, desproporcionais negativamente com os resultados a serem obtidos, impingindo-lhe dores e sofrimentos que poderiam ser evitados”. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 78).

Em 2012 o Conselho Federal de Medicina ao tratar do tema, define as diretivas antecipadas e determina a atuação médica nesses casos. Tal resolução, no entanto, serve como norte de justificação da atuação médica, e não propriamente como norma apta a conferir direito aos cidadãos. Isso é evidente no próprio texto, conforme art. 2º, § 2º: – “O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica”. (CFM, 2012).

Em que pese tratar de uma ciência nova e com terminologia ainda mais recente,

os primeiros indícios da bioética remetem ao Código de Nuremberg, de 1947, que trouxe à baila a aceitação de dignidade da pessoa humana como objeto de proteção jurídica. Tal inovação insurgiu dos experimentos científicos com seres humanos iniciados à época. No ano seguinte, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reforçou a proteção à dignidade humana em seu texto. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 37)

Vale ressaltar a importância da conceituação de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia, com o objetivo de diferenciá-las do tratamento paliativo.

A eutanásia incide em findar o sofrimento existente, causado pela doença em sua fase terminal, para que assim o paciente possa vivenciar seus últimos momentos da melhor maneira possível, sem dor, sem sofrimento. Assim “a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade de vida humana na sua fase final. “ (ALVES; CASAGRANDE. 2016 p. 3)

Para Lepargneur eutanásia é “[...] o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam ou em razão de outro motivo de ordem ética. (LEPARGNEUR)”. Ao lado oposto, a distanásia “[...] trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte” (DINIZ, 2001, s.p.). Nesse aspecto, parte da doutrina defende a qualificação típica do médico que sem base científica prolonga a natural falência vital do paciente, provocando graves lesões e maus tratos, sabedor da impossibilidade de reversão de seu estado de morte.

A distanásia não se preocupa em suma com a qualidade de vida que o paciente terá, mas sim, em prolongar a sua vida o máximo possível, através das mais diversas e avançadas tecnologias médicas. Ensina Alves e Casagrande (2016 p. 3) que “a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo. ”

A mistanásia resume-se à falta de estrutura estatal para atender às demandas, e que por este motivo, cidadãos acabam morrendo por falta de leitos, por falta de médicos, remédios, ou até mesmo por não possuírem condições de chegar a um hospital, ou de buscarem um tratamento para as moléstias que lhes assolam. Preceitua Pêcego e Lima, que a mistanásia é a “morte prematura, miserável dos que vivem em precárias condições de vida na sociedade” (2014 p. 2)

Já a ortotanásia entende-se pela aceitação da morte a seu tempo e na sua forma, apenas deixando o paciente confortável, sem antecipar e nem prolongar a sua vida, deixar que a vida se encerre em seu momento certo. (BARROSO; MARTEL. 2010)

Em outra esteira, a ortotanásia é a conduta atípica frente ao ordenamento jurídico-penal, pois se refere somente ao posicionamento médico diante de dores intensas sofridas pelo paciente em estado de terminalidade, consideradas por este intoleráveis e inúteis, agindo o médico para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte (VIEIRA, 1999, p. 90).

Por fim, o tratamento paliativo consubstancia-se em deixar o paciente escolher até onde chegar com o tratamento, ou seja, dar ao paciente a opção entre seguir, parar, fazer ou não fazer o tratamento disponível para a enfermidade que possui.

Por vezes, as escolhas dos médicos que detêm conhecimento técnico e científico divergem das escolhas dos pacientes, o que justifica a existência e proteção de tal autodeterminação, que deverá prevalecer mesmo em casos que representem risco de vida para o paciente. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 68).

Desta forma, independentemente das escolhas do médico, predomina a escolha do paciente, sendo que se decidir interromper seu tratamento habitual e iniciar o tratamento paliativo, assim deverá ser feito.

Destarte, cuidados paliativos é a denominação mais utilizada na ciência médica para se referir aos cuidados com o paciente, que objetivam melhorar a qualidade de vida desse e de sua família, diante de uma doença ameaçadora da vida, com foco no cuidado da dor física, social, espiritual e emocional do paciente.

Como fundamento dos cuidados paliativos, busca-se aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes terminais de forma a assegurar sua qualidade de vida.

Por vezes o paciente não possui condições de manifestar sua vontade ou não têm capacidade para fazê-lo. Emerge de tal situação a teoria do menor maduro, que trata dos menores de 16 (dezesesseis) anos – considerados civilmente incapazes. Segundo tal teoria, mesmo o menor absolutamente incapaz, desde que apresente discernimento necessário, deve ter sua decisão respeitada.

A capacidade é configurada, então, como uma capacidade de fato, respaldando-se no princípio bioético da autonomia de vontade em que o menor demonstre a consciência moral para percepção e construção de um juízo de valor e por meio de uma relação dialógica entre médico-paciente e médico-pais ou responsável legal. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 75).

Isto posto, com a recusa do paciente ao tratamento médico disponível, passa-se a atendê-lo de outra forma, não mais com o objetivo de curar a doença, mas sim de retirar a dor desse paciente, deixando-o confortável, em companhia da família, com acompanhamento de psicólogos e assistentes sociais.

Trata-se, em verdade, de garantir concretização e efetividade ao princípio da dignidade da pessoa humana, com vistas à não submissão a tratamentos degradantes, e ao próprio direito da autodeterminação, direitos de personalidade e manifestação da vontade dos pacientes.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida através de investigação utilizando o método de abordagem quali-quantitativo, mediante o desenvolvimento de pesquisa bibliográfica

e de campo. Quanto ao fundamento teórico o método utilizado foi o dedutivo, através das técnicas de fichamentos, estudos documentais, jurisprudencial. A pesquisa de campo foi realizada através de questionários, contendo 6 (seis) questionamentos aplicados nos ESF (Estratégia de Saúde da Família), localizados na cidade de Mafra/SC.

As questões servem para verificar o conhecimento dos profissionais a respeito de cuidados paliativos, a existência de atendimentos domiciliares ou hospitalares, se tais cuidados são realizados como políticas públicas e da possibilidade de implementação de cuidados paliativos pelo Sistema Único de saúde – SUS.

Por meio destes dados coletados, foi realizada a tabulação, e a partir desta, confeccionadas as tabelas informativas constates neste artigo.

A amostra compõe-se de dados estatísticos coletados através de 87 questionários entre diferentes profissionais da saúde, quais sejam: médicos, enfermeiros, psicólogo, dentista, farmacêutica, técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, recepcionista, estagiária.

3.2 Universo

O universo pesquisado foi o município de Mafra/SC

3.2.1 Local

Os locais de aplicação foram os ESF (Estratégia da Saúde da Família) de Mafra/SC

3.2.2 População

Profissionais atuantes na área, os quais desenvolvem as funções de: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, farmacêutico, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitária de saúde, recepcionista, auxiliar de conservação e manutenção e estagiário.

3.2.3 Amostra

A amostra compõe-se de dados quantitativos coletados através de questionário, aplicados aos profissionais que atuam na área pesquisada.

3.3 Descrição da coleta de dados

Para a coleta das informações foi aplicado os questionários diretamente aos profissionais que atuam nos ESF (Estratégia da Saúde da Família) de Mafra/SC.

O levantamento de dados foi realizado através de pesquisa doutrinária e jurisprudencial, com o intuito de descrever e quantificar a análise.

Neste passo, participaram da pesquisa um total de 87 (oitenta e sete) profissionais, os quais forneceram os dados constantes das tabelas abaixo expostas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme já explanado anteriormente, foi realizada pesquisa de campo utilizando-se do método quali-quantitativo, tendo como meio de pesquisa questionários que foram aplicados aos profissionais da saúde que atuam nos ESF (Estratégia da Saúde Familiar). Assim, foram obtidos os seguintes resultados:

		Função			
		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Agente Comunitária de Saúde	46	52,9	52,9	52,9
	Auxiliar	1	1,1	1,1	54,0
	Dentista	3	3,4	3,4	57,5
	Enfermeiro	9	10,3	10,3	67,8
	Estagiária	1	1,1	1,1	69,0
	Farmacêutica	1	1,1	1,1	70,1
	Médico	4	4,6	4,6	74,7
	Psicóloga	1	1,1	1,1	75,9
	Recepcionista	3	3,4	3,4	79,3
	Técnico em Enfermagem	15	17,2	17,2	96,6
	Técnico em Saúde Bucal	3	3,4	3,4	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Desta forma, vê-se que participaram da pesquisa 87 (oitenta e sete) profissionais, com diversas funções, acima delineadas, tendo uma predominância de agentes comunitários de saúde, conhecedores da realidade das condições de saúde e de doença e seus tratamentos.

		Q1_Entendimento			
		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido		15	17,2	17,2	17,2
	Domiciliar	43	49,4	49,4	66,7
	Hospitalar	29	33,3	33,3	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Na questão número 1 (um) do questionário, referente ao entendimento do

profissional quanto aos cuidados paliativos, obteve mais respostas correspondentes à letra “A”, sendo ela, que cuidados paliativos é apenas o atendimento domiciliar, com orientação de uma equipe multidisciplinar, promovendo o tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais dos pacientes em fase terminal.

Q2_Caso1

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Domiciliar	4	4,6	4,6	4,6
	Hospitalar	67	77,0	77,0	81,6
	Total	16	18,4	18,4	100,0
		87	100,0	100,0	

A segunda questão traz um caso prático onde o personagem é portador de doença terminal em que os tratamentos disponíveis não permitiriam a reversão da doença. Informado, o paciente decidiu não mais se submeter a nenhum tratamento. A resposta mais adequada foi a letra “A”, na qual consta que o ideal é que o paciente fique em sua residência ao lado de seus familiares e receba a visita domiciliar de equipes de saúde multidisciplinar com monitoramento de seus sintomas de dor. Como não há tratamento disponível para a reversão do quadro patológico, o espaço hospitalar não é o mais adequado para sua permanência.

Q3_Caso2

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CP_Política Pública	5	5,7	5,7	5,7
	Declaração Responsabilidade	64	73,6	73,6	79,3
	Total	18	20,7	20,7	100,0
		87	100,0	100,0	

Na questão número 3, também trazendo um caso concreto, no qual o paciente é portador de carcinoma com baixa probabilidade de reversão do quadro patológico através dos tratamentos disponíveis no atual estágio da medicina. Quando informado de sua condição clínica João Mário decidiu não se submeter a nenhum tratamento invasivo para reversão do quadro patológico. Afirma que sua decisão não está contaminada pelo impacto da notícia da gravidade de sua doença, e que pretende viver intensamente o tempo de sobrevivência com a família. A resposta mais adequada foi a letra “A” na qual seria adequado a existência de uma política pública que realizasse o acompanhamento de João Mário para avaliar a evolução da doença e prescrever medicação necessária para garantir sua qualidade de vida, especialmente dos sintomas dolorosos.

Q4_Caso3

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	7	8,0	8,0	8,0
Decisão Clínica	2	2,3	2,3	10,3
Decisão Paciente	6	6,9	6,9	17,2
Tratamento Multidisciplinar	72	82,8	82,8	100,0
Total	87	100,0	100,0	

A questão número 4 (quatro), traz mais um caso prático, no qual o paciente com carcinoma avançado e de controle irreversível, desiste de se submeter a tratamentos médicos invasivos e solicita apenas o controle das fortes dores de que é acometido. A opção mais respondida foi a letra “C”, onde a decisão do paciente deve ser considerada, depois de devidamente esclarecido, e nesse caso, a continuidade do tratamento deve ser multidisciplinar entre médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos entre outros profissionais.

Q5_Declaração

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	7	8,0	8,0	8,0
Decisão exclusiva Médico	10	11,5	11,5	19,5
Decisão expressa Paciente	45	51,7	51,7	71,3
Decisão conjunta	25	28,7	28,7	100,0
Total	87	100,0	100,0	

A questão número 5 (cinco) informa que a declaração expressa e consciente do paciente de que não quer se submeter a procedimentos invasivos ou de reversão como por exemplo a reanimação. Nesse caso a resposta mais adequada foi a letra “B”, na qual será considerada desde que, expressamente assinada uma declaração do paciente.

Q6_SUS

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	8	9,2	9,2	9,2
NÃO	18	20,7	20,7	29,9
SIM	61	70,1	70,1	100,0
Total	87	100,0	100,0	

A questão número 6 (seis) em seu enunciado questiona: no seu entendimento e considerando o estado atual das políticas públicas de saúde no Município de Mafra, especialmente no que se refere a pacientes com diagnóstico clínico que não permitem a reversão da doença no estágio atual da medicina, é possível afirmar? Em sua letra “A”, revela a importância do SUS na realização de atendimento através de políticas públicas especializadas. Tendo como sua resposta majoritária SIM.

Primeiramente, antes de demonstrar os dados colhidos referentes aos itens b, c e d correspondentes à questão número 6 (seis), cumpre ressaltar que, a expressão “ausente sistema” refere-se aos participantes que não escolheram àquela resposta, portanto considera-se em branco.

Em sua letra “B”, questiona: se sim, como é realizado? Conforme demonstrado abaixo, a maior incidência de respostas recaiu ao item que se refere ao tratamento de forma “ambulatorial”. Ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Q6_Hospitalar

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	26	29,9	100,0	100,0
Ausente	Sistema	61	70,1		
Total		87	100,0		

Q6_Domiciliar

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	44	50,6	100,0	100,0
Ausente	Sistema	43	49,4		
Total		87	100,0		

Q6_Ambulatorial

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	18	20,7	100,0	100,0
Ausente	Sistema	69	79,3		
Total		87	100,0		

Em sua letra “C”, questiona-se: Se não, qual a probabilidade de implantação dos cuidados paliativos no município? Tem como maior incidência de resposta o item “prevista”. Conforme demonstra-se abaixo, ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Q6_Imediata

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	5	5,7	100,0	100,0
Ausente Sistema	82	94,3		
Total	87	100,0		

Q6_Prevista

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	4	4,6	100,0	100,0
Ausente Sistema	83	95,4		
Total	87	100,0		

Q6_Médio_Prazo

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	6	6,9	100,0	100,0
Ausente Sistema	81	93,1		
Total	87	100,0		

Q6_Longo_Prazo

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	15	17,2	100,0	100,0
Ausente Sistema	72	82,8		
Total	87	100,0		

Q6_Não_Consta

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	16	18,4	100,0	100,0
Ausente Sistema	71	81,6		
Total	87	100,0		

Em sua letra “D” questiona-se: Quais as principais dificuldades encontradas para a sua implementação? Conforme demonstrado abaixo, teve maior incidência de resposta “aceitação por parte dos familiares”. Ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Q6_Falta_Legislação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	29	33,3	100,0	100,0
Ausente Sistema	58	66,7		
Total	87	100,0		

Q6_Capacitação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	28	32,2	100,0	100,0
Ausente Sistema	59	67,8		
Total	87	100,0		

Q6_Dificuldades_Financeiras

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	42	48,3	100,0	100,0
Ausente Sistema	45	51,7		
Total	87	100,0		

Q6_Aceitação_Familiar

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	11	12,6	100,0	100,0
Ausente Sistema	76	87,4		
Total	87	100,0		

Desta forma, concluiu-se a pesquisa de campo, e passou à tabulação dos dados colhidos, conforme acima explanado. Pode ser consultado o questionário em sua íntegra em anexo.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa teórica e também da pesquisa de campo, foi possível verificar que existe grande aceitação na aplicação e adesão por parte dos profissionais de saúde ao novo modelo de respeito à autonomia do paciente e a própria forma como este deve ser tratado, ou seja, sem a aplicação de métodos padronizados e dos quais o paciente não é consultado.

Destarte, verificou-se também que os cuidados paliativos estão em consonância com o ordenamento pátrio, em especial quando do estabelecimento da dignidade da pessoa humana como base estruturante do Estado brasileiro. Isto pois, a busca constante pela cura sendo substituída pela primazia da opção do alívio da dor e da

angústia com o estreitamento da vida e a dignidade da morte, garante maior autonomia aos pacientes acometidos de doenças em estado terminal, prezando pelo respeito aos direitos de personalidade.

Verificada a adequação com o ordenamento jurídico do projeto de “Cuidados Paliativos”, avaliado com a aceitabilidade dos profissionais do Município, será possível apresentar projeto à administração pública com diretrizes indicativas da viabilidade de sua execução. Em que pese a constatação através da análise de sua execução. Em que pese a constatação através dos dados de que os profissionais de saúde do município consideram a existência dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, é evidente que tal modelo de tratamento ainda não é gerido na forma de política pública.

Assim, necessário se faz a implantação desse tratamento, como política pública no município, a fim de melhor atender as necessidades dos pacientes, bem como de treinar uma equipe multidisciplinar especificamente para atender essas necessidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, Jesualdo Eduardo de. **Bioética**: da principiologia à ética, desafio dos limites orçamentários. 1 ed. Curitiba. Juruá, 2017.

ALVES, Natália Lima; CASAGRANDE Maria Lourdes. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.1, Pub.2, fevereiro 2016.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é**: dignidade e autonomia individual no final da vida. Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia v.38: 235 – 274. 2010.

CARVALHO, Ricardo Tavares de. et al. **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 07. Disponível em: http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FRANÇA. Genival V. **Comentários ao Código de Ética Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994 in PESSINI, Leo. *Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira*. Bioética, 2004. Vol. 12. n. 1.

LEPARGNEUR, Hubert. **Bioética da eutanásia**: argumentos éticos em torno da eutanásia.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2013.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal. **Revista Bioética**, 2005, vol. 13, n. 2.

PÊCEGO, Antônio José Franco de Souza; LIMA, Ticiane Garbellini Barbosa. **Mistanásia**: uma questão de políticas públicas, direito coletivo e cidadania. Primeiro Congresso Internacional de Direitos da Personalidade Unicesumar. Maringá/PR. 2014.

Resolução n. 1.085/2006 CFM. NUNES, Rui. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. **Revista Bioética**. 2009. p. 31

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

UNESCO. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. 2006. Disponível em: unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf. Acesso em: 08 de julho de 2018.

A ETNOMUSICOLOGIA APLICADA A PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA

Aline Veras Moraes Brilhante

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade da Universidade de Fortaleza,
Fortaleza

Ana Maria Fontenelle Catrib

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade da Universidade de Fortaleza,
Fortaleza

Elaine Saraiva Feitosa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade da Universidade de Fortaleza,
Fortaleza

Epaminondas Carvalho Feitosa

Programa de Pós-Graduação em Direito e Gestão
de Conflitos da Universidade de Fortaleza,
Fortaleza

RESUMO: Esse artigo descreve a aplicação da etnomusicologia em uma pesquisa Saúde Coletiva. Considerando que a violência contra a mulher é culturalmente sustentada, partimos da etnomusicologia para investigar a relação entre a música – como artefactualidade – e as formações ideológicas que normatizam esta violência. Deste modo, a etnomusicologia embasou os pressupostos epistemológicos e, juntamente com a Análise do Discurso, os metodológicos. A pesquisa objetivou compreender os sentidos atribuídos à mulher, à sexualidade e às relações de gênero na cultura nordestina por meio do forró e sua relação

com as vulnerabilidades às quais estas estão expostas. Foram selecionadas 330 músicas de forró que de cujas análises emergiram as categorias: nordestinidade, relações de gênero, imagética masculina, imagética feminina e violência de gênero. A etnomusicologia surgiu, neste contexto, como uma possibilidade para a compreensão do mundo social no qual as relações assimétricas de gênero são performadas.

PALAVRAS-CHAVE: cultura; música; violência contra mulher

THE ETNOMUSICOLOGIA APPLIED TO RESEARCH IN COLLECTIVE HEALTH

ABSTRACT: This article describes the application of ethnomusicology in a Collective Health research. Considering that violence against women is culturally sustained, we start from ethnomusicology to investigate the relationship between music - as artefactualidade - and the ideological formations that normalize this violence. Thus, ethnomusicology based the epistemological assumptions and, along with Discourse Analysis, the methodological ones. The research aimed to understand the meanings attributed to women, sexuality and gender relations in northeastern culture through forró and their relation to the vulnerabilities

to which they are exposed. A total of 330 forró songs were selected, from which the categories emerged: northeastern, gender relations, male imagery, female imagery and gender violence. Ethnomusicology has emerged in this context as a possibility for the understanding of the social world in which asymmetric relations of gender are performed.

KEYWORDS: Culture; Music; Violence against women

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo de suas vidas, as mulheres que vivenciam a violência em suas diversas formas – física psicológica, moral ou sexual, principalmente se expostas continuamente a elas – como no caso da violência doméstica –, apresentam mais problemas de saúde, geram mais custos de atenção sanitária e buscam, com mais frequência, os serviços hospitalares e de urgência que outras pessoas que não sofrem maus tratos. (Organização Mundial da Saúde, 1986) Desse modo, a violência contra a mulher e consequentemente as relações hierárquicas baseadas no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres, sendo, portanto, inquestionavelmente um problema de saúde pública.

Entre 2009 e 2011, o Brasil registrou 16,9 mil feminicídios, sendo o Nordeste a região com as piores taxas (IPEA, 2014): Das 9.049 notificações registradas pela Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2006 e 2007, 33% foram referentes à violência sexual. (Ministério da Saúde, 2010). Segundo dados do Sinan, em 2011, foram notificados 12.087 casos de estupro no Brasil. Estima-se que 43% das mulheres sofreram algum tipo de violência sexual (Venturi, Recamán, & Oliveira, 2004) e que a prevalência mundial de estupro em mulheres, ao longo da vida, seja de aproximadamente 20%. (Black MC, 2010)

Apesar dos elevados números, os diferentes tipos de violência contra a mulher persistem sendo silenciados no interior das relações conjugais e sociais e protegidas por ideologias ou instituições aparentemente respeitáveis (Organização Pan-Americana de Saúde, 2002). Diante deste fato, e considerando que as violências não são fenômenos a-históricos ou eventos destituídos de subjetividade, os discursos dos artefactos culturais foram se fortalecendo na organização de nossos pressupostos epistemológicos. (Minayo, 2005). Os discursos de diferentes tecnologias sociais (Wieviorka, 2004) que operam no contínuo processo de formação das identidade culturais (Lauretis, 1994) e performatividades de gênero (Scott, 1995), não podem ser ignorados, assim como as mudanças históricas capazes de abalar os quadros tradicionais de referência responsáveis pelo sentido de pertencer e se unir na construção de processos identitários (Butler, 2003). Neste contexto, a música atua como um artefacto (Derrida, 1994) sendo “interpretada performativamente por uma gama de procedimentos hierárquicos e seletivos - [...] subservientes a vários poderes e interesses, dos quais os ‘sujeitos’ e agentes [...] nunca estão suficientemente

conscientes. (Hall, 1997) (p.30)

Diante de estudos que associam performances musicais a elementos que mantenedores da violência de gênero (Cohen, 1997) (Faria, 2010) (Maia & Antunes, 2008) (Honório, 2012) (Strathern, 2009), emergiu a pergunta: como a música contribui para a perpetuação e a legitimação da violência contra mulher? Surgiu daí a necessidade de analisar os discursos musicais que ressoam na região brasileira com os piores índices de violência contra a mulher: o Nordeste. De acordo com o Anuário das Mulheres Brasileiras (Dieese, 2011), as nordestinas sofreram mais agressões físicas no ambiente doméstico quando comparadas com mulheres de outras regiões do País. Nesta Região, as relações de gênero adquirem um aspecto singular em virtude do processo de formação da identidade cultural do povo nordestino. Diante da vasta diversidade de gêneros musicais, delimitamos o forró como foco de nossa pesquisa. Particularizamos o forró por ser gênero um dos gêneros musicais mais representativos na música nordestina, apresentando grande aceitação pública, entre todas as faixas etárias e classes sociais. Além disso, esse gênero tipo musical assumiu, desde a década de 1940, período de seu surgimento na forma como o conhecemos hoje, caráter de símbolo do Nordeste, influenciando comportamentos e sendo influenciado pela cultura regional (Chianca, 2006)

A partir destas premissas, moldamos a ideia da experiência de pesquisa aqui relatada, por entender que as inquietações delas oriundas dialogam com o campo da Saúde Coletiva, que, como afirmam Paim & Almeida (1998), não é uma disciplina científica, uma ciência ou mesmo uma especialidade médica, mas sim um campo de conhecimento plural, “onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’” (Borges, 2007). Neste contexto, este artigo objetiva relatar uma experiência exitosa da utilização dos princípios da etnomusicologia em uma pesquisa sobre violência contra a mulher situada no Campo da Saúde Coletiva.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Etnomusicologia

A etnomusicologia é uma disciplina com diversas definições, que variam conforme à época, podendo seguir diferentes à vertentes (Krader, 1980). O ramo mais tradicional, procedente da escola de Berlim, concentra-se na matéria puramente musical, analisando escalas, traços estilísticos e estruturas dos sistemas musicais (Rhodes, 1956) A partir das obras de autores como Merriam (1964) e Blacking (2000), a etnomusicologia aproxima-se da orientação antropológica, e passa a entender a música como expressão do comportamento social do ser humano e a estuda-la dentro

do contexto cultural. Essa corrente contesta o postulado segundo o qual as músicas teriam um significado em si. Para esses autores “ao tentar dizer o que significa a música que ouviram, os sujeitos acrescentam ao seu sentido significações conceitualizadas e referenciadas que não existem na linguagem verbal” (Imberty, 1975). O entendimento da música como expressão reveladora do ser humano e da sua cultura deram um novo ímpeto à investigação etnomusicológica (Koskoff, 2014). Segundo Nettl (2005), a etnomusicologia possui quatro pilares principais que sustentam suas diferentes possibilidades de atuação: como estudo da música na cultura; como o estudo das músicas do mundo a partir de uma perspectiva relativística e comparativa; como disciplina que se utiliza do trabalho de campo como ferramenta; e como estudo de todas as manifestações musicais de uma sociedade (Nettl, 2005). O encontro do ramo mais antropológico da etnomusicologia com os estudos sobre performance social (Cusick, 1994) descortina o cenário para o desenvolvimento de uma etnomusicologia feminista (Koskoff, 2014). Essa vertente considera que a música assume um papel importante na construção das subjetividades individuais, incluindo a introjeção dos papéis de gênero (Järviluoma, Moisala, & Vilkkö, 2003). Estudos recentes sugerem que, em muitas sociedades, as mulheres e os homens parecem ocupar esferas expressivas separadas, criando não necessariamente duas culturas musicais distintas e independentes, mas sim duas metades diferenciadas e sobrepostas da cultura (Daukeyeva, 2016); (Murchison, 2016); (Mello, 2008). Deste modo, para além do som, a performance musical atua no processo de socialização, tanto expressando como moldando a ordem social e as relações de gênero (Koskoff, 2014). Os alicerces da violência de gênero são as relações assimétricas de poder estabelecidas como parte de uma tendência de oposição binária (Garcia-Moreno, Heise, Jansen, Ellsberg, & Watts, 2005). Neste sentido, estudos dos comportamentos musicais atuam como indicador de relações de poder baseadas em gênero e fornecendo subsídios para o planejamento de estratégias sustentáveis de enfrentamento. Tais estudos transpõem o espaço geográfico de sua execução, na medida em que discutem de maneira crítica uma prática universalmente disseminada de legitimação da violência sexual, atrelada a regras que remetem às bases de organização do biopoder, em seus princípios de administração dos corpos e da gestão calculista da vida. A pesquisa que se orienta pela etnomusicologia requer que o pesquisador desenvolva ou trabalhe determinadas habilidades. Inicialmente, como em toda pesquisa qualitativa, é preciso ir ao campo. No caso da etnomusicologia, isso implica em um trabalho etnológico. Desse modo, a partir da contextualização – histórica, social e cultural, a pesquisa visa a compreensão dos discursos sociais que sustentam a perpetuação da violência de gênero no Nordeste brasileiro, através do forró. Neste sentido, considera-se fundamental na descrição do percurso metodológico, um breve esclarecimento sobre a simbologia do forró.

2.2 Seleção dos corpus da pesquisa

O percurso metodológico demanda breve esclarecimento sobre a inserção das letras nas melodias do forró. Influenciado pelos padrões estéticos estabelecidos no Sudeste do país, Luiz Gonzaga “criou”, na década de 1940, o baião, fugindo do padrão instrumental característico da música nordestina da época. A partir de então, foram estabelecidos os parâmetros que marcariam seu forró como “tradicional” e “de raiz” (Santos, 2004). A música de Gonzaga, associada a outras tecnologias sociais, como a literatura regional de 1930, contribuiu para a criação da imagem idiossincrática de um Nordeste único e atemporal que, embora nunca tenha existido (Santos, 2004) (Fernanda A, 2004) (Silva, 2003), foi introjetada, inclusive, pelos nordestinos (Albuquerque Júnior, 2009).

É a partir do forró de Gonzaga que grande parte do Brasil constrói uma imagética representativa do Nordeste (Santos, 2004). Adquire, assim, o forró *status* de símbolo cultural nordestino (Paim & Almeida Filho, 1998).

A partir de outras influências e das mudanças sócio-históricas, o forró sofreu transformações (M. & Júnior, 2005), dividindo-se nas seguintes fases (Silva, 2003):

- Forró tradicional: iniciado na década de 1940, com Luiz Gonzaga, seguido, dentre outros, por Marinês e Jackson do Pandeiro;
- Forró universitário: dividido em duas fases. A primeira, a partir de 1975, representada por Alceu Valença, Zé Ramalho, Elba Ramalho, Geraldo Azevedo e Nando Cordel e, a segunda, na década de 1990, com grupos compostos apenas por homens, como o Falamansa;
- Forró eletrônico: bandas diversas, compostas por músicos, vocalistas de ambos os sexos e bailarinas.

O *corpus* da pesquisa foi composto por letras de representantes icônicos de cada período, buscando-se sempre ouvir a voz feminina, o que levou a exclusão da segunda fase do forró universitário. A coexistência histórica dessas fases evitou um hiato temporal. Compilamos todas as músicas gravadas por Luiz Gonzaga e Marinês (forró tradicional), Alceu Valença e Elba Ramalho (primeira fase do forró universitário), Mastruz com Leite (precursora do forró eletrônico), Aviões do Forró, Garota Safada, Saia Rodada e Ferro na Boneca (forró eletrônico contemporâneo).

A seleção das músicas ocorreu após leituras exaustivas, orientadas pelos construtos analíticos que reportavam aos modelos de masculinidade e feminilidade e às relações entre os gêneros. Foram selecionadas 617 músicas, organizadas por período e agrupadas nas categorias *Nordestinidade*, *Imagética Masculina*, *Imagética Feminina* e *Violência de Gênero*. Após a exclusão dos discursos redundantes, restaram 188 músicas. As letras foram lidas, as músicas ouvidas e os vídeos, quando havia, assistidos em média 20 vezes. O processo de seleção e categorização das músicas foi realizado em um período de seis meses.

2.3 Descrição do contexto

Entendendo que a “palavra é um ato social com todas as suas implicações, conflitos, reconhecimentos, relações de poder, constituição de identidade” (Orlandi, 2009), a análise aqui proposta demanda uma imersão no contexto social. O aprofundamento na historicidade dos discursos do forró e sua análise relacionada com as formações ideológicas norteadoras das relações sociais no Nordeste precisava ser atrelada a análise dos corpos e das subjetividades em seu contexto real de interação. Deste modo, houve uma imersão nos bailes de forró do bairro com o maior número de registros de violência contra mulheres, com 246 casos em 2014 (Uma publicação do LabVida-UECE, COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC, 2011). Nesse momento foi observada a dinâmica das festas e as relações entre homens e mulheres em situações reais. Essas observações permitiram que os sentidos atribuídos às músicas não fossem interpretados fora de seu contexto.

Existem seis casas de shows de forró registradas no bairro, todas com estruturas semelhantes. São grandes terrenos cercados por muros altos, com passagens estreitas que funcionam como entrada e como saída. As bilheterias são pequenos buracos na parede, através dos quais, a compra do ingresso transcorre sem contato visual entre cliente e funcionário. Tudo se articula para que, naquele grande terreno, com infraestrutura precária e forte presença de álcool e outros entorpecentes, tudo seja permitido. Tudo converge para a hipersexualização do corpo feminino: as letras das músicas, os movimentos das danças, as vestimentas e as indumentárias. Chegando a esses espaços, percebemos imediatamente o código de vestuário tacitamente estabelecido para as mulheres: shorts curtos ou calças justas compõem o visual com saltos altos, blusas decotadas e maquiagens carregadas. Em muitas festas, há promoções nas quais mulheres não pagam até um determinado horário. Neste intervalo de tempo, o uso de bebidas alcoólicas costuma ser liberado, com a finalidade declarada de suprimir os obstáculos morais às investidas masculinas. Uma faixa na entrada de um desses espaços sintetiza a simbologia das casas de forró: “Tudo junto e misturado”.

2.4 Análise Documental

A abordagem musical etnomusicológica percebe a música como situada em um contexto cultural, mas também como uma prática formadora e transformadora de tradições, valores e sistemas partilhados (Koskoff, 2014) (Järviluoma, Moisala, & Vilkkö, 2003). Deste modo, a etnomusicologia dialoga com referenciais metodológicos que trabalhem a música como uma prática discursiva, permeada tanto pela linguagem musical como pelo posicionamento histórico e social. Considerando que as performances de gênero(s) relacionam-se diretamente com o poder e a ideologia que moldam a realidade social (Butler, 2003) (Taquette, 2010) e que “toda prática social tem

condições culturais ou discursivas de existência” (p.33) (Hall, 1997), encontramos um panorama favorável à análise do discurso, aqui utilizada segundo a escola francesa (Orlandi, 2009), que articula o linguístico ao sócio-histórico e ao ideológico, colocando a linguagem na relação com os modos de produção social.

Após leituras exaustivas, cada letra foi segmentada em unidades de significação, a partir das quais, iniciamos um procedimento minucioso de interpretação, articulando-as entre si e com o contexto sócio-histórico-político em que estavam inseridas (Orlandi, 2009). Não foi utilizado nenhum programa para análise estatística. Em seguida, trabalhamos as formações discursivas, relacionando-as à ideologia do sujeito para, enfim, interpretar a partir dos sentidos de discursos realizados, imaginados ou possíveis. Segundo Orlandi (1994), o primeiro passo para ordenar o processo de análise de discurso é o levantamento dos elementos do contexto de produção como o papel social do produtor e interlocutor, lugar social, momento da produção. Em seguida, realizar é o trabalho com as paráfrases, polissemias, metáforas e a relação dizer/não dizer. Após isso, é preciso identificar relações do discurso com formações discursivas que estejam agindo sobre ele, e assim relacioná-lo à ideologia do sujeito para, enfim, poder tirar conclusões a partir dos sentidos de discurso já realizados, imaginados ou possíveis.

2.5 Aspectos éticos

Como as músicas são de domínio público, não houve necessidade de aprovação de comitê de ética.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A triangulação entre os princípios da etnomusicologia e da Análise dos Discurso no estudo das relações de gênero nas músicas de forró, nos permitiu-nos a organização das músicas em cinco categorias (*Nordestinidade, Relações Sociais de Gênero, Imagética Masculina, Imagética Feminina e Violência de Gênero*), cuja a análise originou 9 subcategorias, cada uma originando um capítulo. São elas:

A Invenção do Nordeste e suas Tradições

1. Não se nasce homem, torna-se – A formação do macho nordestino
2. Nascida da Costela de Adão? A Invenção do Feminino como oposto do Masculino
3. Restrito ao passado? – A persistência do patriarcado
4. Reflexões sobre o corpo feminino
5. A voz feminina no patriarcado moderno
6. Só um tapinha não dói?
7. Desconstruindo estereótipos

8. “O problema é cultural’. E agora?

Em “A Invenção do Nordeste e suas Tradições” analisamos a construção da imagem da Região Nordeste, que, a partir da década de 1910, ganhou forma no imaginário de um Brasil que, até então, se dividia entre Norte e Sul. Discorreremos sobre as questões sociais e políticas que culminaram na associação indissolúvel, no inconsciente coletivo do país, entre a Região, a seca e a miséria, criando as bases para a elaboração imagético-discursiva do Nordeste como um lugar de periferia.

Em “Não se nasce homem, torna-se – A formação do macho nordestino”, buscamos compreender como as simbologias características do Nordeste culminaram na construção do estereótipo do “cabra macho” como reflexo das características atribuídas à própria região - aridez, força e violência – bem como intencionamos apreender os sentidos culturais que construíram e consolidaram as relações patriarcais na Região.

Se a subjetividade masculina não é algo “dado naturalmente”, sendo uma construção cultural, o mesmo é verdade para a subjetividade feminina. Este é o ponto abordado em “Nascida da Costela de Adão? A Invenção do Feminino como oposto do Masculino”. Neste estudo, realizamos um breve resgate histórico das diversas compreensões sobre a feminilidade, até chegarmos ao modelo construído no século XIX, com base no discurso da Igreja Católica e reafirmado pelo iluminismo e pela medicina social da época, que considerava a mulher como o oposto do masculino: à mulher seria natural a fragilidade, o recato, o predomínio das faculdades afetivas sobre as intelectuais e a subordinação da sexualidade à vocação maternal. Em oposição, o homem seria forte, autoritário, racional e viril. Esse modelo de feminilidade foi assimilado na construção da identidade regional do Nordeste, sendo crucial para a construção da subjetividade da nordestina.

O subcapítulo “Restrito ao passado? – A persistência do patriarcado” trata das adaptações sofridas pelo patriarcado diante dos inquestionáveis avanços sociais no que tange ao direito das mulheres. Diante das mudanças que garantiram às mulheres um espaço no mercado de trabalho, mudaram também os mecanismos de controle, que passaram a se sustentar-se no consentimento feminino, através da construção de uma subjetividade da mulher que, por internalizar as reedições de antigas normas patriarcais, não se perceberam como seres humanos independentes, a afirmação da e não se permite afirmar em sua autonomia. Este novo modelo de patriarcado acompanha-se também de um novo arquétipo de “macho”, moldado pela sociedade de consumo do mundo globalizado, que tem na virilidade e na ostentação do poder econômico os caminhos para a demonstração de força e para quem a mulher é vista como um objeto de consumo.

O subcapítulo “Reflexões sobre o corpo feminino” é dividido em duas partes. Inicialmente discorreremos sobre “Uma breve história do corpo”, que, enquanto signo que reproduz uma estrutura social, tem funcionado como um espelho das regras

e valores das sociedades desde a pré-história até a contemporaneidade, quando passou a ser moldado pelas leis de mercado. A partir desse ponto, adentramos a segunda parte do capítulo que discorre sobre “o corpo como objeto de consumo”, analisando as concepções modernas de estética corporal, assaz relacionadas aos valores consumistas, que atribuíram ao corpo feminino uma significação ideológica de mercadoria.

As conquistas femininas obtidas principalmente pelo avanço da ideologia feminista, todavia, não foram suficientes para proporcionarem a construção de uma nova subjetividade de gênero. Este é o mote do capítulo “A voz feminina no patriarcado moderno”, que trata da internalização do discurso do dominador pelo dominado, tornando-o conivente com sua própria dominação, facto chamado por Bourdieu (1984) (2001; 2004) de “violência simbólica”.

O subcapítulo “Só um tapinha não dói?” discorre sobre o aumento da violência contra a mulher, que não pode ser explicado simplesmente pelo aumento geral, uma vez que seu acréscimo foi proporcionalmente superior ao daquela que atingiu a população masculina. Procuramos ainda compreender o motivo da persistência desta violência, apesar das mudanças legais vigentes, com base na sua banalização nos discursos dos símbolos culturais, que segundo Scott (1992; 1995) são a base para a construção das identidades de gênero.

O subcapítulo “Desconstruindo estereótipos” procura atender a um dos princípios básicos da Análise do Discurso: a não univocidade do discurso. Discorreremos até aqui sobre as identidades culturais masculinas e femininas hegemônicas nas letras de forró e na sociedade onde elas são escritas e cantadas, sendo possível identificar. Não podemos ignorar, contudo, que existem vários modelos de masculinidade e feminilidade. É sobre estes modelos, que se desviam fogem dos aos estereótipos tradicionais, que tratamos neste capítulo, dividido em “O ‘homem feminino’ no Nordeste”, “O corpo masculino” e “A nordestina é antes de tudo forte”, discutindo também o posicionamento desses modelos discordantes em uma sociedade patriarcal e reguladora.

Por fim, em “‘O problema é cultural’. E agora?”, apoiamo-nos nas teorias de Teresa de Laurettis (Espaço Reservado 1) para a compreensão dos artefactos culturais como tecnologias de gênero, fundamental para uma mudança real, inserida na cultura. Neste capítulo, a percepção de Laurettis une-se a de Foucault (1988; 2005), sobre a constituição do sujeito e à afirmação da subjetividade em oposição às normas da sociedade vigente – a chamada *Parrêsia*, que perturba a ordem social pela afirmação da subjetividade. A leitura sobre o ato parrésico, por sua vez, leva-nos a concluir que uma mudança na essência da subjetividade só pode ocorrer através da educação – não a educação conteudista, mas sua vivência baseada no pensamento crítico – o que nos leva de volta à Laurettis e às suas concepções sobre tecnologia de gênero e a reconstrução das subjetividades baseada na crítica dos discursos dominantes.

Em face do exposto, acreditamos que este trabalho tenha sido de grande

relevância na área da Saúde Coletiva, na medida em que nos permitiu compreender como os símbolos culturais contribuem para a construção de subjetividades calcadas nos princípios do patriarcado e das relações desiguais de gênero., levando a uma legitimação da violência contra a mulher, de tal forma imbrincada que no inconsciente coletivo parece, que inutilizar todos os avanços legais que vêm em tentando reduzir as desigualdades baseadas no gênero. Além disso, iniciou-se um movimento de análise crítica dos discursos culturais que sustentam a violência contra a mulher, etapa que é crucial para mudanças efetivas na construção das subjetividades e do quadro atual de vitimização feminina.

4 | CONCLUSÃO

Este estudo relata a experiência de uso dos princípios da etnomusicologia em uma pesquisa dentro da Saúde Coletiva, realizada com o objetivo de compreender os sentidos atribuídos à mulher, à sexualidade e às relações de gênero na cultura nordestina e sua relação com as vulnerabilidades às quais estas estão expostas (Brilhante, 2015).

A pesquisa agrega conhecimento acerca do papel das performances musicais do forró na perpetuação de estruturas hierárquicas de gênero no nordeste brasileiro. Gênero não é uma construção social inocente ou um aspecto pouco importante de nossa identidade. Ao contrário, sua organização social pode perpetuar ilegalidades, injustiças e violências contra mulheres. A etnomusicologia surge, neste contexto, como uma possibilidade da compreensão do mundo social no qual as relações assimétricas de gênero são performadas.

REFERÊNCIAS

Albuquerque Júnior, D. M. (2009). *A invenção do Nordeste e outras artes*. São Paulo: Cortez.

Black MC, B. K. (2010). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS)*. Atlanta: CDC.

Blacking, J. (2000). *How Musical is Man?* (6ª ed.). Seattle: University of Washington Press.

Borges, A. (2007). Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(4), 597-604.

Bourdieu, P. (2001). *Meditações Pascalinas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Bourdieu, P. (2004). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Brilhante, A. V. (2015). *Gênero, sexualidade e forró: um estudo histórico social no contexto nordestino. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)*. Fortaleza: Associação Ampla AA, Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza.

- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade*. Rio Janeiro: Civilização Brasileira.
- Chianca, L. O. (2006). *A festa do interior: São João, migração e nostalgia em Natal no século XX*. Natal: Editora da UFRN.
- Cohen, S. (1997). Men Making a scene: Rock music and the production of gender. In Whithley, S. *Sexing the groove: Popular music and gender*. Routledge: New York, p. 17-36.
- Cusick, S. (1994). Feminist Theory, Music Theory, and the Mind/Body Problem. *Perspectives of New Music*, 32(1), 8-27.
- Daukeyeva, S. (2016). *Gender in Kazakh dombyra performance*. *Ethnomusicology Forum*, v.25, n(3,) p:1-23. Acesso em 06 de 03 de 2018, disponível em Taylor & Francis online: <http://dx.doi.org/10.1080/17411912.2016.1236697>
- Derrida, J. (1994). The Deconstruction of Actuality. An Interview with Jacques Derrida. *Radical Philosophy*, 68: 28-41.
- Dieese. (2011). *Anuário das mulheres brasileiras*. Fonte: Anuário das mulheres brasileiras: <http://www.dieese.org.br/anuario/anuarioMulheresBrasileiras2011.pdf>
- Faria, C. N. (2010). *MNEME*. Fonte: Portal de Periódicos Eletrônicos da UFRN: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/149/139>
- Fernanda A. (2004). *Assistente IV. Forró: música e dança “de raiz”?* (A. d. Música, Produtor) Acesso em 10 de 2014, disponível em www.hist.puc.cl/historia/iaspm/iaspm.html
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2005). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Garcia-Moreno, C., Heise, R., Jansen, H. A., Ellsberg, M., & Watts, C. (2005). Violence against women. *Science*, 310(5752), 1282-1283.
- Hall, S. (1997). *Cultural representation and cultural signifying practices*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University.
- Honório, M. D. (2012). *Cachaceiro e raparigueiro, desmantelado e largadão!: uma contribuição aos estudos sobre homens e masculinidades na região nordeste do Brasil*. Fonte: Repositório Institucional UNESP: <http://hdl.handle.net/11449/106233>
- Imberty, M. (1975). Perspectives nouvelles de la sémantique musicale expérimentale. *Musique en jeu*, 17, 90-91.
- IPEA. (2014). *IPEA Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil*. Fonte: IPEA: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php>
- Järviuoma, H., Moisala, P., & Vilkkko, A. (2003). *Gender and qualitative methods*. Londres: Sage.
- Koskoff, E. (2014). *A Feminist Ethnomusicology: Writings on Music and Gender*. Chicago: University of Illinois Press.
- Krader, B. (1980). *Ethnomusicology: The New Grove Dictionary of Music and Musicians*. Londres: Stanley Sadie.

- Lauretis, T. (1994). *A tecnologia do gênero. In: Hollanda, H. B. Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco.
- M., V. C., & Júnior, A. C. (2005). Forró Universitário: a tradução do forró nordestino no sudeste brasileiro. *Motriz*, 11(2), 127-130.
- Maia, A. F., & Antunes, D. C. (2008). Maia AF, Antunes DC. Música, indústria cultural e limitação da consciência. 8(4):1143-1176. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, vol.8, n.4, pp. 1143-1176.
- Mello, M. I. (2008). *Os Cantos Femininos Wauja no Alto Xingu. Em: MATOS, C. N.; DE, TRAVASSOS, E.; MEDEIROS, F., (organizadores). Palavra Cantada: ensaios sobre Poesia, Música e Voz*. Rio de Janeiro: 7Letras.
- Merriam, A. P. (1964). *The Anthropology of Music*. Evanston: Northwestern University Press. Evanston: Northwestern University Press.
- Minayo, M. C. (2005). Impacto da violência na saúde dos brasileiros.), 2005, p.9-41. Em M. d. Saúde, *Violência: um problema para a saúde dos brasileiros* (pp. p. 9-41). Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS nº 5: Prevenção de violências e cultura de paz. V.III; 2010*. . Fonte: Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf
- Murchison, G. (2016). *Mary Lou Williams's girl stars and politicsok negotiation: Jazz, Gender, and Jim Crown. Em: Sullivan JM, editores. Women's Bands in America: Performing Music and Gender*. Londres: Rowman & Littlefield.
- Nettl, B. (2005). *The Study of Ethnomusicology: Thirty-one Issues and Concepts: An Essay Review*. Urbana: University of Illinois Press, 513.
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Otawa*. Fonte: Carta de Otawa: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington(DC): Organização Pan-Americana de Saúde.
- Organização Pan-Americana de Saúde. (s.d.). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington(DC): Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.
- Orlandi, E. P. (1994). Discurso, imaginário social e conhecimento. *Em aberto*, 1994, 53-59., 61, ano 14., 53-59.
- Orlandi, E. P. (2009). *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes.
- Paim, J., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? , . *Revista de. Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Rhodes, W. (1956). Toward a definition of ethnomusicology. *American Anthropologist*, 58(3), 457-463.
- Santos, J. F. (2004). *Luiz Gonzaga, a música como expressão do Nordeste*. São Paulo: Brasa.
- Scott, J. W. (1992). História das mulheres. Em P. Burke, *A escrita da história: novas perspectivas* (pp. 64-65). São Paulo: Unesp.
- Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2, jul./dez. 1995,), 71-99.

Silva, E. L. (2003). *Forró no asfalto: mercado e identidade sociocultural*. São Paulo: Annablume/Fapesp.

Strathern, M. (2009). Música Popular, moral e sexualidade: Reflexões sobre o forró contemporâneo. 2009; 20:. *Contracampo*, 20, 132-146.

Taquette, S. R. (2010). Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde e Sociedade*, v.19, s.2, 51-62.

Uma publicação do LabVida-UECE, COVIO-UECE, Laboratório de Estudos da Violência da Universidade Federal do Ceará-LEV-UFC. (2011). Acesso em 06 de 03 de 2018, disponível em SER V: http://www.uece.br/covio/dmdocuments/regional_V.pdf

Venturi, G., Recamán, M., & Oliveira, S. d. (2004). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Wieviorka, M. (2004). *La violence: voix et regards*. Paris:: Éditions Balland.

A MÚSICA COMO FORMA DE EXPRESSÃO DA REALIDADE DE ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Andrea Ruzzi Pereira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Departamento de Terapia Ocupacional, Uberaba -
MG

Mariana Melo Parreira

Centro Socioeducativo de Uberaba, Uberaba - MG

Larissa Nascimento Marques

Prisma - Clínica do Desenvolvimento, Cuiabá - MT

Trabalho publicado como relato de experiência na Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social REFACS (online) 2018; 6(Supl. 2):662-668.

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência da atuação em estágio de terapia ocupacional com um grupo de adolescentes do sexo feminino em tratamento para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, com realização de um projeto coletivo de elaboração de um *rap*. Foi desenvolvido com a metodologia pautada nos preceitos da clínica ampliada, saúde mental, atenção psicossocial, e projeto de vida. O grupo foi composto por seis usuárias participantes. Foram realizadas 28 intervenções, entre março e julho de 2013, que foram mediadas por uma docente, e duas estagiárias do curso de terapia ocupacional. Os resultados destacam a violência contra a mulher, o uso de drogas, a criminalidade, e a necessidade de um fator de proteção trazido por elas, a espiritualidade/

religiosidade. Conclui-se que a atuação da terapia ocupacional com estas adolescentes propiciou um espaço de trocas afetivas e de experiências positivas.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente;
Vulnerabilidade social; Música

THE MUSIC AS AN EXPRESSION OF THE REALITY OF ADOLESCENTS IN SOCIAL VULNERABILITY

ABSTRACT: The aim of this paper was to describe the experience the supervised practice in occupational therapy with a group of female adolescents in treatment for alcohol and other drugs, with the collective construction of a rap music project. The study was developed with the methodology based on the precepts of the expanded clinic, mental health, psychosocial care, and life project. The group consisted of six participants. Twenty-eight interventions were performed between March and July 2013, which were mediated by one teacher and two interns of the occupational therapy course. The results highlight violence against women, drug use, crime, and the need for a protection factor brought about by them, spirituality / religiosity. It is concluded that the performance of occupational therapy with these adolescents provided a space for affective exchanges and

positive experiences.

KEYWORDS: Adolescent; Social vulnerability; Music.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), a adolescência é o período da vida que compreende o período dos 12 aos 18 anos de idade, sendo este um período em que ocorrem mudanças fisiológicas, psicossociais, físicas e sexuais, e que marca a transição da infância para a vida adulta (MACHADO et al., 2010). É nessa fase da vida em que ocorre a formação de uma identidade social, sendo esta determinada pela cultura e contexto social no qual o adolescente se insere (MACHADO et al., 2010).

No entanto, quando a adolescência é permeada por contradições e conflitos ou é atravessada por vivências violentas, tornam-se preocupante as repercussões negativas para a saúde física e mental do indivíduo, comprometendo a construção de seus projetos de vida.

Esta fase pode ser marcada por muitas dúvidas, inseguranças e conflitos internos e por isso os jovens são considerados como um segmento vulnerável em todas as sociedades do mundo globalizado e pequenas mudanças podem impactar toda a vida (MURPHY et al., 2013). É, também, uma época de descoberta e experimentação, quando várias pessoas usam o álcool e as outras drogas pela primeira vez (SMYTH; KELLY; COX, 2011) com a possibilidade de continuar o consumo dessas substâncias ao longo da vida ou não.

O adolescente pode estar exposto a vários fatores que o torna mais vulnerável ao adoecimento e ao uso de drogas. A vulnerabilidade refere-se à susceptibilidade individual ou familiar de desenvolver um distúrbio ou desadaptação diante de indicadores de risco (VESELSKA et al., 2011). Como fatores de vulnerabilidades aos adolescentes, pode-se destacar os riscos inerentes a dinâmica familiar, como os problemas relacionados ao alcoolismo e violência; o lugar de moradia; a disponibilidade dos espaços para lazer; os riscos relacionados à forma de repressão policial, às atividades do tráfico de drogas e à violência urbana (TRUCCO; COLDER; WIECZOREK, 2011).

A preocupação com o uso de drogas tem crescido a partir da década de 1960, devido à forma como as pessoas passaram a consumir tais substâncias e o aumento o consumo pelos adolescentes (SOARES et al., 2014). Assim, o uso de álcool e outras drogas tem se constituído como um problema de saúde pública mundial, principalmente pelo uso indistinto por pessoas de todas as idades, sexo e classes sociais, mas para alguns grupos específicos, como os adolescentes, o cuidado é maior devido aos anos eventualmente perdidos ou riscos a que eles se expõem (BENJET et al., 2014), e tem sido apontado como uma das principais causas que desencadeiam situações de vulnerabilidade na adolescência, a exemplo dos suicídios, violência, gravidez não planejada, prostituição e a transmissão de doenças por via sexual, o que justifica a

realização de estudos e intervenções sobre a temática com essas pessoas.

O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência da atuação do estágio de terapia ocupacional com um grupo de adolescentes do sexo feminino em tratamento para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, com a realização de um projeto coletivo de elaboração de um *rap*.

2 | MÉTODO

O trabalho desenvolvido com as adolescentes foi pautado nos preceitos da clínica ampliada, saúde mental e atenção psicossocial. Apresenta ações desenvolvidas em estágio supervisionado do curso de terapia ocupacional do 8º período da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), realizado entre março e julho de 2013, no Instituto Municipal sobre Drogas de Uberaba, que à época atendia adolescentes do sexo feminino com idade entre 12 e 18 anos, e que tinham problemas relacionados com álcool e outras drogas e que estavam em estado de vulnerabilidade social. As intervenções aconteceram duas vezes na semana, eram mediadas por uma docente e duas estagiárias do referido Curso, o grupo de adolescentes era composto, em média por seis usuárias. As considerações das participantes sobre os grupos foram transcritas pelas estagiárias em um caderno de registros e, posteriormente, discutidas com a supervisora, sendo aqui apresentadas a partir de uma análise de abordagem qualitativa descritiva.

O desenvolvimento deste estudo seguiu todas as normas éticas norteadoras dos trabalhos que envolvem seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o número 2303/2013.

3 | RESULTADOS

Durante o estágio foram discutidos alguns temas como: sexualidade; projeto de vida; cuidado consigo e com o outro; família; tipos de violência, e formas de enfrentamento. Sendo utilizado para o processo terapêutico ocupacional estratégias como teatro, jogos lúdicos, filmes, músicas, confecção de cartazes, atividade para o cuidado da imagem e confecção de acessórios femininos artesanais com materiais de baixo custo.

Foi discutido com as adolescentes um modo de trazerem esses temas agrupados, de forma que representasse a realidade vivida por elas. As meninas escolheram elaborar a letra de um *rap*, que intitularam de *Manos da Vila* e nomearam o próprio grupo como *As guerreiras*.

A construção coletiva envolveu todas as participantes de maneira intensa, durante seis semanas, levando-as a reflexão do contexto de cada participante, que se revelou um contexto coletivo. As meninas, após a elaboração da letra, fizeram a melodia e a produção de um clipe como protagonistas e cantoras.

O rap *Manos da Vila*

Hoje em dia os manos da vila
Estão fugindo da polícia
Trocando seus sonhos por nada
E entrando no mundo do crime por arma
Drogas, show, mulheres, dinheiro fácil
Pra morte é só um passo, passo, passo...

Estão fugindo da polícia
Entrando nesse mundo de crime e violência
Meu Deus, do que vale essa vida?
Cadê a nossa crença?

Tudo começa com um cigarro de baseado
Depois cocaína, crack, roubo, miséria, dinheiro roubado
Muito jovem trocando sua vida pelo crack
Matando pessoas, 157 é mato.
A nossa vida passa por vários episódios
Roubo, homicídio, crime, violência
A vida parece ser bela
E aí doidão olha pela janela
E você verá o sofrimento que vem dela, dela, dela...

Estão fugindo da polícia
Entrando nesse mundo de crime e violência
Meu Deus, do que vale essa vida?
Cadê a nossa crença?

Muitos homens pensam que as mulheres são um saco de pancada
Socos na barriga, chutes na cabeça,
Nossa, que tristeza!!!

Eu me lembro do dia que ele me trancou dentro do banheiro, puxou meu cabelo e me chutava como se estivesse batendo num homem. Muitas das vezes

minha menininha via ele me batendo e pedia para parar: Papai não faça isso com a minha mamãe.

Estão fugindo da polícia

Entrando nesse mundo de crime e violência

Meu Deus, do que vale essa vida?

Cadê a nossa crença?

Não podemos aceitar essa situação

O importante é ter Deus no coração!

4 | DISCUSSÃO

Nas letras de *rap*, os autores narram suas experiências de vida e o cotidiano de suas comunidades, viabilizando com isto um processo de identificação por aqueles que possuem a mesma realidade, onde se podem encontrar temas como privação financeira, preconceito social e racial. É uma importante forma de expressão, servindo como porta voz da realidade vivenciada por esta população (SILVA, 2016). Assim como encontrado na literatura (BOLZANI; BITTAR, 2017), a letra escrita pelas Guerreiras revelou semelhanças em suas experiências cotidianas. Ao falar do outro, *os manos da vila*, ficou evidente a dificuldade das meninas em falar diretamente sobre si. Em um trecho, elas mostram uma relação entre a adolescência e a criminalidade, sendo que no seu cotidiano algumas delas já cometeram atos infracionais e se envolveram com o tráfico de drogas. Cometer infração é uma forma que alguns adolescentes utilizam para sair de sua invisibilidade, buscando conquistar uma posição de respeito em sua comunidade (SILVA, 2016). Apesar do aumento do número de adolescentes envolvidos em atos infracionais, esta população continua sendo mais vítima do que autora da violência. Devido ao peculiar estágio de desenvolvimento em que se encontra, apresenta mais vulnerabilidade a diversas situações de risco, sendo agravado quanto maior a exposição as desigualdades sociais (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

O trecho *entrando no mundo do crime por arma [...] dinheiro fácil* menciona os motivos que levariam os adolescentes a cometerem um ato infracional. Estudos apontam que os principais riscos para isto são o consumo de drogas, os tipos de lazer, o grupo de amigos, a autoestima, o reconhecimento dos limites entre o certo e o errado, ser vítima de violência e os vínculos com relação à escola (LARROSA; PALOMO, 2010; ZEHE; COLDER, 2014). Os limites entre ser ou não ser autor de um ato infracional são tênues e podem ser ultrapassados a qualquer momento por um adolescente, considerando esta vulnerabilidade como uma característica desta fase da vida. Além disto, a baixa condição socioeconômica é um importante fator de risco para o uso de drogas na adolescência (HURD et al., 2014). As adolescentes também expressam algumas consequências negativas da criminalidade, como a não

realização de seus sonhos e a morte precoce, por meio de trechos como *trocando seus sonhos por nada e pra morte é só um passo*.

Tudo começa com um cigarro de baseado, depois cocaína, crack, as adolescentes dão a ideia de aumento no consumo de drogas. Iniciam o uso com a droga considerada por elas mais leve, passando para cocaína, crack. Adolescentes em certo estágio de consumo de drogas não necessariamente irão usar outras drogas, ressaltando que não haveria certa sequência de gravidade do risco de consumo de substâncias mais leves para as mais nocivas (RUZZI-PEREIRA, 2015). Contudo, existe em nossa sociedade a cultura de drogas menos nocivas e mais fracas e que, principalmente entre os adolescentes, de que o álcool não é considerado uma droga e tem seu consumo visto como algo normal e aceitável¹⁵. Com base em sua pesquisa de doutorado¹⁷, a autora reforça a necessidade de que as políticas públicas existentes, principalmente em relação ao álcool, sejam realmente efetivadas e que haja esforços políticos para um trabalho com a população para compreensão de que ele é uma droga e, como tal, o uso abusivo pode levar a consequências danosas; de que não há quantidade segura para o uso do álcool por adolescentes e que ele é a droga de acesso às outras substâncias, mas por si só já é a droga que mais traz prejuízos físicos, psíquicos e sociais.

As participantes abordam as consequências do abuso de drogas, que pode levar a execução de roubo e de homicídio, e a se afastarem dos estudos e de familiares. O uso de drogas pode acarretar negativamente a vida social do adolescente, prejudicando o desempenho relacional, na escola e, muitas vezes com a lei (SALAS-WRIGHT et al., 2014). Dentre as participantes, todas haviam parado os estudos nas primeiras séries do ensino fundamental 1, sem terem planos de retorno.

A música aponta um envolvimento ambíguo das adolescentes com a violência. Ora desempenham papel de vítimas, destacando a violência contra a mulher, e ora são as agressoras. O tema violência contra a mulher teve destaque durante a elaboração da letra da música, tendo em vista fazer parte da realidade de todas elas. Foi decidido pelo grupo que o trecho da música sobre esse tema deveria se constituir por um depoimento real de uma delas, que estava grávida de pela terceira vez à época do estágio, apontado no trecho entre *eu me lembro do dia que ele me trancou dentro do banheiro [...] até papai não faça isso com a minha mamãe*.

A violência física na vida adulta vinda de um parceiro atinge cerca de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo ao menos uma vez na vida e esses episódios de violência são repetitivos e tendem a se tornar progressivamente mais graves, inclusive durante o período da gestação (BORBUREMA et al., 2017). Esse fato foi consoante com a situação encontrada, chegando algumas adolescentes a sofrerem aborto após a agressão.

O refrão do rap traz Deus e a necessidade de uma crença e apresentam um fator de proteção, a religiosidade (ou espiritualidade). Estudos associam a religiosidade a melhores índices de recuperação para pessoas em tratamento de drogas e diminuição

dos índices de recaída; outros que a religião promove a abstinência do consumo de drogas e oferece recursos sociais de reestruturação, valorização das potencialidades individuais e coesão de grupo (STONE et al., 2012). Desta forma, é importante valorizar a espiritualidade das pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias e a prática de alguma forma de religiosidade.

Durante as intervenções as adolescentes se mostraram participativas, expressando suas opiniões e ideias. O terapeuta ocupacional é um profissional que viabiliza a construção de espaços potentes que se configuram como canais de expressão dos adolescentes, de maneira a fornecer-lhes alternativas de expressar suas angústias, diante do sofrimento gerado pelo processo de exclusão social. Assim, uma vez que o indivíduo percebe o espaço de intervenção como um espaço possível de (re) construir sua existência no mundo, ele se mostra aberto a aprender novas estratégias de ação e expressão (MORAIS; MALFITANO, 2016).

5 | CONCLUSÃO

A composição da letra do *rap* criado pelas adolescentes condiz com a realidade vivenciada por elas, porém elas se colocaram como observadoras dos fatos, e optaram por narrar a história em 3ª pessoa. O *rap* destaca a violência contra a mulher, o uso de álcool e outras drogas e a criminalidade. Também há destaque para um fator de proteção, a espiritualidade/religiosidade.

A atuação do terapeuta ocupacional com as adolescentes, propiciou um espaço de troca que otimizou a relação entre o grupo. E o recurso musical utilizado como estratégia para finalizar o estágio, possibilitou às adolescentes uma livre expressão de sua própria realidade. Embora essa população não possa mais ser acolhida em instituições como a que o estágio se desenvolveu devido ao cumprimento das políticas públicas de atenção ao adolescente, usuário de substâncias psicoativas. Os adolescentes são a clientela de menor adesão nos tratamentos ambulatoriais para álcool e outras drogas e, possivelmente, usar recursos significativos para a realidade deles, ajuda na adesão ao tratamento, e em melhores resultados para a clientela.

Reconhece-se como limites desse relato a divulgação de apenas uma das estratégias utilizadas durante o estágio. Desta forma se faz necessário o olhar para adolescentes com o mesmo problema, mas que residam em comunidades rurais ou centros urbanos maiores, que compartilhem dessa realidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei 8.069/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Senado Federal; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm

MACHADO, N. G.; MOURA, E. R. F.; CONCEIÇÃO, M. A. V.; GUEDES, T. G. **Uso de drogas e saúde sexual de adolescentes.** Rev enferm UERJ. v.2, n. 18, p. 284–90, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a20>

MURPHY, K.; SAHM, L.; MCCARTHY, S.; LAMBERT, S.; BYRNE, S. **Substance use in young persons in Ireland, a systematic review.** Addict Behav. v.38, n.8, p. 2392–401, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460313000889?via%3Dihub>

SMYTH, B. P.; KELLY, A.; COX, G. **Decline in Age of Drinking Onset in Ireland, Gender and Per Capita Alcohol Consumption.** Alcohol Alcohol. v. 46, n. 4, p. 478–84, 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/46/4/478/109588>

VESELSKA, Z.; GECKOVA, A. M.; OROSOVA, O.; GAJDOSOVA, B.; VAN DIJK, J. P.; REIJNEVELD, S. A. **Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents.** Addict Behav. v. 34, n.3. p. 287–91, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460308003134?via%3Dihub>

TRUCCO, E. M.; COLDER, C. R.; WIECZOREK, W. F. **Vulnerability to peer influence: a moderated mediation study of early adolescent alcohol use initiation.** Addict Behav. v. 36, n. 7, p.729–36, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088763/pdf/nihms285576>

SOARES, L. C. O.; RUZZI-PEREIRA, A.; PEREIRA, P. E.; CAVALCANTI, A.; ANDRADE, V. S. **Papéis ocupacionais de mulheres que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.** Rev Ter Ocupacional Universidade São Paulo. v. 24, n. 3, p.199-207, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/52375>

BENJET, C.; BORGES, G.; MÉNDEZ, E.; CASANOVA, L.; MEDINA-MORA, M. E. **Adolescent alcohol use and alcohol use disorders in Mexico City.** Drug Alcohol Depend. v. 136, p.43–50, 2014. Disponível em: [http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(13\)00522-X/fulltext](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(13)00522-X/fulltext)

SILVA, C. Y. G. **Nas batidas do rap, nas entrelinhas dos versos: uma reflexão winnicotiana sobre o amadurecimento juvenil [dissertação].** São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-16082016-105944/pt-br.php>

BOLZANI, B.; BITTAR, C. M. L. **Oficinas de artes visuais para adolescentes em situação de risco social: uma possibilidade para ações em promoção de saúde.** Adolesc Saude. v. 14, n. 1, p.7-13, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100026&lng=pt.

SILVA, E. R. A.; OLIVEIRA, R. M. **Os Jovens adolescentes no Brasil: a situação socioeconômica, a violência e o sistema de justiça juvenil.** In: SILVA, E. R. A.; MACEDO, D. M. B. Dimensões da Experiência Juvenil Brasileira e Novos Desafios às Políticas Públicas. 1a. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dimensoes_miolo_cap10.pdf

LARROSA, S. L.; PALOMO, J. L. R-A. **Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo.** Psicothema. v. 22, n.4, p.568–573, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72715515007>

ZEHE, J. M.; COLDER, C. R. **A latent growth curve analysis of alcohol-use specific parenting and adolescent alcohol use.** Addict Behav. v. 39, n. 12, p.1701–5, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030646031400152X?via%3Dihub>

HURD, Y. L.; MICHAELIDES, M.; MILLER, M. L.; JUTRAS-ASWAD, D. **Trajectory of Adolescent Cannabis Use on Addiction Vulnerability.** Neuropharmacology [Internet]. v. 76, n. 0 0, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3858398>

RUZZI-PEREIRA, A. **Prevalência do uso de álcool e outras drogas entre escolares da rede pública de ensino de Uberaba - MG: fatores de risco e de proteção** [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-28072015-101016/>.

SALAS-WRIGHT, C. P.; HERNANDEZ, L.; MAYNARD, B. R.; SALTZMAN, L. Y.; VAUGHN, M. G. **Alcohol use among Hispanic early adolescents in the United States: an examination of behavioral risk and protective profiles**. *Subst Use Misuse*. v. 49, n.7, p.864–77, 2014. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2014.880725?journalCode=isum20>

BORBUREMA, T.; PACHECO, A.; NUNES, A.; MORÉ, C.; KRENKEL, S. **Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. v. 12, n. 39, p.1-13, 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1460>

STONE, A. L.; BECKER, L. G.; HUBER, A. M.; CATALANO, R. F. **Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood**. *Addict Behav*. v. 37, n. 7, p.747–75, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460312000810?via%3Dihub> <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014>

MORAIS, A. C.; MALFITANO, A. P. S. **O Terapeuta Ocupacional como executor de medidas socioeducativas em meio aberto: discursos na construção de uma prática**. *Cad Bras Ter Ocupacional*. v. 24, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1388>

A PESQUISA-AÇÃO COMO CAMINHO PROMISSOR PARA INTERVIR FRENTE À VIOLÊNCIA ESCOLAR

Leilane Lacerda Anuniação

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Impactos da Violência na Saúde (FIOCRUZ-RJ). Enfermeira da Gestão da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana - Bahia.

Sinara de Lima Souza

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS. Feira de Santana - Bahia

Maria Geralda Gomes Aguiar (*in memoriam*)

Enfermeira. Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS. Feira de Santana - Bahia

Rosely Cabral de Carvalho

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS. Feira de Santana - Bahia

Aldalice Braitt Lima Alves

Enfermeira. Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade

Estadual de Santa Cruz (UESC). Itabuna - Bahia.

RESUMO: Este artigo descreve a experiência do uso da metodologia da pesquisa-ação, e reflete sobre sua aplicabilidade e possibilidades para elaboração e implementação de estratégias de prevenção e atenção das situações de violência escolar vivenciadas por crianças e adolescentes em uma escola municipal, de um bairro periférico, de um município do interior baiano. Constitui-se em recorte de dissertação de mestrado com abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, realizada entre 2016 e 2018, tendo como desenho, a pesquisa-ação. Os participantes foram a comunidade escolar e os profissionais da Atenção Básica em articulação com a rede de proteção à criança e ao adolescente. Os dados primários foram coletados por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada. As rodas de conversas e seminários foram utilizados como instrumentos para o diagnóstico situacional e para desenvolver as intervenções planejadas. Os dados secundários foram coletados em documentos institucionais. A análise dos dados se deu pelo método de análise de conteúdo. A metodologia configurou-se como adequada e aplicável ao estudo, pois propiciou a promoção da cultura de paz, mudanças efetivas nas formas de prevenir e assistir às situações de

violência escolar contra crianças e adolescentes, além de ter permitido o fortalecimento do vínculo entre os profissionais que atuam na rede local.

PALAVRAS-CHAVE: pesquisa-ação; violência contra criança e adolescente; violência; escola.

RESEARCH AS A PROMISING PATH TO INTERVENE AGAINST SCHOOL VIOLENCE

ABSTRACT: This article describes the experience of using the action research methodology and reflects on its applicability and possibilities for the elaboration and implementation of prevention strategies and attention to situations of school violence experienced by children and adolescents in a public school in a peripheral neighborhood, from a city in the interior of Bahia. It is a dissertation cut of a master's thesis with a qualitative, descriptive, exploratory approach, carried out between 2016 and 2018, having as a design, action research. The participants were the school community and the Primary Care professionals in articulation with the child and adolescent protection network. The primary data were collected through systematic observation and semi-structured interviews. The wheels of conversations and seminars were used as instruments for the situational diagnosis and to develop the planned interventions. Secondary data were collected in institutional documents. The analysis of the data was by the content analysis method. The methodology was configured as adequate and applicable to the study, as it promoted the culture of peace, effective changes in ways of preventing and attending situations of school violence against children and adolescents, as well as allowing the strengthening of the bond between professionals that act in the local network.

KEYWORDS: action research; violence against children and adolescents; violence; schools.

1 | INTRODUÇÃO

Para desenvolvermos uma pesquisa, a escolha da metodologia adequada caracteriza o caminho e a prática a ser seguida pelo pesquisador na abordagem da realidade, incluindo o método, as técnicas, assim como a criatividade do investigador. Portanto, a escolha do caminho metodológico mostra a intencionalidade do pesquisador sobre um determinado fenômeno (MINAYO, 2008).

A metodologia da pesquisa-ação é um tipo de pesquisa qualitativa, que teve sua raiz nos Estados Unidos da América, a partir de Kurt Lewin (TRIPP, 2005), a qual estimula a participação das pessoas envolvidas na pesquisa e abre o seu universo de respostas, passando pelas condições de vida da comunidade em estudo, sendo conceituada como um tipo de pesquisa social baseada no empirismo, “que é concebida de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou

participativo” (THIOLLENT, 2011, p. 20). Sendo compreendida, portanto, como uma forma de pesquisa que se propõe a intervir nas coletividades.

Com o aprofundamento dos pesquisadores acerca do método, a utilização da metodologia da pesquisa-ação vem crescendo atualmente, sendo usada de diferentes maneiras, a partir de diversas intencionalidades, por múltiplas áreas do conhecimento, com destaque para a de Saúde e especificamente pela Enfermagem (GRITTEN, MEIER, ZAGONEL, 2008).

Nessa perspectiva, ressaltamos a magnitude e a aplicabilidade desta metodologia para as pesquisas desenvolvidas na área de saúde, em especial na Saúde Pública, tendo em vista as finalidades da maioria dos estudos desenvolvidos, que objetivam: o cuidar, a promoção do bem-estar, a prevenção de agravos, a intervenção frente às situações de risco e vulnerabilidades, entre outros, em busca da qualidade de vida individual e coletiva.

Partindo deste entendimento, escolhemos este método para intervir, juntamente com uma equipe de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de um bairro periférico de um município do interior baiano, elaborando e implementando estratégias de prevenção e atenção às situações de violência escolar.

2 | A VIOLÊNCIA ESCOLAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E AS MOTIVAÇÕES PARA A PESQUISA

Considerada um fenômeno pela dimensão do problema, a violência vem se disseminando por todas as sociedades, tornando-se um grave problema de saúde pública, ocorrendo nos meios intra e extra familiares. A violência contra crianças e adolescentes, percorre a trajetória da evolução humana desde os tempos primitivos de que se tem registro.

Podemos configurá-la como uma relação de poder, na qual estão presentes e se confrontam atores com forças, experiências, maturidade, conhecimento e sentimentos desiguais. No Brasil, o conceito de violência contra esse segmento utilizado em saúde pública e o que mais se aproxima da complexidade da questão é:

todo ato ou omissão cometidos pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; e de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 2001, p. 26).

No que se refere aos locais de sua ocorrência, diversos são os cenários, nos quais as crianças e adolescentes podem se tornar vítimas ou agressores. Dentre eles destacamos: domicílio, escolas, serviços de saúde, ambientes de esporte e lazer. O ambiente escolar se sobressai como o de maior preocupação, dada a sua finalidade e a repercussão/consequências das experiências violentas na formação de crianças

e adolescentes. Ibiapina e Rocha (2013) defendem que a escola se configura como espaço primordial para o desenvolvimento de novas perspectivas e mudanças sociais, culturais e econômicas na vida da criança e do adolescente.

A presença da violência neste ambiente, se apresentando seja na forma física, simbólica ou verbal, se constituindo como um fenômeno mundial complexo e de difícil apreensão, que passou a fazer parte do cotidiano do espaço escolar e da vida social, sendo consequentes as desigualdades sociais e todas as vulnerabilidades do espaço externo à escola, as diferenças culturais, as diferenças da forma de agir e pensar, na forma de assimilar o mundo, resultando na violação dos direitos da criança e do adolescente, o que gera preocupação e aumenta a insegurança de toda comunidade escolar. A violência escolar é conceituada como:

todos os atos ou ações de violência, comportamentos agressivos e antissociais, incluindo conflitos interpessoais, danos ao patrimônio, atos criminosos, marginalizações, discriminações, dentre outros praticados por, e entre, a comunidade escolar (alunos, professores, funcionários, familiares e estranhos à escola) no ambiente escolar (PRIOTTO; BONETI, 2009, p. 162-163).

A partir da ocorrência da violação da infância e da adolescência, ou a iminência desta, no espaço da escola, e ainda atendendo as legislações atuais que protagonizam o setor saúde nas redes que interveem nas situações de violência, principalmente, com as ações estabelecidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), surge a necessidade de, enquanto profissionais de saúde, estarmos atentos a este fenômeno e planejarmos estratégias de ação, tendo em vista que a violência pode resultar em danos irreparáveis no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

A nossa experiência, enquanto Enfermeira, integrante da Gestão da Atenção Básica de um município do interior baiano, Referência Técnica do PSE, pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Vulnerabilidade e Saúde (NIEVS), da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia (UEFS), nos levou à compreensão de que a escola se constitui em espaço privilegiado para realizarmos propostas de intervenção que visem promover, identificar e intervir frente às situações de violência envolvendo crianças e adolescentes.

Diante dos desafios que esse fenômeno traz para o trabalho desses profissionais, propomos um projeto de intervenção para prevenção e atenção às situações de violência ocorrida na escola, vislumbrando construir com os profissionais de saúde e comunidade escolar novas estratégias que possibilitassem mudanças, que agregassem às crianças e adolescentes novos comportamentos, conceitos e valores no espaço escolar, para promoção de uma cultura de paz, que contribuam para a integralidade do cuidado a esse grupo e a objetividade das ações com a participação também da família, uma vez que ela representa componente primordial na promoção de saúde dos escolares. Nesse sentido, o estudo possuiu a seguinte indagação norteadora: **Como os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) de um bairro periférico de um município do interior**

baiano e a comunidade escolar de uma escola municipal daquele bairro interveem frente às situações de violência escolar?

Assim sendo, o estudo delineou como **objetivo geral**: Construir propostas de prevenção e atenção à violência escolar para a constituição de territórios de paz, juntamente com a comunidade escolar, eSF e NASF de um bairro periférico do município de Feira de Santana, Bahia. E, como **objetivos específicos**: Implementar a capacitação dos profissionais de saúde e da educação do bairro periférico do município de Feira de Santana, Bahia, como projeto piloto, articulado ao Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) do Programa Saúde na Escola, quanto a prevenção e atenção da violência no ambiente escolar e; Desenvolver juntamente com eSF/NASF, comunidade escolar e poder público, estratégias para a prevenção, redução e atenção a violência escolar e uma cultura de paz, em uma escola municipal de um bairro periférico do município de Feira de Santana, Bahia.

3 | DESENHO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência acerca de um projeto de intervenção desenvolvido no Mestrado Profissional em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior da Bahia, no período entre 2016 a 2018, com abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às ações, às relações e às estruturas sociais, estas últimas, tomadas tanto no seu advento quanto na sua modificação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2008). Elegemos como desenho, a Pesquisa-Ação, pois esta possibilitou configurarmos e analisarmos o fenômeno a partir da percepção e ações dos sujeitos do estudo, na perspectiva de investigarmos situações concretas, no que concerniam as ações de prevenção e atenção à violência na escola, desenvolvidas pela eSF/NASF e comunidade escolar, e, com envolvimento do pesquisador e atores sociais, com a finalidade de elaborarmos as propostas de intervenção frente à problemática.

Consideramos que o pesquisador deve explorar o ambiente da pesquisa como a principal fonte de coleta de dados, pois isto possibilitará a compreensão aprofundada do fenômeno em questão, tendo em vista que ele sofre interferências constantes desse ambiente (ANDERSON, 2000). A pesquisa-ação obriga o pesquisador a implicar-se e implicar os outros por meio de sua visão e ações no mundo. O pesquisador apreende, portanto, que as ciências humanas são resultados da interação entre os sujeitos e os objetos de pesquisa, a todo o momento, desempenha a sua função profissional numa articulação dialética de implicação e distanciamento, de afetividade e racionalidade, do simbólico e imaginário (BARBIER, 2002). Pode ser operacionalizada, basicamente, em cinco fases: a) conhecimento da realidade, com a identificação de problemas para elaboração do diagnóstico situacional. Também chamada fase exploratória, na qual se utilizam conversações, entrevistas individuais, coletivas e seminários;

b) planejamento de ações, considerando as soluções possíveis para os problemas identificados; c) efetivação das ações planejadas sistematicamente; d) avaliação dos resultados obtidos; e) identificação do aprendizado adquirido a partir do problema (SANTANA e NASCIMENTO, 2010). Por utilizarmos este método, foi estabelecido um espaço constante de interlocução, no qual os atores, com seus conhecimentos multidisciplinares, participaram ativamente da construção das ações para resolução do problema, propondo soluções e aprendendo na ação.

É também descritiva, exploratória, tendo em vista que almejou aproximar o investigador à temática da violência escolar contra crianças e adolescentes e à realidade posta naquela escola, a fim de explorarmos possibilidades de conhecimento e posterior aprofundamento acerca do assunto, além da definição dos objetivos de pesquisa, bem como a formulação das questões norteadoras.

Este estudo consistiu em um desdobramento do projeto permanente de extensão e pesquisa iniciado em 2011, intitulado “Diagnóstico da violência e estratégias de construção da paz nas escolas municipais de Feira de Santana-BA”, desenvolvido pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Vulnerabilidade e Saúde (NIEVS), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

3.1 Contextualizando o campo da pesquisa

O local do estudo foi um município do interior baiano, situado no polígono das “secas”, considerado como a segunda maior cidade do Estado da Bahia, com população estimada em 2016, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, mediante base de cálculo do Ministério da Saúde, de 617.528 habitantes, sendo 49.110 indivíduos na faixa etária de 0 a 5 anos de idade, 53.387 na faixa etária de 5 a 9 anos de idade e 118.934 na faixa etária de 10 a 19 anos de idade (FEIRA DE SANTANA, 2017).

Por sua localização geoeconômica, é um dos maiores entroncamentos rodoviários do interior do país, cortado por importantes rodovias federais e estaduais, favorecendo um crescente fluxo mercadorias, dinheiro e pessoas, diariamente. Isso reflete significativamente nos índices e taxas de violência.

A Rede de Atenção à Saúde do Município é composta por instituições públicas, filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS, sendo que a Atenção Básica, atualmente, dispõe dos seguintes serviços: 89 Unidades de Saúde da Família com 120 equipes de Saúde da Família (eSF); 70 equipes de Saúde Bucal; 12 Unidades Básicas de Saúde tradicionais parametrizadas; 21 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família; 01 Academia da Saúde; 01 equipe de Consultório na Rua; e 02 equipes de Atenção Domiciliar/ Melhor em Casa, 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 01 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (FEIRA DE SANTANA, 2018).

O *lócus* da pesquisa foi uma escola municipal de um bairro periférico de um município do interior baiano. A escolha desta escola se deu, devido à sua localização e pelas informações obtidas em contato com a comunidade escolar, eSF e NASF, que

revelaram a necessidade de uma ação conjunta, com vistas a modificar o seu cenário. A referida escola está situada em um sub-bairro do bairro mais populoso da cidade, classificado em 4º lugar, na escala de avaliação do nível de violência no município (TRINDADE, 2016).

Em 2017, a Secretaria Municipal de Saúde finalizou a reterritorialização do município, com uma nova cartografia dos territórios, na qual se identificou que a eSF do referido bairro, possui em sua área de abrangência população superior à estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que traça as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Isso se deve a migração territorial para aquela região, secundária à construção de novos conjuntos residenciais do Programa Minha Casa Minha Vida, sem planejamento prévio das instâncias governamentais, no que diz respeito à garantia da oferta de serviços.

Conforme análise das informações obtidas em rodas de conversas com os profissionais e documentos institucionais, uma parte significativa da população se encaixa na condição social de pobres e de classe média; cujo nível de escolaridade dos adultos, entre o ensino fundamental 1 e 2 incompletos. O comércio se constitui na maior fonte de renda e vem se desenvolvendo, com grande diversidade de razões sociais, além de comportar uma importante e diversificada feira livre, principalmente aos domingos.

A referida escola dispõe de 11 salas de aulas, uma sala de secretaria e diretoria, um laboratório de informática, uma sala de recursos multifuncionais para Atendimento Educacional Especializado (AEE), uma pequena biblioteca, uma cozinha, uma cantina, uma área ampla coberta e um pátio amplo descoberto. Com 402 crianças e adolescentes matriculados no ensino fundamental, na faixa etária de 06 a 16 anos, conforme dados levantados e atualizados junto à diretoria da referida escola, em setembro de 2017. As turmas são do 1º ao 5º ano, nos turnos matutino e vespertino, mais duas turmas no matutino, “Se Liga” e “Acelera”, objetivando que os alunos atrasados quanto à idade, atualizem suas séries.

3.2 Os participantes da pesquisa-ação

Os participantes deste estudo foram os profissionais da equipe de Saúde da Família (11 profissionais), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (05 profissionais) e comunidade escolar (26 alunos e 11 profissionais), de ambos os sexos, que estavam trabalhando ou estudando nas referidas equipes de saúde e escola municipal daquele bairro, e que desenvolvem ou participam das ações do PSE, para prevenção e atenção à violência contra crianças e adolescentes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser profissional de saúde e educação, de ambos os sexos, com qualquer idade, atuantes na Unidade de Saúde e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e comunidade escolar, de um bairro periférico de um município do interior baiano, nos anos de 2013 a 2017. Em relação aos adolescentes foram: estarem na faixa etária de 9 a 16 anos e estarem matriculados na escola

municipal escolhida.

A seleção dos alunos ocorreu a partir dos momentos de observação sistemática e diálogos com os profissionais da escola. Tendo em vista que as ações de intervenção visavam modificar a realidade encontrada, foram priorizados aqueles com maior índice de envolvimento em situações de violência na escola. Para tanto, adotamos a amostra intencional ou não aleatória, que leva em conta o critério da representatividade social, seleciona atores que possuam uma maior experiência no que tange à situação em relevo. Ou seja, deve ser composta por aqueles indivíduos que possuem um maior contingente de informações úteis para o estudo (THIOLLENT, 2011).

3.3 Caminhos utilizados para aproximação com campo de pesquisa

As estratégias de entrada em campo devem prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, ou seja, como apresenta-la, como apresentar-se, a quem se apresentar, por meio de quem, com quem estabelecer os primeiros contatos (MINAYO, 2016).

Para tanto, inicialmente agendamos uma reunião com a diretora e coordenadora pedagógica da escola, em seguida com profissionais do PSF e NASF na USF do bairro, para apresentação da proposta de pesquisa-ação, comunica-los e acordarmos quanto ao início das atividades de coleta de dados e intervenções. Logo depois, visitamos as turmas para apresentação aos alunos, quando marcamos a primeira roda de conversa, a fim de nos aproximarmos e detalharmos a pesquisa e as possíveis intervenções. Para aproximação com os pais e responsáveis, foi utilizado um evento promovido pela escola, no qual fomos convidados a participar.

3.4 Técnicas e instrumentos escolhidos para coleta de dados

Os dados coletados foram de duas naturezas: primários e secundários. Conforme Santana e Nascimento (2010) os dados primários são aqueles que o pesquisador produz a partir do seu contato com o campo e os participantes da pesquisa, utilizando técnicas e instrumentos de coleta, como a observação e as entrevistas. Já os secundários, são aqueles que já foram produzidos e encontram-se disponíveis em bases de dados científicos, livros, documentos institucionais, entre outros, e podem ser consultados e referenciados por outros pesquisadores.

Para a construção do estudo utilizamos como técnicas de coleta de dados: entrevistas semiestruturadas, observação sistemática do cotidiano das eSF/NASF e na Escola, desenvolvimento de rodas de conversas e realização de seminários com os participantes.

A coleta de dados secundários foi realizada através do levantamento, junto à Secretária Municipal de Saúde e de Educação, de relatórios e indicadores de monitoramento e avaliação de saúde e educação. Foram consultadas sistematicamente, as bases de dados virtuais LILACS, MEDLINE, SciELO e os resultados de outras pesquisas realizadas pelo NIEVS/UEFS.

3.5 A análise de dados

Os dados gerados foram analisados a partir do método de análise de conteúdo, que consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2011).

Este método de análise, não deve se exceder na formalidade, nem tão pouco ficar apenas vinculado à técnica, ao ponto de interferir na capacidade criativa e intuitiva do pesquisador. Todavia, não é recomendado que o pesquisador ultrapasse os limites da subjetividade, transformando o texto em apenas expositor de suas próprias ideias e valores (CAMPOS, 2004).

Este foi o método mais adequado a ser utilizado nesta pesquisa, devido a sua capacidade de análise dos diversos conteúdos produzidos a partir dela, possibilitando-nos ir além dos significados, da leitura simples do real; permitindo-nos analisar a essência de seus conteúdos, pois ele nos sugere tornar os elementos ocultos da linguagem humana, evidentes e admissíveis para a comprovação lógica, organizar e descobrir o significado original dos seus elementos manifestos em tudo que foi dito nas entrevistas, nos depoimentos, nos documentos consultados, nos desenhos e textos produzidos pelos alunos e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais, a partir dos encontros.

Para realizar a análise a dividimos em três etapas, recomendadas por Bardin (2011):

a) Pré-análise: Transcrição de todos os dados obtidos e a leitura fluente de todo o material empírico, obtidos pelas entrevistas, pela observação sistemática, pelo diagnóstico situacional e pela descrição e produtos das atividades de intervenção, proporcionando ao pesquisador o contato exaustivo com o material deixando-o impregnado pelo seu conteúdo.

b) Exploração do material: a partir da escolha dos trechos (recorte do texto em unidades de registro) os mesmos foram submetidos a um estudo orientado pela fundamentação teórica, no intuito de possibilitar a codificação, classificação e agregação dos dados em categorias.

c) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação: Nessa etapa realizamos o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos, com seleção de prioridades (posteriores soluções e hierarquização) das ações em curto, médio e longo prazo. Após isto, foram feitas inferências e as interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugestões de outras possibilidades.

3.6 Procedimentos éticos

Para realização desta pesquisa foram respeitados e seguidos todos os procedimentos éticos respaldados pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão nacional regulador desses aspectos, para consentimento das

atividades de pesquisas que envolvam seres humanos (BRASIL, 2013).

Os documentos que foram utilizados nesse projeto de pesquisa, respeitando tal resolução foram: solicitação para autorização de pesquisa, autorização para a realização da pesquisa, entrevista para coleta de dados, roteiro de observação, roteiro de apresentação do projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais /responsáveis, profissionais de saúde e educação, Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os adolescentes, termo de responsabilidade do pesquisador responsável e autorização da Coordenação do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Vulnerabilidades e Saúde (NIEVS) para acessar sua base de dados.

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, para apreciação ética, com parecer favorável para sua realização, nº 1.998.050, CAAE: 63031316.2.0000.0053, emitido em 04 de abril de 2017. De posse dessa anuência, iniciamos a coleta de dados e intervenções no campo selecionado.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse item apresentamos como se deram as etapas da metodologia proposta, prioridades estabelecidas e intervenções realizadas. A *fase exploratória* consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, e, daí, estabelecer um primeiro levantamento da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações. Já a etapa de planejamento e implementação das ações de intervenção, se constituiu na construção e aplicação das estratégias necessárias para solucionar os problemas detectados na fase diagnóstica, na qual consideramos os aspectos socioculturais dos atores sociais envolvidos (THIOLLENT, 2011).

A fim de evidenciarmos os caminhos percorridos na pesquisa-ação, segue na página seguinte, a Figura 1 detalhando a utilização das técnicas e instrumentos de coleta de dados nas diferentes fases do percurso metodológico: diagnóstico, planejamento e implementação das intervenções.

Como estratégias de entrada em campo, agendamos um encontro com a diretora e coordenadora pedagógica da escola, em seguida com profissionais da eSF e NASF na USF do bairro, para apresentação da proposta, comunica-los e acordarmos quanto ao início das atividades de coleta de dados e intervenções.

A partir desse momento, iniciamos a observação sistemática, que perdurou por todas as fases do estudo. Posteriormente, visitamos as turmas para apresentação aos alunos, quando marcamos a primeira roda de conversa, a fim de nos aproximarmos e detalharmos a pesquisa e as possíveis intervenções. A aproximação com os pais e responsáveis, ocorreu em um evento promovido pela escola, com uma roda de conversa para discutirmos a violência contra a criança e o adolescente e novos caminhos para disciplinar os filhos.

Posteriormente, buscamos estreitar as relações com a comunidade escolar e eSF/NASF, a todo momento, por meio da participação efetiva nos planejamentos e nas ações voltadas direta ou indiretamente à temática da prevenção e atenção às situações de violência na escola e da cultura de paz.

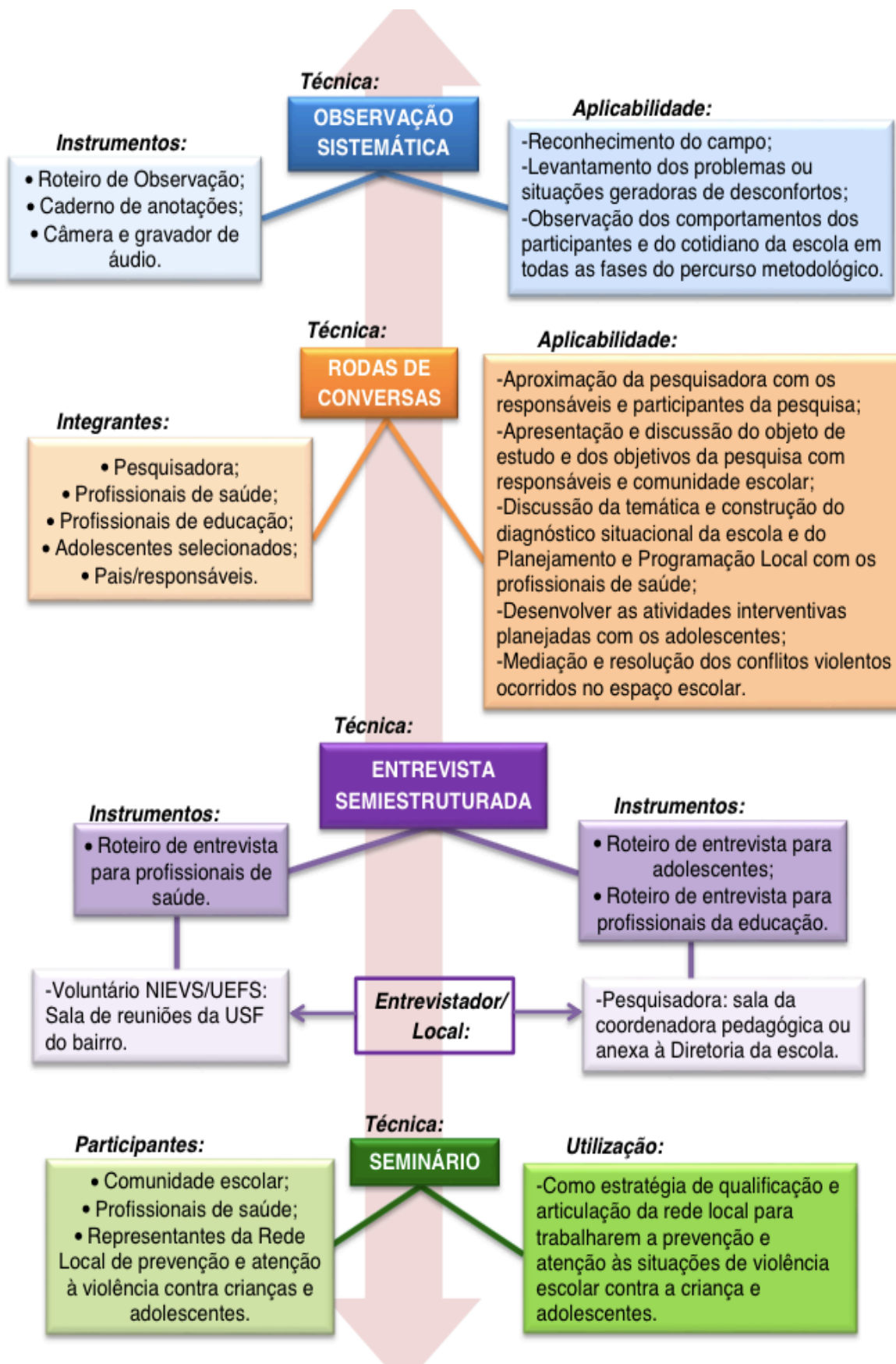


Figura 1 - Diagnóstico situacional, planejamento e implementação das intervenções.

Estabelecida como metodologia inovadora e apropriada para trabalho com o coletivo, Sampaio e outros (2014) relatam que as rodas de conversa só passou a ser aplicada em diversos contextos, a partir do referencial teórico-metodológico da Educação Popular com base nos estudos de Paulo Freire. Elas criam espaços de encontros dialógicos, com possibilidades de (re)significação de saberes e sentidos, a partir das experiências dos seus participantes. As rodas ultrapassam a sua disposição estrutural, que organiza os participantes em círculo, elas simbolizam uma “postura ético-política em relação à produção do conhecimento e à transformação social, efetivando-se a partir das negociações entre sujeitos” (SAMPAIO e outros, 2014, p. 1301).

As rodas de conversas com profissionais de saúde e educação, com os pais/responsáveis e com os adolescentes selecionados, foram importantes instrumentos em todo percurso do trabalho de campo.

Na *fase diagnóstica* consideramos os aspectos socioculturais dos atores sociais envolvidos, que retratavam a realidade, numa parceria afinada, oportunizando-lhes voz, voto e ação, dentro da abordagem dialógica (Thiollent, 2011). Nesta etapa fizemos o dimensionamento do problema, a quantificação de recursos necessários e a seleção de prioridades com os diferentes grupos, em rodas de conversas. Para tanto, elaboramos uma planilha de planejamento e programação, composta pelos seguintes itens: situação problema, estratégias, ações, recursos, público alvo, responsáveis, prazos e resultados alcançados. Os principais problemas elencados foram: agressões verbais, agressões físicas, bullying, preconceito, racismo, indisciplinas em sala e violência autoinflingida. Nesta etapa iniciamos as entrevistas com os atores.

Nas etapas de *efetivação das ações planejadas sistematicamente e avaliação dos resultados*, foram construídas e aplicadas as estratégias a seguir, para solucionar/atenuar os problemas detectados:

1 - Desenvolver 5 oficinas com os alunos participantes da pesquisa, utilizando material lúdico e valorizando o protagonismo destes, com os seguintes resultados: Alunos se envolveram nas oficinas propostas, produzindo materiais alusivos às temáticas como: desenhos, histórias, histórias em quadrinhos, rapper sobre respeito e paz, entre outros; Promovemos a reflexão dos alunos sobre as temáticas trabalhadas, com a mudança de comportamento observada gradualmente, por parte de alguns, ao longo dos encontros. Menor envolvimento de alguns alunos em episódios de violência escolar. Melhora do comportamento em sala de aula.

2 - Mediação de conflitos e atos de violência ocorridos entre os alunos no espaço da escola e em seu entorno, com os seguintes resultados: Observamos a diminuição do envolvimento de alguns alunos em conflitos ou situações de violência. A diretoria da escola elaborou um questionário reflexivo sobre a prática da violência na escola, para

que os alunos respondessem e discutissem quando fossem direcionados à diretoria por terem cometido violência. Melhoramos a articulação entre os serviços que compõem a rede, principalmente entre escola e equipe de saúde. Buscamos sensibilizar os pais quanto às formas mais adequadas de educação doméstica, sem violência; valorizamos a participação da família na escola, os motivando a acompanhar seus filhos.

3 - Acompanhamento e encaminhamento à assistência psicossocial de criança que tentou suicídio em sala de aula, com os resultados: Conseguimos que a mãe com auxílio de uma vizinha e da conselheira tutelar levasse à criança para iniciar acompanhamento no CAPS i; Acompanhamento da criança e família pela eSF/NASF, pelo Conselho Tutelar e CREAS.

4 - Implantação do Projeto Atividade Física na Escola, com os resultados: Os alunos foram selecionados e já iniciaram as atividades esportivas, onde serão também trabalhados outros assuntos educativos. A *identificação do aprendizado adquirido a partir do problema* foi observada na realização do seminário crítico com todos os atores envolvidos.

Como exemplo de ações de parceria com a eSF/NASF: planejamos e executamos as ações do PSE; realizamos interlocução com as equipes para atendimentos multidisciplinar na escola e na unidade de saúde, de crianças, adolescentes e famílias em situação de violência; realizamos visitas domiciliares para intervenção e encaminhamentos para assistência de saúde, de casos de violências diagnosticadas no espaço da escola; entre outros. Nas atividades da escola, houve a mediação de conflitos; diálogo constante com profissionais da escola; participação da organização de ações coletivas integrantes do calendário escolar, a exemplo de: Dia dos Pais, Caminhada do Folclore, Desfile da Primavera, entre outras ações.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa-ação, dentre as diversas abordagens metodológicas que podem ser implementadas para a realização de pesquisas em saúde, destaca-se por objetivar a transformação de uma realidade dada por meio da elaboração de estratégias de ação planejadas, a imersão do pesquisador no campo de coleta de dados, a constante interação entre o pesquisador e o participante, além da colaboração dos participantes e pesquisador como atores transformadores de sua realidade, também capazes de modificarem comportamentos e práticas, por conseguinte, a troca de saberes e o aprendizado resultante.

Destarte, esta metodologia configurou-se como extremamente adequada e aplicável ao estudo ora proposto, que lidou com um tema tão complexo e passível de intervenção, como é o caso da violência escolar contra a criança e o adolescente. Consideramos ainda, a essência do trabalho que deve ser priorizado pelas equipes da Atenção Básica, com práticas que visem à prevenção de doenças e promoção da saúde das coletividades, utilizando-se da escuta qualificada, da humanização do cuidado,

com sensibilidade aos problemas das comunidades, os riscos e as vulnerabilidades.

Ratificamos, portanto, que a utilização de metodologia de pesquisa-ação, por meio das práticas interventivas, facilitou a obtenção de resultados positivos para promoção de uma cultura de paz naquele ambiente escolar, pois contribuiu para mudanças efetivas nas formas de prevenir e intervir frente às situações de violência na escola, tanto por parte da comunidade escolar, quanto por parte dos profissionais de saúde.

Como produtos originários deste estudo, podemos elencar: fortalecimento do vínculo entre os profissionais que atuam na rede de serviços locais que vislumbram assistir de forma integral esta problemática; oficinas e atividades lúdica, implantação do projeto de atividade física na escola; proposição de novo modelo de mediação de conflitos no âmbito escolar; aproximação da família com a escola; projeto intersetorial para qualificação dos profissionais de saúde e educação para a prevenção e atenção às violências e elaboração de cartilha instrutiva para os profissionais. Os demais dados oriundos da pesquisa serão explorados em outras produções.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, A. - Una introducción a la investigación cualitativa. **Revista Psiquiátrica Peruana**. 6(1):103-12, 2000.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**/ René Barbier. Tradução de Lucie Didio. Série Pesquisa em Educação, v. 3. Brasília: Plano Editora, 2002. 159 p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**: Portaria nº 2.436 de 21/09/2017 publicada no DOU n. 183, de 22/09/2017 Seção 1, Brasília, DF, 22 set 2017.

CAMPOS, C. J. G. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5):611-4.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Segundo Quadrimestre de 2017, da Atenção Básica de Feira de Santana**. In: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Divisão da Atenção Básica, 2017.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão da Atenção Básica do ano de 2018 de Feira de Santana**. In: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Divisão da Atenção Básica, 2018.

GRITTEN., L, MEIER, M. J., ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm** 2008; 17(4): 765-770.

IBIAPINA, Aricelma Costa; ROCHA, Genylton Odilon Rêgo da,. **Políticas públicas de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e no Maranhão**. In: VI Jornada Internacional de Políticas Públicas 2013. Cidade Universitária da UFMA. São Luis: MA.

Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo9-poderviolenciaepoliticaspUBLICAS/politicaspUBLICASdeenfrentamentodaviolenciassexual.pdf>> Acessado em: jan 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2001, vol.1, n.2, pp.91-102. ISSN 1806-9304. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>.> Acesso dez 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 1ª ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

PRIOTTO, Elis Palma; BONETI, Lindomar Wessler. **Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola.** Rev. Diálogo Educ. , Curitiba, v.9, n.26, p. 161-179, Jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/dialogo?dd1=2589&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 26 out. 2016.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Gilney Costa; AGOSTINI, Marcia e SALVADOR, Anarita de Souza. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface** (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp.1299-1311. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.> Acesso em: jul 2016.

SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana, UEFS Editora, 2010.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18.ed. São Paulo-SP: Cortez, 2011.

TRINDADE, Andrea. Veja os bairros mais violentos de Feira de Santana no 1º semestre de 2016. **Acorda Cidade.** Feira de Santana, 5 jul. 2016. Disponível em: <<http://m.acordacidade.com.br/noticias/161782/veja-os-bairros-mais-violentos-de-feira-de-santana-no-1-semester-de-2016.html>> Acesso em: 01 nov. 2016.

TRIPP David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa,** São Paulo-SP, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA TREINAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Paulo Roberto Anastacio

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Tecnológicas
Bandeirantes – Paraná

Fábio De Sordi Junior

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Tecnológicas
Bandeirantes – Paraná

Emiliana Cristina Melo

Universidade Estadual do Norte do Paraná,
Centro de Ciências Biológicas. Setor de
Enfermagem. Bandeirantes – Paraná

RESUMO: O ensino a distância vem ganhando espaço e tem crescido de forma significativa, proporcionando um novo impulso a educação, devido aos avanços das tecnologias de informações e comunicações. No intuito de utilizar um ambiente virtual de aprendizagem afim de capacitar enfermeiros para a aplicação da classificação de risco, esta ação de extensão teve como objetivo elaborar, desenvolver e implementar um ambiente virtual de aprendizagem para o curso de treinamento de classificação de risco. Foi desenvolvido um ambiente virtual de aprendizagem envolvendo o levantamento do conteúdo de classificação de risco com todos os requisitos necessários para o treinamento. Os resultados apontaram excelente desempenho por parte da avaliação feita por

professores enfermeiros da Universidade Estadual do Norte do Paraná e também pelos Enfermeiros que testaram o ambiente. Conclui-se que o desenvolvimento deste ambiente virtual de aprendizagem, contribuiu para a capacitação de enfermeiros que não têm disponibilidade para realizar a capacitação da maneira convencional e, concomitantemente possibilite melhor atendimento e menor tempo de espera na resolução de problemas de saúde da população que utiliza os serviços de urgência e emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Urgência e emergência, ensino a distância, tecnologia de informação e comunicação.

ABSTRACT: Distance learning is winning space and has grown significantly, providing a new impulse to education, due to advances in information and communication technologies. In order to use a virtual learning environment in order to train nurses to apply the risk classification, this extension action aimed to elaborate, develop and implement a virtual learning environment for the risk classification training course. A virtual learning environment was developed involving the survey content of the risk classification with all the necessary requirements for the training. The results showed an excellent performance by the evaluation made by nursery teachers of the State University of the North of Paraná and

also by the nurses who tested the environment. It is concluded that the development of this virtual learning environment has contributed to the qualification of nurses who are not available to perform the training in the conventional manner and, at the same time, allows better attendance and shorter waiting times in solving the health problems of the population that they use urgency and emergency services.

PALAVRAS-CHAVE: Urgency and emergency, distance education, information and communication technology.

1 | INTRODUÇÃO

A Educação a Distância (EAD) caracteriza-se como modalidade educacional, na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem é realizada por meio das tecnologias de informação e comunicação com professores e estudantes em tempos ou lugares diversos (BRASIL, 2005a).

Devido às inúmeras vantagens e ampla utilização, tanto em treinamento quanto em auxílio para aulas convencionais, a EAD vem ganhando espaço nas metodologias de ensino, dentre suas vantagens destacam-se a flexibilidade do tempo exigido para dedicar-se à formação com disponibilidade de lugar e horário; ampliação dos contatos interpessoais, já que esta não se limita geograficamente; respeito ao ritmo de cada um, pois cada um poderá acessar no tempo e quantas vezes considerar necessário para aproveitar o conteúdo desenvolvido; novos recursos de aprendizagem; possibilita diferentes tipos de interação; e, sempre atualizando seus conteúdos podendo ser ele impresso para posterior utilização (KEARSLEY e MOORE, 1996).

Visto isso, e com intuito de contribuir com os estudos e a capacitação de profissionais da área da saúde este projeto elaborou, implementou e criou um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), desenvolvendo um curso a distância para atender a demanda de profissionais interessados em realizar o treinamento da classificação de risco.

A classificação de risco é um processo dinâmico em que são identificados os pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, dessa maneira, os pacientes são organizados levando em consideração o grau de urgência do paciente, e não a ordem de chegada (ABBÊS e MASSARO, 2004).

Neste trabalho são utilizadas vantagens e qualidades relacionadas ao Ensino a Distância junto ao AVA's, potencializando a difusão de um tema extremamente importante para o atendimento no sistema de saúde nacional, a classificação de risco.

Segundo Abbês e Massaro (2004), o sistema de classificação de risco foi criado com o objetivo de evitar intercorrências entre os pacientes graves que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que carecem de tratamento imediato, de acordo com a potencialidade do risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento.

O treinamento para a classificação de risco visa capacitar os profissionais da

área, garantindo o funcionamento correto da triagem, na qual é feita a classificação dos casos que chegam ao plantão em Urgência e Emergência (ABBÊS E MASSARO, 2004).

Do ponto de vista de Souza et al. (2011), a atividade de urgência e emergência são fundamentais na ampla rede de atenção à saúde dos pacientes, onde a violência urbana e acidentes por causas externas vem sofrendo constante aumento na demanda destes atendimentos.

Neste contexto, a utilização de um ambiente virtual justifica-se para integrar o potencial do ensino a distância a importância do treinamento de classificação de risco. Tendo como objetivos principais, auxiliar, disponibilizar e tornar o treinamento flexível, atendendo a demanda dos profissionais de forma que eles possam efetuar o treinamento.

O curso objetivou capacitar equipes de saúde com formação acadêmica para a aplicação da classificação de risco, possibilitando minimizar consequências indesejadas, como por exemplo, a morte de pacientes na fila de espera.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho caracteriza-se como pesquisa exploratória, segundo Gil (1996) tem o intuito principal de “proporcionar o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”. Este tipo de pesquisa é utilizado como um estudo, o qual tem objetivo de proporcionar uma visão geral de um determinado fato. O problema deste trabalho foi construído seguindo uma abordagem qualitativa, proporcionando mais informações sobre o assunto investigado, delimitando o tema, orientando o foco dos objetivos e a formulação de hipóteses (PRODANOV, 2013).

Este projeto teve como público alvo, enfermeiros graduados que atuam em unidades hospitalares no norte do estado do paraná e/ou em qualquer região ou município do estado e federa o brasileira.

A primeira etapa do projeto envolveu a ampla pesquisa bibliográfica, observa es e levantamento de informa es sobre a triagem classificatória junto a um Ambiente Virtual de Aprendizagem, definindo neste momento a utiliza o do protocolo de Manchester.

Para que os objetivos propostos neste trabalho fossem alcançados, foram necessários os seguintes passos metodológicos.

Realizar pesquisas sobre a classifica o de risco e o protocolo de Manchester: Estudos e levantamento de conteúdos sobre a triagem classificatória.

Montar e organizar o conteúdo para treinamento sobre a temática: Desenvolver e organizar os conteúdos por temas, montando o treinamento de forma usual e de fácil compreensão.

Analisar as melhores possibilidades para realiza o do treinamento de forma virtual.

Elaborar os materiais didáticos, baseando-se no resultado da análise das diretrizes e/ou metodologias referentes à produção deste material para EAD.

Adequar e/ou desenvolver o ambiente para realização do treinamento: Modelar e projetar o Ambiente Virtual junto aos temas especificados.

Implementar o curso de treinamento: Montar e adaptar o treinamento no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Validar o curso: Objetivo de verificar se o treinamento está de acordo com os requisitos desejados pela temática. Para tanto, o ambiente foi submetido a avaliação de 17 professores Enfermeiros e todas as sugestões de adequações foram obedecidas.

A fim de validar o ambiente virtual de aprendizagem foi utilizado o teste *System Usability Scale* – SUS. O teste foi realizado por enfermeiros(as) visando verificar se o treinamento está de acordo com os requisitos desejados e verificar o grau de usabilidade do ambiente virtual.

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

Devido aos avanços das Tecnologias de Informações e Comunicações (TIC), a Educação a Distância vem ganhando espaço e tem crescido de forma significativa para suprir a crescente demanda do público (MACEDO; ALMEIDA, 2016).

Machado e Machado (2004) afirmam que o surgimento da TIC proporcionou um novo impulso à educação a distância. O treinamento individualizado no ensino a distância é apontado como uma proposta que proporciona flexibilidade de horários, avaliação detalhada, ganho de tempo, aperfeiçoamento de instrutores e diminuição de erros pelo baixo fluxo de informações (LEEDS, 1997).

O ensino a distância é um modelo educacional que proporciona a aprendizagem sem os limites do “espaço ou do tempo” (MARQUES 2019). Kearsley e Moore (1996), na mesma perspectiva, defendem que o ensino a distância tem como objetivo promover a educação nos locais e nos horários mais convenientes para o aluno. Todavia, os discentes dessa modalidade devem apresentar motivação natural suficiente para imporem a si locais e horários de estudo, isto é, um método de autoaprendizagem bem organizado.

Santos (2006), conclui que a EAD é uma modalidade de aprendizagem onde a comunicação e a construção de conhecimentos é intermediada por tecnologias que possibilitam a participação dos alunos e professores em locais e tempos distintos.

Desde então, o ensino a distância tem registrado avanços significativos em todos os sentidos: regulação, qualidade, e principalmente, quantidade de cursos (BRASIL, 2008). Porém para que esses avanços aconteçam faz necessário o uso de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).

Dentre as diversas definições, o AVA é um local de aprendizagem que propicia a interação dos alunos com diversos elementos envolvidos no processo de ensino

aprendizagem (COSTA e LIMA, 2005).

Segundo Santos (2003), um ambiente que utiliza a internet é um espaço no qual os seres humanos e objetos técnicos interagem potencializando assim, a construção de conhecimentos, logo a aprendizagem.

Os AVA's podem ser diferenciados em dois tipos de sistemas: Ambientes Virtuais voltados à Educação (AVE) e Ambientes Virtuais voltados ao Treinamento (AVT) (SILVA et al. 2007). Para conceituar a diferença entre educação e treinamento, Holanda (2003), pontua que a educação é uma forma mais ampla de se aprender enquanto que o treinamento é específico.

O treinamento é tido como um processo educacional de curto prazo, que utiliza procedimento sistemático e organizado, pelo qual o indivíduo aprende conhecimentos e habilidades técnicas para um propósito definido (CHIAVENATO, 1999).

Visto estas vantagens e qualidades relacionadas ao Ensino a Distância e dos AVA's, este trabalho alcançou seus objetivos, ofertando e potencializando a difusão de um tema extremamente importante para o atendimento no sistema de saúde nacional, a classificação de risco.

Segundo Abbês e Massaro (2004), o sistema de classificação de risco foi criado com o objetivo de evitar intercorrências entre os pacientes graves que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que carecem de tratamento imediato, de acordo com a potencialidade do risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento.

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde no Brasil, visto que a realidade da superlotação dos prontos-socorros brasileiros é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2006).

Juntamente com a classificação de risco, o Ministério da saúde aponta o acolhimento, sendo o ponto de partida de todo o processo na análise dos riscos, agravos à saúde ou ao grau de sofrimento, possibilitando que o atendimento seja realizado de forma que atenda às necessidades clínicas, e não respeitando a ordem de chegada dos usuários do serviço (SOUZA et al. 2011).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR) é uma tecnologia utilizada pelo Ministério da Saúde no sentido de reorientação da política assistencial nos serviços de emergência, associando os valores de humanização e qualificação da assistência (MACKWAY-JONES et al. 2006).

A classificação de risco está fundamentada em conceitos internacionais estabelecidos pelo protocolo de Manchester, que define padrões para o atendimento nas emergências priorizando o atendimento de acordo com a indicação clínica, visando superar os problemas encontrados no modelo tradicional de organização do atendimento por ordem de chegada. O protocolo de Manchester estabelece a classificação para prioridade de atendimento (de imediato tempo zero a não urgente

– máximo de 240 minutos), sendo realizada pela equipe de enfermagem, (MACKWAY-JONES et al. 2006).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor a relatam como o quinto sinal vital, que por sua vez deve ser avaliado automaticamente assim como os outros sinais vitais do paciente que são temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUZA, 2002).

De acordo com Bottega e Fontana (2010), existem várias maneiras de se avaliar a dor, sendo que independente da maneira será obtida informações qualitativas e quantitativas a respeito dela. A dor não pode ser mensurada por instrumentos físicos, como por exemplo, mensuram o peso corporal, porém existem algumas escalas que permitem avaliá-la, completando o processo de análise semiológica do enfermeiro relativo a esta experiência.

Dentre os instrumentos utilizados para quantificar a dor, está a escala analógica visual (EVA) representada pela Figura 1. Escala numérica variando de 0 a 10 (sendo 0 sem dor; 5, dor moderada e 10, pior dor) para identificar a intensidade da dor, escala descritiva (variando de “sem dor” até “dor insuportável”), descrevendo o estresse causado pela dor (TORRES, 2006).

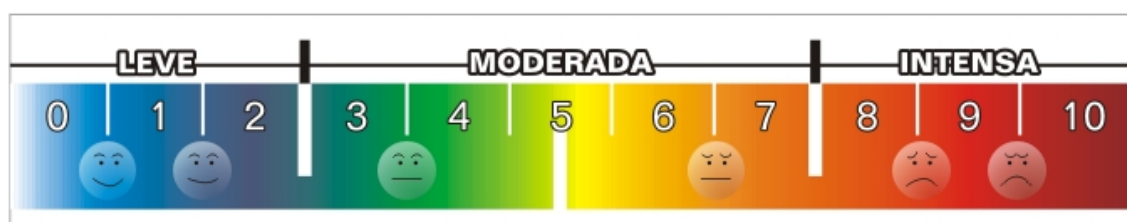


Figura 1 - Escala Visual analógica (EVA) de acordo com as cores.

Fonte: Nishio e Franco (2011).

Com esse Protocolo Clínico de classificação de risco por cores, os serviços de urgência atendem em primeiro lugar os doentes mais graves e não necessariamente os que chegarem antes. A seleção acontece a partir de uma observação prévia, na qual um conjunto de sintomas ou de sinais é identificado para atribuir uma cor ao paciente. A cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado (COREN, 2010).

O enfermeiro se tornou o profissional mais capacitado e indicado a efetuar a avaliação e classificação de risco dos pacientes que buscam o serviço de urgência e emergência, dessa maneira é muito importante a qualificação destes profissionais, para que venha garantir a eficácia e qualidade no atendimento da população (SOUZA et al. 2011).

A inclusão digital ocasionou aumento da utilização de Softwares Livre, que são ferramentas que auxiliam o ensino e aprendizagem de maneira a proporcionar um ensino de qualidade igual ou até melhor que o ensino presencial (CASTRO;

CASTILHO, 2006), como é o caso deste projeto, que se mantém como instrumento de aprendizado aos enfermeiros que desejem utilizar o mesmo de forma gratuita.

4 | DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO E DO AMBIENTE.

4.1 Ambiente virtual de aprendizagem

Os conteúdos abordados no AVA foram divididos em três módulos, sendo que o primeiro módulo abordou o acolhimento, o segundo módulo abordou a classificação de risco e o terceiro módulo abordou o protocolo de Manchester.

Ao final de cada módulo o usuário foi encaminhado a um questionário contendo cinco questões de múltiplas escolhas, as quais foram desenvolvidas e selecionadas com o auxílio de profissionais enfermeiros.

Para que o usuário passasse para o próximo módulo, o mesmo teve que atingir uma média de acertos de no mínimo 70%, caso contrário teria que refazer a leitura e a avaliação, repetindo este processo até atingir a média necessária para efetuar a próxima etapa.

O digrama de atividades representado abaixo pela figura 2, demonstra o percurso que o usuário irá percorrer para que finalize o treinamento. De modo que o mesmo só conseguirá passar de um modulo para outro se atingir o mínimo de aproveitamento, que é de 70%, caso ele atinja o mínimo necessário, passará para o próximo módulo, caso contrário terá que refazer o módulo.

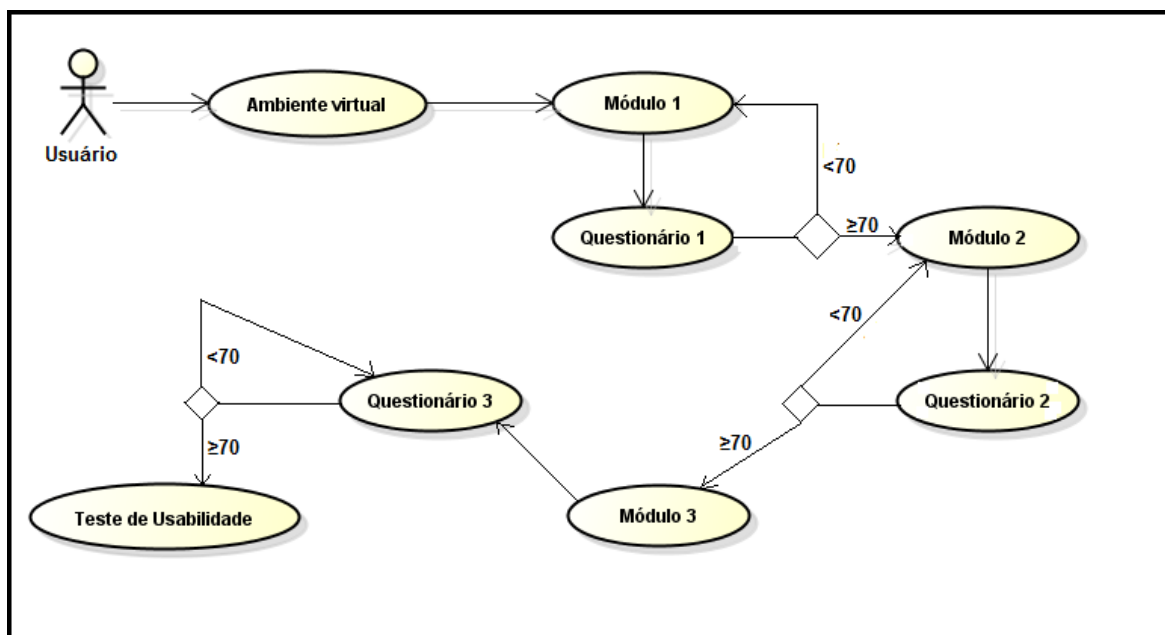


Figura 2 – Diagrama de atividades.

Fonte: Eu o autor.

Foi implementado no ambiente virtual de aprendizagem, um contador, cuja função foi contar quantas vezes o usuário refez a avaliação, para que pudesse concluir o módulo e passar para o próximo. O objetivo deste contador era saber se o usuário se deparou com muitas dificuldades ao efetuar os conteúdos referente a cada módulo.

Ao finalizar os módulos o usuário era direcionado a um campo de sugestões, onde poderiam fazer apontamentos em relação a capacitação. Posteriormente, eram direcionados ao teste de usabilidade do sistema, onde responderam um questionário a fim de validar a usabilidade do ambiente virtual de aprendizado desenvolvido.

4.2 Teste system usability scale – SUS

Winclker (2002) relata que uma interface tem problemas de usabilidade se um determinado usuário, ou um grupo de usuários, encontra dificuldades para realizar uma tarefa com e na interface em questão. Tais dificuldades podem ter origens variadas e ocasionar perda de dados, diminuição da produtividade, bem como a total rejeição do software por parte dos usuários. Portanto, com o objetivo de verificar a usabilidade de nosso aplicativo, utilizamos um formulário de avaliação de usabilidade chamado de *System Usability Scale* - SUS.

O SUS foi escolhido pela análise dos resultados obtidos no trabalho de Tullis e Stetson (2004). De acordo com os autores, este método consegue alcançar bons resultados com um baixo número de respostas. Este estudo contou com a participação de 123 respondentes para comparar cinco métodos para avaliação de usabilidade. Ele aponta que com 10 respostas, o SUS consegue um nível de exatidão de 80%, já a partir de 12 respostas, o método alcança um nível de exatidão de 100%, se comparado aos resultados do total de respostas.

5 | RESULTADOS OBTIDOS

Foram enviados convites diariamente via e-mail para 35 enfermeiros (as), dentre eles alguns professores e alunos recém-formados do curso de enfermagem na Universidade Estadual do Norte do Paraná. O tempo estipulado para realizarem a capacitação foi de uma semana, tendo início no dia 27/06/2016 e término no dia 04/07/2016. Apenas 17 enfermeiros (as) concluíram a capacitação.

Ao analisar os resultados obtidos da avaliação dos módulos feita pelos 17 enfermeiros, gerou-se uma média geral referente a quantidades de vezes que estes refizeram a leitura do conteúdo e a avaliação. Esta análise resultou em 1,16 tentativas por módulo e média de acertos por usuário foi de 90% como demonstra o gráfico 1.

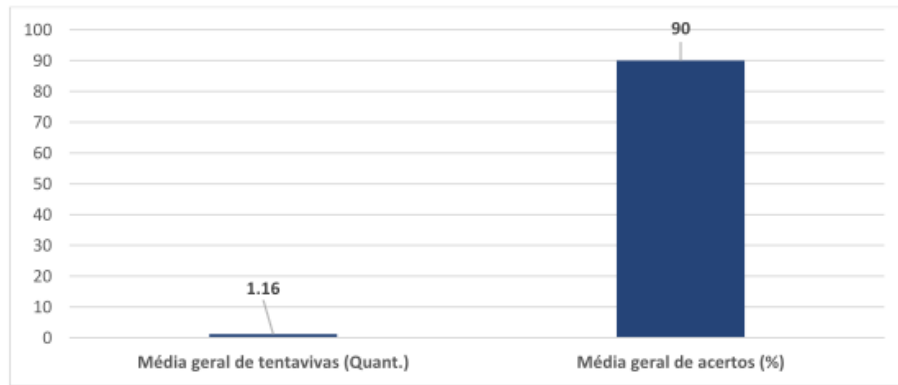


Gráfico 1 - Média de tentativas por módulo.

Fonte: Eu o autor.

Após analisar a média de tentativas e acertos dos usuários, foi feito o acompanhamento das considerações apontadas por eles. Dentre as considerações, algumas se destacaram e foram replicadas abaixo.

- Resposta do Usuário 1: “Parabéns a equipe organizadora do questionário! Esta plataforma ficou ótima! Pena que o acolhimento e a classificação de risco ainda são uma realidade distante em muitos locais no Brasil”.
- Resposta do Usuário 4: “Gostei do instrumento, muito didático e prático, de fácil compreensão”.
- Resposta do Usuário 11: “Excelente trabalho”.

Finalizando as partes referente a validação e sugestão da temática abordada neste trabalho, foi analisado e calculado a pontuação do teste de usabilidade, chegando a um valor de 83,2. De acordo com Cunha (2010), pontuações do SUS abaixo de 60 representam sistemas com experiências relativamente pobres e insatisfação do usuário, e pontuações acima de 80 pontos representam experiências muito boas com alto índice de satisfação dos usuários.

6 | CONCLUSÃO

O objetivo proposto neste trabalho foi alcançado por meio do projeto e a implementação do AVA para o treinamento de enfermeiros a fim de utilizarem a classificação de risco. Para este fim, foi realizada uma análise sobre o ensino a distância, ambiente virtual de aprendizagem, acolhimento, classificação de risco, protocolo de Manchester, dentre outros. Esta análise foi relevante para criar o ambiente virtual e dividi-lo em três módulos com características que possibilitaram atender os requisitos necessários para o treinamento.

As avaliações realizadas no ambiente virtual de aprendizagem referentes aos assuntos abordados apresentaram resultados plausíveis. Os enfermeiros, em média, concluíram cada módulo em 1,16 tentativas, com uma média de acertos das questões de 90%, deste modo foi possível concluir que os assuntos foram abordados de forma

clara e objetiva, utilizando a didática de maneira eficaz.

A resposta do usuário 1 foi considerada pertinente visto que, ALBINO et al (2007) aponta que no Brasil a prática usual ainda é o atendimento por ordem de chegada dos pacientes, excetuando-se os casos de emergências explícitas.

Assim, é impreterível que se estabeleça a prática da classificação de risco estruturada dos pacientes que aguardam por atendimento em nossos serviços de emergência. Não sendo admissível manter o atendimento nesses serviços por ordem de chegada dos pacientes, oferecendo risco de morte a estes pacientes, em real situação de urgência, enquanto a assistência é prestada a outros que deveriam estar no posto de assistência básica (ALBINO et. al, 2007).

A avaliação geral do ambiente virtual de aprendizagem se mostrou muito positiva, tanto em relação a pontuação obtida no SUS, quanto em relação as opiniões e sugestões apresentadas pelos usuários que avaliaram o ambiente. O fato de agradar, oferecer clareza e objetividade ao usuário é muito importante, pois satisfaz o usuário e o objetivo da capacitação.

A utilização deste ambiente virtual justifica-se pelo poder de integrar o potencial do ensino a distância a importância do treinamento de classificação de risco.

Tendo em vista a inviabilidade financeira e geográfica para o desenvolvimento de treinamentos em quaisquer áreas, inclusive na enfermagem, os AVAs constituem instrumentos facilitadores para os profissionais e resolutivos para população, já que, no caso deste treinamento, pode ser decisivo para a sobrevivência em casos de emergência.

Sugere-se para trabalhos futuros a ampliação deste ambiente virtual de aprendizagem, atualizando e aperfeiçoando o conteúdo disponibilizado para a capacitação, e elaborando certificados para os enfermeiros. Sugere-se também a utilização do método utilizado neste trabalho, para abordar novos assuntos relevantes a enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>>. Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. **Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, 36, p. 70-75, 2007.

BOTTEGA, F. H; FONTANA, R. T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral**. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-90, 2010.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Decreto Federal nº. 5.622, de 20.12.2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-006/2005/Decreto/D5622.htm>.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção as Urgências. Brasília (DF):** Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Os Avanços da Educação a Distância.** 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=10388>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

CASTRO, W. C. F.; CASTILHO, J. E. **O Conceito de Limite no Ambiente Virtual Moodle.** Brasília: S.n., 2006.

CHIAVENATO, I. **Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos: como incrementar talentos na empresa.** São Paulo: Atlas, v. 4, 1999.

COREN PR. **Conselho Regional de Enfermagem do Paraná.** Protocolo de Manchester será utilizado por Enfermeiros em Curitiba. 2010.

COSTA, S. S.; LIMA, C. S. S. **Os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) e suas apropriação pela Educação.** S.I., 2005.

CUNHA, M. L. C. **Redes sociais dirigidas ao contexto das coisas.** Master's thesis, PUC - RJ, 2010.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. **Atlas**, 1996.

HOLANDA, E. P. T. **Novas tecnologias construtivas para produção de vedações verticais: diretrizes para o treinamento da mão-de-obra.** Master's thesis, Escola Politécnica da USP, 2003.

KEARSLEY, G.; MOORE, M. **Distance education: a systems view.** Wadsworth Publishing Company, Washington, v. 290, p.80, 1996.

LEEDS, D. **Treinamento individualizado: como aperfeiçoar esta técnica.** T&D, v. 56, p.50-61. 1997. MACHADO, L. D.; MACHADO, E. C. O Papel da Tutoria em Ambiente de EAD. 2004. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/022-TC-A2.htm>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

MACEDO, R. P. C.; ALMEIDA, T. M. **O processo de educação à distância no ensino profissionalizante. Um estudo de caso no noroeste fluminense.** SIED: EnPED-Simpósio Internacional de Educação a Distância e Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, 2016.

MACHADO, L. D.; MACHADO, E. C. **O Papel da Tutoria em Ambiente de EAD.** 2004. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/022-TC-A2.htm>>. Acesso em: 18 fevereiro 2019.

MACKAWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage: Manchester Triage Group.** 2. Ed. [S.I]:Paperback, 2006.

MARQUES, Edineide Silva. Gestão do conhecimento na produção de material didático para EaD: estudo no Setor de Revisão da SEDIS/UFRN. **RBBB.** Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação, v. 15, n. 1, p. 24-42, 2019.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição.** Editora Feevale, 2013.

SANTOS, E. O. **Articulação de saberes na EAD online: por uma rede interdisciplinar e interativa de conhecimentos em ambientes virtuais de aprendizagem.** In: SILVA, M. (Org.). Educação online.

São Paulo: Loyola, v. 512 p. 217 – 230, 2003.

SANTOS, J. F. S. **Avaliação no Ensino a Distância**. Iberoamericana de Educación, Santa Catarina, v. 38, n. 4, p.2-8, 2006.

SILVA, E. L.; MIRANDA, J. J.; HOUNSELL, M. S. **Diferenças entre educação e treinamento em ambientes virtuais 3D**. In: IX Symposium on Virtual and Augmented Reality. Petrópolis, RJ, Brasil: [s.n.], 2007. p. 1–4.

SOUZA, C. C.; TOLEDO, A. D.; TADEU, L. F. R.; CHIANCA, T. C. M. Classificação de risco em pronto socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n.1, p. 26-33, 2011.

SOUZA, F. A. E. F. Dor: O quinto sinal vital. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.

TORRES, D. F. M. **Fisioterapia: guia prático para a clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acessado em: 18 de fevereiro de 2019.

TULIS, T. S.; STETSON, J. N. **A comparison of questionnaires for assessing website usability**. In: Usability Professional Association Conference, p. 1–12, 2004.

WINCKLER, M.A; PIMENTA, M.S. **Avaliação de usabilidade de sites web**. Institut de Recherche en Informatique de Toulouse, França, 2002.

ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE O LETRAMENTO EM SAÚDE E A ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA EM USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CE

Ingrid Freire Silva

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Programa de Pós Graduação em Saúde da
Família, Sobral (CE)

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo
(SP)

RESUMO: A Alfabetização e o Letramento diferenciam-se por este último requerer habilidades para além de saber ler e escrever. Na saúde, a dificuldade dos usuários em seguir o tratamento de forma regular por não compreenderem as orientações dos profissionais é um desafio na autonomia da gestão da condição da saúde. Esta pesquisa buscou obter informações sobre os graus de letramento em saúde e a adesão à terapia medicamentosa entre pessoas com hipertensão e/ou diabetes. O objetivo geral era analisar a correlação entre as duas variáveis, testando a hipótese de quanto menor o letramento em saúde, menor seria a adesão farmacoterapêutica. Desenvolveu-se um estudo exploratório, de abordagem quantitativa, de caráter observacional, documental e transversal. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e aplicação do Teste de Letramento em Saúde (TLS) com 30 entrevistados. Encontrou-se que apenas 9% apresentaram LS adequado, 14% limitado e

77% inadequado. Não foi possível estabelecer correlação estatisticamente significativa entre o LS e a adesão farmacoterapêutica e nem com o número de anos estudados, porém há uma tendência positiva na relação. Os resultados indicam uma alta prevalência da não adesão com possíveis impactos negativos para os usuários e para a sociedade. Diante destes dados, são necessárias estratégias que visem potencializar o trabalho das equipes de saúde da família, a simplificação do regime terapêutico e a adequação da linguagem utilizada durante as informações para aumentar a adesão e melhorar as condições de saúde dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Letramento Funcional em Saúde; Adesão farmacoterapêutica; Educação em Saúde.

ANALYSIS OF CORRELATION BETWEEN FUNCTIONAL LITERACY AND PHARMACOTHERAPEUTICAL ADHESION IN USERS IN THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY OF SOBRAL – CE

ABSTRACT: Literacy and Functional Literacy differs in requiring skills beyond reading and writing, requiring the ability of subjects to interpret, process and apply information given in different contexts of everyday life. In health, the difficulty of users in following the treatment

of systematic and regular manner by not adequately understand the guidelines offered by the professionals is one of the main challenges in health care. This survey sought information on the degree of literacy in health and treatment adherence to the drug therapy by a portion of population from Sobral, Ceará. The overall objective was to analyze the correlation between the two variables, testing the hypothesis of the lower health literacy, lower the pharmacotherapeutic membership. An analytic-descriptive study was developed with the mixed approach and observational and cross-sectional nature. Data collection was conducted through interviews and application of FLT in 30 patients users of hypertension and/or diabetes two CSF of Sobral. 9.1% had adequate LS, 27.27% are limited and 77.27% are inappropriate. Unable to establish a statistically significant correlation between the literacy in health and pharmacotherapeutic membership, but there is a positive trend in the relationship. The results indicate a high prevalence of non-adherence with possible damage to users and society impacts. From these data, are necessary strategies aimed at enhancing the work of family health teams, to simplify the treatment regimen and appropriateness of the language used during minimization of this information to a public health problem.

KEYWORDS: Functional health literacy; Pharmacotherapeutic adherence; Health education.

INTRODUÇÃO

Apesar de saber ler, escrever e realizar cálculos, uma pessoa pode não ser considerada “letrada funcionalmente”. O conhecimento das letras é apenas um passo para o letramento, que é o uso social da leitura e da escrita. O letramento funcional diferencia-se por requerer conhecimentos para além de saber ler e escrever, exigindo a capacidade dos sujeitos em interpretar, processar e aplicar determinada informação em diferentes contextos de seu cotidiano (MORTATTI, 2004).

Trazendo essa temática para o setor da saúde, o *Letramento Funcional em Saúde* (LFS) é um termo emergente no mundo e que tem deflagrado discussão sobre a importância de se estar atento às limitações cognitivas dos usuários dos serviços de saúde. No Brasil, ainda são poucas as pesquisas, em âmbito nacional, que avaliam o grau de LFS e se esse fenômeno pode estar afetando, de alguma forma, o resultado da saúde da população brasileira (PASSAMAI, 2012). Porém, estudos realizados nos EUA, afirmam que o baixo letramento em saúde está relacionado a piores condições de saúde, maiores taxas de admissão hospitalar, menor adesão aos tratamentos prescritos e cuidados à saúde, maior propensão à ingestão incorreta de medicamentos e menor utilização de serviços de caráter preventivo. Em virtude disto, em 2010, foi implantada a política denominada *Healthy People*, tratando o letramento em saúde como questão importante para a saúde pública nos EUA (MARTINS-REIS; SANTOS, 2012).

Embora o SUS tenha políticas voltadas para o enfrentamento das desigualdades

e das iniquidades, o sistema pode ter ainda, no desenvolver de suas ações, momentos constrangedores para as pessoas com limitado LFS. A vergonha por parte dos usuários em revelar sua baixa escolaridade ou o não entendimento das instruções dos profissionais da saúde pode levá-los a serem relutantes em divulgar os seus problemas para os profissionais de saúde.

Conseqüentemente, isso pode gerar piores resultados de saúde, com maiores taxas de hospitalização pela redução da capacidade para utilizar as instruções escritas, pelos erros no uso de medicamentos, pela baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento, pela baixa adesão às medidas de promoção e prevenção de doenças e pelos baixos níveis de conhecimento sobre serviços de saúde e saúde global (SCHILLINGER *et al*, 2004).

Como agravante, a capacitação dos trabalhadores da saúde é desenvolvida com a utilização de termos técnico-científicos que podem ser de difícil compreensão para as pessoas que não pertencem a este meio. A associação entre essa dificuldade de entender as orientações repassadas pelos profissionais de saúde e as possíveis limitações geradas pelo baixo letramento funcional em saúde pode culminar no não seguimento adequado da terapia e agravamento do estado de doença deste usuário, mesmo diante das prescrições mais simples (MARAGNO 2009).

Como exemplo, pode-se observar a seguinte prescrição: “*Cefalexina 500mg, tomar 1 comprimido de 6/6h durante 7 dias*”. Trata-se de um receituário frequentemente aviado nas farmácias dos Centros de Saúde da Família (CSF) e, aparentemente, de fácil interpretação. Porém, alguns usuários, conforme relatos da pesquisa realizada por Silva (2010), questionavam por que estavam recebendo 28 comprimidos e não apenas 14, pois, no entendimento dos usuários, o medicamento deveria ser tomado às seis horas da manhã e às seis horas da noite, totalizando 14 comprimidos para tal tratamento.

A situação torna-se mais complexa quando é prescrito o tratamento de patologias crônicas como a HAS e a DM, que, por vezes, necessitam da associação de duas ou mais classes terapêuticas para controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. Cada classe terapêutica pode ter um perfil de prescrição diferenciado, podendo ser receitado a cada 6, 8, 12 ou 24 horas, gerando diversas interpretações para configurações diferentes de prescrição.

Entre as hipóteses de análise levantadas sobre a atuação dos profissionais de saúde na orientação da terapêutica estão a (in)sensibilidade e/ou a (im)perícia na percepção do nível de entendimento (letramento em saúde) destes usuários quanto às orientações prestadas.

No Brasil, em 2009, foi adaptado e validado por Maragno(2009), um instrumento para identificação do grau de letramento em saúde dos usuários da Atenção Básica em Bagé, Rio Grande do Sul. Outras pesquisas relacionadas ao letramento funcional estão em andamento no país, porém poucas buscam a correlação com as atividades relacionadas à saúde, fato que acentuou a mobilização para o desenvolvimento desta

pesquisa.

Este estudo foi motivado pela vivência da pesquisadora enquanto farmacêutica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Sobral e de sua inquietação frente aos diversos elementos envolvidos na não adesão à terapia medicamentosa, entre eles, o grau de letramento em saúde da população atendida e a postura dos profissionais da saúde durante a orientação dos usuários. Esses são fatores que podem apresentar relevância para a tomada de decisão quanto a seguir ou não as orientações dos profissionais de saúde.

Trata-se da continuação de estudos da autora que enfocam a formulação de questionamentos, proposições sobre a utilização de medicamentos e seus fatores condicionantes para a adesão terapêutica, com foco no letramento funcional em saúde e suas implicações no campo da Saúde Coletiva.

No presente estudo, pretendeu-se obter informações sobre os graus de letramento em saúde e de adesão farmacoterapêutica de uma parcela da população sobralense com vistas a fornecer subsídios para a atuação dos profissionais de saúde, testando a hipótese de correlação de quanto menor o letramento em saúde, menor é a adesão terapêutica. Espera-se, ainda, que as análises realizadas possam sensibilizar os profissionais da saúde, principalmente aqueles que possam ter sido sugados pela rotina de atendimento a exaustiva e numerosa em serviços de saúde, visando à reorientação das condutas no ato da prescrição e do aconselhamento terapêutico adequada aos níveis de entendimento dos usuários para gerar mais empoderamento na gestão do autocuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, desenvolvida na área das Ciências da Saúde, do tipo exploratória, de caráter observacional e transversal, com abordagem quantitativa do objeto de estudo. Em alguns momentos da pesquisa, foi necessário acessar prontuários, prescrições e cartões de acompanhamento de usuários com patologias crônicas. Deste modo, esta pesquisa também pode ser considerada como uma pesquisa documental. Pelo acesso ao banco de dados, Sistemas de Informação e Cadastros no HIPERDIA pode ser considerado como pesquisa bibliográfica.

A população-alvo da pesquisa foi composta por usuários cadastrados há pelo menos seis meses no Sistema de Informação em Saúde do programa de Hipertensão e Diabetes (SIS-HIPERDIA) e que estivessem em acompanhamento em um dos dois Centros de Saúde da Família (CSF) em que foi realizado o estudo. A captação dos participantes foi por amostragem por conveniência, tendo sido feito o convite às pessoas que atendessem aos critérios de inclusão na pesquisa, conforme o encontro com os usuários no ato do recebimento dos medicamentos. O número de inscritos no SIS-HIPERDIA nos dois CSF selecionados era de 526 usuários e, utilizando a fórmula da população finita, encontrou-se o montante de 36 participantes necessários para a

coleta.

As técnicas de coleta escolhidas para obtenção dos dados foram a entrevista, a aplicação do teste de letramento em saúde e a análise documental, sendo esta última realizada em prescrições, nos prontuários e nos cartões de doenças crônicas, assim como checagem do cadastro do usuário no HIPERDIA.

A entrevista teve dois momentos. Em sua parte inicial, o usuário era informado sobre os objetivos, as etapas e o processamento da pesquisa. Em caso de aceite em continuar, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a assinatura do Termo de Consentimento Pós-Informado pelo participante. Na primeira etapa da entrevista, por meio de um formulário, foram obtidos dados demográficos, sociais, clínicos e sobre o tratamento medicamentoso.

A avaliação da adesão à terapia medicamentosa foi efetuada por meio da escala do método Morisky-Green mais recente Eight-Item Measure Adherence Scale (MMAS-8), realizando adaptação para inclusão de medicamentos para tratamento do diabetes. A análise da alfabetização funcional em saúde utilizando o Teste de Letramento em Saúde (TLS), adaptação do método TOFHLA para a realidade brasileira e para a APS, mantendo os dois eixos de avaliação de letramento: o numeramento e a compreensão.

A análise foi realizada com auxílio do *SPSS versão 20.0*. Ao iniciar a análise, foi realizado o teste com as variáveis para identificar se os dados seguem uma Distribuição Normal. Neste caso, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar as variáveis quanto à normalidade. Como nenhuma das variáveis segue distribuição normal, o teste adequado para verificar a correlação entre as variáveis foi o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi autorizada pela Comissão Científica de Sobral e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) registrado pelo Parecer nº 420.413.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

A média de idade dos usuários entrevistados foi de 52,5 anos. Dentre estes, identificou-se que 27% estavam na faixa etária de 41 a 45 anos e 20% entre 61 a 65 anos. Houve predominância do gênero feminino, representando 90% da população-alvo.

Teve-se dificuldade de captação da amostra, o que gerou a busca por obtenção de dados mais recentes e específicos sobre o número de pessoas alfabetizadas em ambos os territórios. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), observou-se que, dos 12.263 usuários cadastrados nos dois postos de saúde, 85,63%

eram considerados alfabetizados (SOBRAL, 2014). As menores taxas de alfabetização foram encontradas entre os usuários de 7 a 14 anos, com apenas 68,88% no distrito e 89,73 na sede no mesmo ano.

Observa-se que há uma concentração dos participantes que cursaram até o ensino fundamental, tendo estes, em média, 4 a 5 anos de estudo. Nesta distribuição, evidencia-se que apenas 33,4% de todos os entrevistados conseguiram ultrapassar o Ensino Fundamental e o percentual de entrevistados que conseguiram concluir o ensino médio foi de 26,7%.

Para possibilitar a correlação do letramento em saúde com o grau de escolaridade, a quantidade de anos estudados foram coletados os números obtidos sobre a quantidade de anos estudados foram próximos ao encontrado quanto ao grau de escolaridade. Neste caso, observou-se que apenas 30% dos entrevistados apresentaram mais de 10 anos de estudo, conforme pode ser observado na Tabela 01.

Nº de Anos Estudados	Frequência Relativa (%)
0 a 5 anos	30%
6 a 10 anos	40%
11 a 15 anos	20%
16 a 20 anos	10%

Tabela 01 - Apresentação de frequência relativa do número de anos estudados pelo total de entrevistados em Sobral (CE)

Fonte: Elaborado pela autora.

Observou-se também a ocorrência de cada doença isoladamente, ou seja, hipertensão ou diabetes, e um terceiro percentual para o registro da ocorrência concomitante, hipertensão e diabetes. Observou-se que 80% dos entrevistados são hipertensos, 6,7% são diabéticos e 13,3% possuem as duas patologias associadas.

Parte dos entrevistados relatou utilizar medicamentos que não foram prescritos por nenhum profissional de saúde, utilizando-os por indicação de algum familiar, amigos ou por influências de marketing farmacêutico ou da cultura regional, fato observado em 67% dos respondentes. Em geral, eram analgésicos ou chás caseiros para redução de ansiedade, da pressão arterial ou do colesterol. Alguns relataram tomá-los com a intenção de reduzir o número de medicamentos prescritos ou a dependência a estes medicamentos. Apenas 33% relataram tomar apenas medicamentos receitados por seus prescritores, afirmando ter receio das consequências da utilização de medicamentos sem indicação médica.

A autonomia de recordação e para a autoadministração dos medicamentos também foi investigada. Cerca de 20% dos usuários afirmaram precisar de auxílio de outras pessoas para tomar os medicamentos. A inclusão dos familiares no planejamento dos cuidados de seus membros pode fornecer a vantagem de

possibilitar o ajuste das ações de acordo com as possibilidades familiares para o seguimento das orientações prestadas pelos profissionais de saúde, considerando seus padrões culturais, necessidades particulares de cada indivíduo e as condições do meio em que vivem (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002). Durante as entrevistas, foram identificados familiares que podem contribuir na melhoria do grau de adesão à terapia medicamentosa, sendo estes achados registrados no prontuário familiar para intervenção pela equipe básica.

Grau de Adesão à terapia medicamentosa

O grau de adesão à farmacoterapia foi avaliado pelo método de Morisky-Green em sua versão mais recente: o MMAS-8 adaptado. Ao final de cada teste, a pontuação foi contabilizada para a identificação do grau de adesão que o usuário apresentou, verificando-se que grande maioria dos participantes possui grau de adesão médio (27%) ou baixo (64%). Conforme demonstrado no Gráfico 1, apenas 9% dos usuários que responderam o TLS possuíam comportamento aderente à terapia medicamentosa.

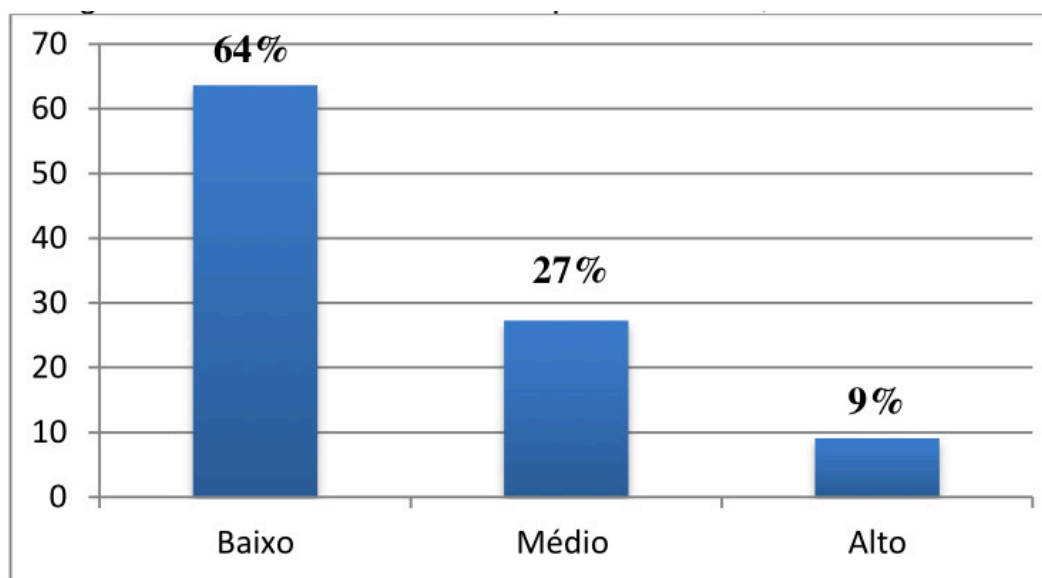


Gráfico 1 - Distribuição da frequência relativa de todos os usuários que realizaram o TLS por grau de adesão à farmacoterapia de Sobral, Ceará.

Fonte: Elaborado pela autora.

O percentual de não adesão adequada foi de 91% pelo MMAS-8, muito superior ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil, que tiveram: 80,3% em Maceió (OLIVEIRA-FILHO *et al*, 2012), 85,3% em São Paulo – SP (OBRELI-NETO *et al*, 2011), 65,3% em Cambé – PR (REMONDI *et al*, 2012), 50,9% em Santa Cruz do Sul – PR (FRÖHLICH; VIGO; MENGUE, 2011), 54,4% em Sobral – CE (ARAÚJO *et al*, 2010), 43,4% em São Paulo – SP (SANTA-HELENA *et al*, 2008). Contudo, apenas as duas primeiras pesquisas utilizaram o MMAS-8, as demais utilizaram o MMAS-4 para análise do grau de adesão.

O pensamento para o comportamento de adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso está relacionado não somente ao ato de tomar ou não tomar o medicamento, mas como o usuário *administra* seu tratamento: comportamento em relação à dose, ao horário, à frequência e à duração. Conceitualmente, a não adesão deve ser assumida como um construto de múltiplas dimensões e por conta disso faz-se tão necessário estudar as barreiras para a adesão e os fatores relacionados a estes comportamentos (SANTA HELENA, *et al*, 2008).

Todos os entrevistados afirmaram apresentar sintomas de não controle adequado dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. Entre estes, a maioria (60%) relatou ter apresentado algum pico hipertensivo/glicêmico recorrente que os motivou a procurar novamente os serviços no CSF.

O controle inadequado da pressão arterial e da glicemia leva ao desenvolvimento de complicações, muitas vezes, incapacitantes, como o AVC ou até a morte, estando estas patologias entre as causas mais importantes de falência dos rins, de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e isquêmicas do coração sendo estas as causas mais frequentes de morte no Brasil (BRASIL, 2011). Estes agravos podem e devem ser resolvidos na atenção primária para evitar internações evitáveis e situações de desconforto para os seus portadores.

Dessa forma, as equipes responsáveis pela atenção longitudinal aos usuários de doenças crônicas devem implementar/aperfeiçoar estratégias que promovam aproximação dos usuários, principalmente dos mais idosos, aos serviços de saúde, contribuindo no fortalecimento do vínculo entre estes. Pesquisas mostram que o conhecimento sobre a doença, os fatores de risco, a terapia medicamentosa e o tratamento nutricional têm influência sobre o comportamento aderente ou não aderente ao tratamento (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011; CEOLIN; DE BIASI, 2011; MOREIRA *et al*, 2008; SARAIVA *et al*, 2007).

Segundo Oliveira *et al*(2013), as atividades de educação em saúde desenvolvidas de forma sistemática e lúdica, que são capazes de ressignificar o autocuidado e contribuir para a promoção da saúde comunitária produzem significativas mudanças nos hábitos alimentares, como a inserção de legumes, na adesão às práticas de exercícios físicos, na redução do IMC e da pressão arterial e da glicemia (CEOLIN; DE BIASI, 2011).

Análise do Grau de Letramento em Saúde

Ao analisar o desempenho dos entrevistados que concluíram o TLS e considerando-se as referências numéricas para categorização (0 a 59 – inadequado; 60 a 74 – limitado; e 75 a 100 – adequado) citado por Maragno (2009), encontrou-se que 77% obtiveram pontuação que os categorizava no grupo com letramento considerado *Inadequado* e 14% dos sujeitos foram categorizados com letramento *Limitado*, sendo apenas 9% participantes que atingiram a pontuação para enquadramento no grupo

com nível de letramento *Adequado*, conforme o Gráfico 2.

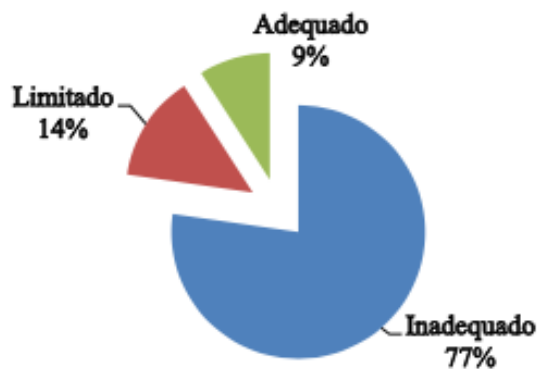


Gráfico 2 - Grau de Letramento em Saúde de todos os usuários entrevistados em Sobral, Ceará.

Fonte: Elaborado pela autora.

Correlação de Spearman entre o Grau de Adesão e Escolaridade

Utilizando-se o Coeficiente de Spearman, observou-se que o valor de “r” ($r = -0,08$) indicou não haver correlação entre estas duas variáveis, pois o valor de “p” foi maior que 0,10, com valor de 0,65, apresentado no Gráfico 3.

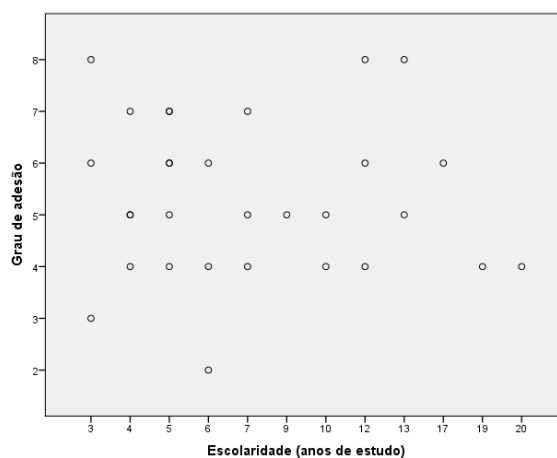


Gráfico 3 - Correlação de Spearman entre o Grau de Adesão e a Escolaridade em Sobral (CE)

$r = -0,08$. $p = 0,65$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Correlação de Spearman entre o Grau de Adesão e o Letramento em Saúde

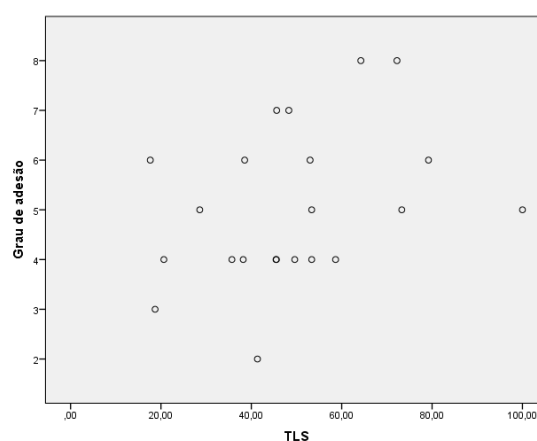


Gráfico 4 - Correlação de Spearman entre Grau de adesão e Letramento em Saúde em Sobral (CE)

$r = 0,39$. $p = 0,07$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se observar no Gráfico 4 que o nível de significância (p) foi igual a 0,07, bem próximo do ponto de corte, que é 0,10, revelando haver correlação positiva moderada entre o letramento em saúde e o grau de adesão. Nota-se que existe uma tendência positiva, ou seja, quanto maior a pontuação no TLS maior o grau de adesão. Os resultados nesta pesquisa apresentaram um desempenho inferior aos coletados em Fortaleza (CE) por Passamai, Sampaio e Lima(2013), utilizando o S-TOFHLA para orientações nutricionais, onde foram identificados 33,61% sujeitos com letramento *Adequado*, 9,24% com letramento *Limitado* e 57,14% letramento *Inadequado*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontraram-se limitações na aplicabilidade do TLS com população de baixa escolaridade. No entanto, foi possível obter dados estatísticos com tendência positiva para o estabelecimento de uma correlação entre o letramento em saúde e a adesão farmacoterapêutica, pois os dados sugerem que à medida que ocorre o aumento da pontuação no TLS, o grau de adesão também aumenta. Não foi encontrada correlação entre o letramento em saúde e a escolaridade, nem da escolaridade com o grau de adesão farmacoterapêutica.

Apesar de ser conhecida a importância do acesso da população aos medicamentos essenciais, pesquisas, incluindo esta, obtiveram relatos dos usuários de interrupção da farmacoterapia por falta dos medicamentos padronizados para o tratamento de HAS e DM na farmácia do CSF. Mesmo com os avanços do SUS, entre eles a implantação da ESF como estratégia de fortalecimento da ABS, metade da população estudada

relatou ter sua terapia interrompida por faltas de medicamentos, indicando que a existência de problemas na Assistência Farmacêutica local tem contribuído para a não adesão adequada de alguns usuários.

Destaca-se que ofertar o medicamento sem atribuir significado a sua utilização pelo usuário também pode comprometer a adesão terapêutica. Foram observadas falhas na orientação quanto à necessidade de seguimento da terapia. A equidade no cuidado é o princípio do SUS em questão neste ponto. É preciso ter práticas profissionais condizentes com as necessidades de saúde da comunidade e em acordo com seu grau de compreensão, assim como a sensibilidade de perceber se houve completo esclarecimento sobre as orientações prestadas, principalmente quanto ao componente da terapia medicamentosa.

Esses aspectos relacionados às competências profissionais devem ser trabalhados desde a formação acadêmica. As Diretrizes Curriculares Nacionais para formação na área da saúde já sofreram mudanças para a produção desta formação condizente com os princípios norteadores do SUS. Cabe aos gestores universitários e aos docentes fomentar práticas de ensino e formação profissional que transcendam o núcleo do saber de cada categoria e permitam o desenvolvimento do olhar integral, da multi, da inter e da transdisciplinaridade das ações e das atividades vinculadas ao cuidado. Para os profissionais que já estão inseridos nos serviços, faz-se necessário trabalhar na promoção da Educação Permanente como ferramenta de intervenção na realidade, conhecendo e aprimorando as estratégias de trabalho para o desenvolvimento do cuidado em saúde.

A questão tratada neste trabalho tinha como objetivo maior estudar uma correlação entre variáveis, mas também vislumbrava a socialização dos dados encontrados para sensibilizar os profissionais de saúde para questões que vão muito além da detecção de signos/letras que se aprende na escola, é uma questão social que se relaciona com a educação e com a saúde. Habitando, ou não, o mundo *letrado*, todos possuem capacidade cognitiva, em maior ou menor grau, para receber uma informação sobre algum procedimento, tendo esta apenas que estar adequada ao grau de entendimento de quem a recebe. Essa possibilidade de mudança é explicada psicologicamente por Vygotsky, em sua teoria de aprendizagem sociointeracionista, e pedagogicamente por Paulo Freire, por meio dos círculos de cultura que podem ser desenvolvidos e fortalecidos na comunidade.

Acredita-se, assim, que trabalhar a educação em saúde com os usuários dos serviços de saúde seja o caminho para o alcance de melhores resultados, não sendo apenas uma transmissão de códigos com conteúdos sobre doenças e tratamentos a serem decifrados, mas a promoção do empoderamento e do protagonismo na continuidade dos tratamentos e do cuidado à saúde por parte dos usuários.

Dentre os encaminhamentos deste estudo, destacou-se a socialização dos dados encontrados com as equipes de Saúde da Família do município, assim como com a comunidade científica, visando fornecer subsídios para contribuir no fomento para

pesquisadores no desenvolvimento de estratégias de superação das limitações de letramento em saúde da população e para a produção de ferramentas mais adequadas de avaliação na realidade brasileira .

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M; *et al.* Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.14, n. 2, p.361-367, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CEOLIN, J; DE BIASI, L.S. Conhecimento dos Diabéticos a Respeito da Doença e da Realização do Autocuidado. **PERSPECTIVA**, Erechim. v.35, n.129, p. 143-156, março/2011

CRUZ, A.R.R.; MELO, C.M.A.; BARBOSA, C.O. Conhecimentos dos diabéticos sobre a doença e o tratamento nutricional. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 343-354, set./dez. 2011.

ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

FRÖLICH, S; VIGO, A; MENGUE, S. S. Association between the morisky medication adherence scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. **Latin American Journal of Pharmacy**. v.30, n.7, p.1348-1354, 2011.

MARAGNO, C.A.D. *Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso*. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

MARTINS-REIS, V.O.; SANTOS, J.N. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2012 .

MOREIRA, L.B *et al.* Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**.v. 44, n. 2, abr./jun., 2008

OBRELI-NETO, P.R. *et al.*Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil.**Rev. Ciênc. Farm Básica Apl.**;v.31, n.3, p.229-233, 2010

OLIVEIRA-FILHO, A.D.*et al.* Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, Jul. 2012 .

PASSAMAI, M.P.B. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação com usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface- Comunic.**, Saude, Educ., v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012.

REMONDI, F. A. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo e fatores associados: estudo de base populacional**. 2012. 91f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Londrina, 2012.

SANTA HELENA, E. T.*et al.*Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, Aug.

2008

SCHILLINGER, D. *et. al.* Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. **Patient Education and Counseling**.v.52 n.3 p. 315 -323, 2004.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde de Sobral. Atenção Primária. Sistema de Informação da Atenção Básica [*in loco*] 2014.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C; LIMA, J.W.O. **Letramento em saúde de adultos no contexto do Sistema único de Saúde**. Fortaleza: Ed UECE, 2013, 255p.

ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DO TRASTUZUMABE NO ELENCO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rosali Maria Ferreira da Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Melina Maria Soares Freitas

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Jean Batista de Sá

Superintendência de Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Pollyne Amorim Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Williana Tôrres Vilela

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Maria Joanellys dos Santos Lima

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Stéfani Ferreira de Oliveira

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Aline Silva Ferreira

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

José de Arimatea Rocha Filho

Superintendência de Assistência Farmacêutica do

Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Pedro José Rolim Neto

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

RESUMO: O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, com cerca de 22% de novos casos a cada ano. Dessas mulheres, cerca de 25% apresentam superexpressão do receptor HER-2. O tratamento utiliza Trastuzumabe, um anticorpo monoclonal bloqueador do receptor HER-2, como quimioterapia adjuvante. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza o Trastuzumabe para o tratamento do câncer de mama inicial e localmente avançado pelo Ministério da Saúde (MS) e, para o tipo metastático, é adquirido pelo governo do estado de Pernambuco. Dessa forma, o objetivo do trabalho é avaliar, através de um estudo retrospectivo analítico, o impacto econômico da incorporação desse medicamento ao SUS no Estado de Pernambuco entre junho de 2012 e março de 2015. No período observou-se que com a publicação do protocolo de uso do Trastuzumabe (Portaria 73/2013), a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco pagou aproximadamente cinco milhões de

reais e o MS disponibilizou 36 milhões de reais na compra do medicamento. Houve, portanto, uma economia de aproximadamente 29 milhões de reais no orçamento da saúde pública pernambucana, principalmente, pela diminuição no custo de repasse do medicamento, mostrando que a implementação do Trastuzumabe no tratamento prévio e adjuvante do câncer de mama gera uma economia na União, visto que o MS adquire o medicamento com um custo menor que os estados.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama; Economia; Incorporação; Pacientes; Trastuzumabe.

ANALYSIS OF THE INCORPORATION OF TRASTUZUMAB IN THE CAST OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: Breast cancer is the second most common cancer worldwide and the most common among women, with about 22% of new cases every year. Of these women, about 25% have overexpression of HER-2 receptor. The treatment utilizes Trastuzumab, a monoclonal antibody HER-2 receptor blocker as adjuvant chemotherapy. Currently, the Unified Health System (SUS) provides Trastuzumab for early and locally advanced breast cancer treatment by Ministry of Health (MS) and, for metastatic type, by the government of Pernambuco State. The objective of this work is to evaluate, through a retrospective study, the economic impact of the incorporation of this medicine to the SUS in Pernambuco State between June 2012 and March 2015. During this period, it was observed that with the publication of the protocol for the use of Trastuzumab (Ordinance 73/2013), Health Secretary of Pernambuco State paid approximately 5 million reais and MS has provided 36 million reais in the purchase of the medicine. There was, therefore, a saving of approximately 29 million dollars in the budget of the state public health, mainly, by reducing the cost of transfer of medicine, showing that the implementation of Trastuzumab in early adjuvant treatment of breast cancer raises an economy for the Union, since MS acquires the medicine with less cost than the State.

KEYWORDS: Breast cancer; Economy; Incorporation; Patients; Trastuzumab.

1 | INTRODUÇÃO

O carcinoma mamário é o segundo tipo mais frequente no mundo e o de maior incidência entre as mulheres, correspondendo a 22% dos novos casos por ano. No Brasil, esse tipo de neoplasia acomete 13,1% de toda a população e representa 25,5% de todas as neoplasias malignas na mulher (Ferlay et al., 2012). Segundo o Instituto Nacional de Câncer, estima-se 600 mil casos novos de câncer, entre os anos 2018-2029. Dentre esses casos o câncer de mama em mulheres estará entre as mais frequentes taxas de cânceres, correspondendo a 60 mil casos (Santos, 2018).

Dos pacientes acometidos, cerca de 25% apresentam superexpressão do receptor 2 para o fator de crescimento epidermal (HER-2), casos estes associados

a uma doença de comportamento hostil, com alta probabilidade de recorrência após o tratamento inicial e portanto tem um prognóstico mais particular (Martine, 2006). O HER-2 pertence a uma família de receptores transmembrana de tirosinaquinases, atuando no crescimento, diferenciação e sobrevivência da célula. Dessa forma, o câncer de mama HER-2 positivo é considerado um tipo agressivo com alto índice de recorrência e curto intervalo livre de doença após quimioterapia adjuvante (Brasil, 2014).

O medicamento Trastuzumabe é um anticorpo monoclonal bloqueador do receptor HER-2 (Viani et al., 2007), responsável por reduzir o risco de morte do paciente pela doença em 24%, de acordo com estudos clínicos randomizados (Martine, 2006). Está indicado para o tratamento de pacientes com câncer de mama inicial HER-2 positivo após cirurgia, quimioterapia (neoadjuvante ou adjuvante) e radioterapia; câncer de mama metastático como monoterapia naqueles pacientes que receberam um ou mais tratamentos de quimioterapia ou em combinação com paclitaxel ou docetaxel para a terapêutica daqueles que não receberam quimioterapia (Brasil, 2012b).

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza, para o tratamento do câncer de mama inicial, diversos regimes de poliquimioterapia já consagrados em termos de segurança e eficácia (Brasil, 2012a). De acordo com a Federação Nacional de Hospitais foram incluídos pelo Ministério da Saúde (MS) 77 medicamentos no SUS entre 2013 e 2014, mas a categoria de medicamentos oncológicos que lidera as solicitações não acompanhou esse ritmo e apenas oito foram aprovados dos 37 pedidos, dentre estes, o Trastuzumabe (Federação Brasileira de Hospitais, 2015).

O Trastuzumabe foi incorporado à lista disponibilizada pelo SUS, por meio da publicação das Portarias nº 19 e 18, de 25 de julho de 2012. Porém, não foi aprovado para a quimioterapia do câncer de mama metastático mesmo apresentando esta indicação (Brasil, 2012c; Brasil, 2012d). Em Pernambuco, devido à grande demanda judicial, a terapia com Trastuzumabe foi implantada pela Assistência Farmacêutica por meio da Norma Técnica SAF/SES Nº 001/12 (SES-PE, 2012).

A Portaria nº 73, de 30 de janeiro de 2013, válida a partir da competência de fevereiro, trata da inclusão de metodologias na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS além de estabelecer o protocolo de uso do Trastuzumabe nos tratamentos aprovados, sendo um importante avanço na terapia adjuvante desse tipo de neoplasia (Brasil, 2013).

Após a publicação desta portaria em 2013, o MS através de compra centralizada e fornecimento as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e essas aos hospitais habilitados em oncologia no SUS, passa a atender aos pedidos de usuários que se encaixam nas diretrizes e protocolos de uso estabelecido pela portaria (Brasil, 2013). Porém, os pacientes que utilizam este produto para tratamento de câncer de mama metastático continuam a ser atendidos pelas SES.

Com isso, em março de 2013, o MS adequou o fluxo para distribuição do medicamento aos Hospitais Habilitados em Oncologia no SUS através da Nota Técnica Conjunta nº. 01/2013 e assim as Secretarias Estaduais e gestores municipais atuarão

na avaliação, regulação e controle dos procedimentos, colaborando para o suprimento adequado (CONASS, 2013).

Após a divulgação de todas as regras, continuaram alguns problemas relacionados a este grupo de pacientes que apresentava câncer HER-2 positivo metastático, com prescrição de uso de Trastuzumabe, e sem possibilidade de acesso ao medicamento disponibilizado pelo MS. A situação revelou-se ainda mais complexa, ao se verificar que o único fornecedor não se dispunha a vender à Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) o produto destinado a atender esses casos, pelo mesmo preço de venda negociado com o MS. Essa ocorrência deixa vulnerável os custos do Estado considerando que o SUS/MS compra o mesmo produto a preços tão diferentes. Entretanto, é importante considerar que a patente do medicamento foi expirada no ano de 2013, o que pode levar a uma redução de preço no caso da entrada de algum produto concorrente no mercado (CONASS, 2013).

Dessa forma, o presente trabalho visa avaliar o impacto da implantação do Trastuzumabe pelo SUS/MS na farmacoeconomia do Estado de Pernambuco, levando em consideração a sua antecedente incorporação devido a uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Estadual.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na Superintendência da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco através da obtenção dos dados dos sistemas SisGAF® e HÓRUS entre junho de 2012 a março de 2015. A coleta das informações começou em novembro de 2013, onde iniciou-se um estudo retrospectivo analítico com todos os pacientes cadastrados no SisGAF® e a partir da determinação da Portaria nº 73/2013, com aqueles escritos no HÓRUS até a data final do estudo.

As informações obtidas pelos programas geraram tabelas no Microsoft Office Excel 2007, constituindo um banco de dados para cada sistema. Nestes, as seguintes variáveis foram coletadas: idade, sexo, região de residência, local de atendimento, tempo de tratamento, dose utilizada, quantidade de pacientes inscritos nos sistemas e gastos com o medicamento pelo MS e a SES-PE antes e após a divulgação da portaria. Após a análise, com os resultados obtidos, construíram-se gráficos, tabelas e figuras no mesmo programa de computador para elaboração do trabalho.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com câncer de mama HER-2 positivo que morem na área de abrangência da pesquisa, indicados para o tratamento prévio, adjuvante ou metastático com Trastuzumabe antes ou após a incorporação do medicamento pelo SUS em Pernambuco.

Para os critérios para exclusão foram: pacientes com câncer de mama que não morem na área de abrangência da pesquisa e não sejam candidatos ao tratamento com o medicamento Trastuzumabe.

Os riscos principais que são observados estão relacionados à própria terapia

medicamentosa, esses devem ser desconsiderados, pois são necessários para realização do tratamento. Como se trata de um estudo retrospectivo não houve intervenção na terapêutica aplicada, apenas a observação e tratamento das informações utilizadas.

Este trabalho foi previamente aprovado pelo CONEP (CAEE: 31998014.2.0000.5200; Parecer: 689.328) respeitando todos os critérios de sigilo pessoal dos participantes, afim de não causar quaisquer constrangimentos. Como se baseou em levantamento de dados dispensou-se o termo de consentimento livre e esclarecido.

3 | RESULTADOS

Antes da incorporação do Trastuzumabe pelo MS, constava no SisGAF® o total de 477 pacientes. Destes, 255 tiveram o tratamento suspenso ou foram a óbito e, por isso, não foram inclusos na contagem atual de pacientes, como demonstra a Tabela 1. Após a Portaria nº 73/2013, ocorreu gradualmente a migração dos pacientes do SisGAF® (cadastro da SES-PE pela NT N° 001/12) para o sistema HÓRUS do MS e da SES-PE. Assim, notou-se que, 35,42% do total de pacientes deixaram de obter o medicamento pela SES-PE e passaram a receber por intermédio do MS através de comprovação do protocolo clínico estabelecido (adjuvante e prévio). E apenas 11,85% dos usuários diagnosticados com câncer de mama na forma metastática e com tratamento paliativo continuaram recebendo o medicamento com recursos da Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco.

Nº de Pacientes	Pacientes Sujeitos à Migração			Pacientes Tratamento Suspenso	Total de Pacientes
	SES-PE	MS	Subtotal		
	53	169	222	255	477

Tabela 1 - Quantitativo de pacientes cadastrados no SisGaf® antes da incorporação do Trastuzumabe (Recife, Pernambuco, Brasil, 2015)

Fonte: Autor próprio

Atualmente, 461 novos pacientes foram cadastrados após a incorporação do Trastuzumabe pelo MS, de acordo com a Tabela 2. Destes 74,18% serão atendidos com o medicamento para o tratamento prévio e adjuvante via MS. Apenas 25,81% são adquiridos via SES-PE. Dessa forma, o Estado de Pernambuco e MS possuem 683 pacientes cadastrados de junho de 2012 a março de 2015, os quais adquiriram o medicamento por diferentes vias para o tratamento do câncer de mama HER-2 positivo. Observou-se um crescente aumento no cadastro dos pacientes para obtenção deste medicamento, porém não podemos dizer se a causa foi à maior incidência do câncer de mama ou a facilitação do seu uso pela sua implementação no SUS.

Órgão que distribui o medicamento	Pacientes oriundos da migração	Pacientes Novos (julho2013 a Março 2015)	Total de pacientes
SES-PE	53	119	172
MS	169	341	510
Subtotal	222	461	683

Tabela 2 - Relação dos pacientes até março de 2015 cadastrados para realizar tratamento com o Trastuzumabe (Recife, Pernambuco, Brasil, 2015)

Fonte: Autor próprio

Devido à falta de informações no preenchimento das planilhas do SisGAF® e HÓRUS não foi possível mencionar as variáveis de idade e estadiamento do tumor para toda a população em estudo. Dessa maneira, a idade foi analisada apenas nos pacientes que recebem o medicamento pela SES-PE. Desses, 79,06 % estão na faixa etária entre 40 e 69 anos.

O Estado de Pernambuco é dividido geograficamente em quatro regiões (região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste e Sertão), contando com atendimento especializado para o câncer de mama em todas, através de clínicas oncológicas situadas nos hospitais de referência. Dessa forma, observou-se que a maioria dos pacientes está na região metropolitana do Recife e em seguida aparece o sertão do estado com 18,15 %.

Todos os pacientes cadastrados são atendidos nas oito unidades de oncologia do estado de Pernambuco. O Hospital Dom Malan em Petrolina apresenta o maior número de pacientes atendidos pela SES-PE enquanto o Hospital das Clínicas/UFPE, o menor. Já a maioria do pacientes contemplados com o medicamento fornecido pelo SUS/MS está no Hospital do Câncer de Pernambuco (40,78%), entretanto a Casa de Saúde Nossa Senhora do Perpetuo Socorro em Garanhuns apresenta apenas 2,15 % dos pacientes com essa indicação.

De acordo com todo o processo de solicitação e a necessidade para o tratamento, o Trastuzumabe é liberado para as clínicas oncológicas por trimestre. Assim, quando o paciente encerra o tratamento ou vai a óbito seu nome é retirado das planilhas. A pesquisa mostrou que 47,85 % ainda estão em tratamento com o medicamento fornecido pelo MS e dentre os que terminaram 16,86 % passaram seis meses no esquema de terapia. A duração do tratamento adjuvante nos estudos é variável, abrangendo períodos de nove semanas a dois anos. Entre os pacientes que recebem da SES-PE, o maior percentual (21,6 %) parou o tratamento com três meses, porém, não se pode alegar qual a causa do termino.

Em relação a prescrição da dose do medicamento, de acordo com o protocolo de tratamento estabelecido, o médico leva em consideração, principalmente, o comprometimento do tumor e o peso do paciente para estabelecer a posologia adequada. A compra pela SES-PE ocorre na apresentação de 440 mg/ampola do

medicamento, já o MS adquire o Trastuzumabe de 150 mg/ampola. A estratégia do MS de investir na apresentação de menor quantidade é evitar possíveis desperdícios na administração, pois quando se utiliza os frascos ampolas em um determinado dia eles não servem para armazenamento e uso posterior.

Observa-se que a quantidade de ampolas fornecidas pelo MS é muito superior ao que a SES-PE liberou, porém deve-se considerar a diferença no número de pacientes e a distinta apresentação adquirida por cada órgão (Tabela 3). Além disso, ressalta-se um impasse na compra deste medicamento, pois o fabricante cobra mais que o dobro da miligrama para o Estado, como pode ser visto na tabela abaixo.

	Pacientes	Ampolas	Apresentação	Valor da ampola	Quantidade de mg usadas	Valor de cada mg
MS	510	32502	150 mg	7382,12	4.875.300	7,31
SES-PE	172	693	440 mg	1078,07	304.920	16,77

Tabela 3- Diferença no custo do medicamento para SES-PE e para o MS (Recife, Pernambuco, Brasil, 2015).

Fonte: Autor próprio

Neste contexto, antes da incorporação do Trastuzumabe ao elenco do SUS, a SES-PE liberou 4720 ampolas, mobilizando 34 milhões de reais dos investimentos em Saúde do estado. Entretanto, após esse marco o Estado pagou aproximadamente 5 milhões de reais e o MS arcou com 36 milhões de reais na compra do medicamento até março de 2015 (Figura 1). Considerando que as barras mais escuras da Figura 1 sejam dados hipotéticos, caso esse medicamento não fosse implantado pelo MS, a SES-PE arcaria com mais de 80 milhões de reais para atender todos os pacientes que necessitaram do tratamento até o prazo da pesquisa, ou seja, gastaria um montante de aproximadamente 46 milhões a mais da verba 29 destinada à compra de medicamentos oncológicos, levando a falta de outros fármacos necessários.

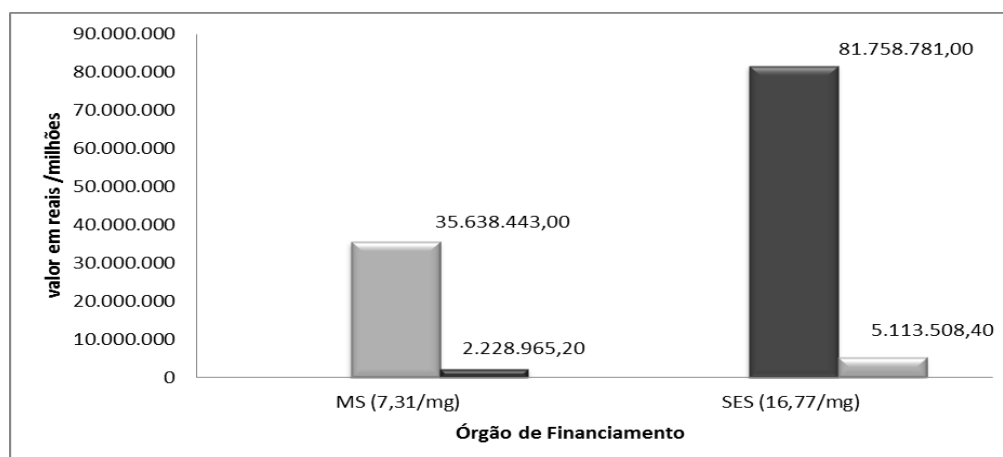


Figura 1 – Despesa (R\$) do MS e da SES-PE com o Trastuzumabe até março de 2015.

Fonte: Autor próprio

Assim, houve uma economia de aproximadamente 29 milhões de reais (Figura 2) em relação ao que a SES-PE investiria caso ainda estivesse dispensando o medicamento para o tratamento prévio e adjuvante do câncer de mama. Este montante poupado pode ter sido investido em outras medicações ou insumos farmacêuticos que seriam necessárias para a população pernambucana.

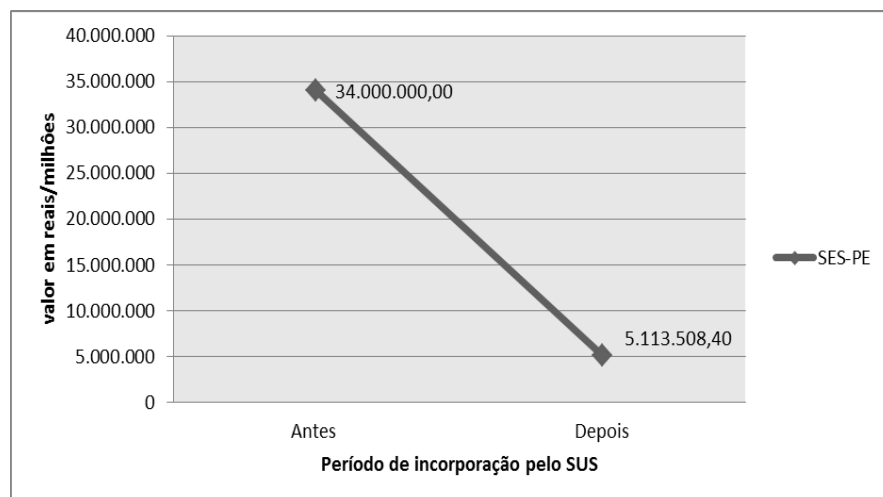


Figura 2 – Economia para a SES-PE após a incorporação do Trastuzumabe pelo SUS.

Fonte: Autor próprio

4 | DISCUSSÃO

A assistência na área de oncologia está entre as mais onerosas na medicina, como consequência do alto valor de testes diagnósticos e medicamentos inovadores. Gestores do setor de Saúde Suplementar no Brasil reconhecem que as despesas com terapia antineoplásica vêm crescendo de modo preocupante e buscam alternativas para minimização de custos. Além da incorporação de novas tecnologias, outras estratégias devem ser vistas pelo MS, como o acesso ao diagnóstico rápido, cirurgia dentro de 30 dias e radioterapia nos casos necessários. Isso iria requerer um fluxo de referência extremamente rigoroso para que todo o benefício temporal conseguido não fosse perdido no intervalo de retorno ao SUS (Slamon et al., 2001).

A pressão por incorporação de novas tecnologias no SUS se manifesta por meios diretos e indiretos, e envolve a ação de produtores, pacientes, prescritores, sociedades médicas, associações de portadores de patologias e do próprio sistema judiciário. O segmento de medicamentos oncológicos (antineoplásicos e terapias hormonais citostáticas) foi um dos mais impactados pela biotecnologia moderna, particularmente com a descoberta dos anticorpos monoclonais (Couto, 2013).

De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), o Trastuzumabe foi um dos primeiros medicamentos incorporados no SUS a partir da sua criação, justamente, por ser um medicamento líder de demandas judiciais e de gastos no orçamento da saúde dos Estados brasileiros (Instituto Nacional do Câncer,

2012). Exatamente, como ocorreu no local desse estudo. Segundo Alexandre Padilha, ex- ministro da saúde, a aquisição só foi possível devido à economia de custos gerada por inovação tecnológica, parcerias público-privadas, comparação de preços internacionais e a centralização de compras (Instituto Nacional do Câncer, 2012).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2012) a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco para o câncer de mama e revela também que as taxas de incidência aumentam drasticamente até os 50 anos e posteriormente, essa ampliação ocorre de forma mais lenta, da mesma forma se apresentou neste estudo.

Devido aos esses serviços de referência serem localizados mais na capital pode-se inferir que esta população está tendo maior acesso ao medicamento, mas vale salientar que nessa região reside a grande parte dos habitantes (Marçal, 2012). De acordo com Machado e colaboradores (2011), a maioria dos usuários de medicamentos disponibilizados pelo SUS em Pernambuco reside em Recife e municípios próximos.

Um ano de tratamento tem sido adotado como modelo terapêutico em diversos centros pelo mundo (Hall & Cameron, 2009). Análises do estudo Herceptin Adjuvant (HERA), que avaliou o uso do Trastuzumab como agente único após quimioterapia e radioterapia adjuvantes, demonstraram, em 2006, uma melhora de 34% na sobrevida global, com uma média de dois anos de seguimento (Haddad, 2010).

Segundo Slamon e colaboradores (2001), pacientes recebendo Trastuzumabe e quimioterapia de primeira linha para doença metastática experimentam redução significativa na taxa de morte em 1 ano. Curiosamente, 37,2 % das solicitações não foram dispensadas, porém a causa dessa alta expressão de reprovação do tratamento para pacientes com câncer de mama no estágio IV não pode ser avaliada neste estudo.

Segundo, Kaliks e colaboradores (2013) a adição de Trastuzumabe ao tratamento quimioterápico neoadjuvante ou adjuvante (pelo período de 1 ano) levaria a um custo total de R\$ 190.000,00. Após sua adição pelo SUS e considerando os valores negociados pelo MS (Brasil, 2012d), o tratamento de 1 ano com a medicação para uma paciente de 60kg sairia, aproximadamente, R\$ 91.000,00. Apesar do alto valor do tratamento, a incorporação deste medicamento é considerada custo-efetiva, pela diminuição do risco de recidiva e mortalidade conferido pela medicação, resultando em menores gastos subsequentes (Macedo et al., 2010).

Nos Estados Unidos, o custo médio por mês do tratamento de uma paciente com câncer de mama metastático é de U\$ 9.788, variando de acordo com o emprego de quimioterapia sistêmica ou oral, chegando a um valor total de U\$ 250.000 por paciente com sobrevida mediana de 2 anos (Montero et al., 2012).

5 | CONCLUSÃO

A incorporação do Trastuzumabe para o tratamento prévio e adjuvante do câncer de mama trouxe uma grande economia dos recursos em saúde para o Estado de

Pernambuco, sabendo que o mesmo estava arcando com todas as despesas das diferentes terapêuticas. Porém, o MS está desobrigado de conceder o Trastuzumabe no tratamento metastático, continuando como responsabilidade de SES-PE a sua aquisição e dispensação.

Há a possibilidade do MS também incorporar o medicamento no caso de câncer de mama HER/2 positivo metastático, pois já existem dados publicados na literatura para esta indicação. Dessa forma, observando-se as vantagens financeiras encontradas no estudo, é possível afirmar que os gastos com este produto seriam de quase três milhões de reais menor, porque a SES-PE não teria a participação deste no seu orçamento e o MS conseguiria amortecer a quantia investida.

Entretanto, a possibilidade de implantação desta nova tecnologia para o tratamento paliativo é válida e não deve ser descartada. São necessários estudos futuros, avaliando outros parâmetros para observar com mais clareza as consequências da incorporação do Trastuzumabe ao SUS nessa fase da terapêutica, visando comprovar sua eficácia e a melhora na qualidade de vida das pacientes relacionada ao seu uso e também analisar se esses pacientes irão apresentar bom prognóstico da doença, o que poderá servir como comprovação científica para inclusão do medicamento pelo MS. Isso iria diminuir o dispêndio da SES-PE em investimentos na saúde, em relação ao Trastuzumabe, e promover uma economia global ainda maior no investimento geral da União, pois o MS adquire o medicamento cerca de 50% mais baratos que os Estados.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama inicial**. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 07. Brasília, 2012a. 30 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama avançado**. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 08. Brasília; 2012b. 40 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012. **Torna pública a decisão de incorporar o medicamento Trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado**. *Diário Oficial [da] União*. 25 jul. 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 25 de julho de 2012. Torna pública a decisão de incorporar o medicamento Trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama inicial. *Diário Oficial [da] União*. 25 jul. 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 73, de 30 de janeiro de 2013. Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e estabelece protocolo de uso do Trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado. *Diário Oficial [da] União*. 01 fev. 2013.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Nota Técnica 19**: Considerações sobre o medicamento Trastuzumabe. Brasília; 2013. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-19-2013-Trastuzumabe.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

Couto, R. K. **Regulamentação da Incorporação de Biotecnologias ao SUS. Salvador. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, 2013.**

Federação Brasileira de Hospitais. **Cresce Volume de Remédios Incluídos no SUS.** Brasília; 2014. Disponível em: <<http://fbh.com.br/2014/12/12/noticias-do-setor/cresce-volume-de-remedios-incluidos-no-sus/>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

Ferlay, J. et. al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer, United States, v. 136, p. 359-386, 2012.

Haddad, C. F. **Trastuzumab no câncer de mama. Femina, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 74-78, 2010.**

Hall, P. S.; Cameron, D. A. **Current perspective – Trastuzumab.** European journal of cancer, Oxford, v. 45, n. 1, p. 12-18, 2009.

Instituto Nacional do Câncer. **Medicamento de alto custo para câncer de mama será incorporado no SUS. Rio de Janeiro, 2012.** Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/medicamento_alto_custo_cancer_mama_sera_incorporado_sus>. Acesso em: 25 mai. 2015.

Kaliks, R. et al. **Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia.** Einstein, São Paulo, v. 11, p. 23-216, 2013.

Macedo, A. et al. **Cost-effectiveness of Trastuzumab in the treatment of early stages breast cancer patients, in Portugal.** Acta Médica Portuguesa, Portugal, v. 23, n. 3, p. 475-482, 2010.

Machado, M. et. al. **Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

Marçal, K K. **A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010.** Recife. Dissertação de mestrado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2012.

Martine, J. Adjuvant Trastuzumab therapy for HER2-overexpressing breast cancer: what we know and what we still need to learn. European Journal of Cancer, Oxford, v. 42, n. 12, p. 1715-1719, 2006.

Montero, A. et al. **The economic burden of metastatic breast cancer: a US managed care perspective.** Breast Cancer Res Treat., Netherlands, v. 134, n. 2, p. 815-822, 2012.

Santos, M. O. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, Instituto Nacional do Câncer, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018.

SES-PE. Secretária Estadual de Saúde, Superintendência de Assistência Farmacêutica de Pernambuco. **Norma Técnica nº 001: Medicamento Trastuzumabe passa a ser distribuído pela SES-PE.** Recife, 2012.

Slamon, D. J. et al. **Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic cancer that overexpresses HER2.** The New England Journal of Medicine, United States, v. 344, n. 11, p. 783-92, 2001.

Viani, G. A. et al. **Adjuvant Trastuzumab in the treatment of her-2-positive early breast cancer: a meta-analysis of published randomized trials.** BMC Cancer, England, v. 7, p. 153, 2007.

ANÁLISE DOS INCIDENTES NOTIFICADOS AO NOTIVISA NO ESTADO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2014 A 2017

Giovanna Nunes Belo Mendes

Graduanda do Curso de Medicina

Instituição: Universidade CEUMA

Endereço: Rua Josué Montello, nº 01,

Renascença, São Luís – MA, Brasil

E-mail: gnbmendes@gmail.com

Francisco Airton Veras de Araújo Júnior

Especialista em Saúde da Família pela

Universidade Federal do Maranhão

Instituição: Universidade CEUMA

Endereço: Rua Josué Montello, nº 01,

Renascença, São Luís – MA, Brasil

E-mail: airtonverasjunior@gmail.com.

RESUMO: O Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) é um sistema informatizado em âmbito de atuação municipal, estadual ou federal e em conjunto ao Ministério da Saúde têm o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território. O objetivo é descrever a ocorrência e as características dos incidentes em saúde no estado do Maranhão e notificados ao NOTIVISA no período 2014 a 2017. Tem caráter descritivo, onde foi traçado o perfil dos incidentes no Maranhão utilizando as tabelas e gráficos fornecidos pelo sistema. Foi realizado exclusivamente com dados secundários de domínio público, publicados no *website* da

ANVISA, e não necessitou de parecer do CEP. O número total de incidentes notificados foi de 881 e de acordo com a incidência por tipo de intercorrência foi demonstrado que 47,5% foram relacionados a falhas na assistência à saúde. Quanto aos processos envolvidos durante as falhas na assistência ao paciente: 41% envolvem falhas em procedimentos/tratamentos/intervenções e 3,6% envolvem falha na assistência geral ao paciente; 13% dos incidentes ocorreram com pacientes entre 56-65 anos, 11,9% na faixa etária dos 36-45 anos e 11,8% na faixa etária dos 76-85 anos. Conclui-se que os sistemas de informação sejam facilmente acessíveis a todos os profissionais de saúde e que estes facilitem o aprendizado, além de ajudar no desenvolvimento de pesquisas direcionadas a identificar os melhores mecanismos de prevenção, modos eficazes de difusão de novas ideias e entusiasmo na adoção delas.

PALAVRAS-CHAVE: ANVISA; notificações; Maranhão; eventos adversos; SUS; NOTIVISA; incidentes em saúde;

ANALYSIS OF NOTIFICATED INCIDENTS TO
NOTIVISA IN MARANHÃO FROM 2014 TO
2017

INTRODUÇÃO

As informações em saúde constituem ferramentas importantes para a implementação de ações e projetos em Saúde Coletiva e individual, uma vez que promovem melhor compreensão das mudanças de padrões epidemiológicos e do processo saúde doença. Conceitualmente, um sistema de informações em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde ¹.

No Brasil, o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) é um sistema informatizado na plataforma WEB (internet), em âmbito de atuação municipal, estadual, distrital ou federal, previsto pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.660, de 22 de Julho de 2009. Podem utilizar e alimentar o sistema, após cadastro de acordo com a categoria do notificante, os profissionais de serviços de diversos órgãos sanitários e instituições de saúde. Ademais, podem notificar eventos as universidades e centros de pesquisa, haja vista seu papel relevante na divulgação e construção do saber científico. O sistema NOTIVISA também permite sua alimentação com dados fornecidos por profissionais que atuam em drogarias, farmácias, empresas detentoras de registro de produtos sob vigilância sanitária (fabricantes, importadores e distribuidores), além dos profissionais de saúde liberais ^{2,3}.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) mediante a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Anvisa instituiu ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabeleceu a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Uma importante atribuição do NSP é a notificação de eventos adversos (EA) relacionada ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo específico do Sistema de Notificações em NOTIVISA, denominado assistência à saúde ^{3,4,5}.

No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, considera-se incidente como “uma situação ou um evento ou uma circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde”, evento adverso (EA) como “incidente que causou dano à saúde” e queixa técnica como determinada situação que “se, até o momento da notificação, o problema observado no produto ainda não tiver causado nenhum dano à saúde, este deverá ser notificado como” ^{3,4}.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo descrever a ocorrência e as características

dos incidentes ocorridos no estado do Maranhão e notificados ao NOTIVISA, no período 2014 a 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com base nos dados contidos nos Relatórios de Eventos Adversos, publicados e disponibilizados no sítio eletrônico <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm> desde a implantação do NOTIVISA. A partir de uma análise documental, diretamente no sítio eletrônico do sistema, foi traçado o perfil das notificações mais recentes no estado do Maranhão — disponibilizadas pelo NOTIVISA relacionada ao triênio de 2014 a 2017.

Foram estudadas as seguintes variáveis: número de incidentes por tipo, avaliação das falhas durante a assistência, número de incidentes por mês, número de incidentes por sexo do paciente, número de óbitos por tipo de incidente e número de incidentes por faixa etária.

Para a análise e interpretação dos dados, foram utilizadas as tabelas e gráficos fornecidos pelo sistema NOTIVISA. Os dados foram compilados segundo o ano do relatório analisado (2014 a 2017). Com base nas informações contidas nas notificações, foi elaborado um banco de dados com um subconjunto das seis variáveis estudadas.

Por se tratar de um estudo realizado exclusivamente com dados secundários de domínio público, não foi necessária sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução CNS nº 466/2012.

RESULTADOS

O número total de incidentes notificados no estado do Maranhão foi de 881 no triênio 2014-2017. A figura 01 detalha o número de incidência por tipo de intercorrência, demonstrando que 47,5% foram relacionados a falhas na assistência à saúde, 14,0% relacionado a úlceras de pressão e 8,0% relacionado a quedas dos pacientes. A figura 02 informa os processos envolvidos durante as falhas na assistência ao paciente, onde 41,0% envolvem falhas em procedimentos/tratamentos/intervenções e 3,6% envolvem falha na assistência geral ao paciente.

Figura 01

Número de Incidentes por tipo.

Março de 2014 a julho de 2017

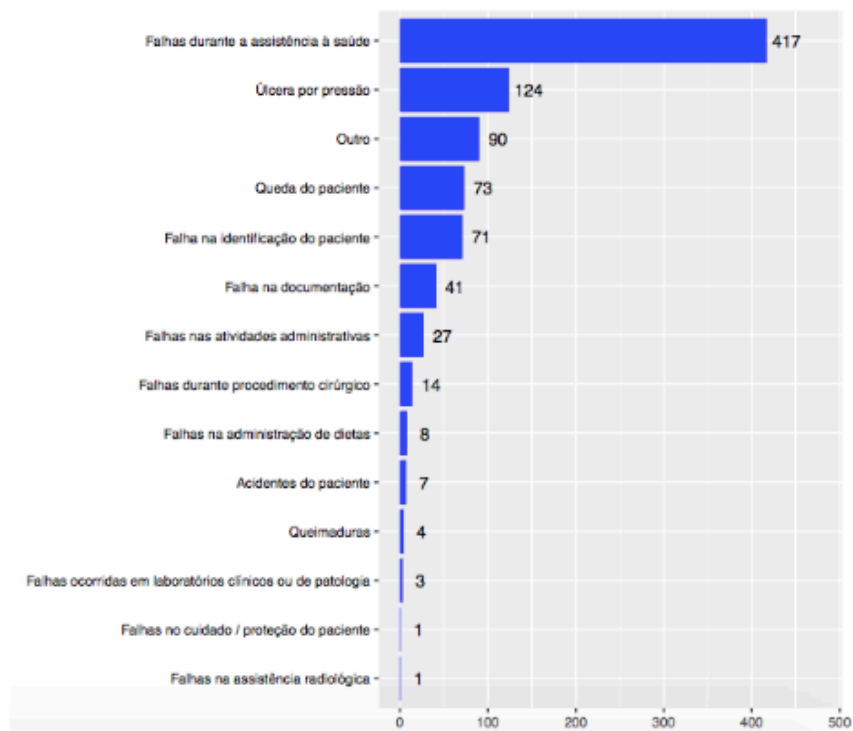
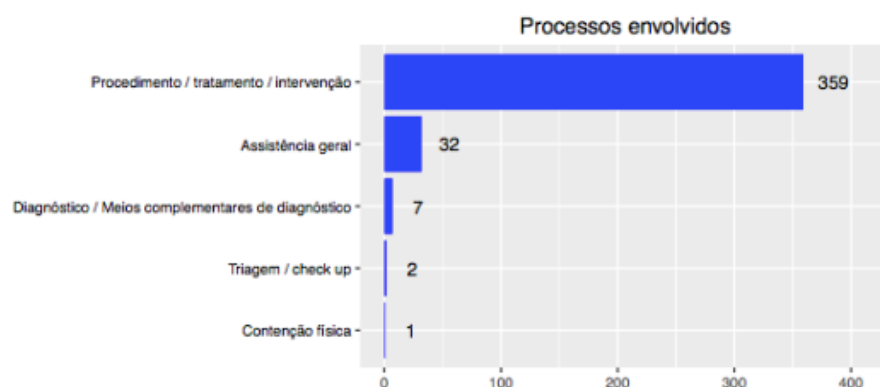


Figura 02

Falhas durante a assistência

Março de 2014 a julho de 2017



A figura 03 demonstra a distribuição dos incidentes por mês; julho/2017 obteve 19,0% das notificações de todo o triênio, seguido pelo mês de abril/2017 com 14,0% e fevereiro/2017 com 13,8%. O primeiro semestre de 2017 correspondeu à 77,0% das notificações da amostra. A figura 04 distribui o número de incidentes por sexo, com predominância do sexo masculino.

Figura 03

Número de incidentes por mês.

Março de 2014 a julho de 2017

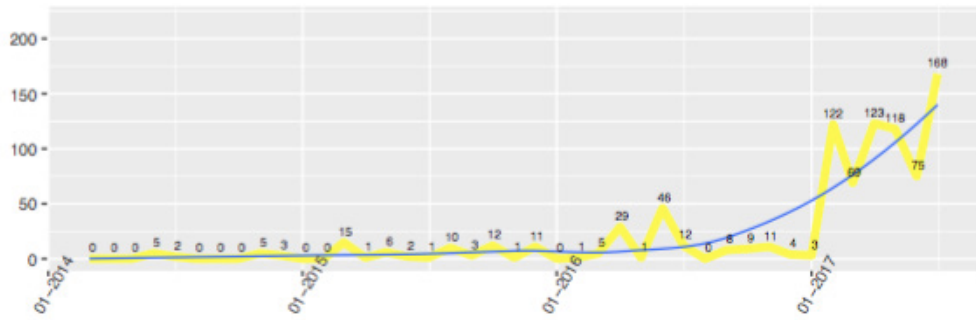
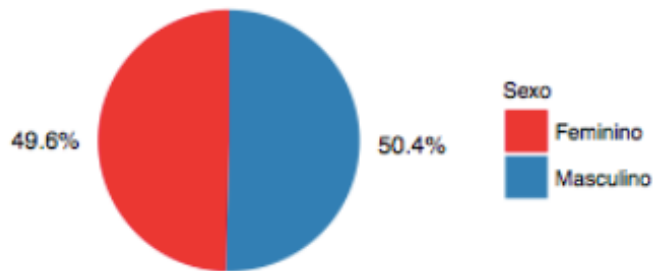


Figura 04

Número de incidentes por sexo do paciente

Março de 2014 a julho de 2017



A figura 05 explica o total de óbitos notificados, sendo entre eles 83,0% relacionados à falhas na assistência e 80,0% ocorrendo durante procedimentos/tratamentos/intervenções. A figura 06 expõe a distribuição por faixa etária, elucidando que 13,0% dos incidentes ocorreram com pacientes entre 56-65 anos, 11,9% na faixa etária dos 36-45 anos e 11,8% na faixa etária dos 76-85 anos. No contexto geral, 18,5% dos incidentes ocorreram em crianças (0 aos 17 anos), 52,5% em adultos (18-65 anos) e 29,0% em idosos (> 66 anos).

Figura 05

Número de óbitos por tipo de incidente.

Março de 2014 a julho de 2017

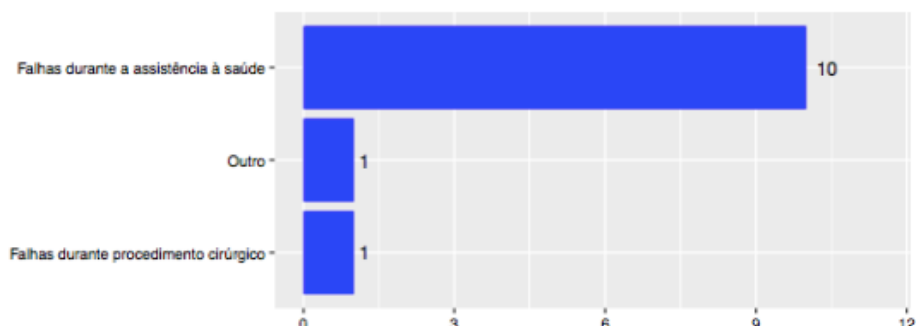


Figura 06

Número de incidentes por faixa etária.

Março de 2014 a julho de 2017



Percebemos com os resultados que grande parte das falhas ocorreu durante a assistência à saúde, tornando-se um problema multifatorial. Chassin et al definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Orientado por esta definição, identificou três categorias que, de modo geral, englobam os problemas de qualidade nos serviços de saúde: (I) sobreutilização, (II) utilização inadequada [*misuse*] e (III) subutilização. A sobreutilização refere-se àquelas circunstâncias nas quais o cuidado de saúde prestado apresenta maior chance de provocar dano ao paciente do que benefícios. A subutilização refere-se à ausência de prestação de cuidado de saúde, quando este poderia produzir benefício para o paciente. Por fim, a utilização inadequada refere-se àqueles problemas preveníveis associados ao cuidado de saúde e relaciona-se às questões do domínio da segurança do paciente ⁶.

De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), publicada pela OMS em 2004, os incidentes classificam-se como: **near miss** – incidente que não atingiu o paciente (por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma errada, mas o erro é detectado antes do início da transfusão); **incidente sem dano** – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação); **incidente com dano (evento adverso)** – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é feita infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica) ⁷.

Erros estarão sempre presentes em qualquer ação realizada em qualquer setor de atividade, pois esta é uma característica imutável do processo de cognição da nossa espécie. Ademais, quanto mais complexo é um sistema, ou mais complexa a ação, maior o risco de erros e eventos adversos poderem estar presentes. Em saúde, nem todos os erros culminam em eventos adversos e nem todos os eventos adversos são resultantes de erros. Esta distinção faz-se importante para a implementação de

estratégias de prevenção, em especial de eventos adversos consequentes de erros, que por serem passíveis de prevenção, são classificados como eventos adversos evitáveis^{8,9,10}.

Nem sempre o agravo ao paciente advém de grandes falhas realizadas em atividades com sistemas complexos, mas podem advir de pequenos deslizes capazes de ocasionar consequências fatais, dependendo das condições do paciente⁸.

A faixa etária constitui uma das variáveis mais importantes para a avaliação de eventos adversos, especialmente nos idosos — que constituem um grupo populacional onde são observadas alterações fisiológicas que afetam significativamente os parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos das drogas¹¹. O avanço da idade traz consigo o uso de diversos medicamentos para o tratamento de enfermidades e comorbidades associadas ao processo de envelhecimento, necessitando de um acompanhamento especial durante o tratamento¹².

Constituem limitações para o presente estudo o uso de fonte de dados secundários, no que se refere ao método da notificação espontânea utilizado pelo NOTIVISA. Tal método consiste na quantificação dos incidentes relatados pelos próprios prestadores de serviços, trabalhadores da saúde ou pelos próprios pacientes. Sabe-se que um dos grandes obstáculos encontrados no estudo dos eventos adversos associados à assistência à saúde advém do comportamento vigente de omitir ou esconder os eventos indesejáveis que ocorrem, comprometendo a confiabilidade dos bancos de dados em virtude da ausência de notificações, configurando cenários que não retratam a realidade dos serviços¹³, daí reside a possibilidade de subnotificação, que pode camuflar a real ocorrência de agravos à saúde. O método de notificação do NOTIVISA também limita a avaliação da qualidade dos serviços públicos pois torna facultativa a inclusão dos agravos destes serviços e no somatório final dos dados, não permite a separação entre o serviço privado e público.

CONCLUSÃO

As taxas de erros em serviços de saúde giram em torno de 5-15% no mundo desenvolvido. Informações sobre segurança do paciente de forma geral nos países em transição e em desenvolvimento são menos conhecidas devido à escassez de dados. É necessário ainda que os sistemas de informação sejam facilmente acessíveis a todos os profissionais de saúde e que estes facilitem o aprendizado. São necessárias estratégias para reduzir os danos aos pacientes — isto significa desenvolver pesquisas direcionadas a identificar os melhores mecanismos de prevenção, modos eficazes de difusão de novas ideias e entusiasmo na adoção delas. Garantir segurança no cuidado é um enorme desafio para os serviços de saúde¹³.

O conhecimento acerca dos tipos de eventos adversos depende, diretamente, das estratégias de notificação das ocorrências e de processos de revisão de prontuários

implantados nos serviços de saúde. Assim, dentre os tipos mais conhecidos de eventos adversos encontram-se as infecções associadas aos cuidados de saúde, cirurgia e anestesiologia, administração de medicamentos, infusão de sangue e hemoderivados, utilização de dispositivos para a saúde, além de eventos adversos relacionados aos processos de identificação de pacientes, comunicação efetiva, quedas e úlceras por pressão ¹³.

Conclui-se que a adoção de um comportamento de aprendizagem e capacitação contínua é necessária nos serviços hospitalares e ambulatoriais maranhenses, onde a notificação dos eventos adversos e sua análise atuem como agentes de melhoria dos processos assistenciais como forma de minimizar o dano ao paciente e diminuir gastos com complicações orgânicas ou legais. O abandono das práticas punitivas deve ser realizado com a desmistificação sobre o “medo de errar” e baseado na cultura de segurança, onde os profissionais tornam-se preparados para lidar com as adversidades da prática médica e os serviços evoluam para um novo cenário na gestão em saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileira. Rev Bras Epidemiol. 2008 mai;11 Suppl 1:159-67.
2. OLIVEIRA et al. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011 Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(4):671-678, out-dez 2013.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011 [Internet]. [acessado em: 30/06/2017]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES
5. NISHIYAMA P, BONETTI MFS, BÖHM ACF, MARGONATO FB. Experiência de farmacovigilância no Hospital Universitário Regional de Maringá, Estado do Paraná. Acta Sci, Health Sci. 2002;24(3):749-55.
6. CHASSIN M, GALVIN R. THE NATIONAL ROUNDTABLE ON HEALTH CARE QUALITY. The urgent need to improve health care quality: Institute of medicine National Roundtable of Health Care Quality. JAMA. 1988; 280(11):1000-1005.
7. RUNCIMAN W, HIBBERT P, THOMSON R., SCHAAF TV, SHERMAN H., LEWALLE P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.
8. REASON J. Safety in the operating theatre – part 2: Human error and organisational failure. Qual Saf Health Care. 2005; 14:56-61.

9. KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press, 2000. 536p
10. PEDREIRA MLG. O erro humano do sistema de saúde. In: Dia a dia segurança do paciente. Ors. Pedreira MLG, Harada MJCS. São Caetano. Yendis Ed. 2010.
11. CLEWELL HJ et al. Review and evaluation of the potential impact of age-and gender-specific pharmacokinetic differences on tissue dosimetry. Crit Rev Toxicol. 2002 Set;32(5):329-89.
12. NÓBREGA OT, KARNIKOWSK MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Cienc Saude Coletiva. 2005;10(2):309-313.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 1ª edição – 2013.

APROXIMAÇÕES ENTRE FENOMENOLOGIA E O MÉTODO DA CARTOGRAFIA EM PESQUISA QUALITATIVA

Severino Ramos lima de Souza

Faculdade Frassinetti do Recife – FAFIRE

Recife - Pernambuco

Ana Lúcia Francisco

Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Recife - Pernambuco

RESUMO: O presente artigo é um recorte da metodologia do Projeto de Tese em desenvolvimento no Programa de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, Brasil. Pretende-se apresentar e discutir o Método da Cartografia em pesquisa qualitativa e suas possíveis aproximações com a fenomenologia. Originalmente, a cartografia como método de pesquisa foi proposto por Félix Guattari e Gilles Deleuze, ambos vinculados ao movimento pós-estruturalista. Os referidos autores se dedicaram ao estudo e análise de processos e produção de subjetividades. No Brasil, esta metodologia é relativamente recente, mas com contribuições muito significativas em pesquisas no campo da saúde coletiva, educação e políticas públicas. O modo como vem sendo apresentado e praticado por pesquisadores brasileiros tem nos levado a pensar em possíveis articulações com a fenomenologia enquanto modo de apreensão da realidade. Nessa direção, pensamos que este artigo poderá trazer contribuições para

as pesquisas que se encaminham por um viés fenomenológico e, por aproximação, aos estudos na perspectiva centrada na pessoa em virtude de sua vertente epistemológica.

PALAVRAS-CHAVE: Fenomenologia, Método da Cartografia, pesquisa qualitativa

ABSTRACT: This article is an excerpt of the Thesis Project methodology development in the Doctoral Program in Clinical Psychology from the Catholic University of Pernambuco, Brazil. It is intended to present and discuss the cartography of the method of qualitative research and its possible approaches to phenomenology. Originally, the cartography as a research method was proposed by Felix Guattari and Deleuze, both linked to the post-structuralist movement. These authors have dedicated themselves to the study and analysis of production processes and subjectivities. In Brazil, this methodology is relatively new, but very significant contributions to research in the field of public health, education and public policy. The way has been presented and practiced by Brazilian researchers has led us to think about possible links with phenomenology as apprehension of reality mode. In this direction, we think this article may bring contributions to research on their way for a phenomenological bias, and approach, to study in perspective centered in the person by virtue of its epistemological aspect.

KEYWORDS: Phenomenology, Cartography Method, Qualitative Research.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende discutir questões metodológicas relacionadas à pesquisa qualitativa, propondo uma aproximação entre a fenomenologia e o método da cartografia. A ideia emergiu a partir do grupo de estudo e leitura dirigida sobre o método cartográfico, do qual estamos participando, há um ano e meio, dentro do Programa de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Nossa aproximação com a fenomenologia e com o pensamento fenomenológico-existencial, possui um percurso mais antigo. Reporta-nos aos fins da década de 1980 quando concluímos a graduação em filosofia. De tudo o que foi apresentado a nós dentro da trajetória do pensamento ocidental, até aquele momento, a fenomenologia emergiu como campo de interesse, vindo a se expandir, posteriormente, para aprofundamentos em torno da perspectiva fenomenológico-existencial no campo da psicologia.

Todavia, o primeiro contato com a metodologia da cartografia aconteceu há, aproximadamente, dois anos, no grupo de supervisão institucional que, há mais de vinte anos, vem se dedicando ao estudo e reflexão sobre a prática desenvolvida na Fundação de Atendimento Socioeducativo (FUNASE), órgão do Poder Executivo do Governo de Pernambuco, ligado à Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude (SDSCJ), responsável pela internação provisória e execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação de adolescentes em conflito com a lei e autores de atos infracionais. E, neste contexto específico, as orientações relativas à prática do método da cartografia têm sido muito valiosas para a produção de compreensões possíveis das situações e do cotidiano institucional.

À medida que fomos adentrando no estudo das *Pistas do método da cartografia*, apresentadas em dois volumes (Passos, Kastrup & Escóssia, 2012; Passos, Kastrup & Tedesco, 2014), tornavam-se mais explícitas, para nós, conexões com os princípios gerais da fenomenologia, tendo em vista que ambas se constituem, fundamentalmente, como epistemologias que põem em questão o modo de produção de conhecimento pautado nos direcionamentos e desdobramentos impingidos pelo cartesianismo positivista.

São os pontos de liga que nos interessam trazer para esta discussão como possibilidade de contribuição com o debate relacionado às metodologias em pesquisas qualitativas no âmbito da psicologia, em especial àquelas vinculadas ao enfoque fenomenológico existencial. Com esta intenção, iniciaremos por uma abordagem a respeito da fenomenologia, em suas linhas mais gerais, seguindo-se com a apresentação do método da cartografia através de algumas de suas pistas. E, nas considerações finais, discutir as possíveis aproximações entre ambas no contexto da prática de pesquisa e das metodologias qualitativas.

2 | ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FENOMENOLOGIA

A tradição fenomenológica, tal como a conhecemos na atualidade, tem sua formulação mais consistente a partir dos estudos de Edmund Husserl (1859 – 1938), tornando-se uma das principais correntes do pensamento ocidental no século XX, encontrando na França e na Alemanha, sobretudo, terreno fértil para se desenvolver. Os desdobramentos do pioneirismo das formulações husserlianas tomaram caminhos distintos daqueles propostos originalmente, resultando em diferentes perspectivas dentro da fenomenologia. Desse modo, pode-se falar em uma fenomenologia husserliana, merleau-pontyana ou heideggeriana, entre outras.

Porém, para efeito deste estudo, tomaremos algumas das proposições mais gerais da fenomenologia enquanto modo de aproximação da realidade, sem especificar em qual das perspectivas estamos nos apoiando. Embora reconheçamos as contribuições específicas de cada um dos pensadores (Husserl, Merleau-Ponty e Heidegger), nosso desejo, aqui, é valorizar a fenomenologia enquanto movimento filosófico que trouxe à tona questionamentos epistemológicos fundamentais sobre o modo de como o homem conhece o mundo e a si mesmo.

Preliminarmente e de maneira breve, consideramos importante fazermos algumas pontuações a respeito da política cognitiva em relação a qual a fenomenologia erige seus questionamentos, posicionando-se como uma outra via para compreensão do modo como o homem produz o conhecimento.

Nossa tradição ocidental moderna, inaugurada com Descartes, traz uma preocupação fundamental quanto a validade do conhecimento e sobre as bases nas quais estaria respaldado. Para o filósofo, todo conhecimento, até então, produzido não passaria de opiniões, pontos de vista e, por isso, passíveis de questionamentos. Ao questioná-los, Descartes desejava estabelecer critérios que possibilitassem a aquisição de conhecimentos verdadeiros, seguros e inquestionáveis. Tomando o caminho da “dúvida metódica” ele chega à conclusão – não por demonstração, mas por intuição - de que a única coisa da qual não pode duvidar é do “cogito” (eu penso).

Como desdobramento da sua linha de raciocínio, Descartes estabelece quatro regras fundamentais para o ordenamento do pensamento:

1. “Não incluir nos meus juízos nada além daquilo que se apresenta à minha inteligência tão clara e distintamente que exclua qualquer possibilidade de dúvida”. 2. “Dividir todo problema que se tem de estudar em tantas partes menores quantas forem possível e necessárias para melhor resolvê-los”. 3. “Conduzir meus pensamentos com ordem, começando pelos objetos mais simples e mais fáceis de conhecer, para subir aos poucos, como por degraus, ao conhecimento dos mais complexos, e supondo uma ordem também entre aqueles dos quais uns não procedem naturalmente dos outros”. 4. “Fazer sempre enumerações tão completas e revisões tão gerais que tenha a segurança de não ter omitido nada” (apud Mondin, 1981, p. 66-67).

Na primeira regra, fica patente o critério de verdade enunciado por Descartes que irá nortear o projeto científico da modernidade: clareza e distinção. Diz-nos o filósofo:

Chamo *clara* uma percepção que está presente e é aberta à mente atenta; do mesmo modo dizemos que vemos com clareza quando as coisas, presentes ao nosso olho, nos movem forte e abertamente. Chamo *distinta* aquela percepção que, sendo clara, é tão disjunta e separada de todas as outras que não contém em si nada além do que é claro (apud MONDIN, 1981, p. 67).

A racionalidade cartesiana vai tomando a forma de um método capaz de balizar a validade do conhecimento produzido, elevando-o ao status de ciência, mediante critérios bem definidos, a saber: observação, controle, mensuração, previsão e generalização. O propósito do “método” vai se caracterizar pela necessidade de “neutralização” e de “controle” dos elementos e variáveis subjetivos com vistas à “objetividade pura”, decorrente do “isolamento” do sujeito de sua história e dos seus afetos (no sentido de afetabilidade).

Podemos afirmar, portanto, que as questões relativas à produção do conhecimento foram o cerne das preocupações filosóficas no período que se convencionou denominar modernidade. De modo geral, as indagações giravam em torno de quem é esse sujeito do conhecimento e das condições nas quais se dá a possibilidade de o mundo ser conhecido. Racionalistas, Empiristas e Idealistas, dos mais diferentes matizes, debruçaram-se no entendimento desses questionamentos, porém, cada um a seu modo e de pontos de partida diferentes, realçaram a razão como a única mediação possível na aquisição e produção de conhecimento cientificamente válido, relegando para segundo plano todos os outros modos de conhecimento e aproximação da realidade.

Desse modo, a partir das referências modernas, conhecimento cientificamente válido passou a ser aquele produzido mediante o controle das variáveis subjetivas, racionalmente articulado, na perspectiva do estabelecimento de relações lineares de causalidade, com vistas ao alcance de uma verdade ou conceito generalizável, universal, uno e, por isso, inquestionável por sua objetividade. Nessa linha de raciocínio, o sujeito que aparece e que interessa a esses propósitos é o “sujeito pura razão”, desenraizado das suas determinações e condições sócio-históricas, abduzido do mundo para contemplá-lo à distância. Esta política de produção do conhecimento foi denominada por alguns estudiosos de metafísica.

Como perspectiva hegemônica na história do pensamento ocidental, a metafísica impôs um modo de racionalidade totalizante, universalista e generalizante, a partir de uma concepção de subjetividade entendida como interioridade e de um sujeito racionalmente pleno de si, separado do mundo; este entendido como exterioridade, composto de coisas e realidades a serem apreendidas, mediante a aplicação de um método asséptico, capaz de conduzir a razão às certezas empiricamente comprovadas.

O grande projeto encarnado pelo pensamento moderno foi a matematização do mundo, a dominação da natureza e do homem e, na perspectiva social, construir uma ordem que maximiza o desempenho, a funcionalidade e a produtividade (DRAWIN, 2009).

Evidentemente que esta política gnosiológica implementada pela metafísica

promoveu, e ainda promove, avanços incontestáveis no âmbito das ciências, sobretudo em relação às denominadas “ciências duras” ou naturais. A questão que se coloca é o modo como esta política se impôs às demais áreas do conhecimento como sendo o único critério de cientificidade, em especial às aquelas que têm como campo de estudo o próprio homem.

É neste contexto que o pensamento fenomenológico emerge como um contraponto aos critérios estabelecidos pela metafísica à produção do conhecimento cientificamente válido. Na contramão, a fenomenologia vem valorizar o particular, o singular, o território, a perspectiva. Contudo, não se trata de afirmar a primazia desta sobre a metafísica porque não há essa pretensão no movimento fenomenológico mas, tão somente, posicionar-se como outra via a partir de outra epistemologia. E é exatamente como uma perspectiva alternativa que a fenomenologia se autocompreende e se propõe a ser.

Valorizar o aspecto da perspectiva no processo de produção do conhecimento põe em questão a necessidade e a possibilidade de verdades universais e absolutas, para se considerar a relatividade, a provisoriedade, a mutabilidade das coisas e daqueles que sobre elas se debruçam na tarefa de conhecê-las, bem como o que daí se produz de conhecimento. (Critelli, 1996).

Desse modo, a fenomenologia entende que o processo de conhecer não se dá pela “retirada” do sujeito do seu processo de existir, uma vez que, em última análise, a necessidade de conhecer uma determinada realidade, ou qualquer outra coisa, emerge da angústia e da inquietação que se instala no sujeito por sua copertença ao mundo. Nesta concepção, o mundo emerge como campo provocativo às múltiplas possibilidades do conhecer e do compreender, em um movimento dialógico incessante. Ou seja, existir já é conhecer, já é compreender, mesmo que de modo intuitivo, visceral e, às vezes, precário, porque existir se dá, inexoravelmente, como abertura ao mundo, aos outros e a si mesmo.

A fenomenologia, portanto, vem propor uma desconstrução da metafísica reposicionando o homem e o mundo como instâncias co-originárias e não separadas. Homem e mundo, sujeito e objeto são coemergentes, pois, para a perspectiva fenomenológica, não existe o homem em si e nem o mundo em si, ambos são mutuamente constitutivos. Os “em si” pertencem às concepções representacionais, para as quais homem e mundo são instâncias apartadas, podendo ser representados e apreendidos através da prévia formulação de conceitos sobre eles, uma vez que não podem ser acessados diretamente. E, para a captura do que são, em sua verdade mais pura, ou seja, em sua essência (conceito), fazia-se necessário o controle das variáveis subjetivas para não interferir no trabalho da razão.

Para a superação da polarização entre o homem, de um lado (interioridade), e o mundo do outro (exterioridade), a fenomenologia propõe o conceito de intencionalidade da consciência. Aqui merece um breve esclarecimento sobre o modo de como a fenomenologia compreende o que vem a ser consciência. Ela não é um compartimento

dentro da cabeça do sujeito, nem uma unidade psicofísica; também não se confunde com “aquilo que o sujeito sabe e domina intelectivamente”; não se encontra em uma dimensão de interioridade pura e nem de exterioridade pura. Por ser intencional, a consciência é, exatamente, a experiência do “entre” homem-mundo, sujeito-objeto, interioridade-exterioridade, a estabelecer a condição de inseparabilidade, copertença e coemergência. Este “entre” é, por assim dizer, o caráter intencional da consciência.

Consciência e objeto não são, com efeito, duas entidades separadas na natureza que se trataria, em seguida, de pôr em relação, mas consciência e objeto se definem respectivamente a partir desta *correlação* que lhes é, de alguma maneira, co-original. Se a consciência é sempre “consciência *de* alguma coisa” e se o objeto é sempre “objeto *para* a consciência”, é inconcebível que possamos sair dessa correlação, já que, fora dela, não haveria nem consciência nem objeto. (Dartigues, 1992, p. 19. grifos do autor).

A consciência, portanto, pode ser compreendida como a experiência mesma de estar sendo-no-mundo, como abertura, sentido, direcionamento, enfim, como intencionalidade. E, por conseguinte, a questão da intencionalidade, para o movimento fenomenológico, constitui-se pedra fundamental, ponto de viragem em relação à racionalidade metafísica.

A forma peculiar com a qual a fenomenologia entende o que é conhecer, realça o movimento de implicação do sujeito com o mundo, com a realidade, sendo este movimento mesmo, condição e possibilidade de produção de conhecimento, pondo em questão qualquer proposição de neutralidade, sobretudo no campo das ciências sociais e humanas. Amatzuzi (2010, p. 227) nos esclarece:

Qualquer estudo que eu faça é sempre um estudo situado, que se refere na verdade ao objeto tal como ele aparece em uma relação comigo, tal como ele me interessa, tal como ele se faz presente em um dinamismo de conhecimento, de curiosidade, de desafio, de espanto, que é meu e do grupo humano do qual sou porta-voz.

O conceito de implicação íntegra, portanto, uma dimensão do conhecer que é da ordem da experiência de se encontrar em um mundo/campo, aberto às intensidades afetivas, aos movimentos e processos no modo como eles se dão em um horizonte significativo a partir do qual se torna possível articular sentidos.

Enquanto método de pesquisa, a fenomenologia propõe, em linhas gerais, o despojamento de qualquer conceito prévio sobre o que se pretende investigar, como uma disposição de abertura ao fenômeno mesmo, em seu modo mais originário de dar-se e manifestar-se. O que se interroga é o fenômeno em sua aparição e singularidade, sem a mediação do que já se sabe de antemão sobre ele. Cabe àquele que interroga a tarefa de descrever, o mais detalhadamente quanto possível, o modo próprio do fenômeno se manifestar, dentro do horizonte hermenêutico a partir do qual se torna possível sua compreensão e articulação de sentidos.

Por sugerir uma metodologia descritiva e não explicativa, a fenomenologia visa mais a compreensão dos fenômenos e menos a explicação destes, por entender que explicar é da ordem dos conceitos e da linearidade causal, e compreender convoca

o sujeito na sua relação imediata com o que deseja conhecer, trazendo à tona uma dimensão no processo de conhecer que é da ordem da experiência e da vivência. Nessa medida, a fenomenologia favorece o reconhecimento da inseparabilidade homem-mundo, sujeito-objeto na produção do conhecimento e no ato de pesquisar, levando-nos à superação da política cognitiva metafísica, a qual pressupõe o pensamento dicotômico, classificatório, disjuntivo e, ao mesmo tempo, direcionado a verdades universais conclusivas.

Como metodologia de pesquisa, a fenomenologia propõe o exercício do pensamento aberto como atitude de acolhimento àquilo que se apresenta ao olhar do pesquisador na sua relação imediata com o seu objeto de estudo, sem a mediação dos a priori sobre o que se estuda, abrindo-se às possibilidades do compreender dentro do horizonte temporal e hermenêutico que sustenta pesquisador-objeto-campo.

É nesta mesma direção que a cartografia, como método de pesquisa, posiciona-se, o que pode ser explicitado em algumas das diretrizes ou pistas que orientam o trabalho de pesquisa de inspiração cartográfica.

3 | O MÉTODO DA CARTOGRAFIA

Originalmente, a cartografia diz respeito à elaboração e utilização de mapas e de cartas relacionadas às inquietações dos seres humanos em conhecer o mundo no qual habita. Cartografar, então, assemelha-se a uma arte. Mas, também é uma ciência, pois se refere a habilidade de elaborar mapas, cartas ou outras formas de representar, descrever detalhadamente ou expressar objetos, fenômenos, ambientes físicos e socioeconômicos, e utilizá-los. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], s. d.).

A cartografia como método de pesquisa, no âmbito das ciências sócio-humanas, foi sugerida por Félix Guattari e Gilles Deleuze, em 1995, dentro dos estudos relativos ao acompanhamento de processos e produção de subjetividades. Para estes autores, os modelos e métodos de pesquisa, àquela época existentes, não se adequavam aos objetos de suas investigações em virtude de se pautarem em lógicas representacionais. Ambos, são pensadores da corrente pós-estruturalista francesa com contribuições marcantes no que se refere à crítica ao reducionismo da psicanálise, a partir da esquizoanálise.

No livro *Mil platôs* (2011), os autores acima citados inserem a cartografia nos princípios do conceito de rizoma para se referir ao modo como concebem produção de subjetividades. Compreendido como mapa, o rizoma “é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente”. (Deleuze & Guattari, 2011, p. 30). Os princípios rizomáticos, tal como os autores descrevem, apoiam-se em um tipo de racionalidade para além das articulações binárias de causa e efeito, contrapondo-se aos modelos demonstrativos-representacionais, derivados de uma racionalidade cartesiana-positivista-calculante.

Inspirados pelos princípios apontados por Deleuze e Guattari, um grupo de pesquisadores e professores cariocas se reuniram, uma vez por mês, entre os anos de 2005 a 2007, com o objetivo de elaborar as pistas do método da cartografia. Estes encontros resultaram, em 2009, na publicação da primeira edição do livro *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, organizado por Eduardo Passos, Virgínia Kasrtrup e Liliana da Escóssia. E, em 2014, surgiu o segundo volume, *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*, tendo sido organizado por Eduardo Passos, Virgínia Kasrtrup e Silvia Tedesco. No Brasil, estes dois volumes, no momento, é o que temos de estudos sistemáticos sobre a prática da cartografia em diferentes contextos de pesquisa, em especial, no campo das ciências sociais, políticas públicas e saúde coletiva.

Embora ainda recente no contexto brasileiro de pesquisas qualitativas, a cartografia vem, progressivamente, conquistando espaços de estudos nas academias, tomando maior consistência no âmbito de sua prática como método, com resultados muito significativos e interessantes no que diz respeito ao acompanhamento de processos e produção de subjetividades.

O desafio que nos lança o método da cartografia, em linhas gerais, é o de exercitar a sustentação da abertura de pensamento para receber, sem pré-conceitos, tudo o que for se apresentando no processo de pesquisar como condição de possibilidade para se produzir conhecimento pertinente e consistente. Todavia, urge reafirmar que, embora não se defina por um conjunto de procedimentos a priori, não significa que a cartografia aconteça na ausência total de orientações, as quais são designadas como pistas.

Considerando que o nosso propósito, aqui, é fomentar uma discussão preliminar quanto a possibilidade de aproximação entre fenomenologia e o método da cartografia, traremos apenas algumas das suas pistas, como um “aperitivo”. Como forma de conferir organicidade ao texto e, ao mesmo tempo, traduzir para o leitor o modo como as pistas são interdependentes e complementares, elas serão sinalizadas com destaques em negrito, com as devidas referências para aprofundamentos posteriores. Ainda, cumpre-nos registrar que, evidentemente, o método da cartografia traz outras tantas reflexões interessantes no âmbito da pesquisa qualitativa que poderão ser aprofundadas em momento oportuno.

Acompanhar processos (Barros & Kasrtrup, 2012) é ao que se destina o método da cartografia. São os processos e a dimensão interventiva a orientar sua prática e não metas e objetivos previamente definidos. Não se trata, contudo, de negligenciá-los ou eliminá-los, porque nenhuma pesquisa que almeje um certo rigor acontece sem o mínimo de parâmetros e de propósitos. Porém, as metas e os objetivos são móveis e flexíveis por encontrarem-se subordinados aos caminhos que vão sendo desdobrados no próprio processo do pesquisar, que acontece como intervenção. Por esta razão, a proposta cartográfica sugere uma reversão da concepção tradicional de método (*metá-hódos*) para *hódos-metá* porque a primazia recai sobre a experiência do caminhar da

pesquisa.

Caracterizando-se como uma prática de pesquisa que tem por objetivo o acompanhamento de processos, a cartografia, inevitavelmente, traz um forte viés interventivo e, por esta razão, assume o caráter de **pesquisa-intervenção**. (Passos & Benevides de Barros, 2012). Pesquisar é intervir na realidade e não apenas representá-la. Contudo, a intervenção que a pesquisa opera não é unilateral, ou seja, ela não se dá em um sentido único. Todos os que estão envolvidos na pesquisa, estão implicados em todo o processo. Portanto, pesquisador-pesquisados-campo sofrem os efeitos do ato de pesquisar.

Por ser interventiva, a perspectiva da cartografia supõe, inevitavelmente, o mergulho do pesquisador no campo onde acontecerá sua investigação. Este mergulho implica o cartógrafo nos movimentos das forças, das intensidades e dos afetos circulantes, de modo a compor, com sua presença e ações, **o coletivo de forças como plano de experiência cartográfica** (Escóssia & Tedesco, 2012) que, em seus movimentos, vai desenhando e fazendo emergir paisagens e mapas (formas e realidades), também em movimento. Explicitar os fios que estão a urdir este plano, acompanhar os seus traçados, compreender seus efeitos sobre o pesquisador, o objeto de estudo e sobre a produção do conhecimento que vai se tornando possível construir, é a expressão mesma do ato de pesquisar.

Nessa medida, a pesquisa cartográfica acontece mediante o envolvimento implicado e reflexivo do pesquisador com tudo e com todos que participam da composição do campo. Presume-se, portanto, que não há qualquer pretensão à neutralidade. Pesquisador, objeto e pesquisados, encontram-se em um mesmo plano comum no qual estão implicados, inseparavelmente. (Passos & Benevides de Barros, 2012).

A **dimensão do comum** (Kastrup & Passos, 2014) à qual se refere a cartografia não é a mesma coisa de homogeneidade. Diz respeito à dimensão processual da realidade na qual todos estão implicados, participando, com sua singularidade, da tecitura de um mundo comum, o qual se apresenta heterogêneo, diverso, múltiplo, fazendo emergir o entendimento de uma realidade complexa. O sentido de comum, na perspectiva da cartografia, refere-se à experiência de pertencimento por habitar um mesmo território de práticas com-partilhadas em meio a um coletivo de forças evidenciado pelas tramas que as sustêm. Partilha e pertencimento são expressões (no sentido de atitudes e comportamentos) que produzem e efetivam o comum porque, como nos dizem os autores acima referidos, “o comum é aquilo que partilhamos e em que tomamos parte, pertencemos, nos engajamos” (p. 21).

Nessa linha de raciocínio, o plano comum rompe com o que é da ordem da verticalidade (que hierarquiza os diferentes) e da horizontalidade (que iguala e homogeneiza) para se firmar na transversalidade onde

não é mais possível ou necessária a fixação de fronteiras separando saberes e atores, onde se inclui a dimensão do “fora” das organizações ou formas instituídas,

onde se atravessam diferentes semióticas (significantes e não significantes), onde o grupo experimenta sua dimensão de coletivo. (Kastrup & Passos, 2014, p. 18).

Pode-se, desse modo, afirmar que a prática cartográfica traz consigo, como condição de sua efetividade, um posicionamento inclusivo e participativo no qual as diferenças são valorizadas em todas as suas dimensões, como singularidades a compor o coletivo de forças, como plano comum. Nessa medida, a prática da pesquisa deixa de ser uma elaboração do pesquisador sobre um determinado campo/território e sobre os sujeitos que nele habitam para se tornar uma experiência de co-engendramento, inclusive do próprio pesquisador, materializada pela ação de “estar com”, superando a relação de oposição entre este e os sujeitos pesquisados. Assim, assegura-se na prática da pesquisa a relação de coprodução e de coemergência.

Por conseguinte, Kastrup e Passos (2014) entendem que a pesquisa, como ação de “estar com”, é uma aposta na produção coletiva do conhecimento por intermédio da combinação simultânea do acesso e da construção do plano comum entre pesquisadores e pesquisados. Nessa configuração, a pesquisa acontece como ação em movimento em um determinado contexto.

Para a cartografia, não há cisão entre pesquisar e agir, entre saber e fazer. Conhecer uma dada realidade é, simultaneamente, transformá-la, criá-la e recriá-la, pois ela está sempre em movimento, em processo, assim como o pesquisador. Mergulhar nesse movimento é transformar e transformar-se. E, desse modo, pesquisar vai se constituindo em uma experiência do pesquisador com o seu objeto de pesquisa no contexto.

Trazer para a pesquisa, como “material” significativo, a experiência do pesquisador no ato de pesquisar, aponta para uma “nova ordem” na produção de conhecimento cientificamente válido. O que é vivido pelo pesquisador, enquanto ele pesquisa, mobiliza e viabiliza o acesso à transversalidade e ao plano comum. Busca-se, portanto, resgatar a dimensão do sensível como abertura e orientação no processo de pesquisa, mediante o cultivo do olhar e da atenção aos movimentos em curso e aos efeitos destes sobre o pesquisador, pesquisados e o campo. **O funcionamento da atenção do pesquisador** é fundamental no trabalho de pesquisa cartográfica (Kastrup, 2012).

Tomamos aqui o olhar e a atenção como gestos complementares e simultâneos que acontecem como experiências e ações em movimento, encarnadas corporalmente na pessoa do pesquisador e, por isso, dizem respeito à qualidade da sua presença e implicação no contexto que pesquisa. Em cartografia, fala-se de uma atenção e de um olhar concentrados mas, ao mesmo tempo, flutuantes e abertos, em um movimento nômade, que só se detém o tempo suficiente e necessário ao que emerge para, logo em seguida, colocar-se novamente em curso pelo chamamento dos acontecimentos em movimento. (Kastrup, 2012).

O olhar e o estar atento são gestos, disposições que acontecem no corpo de quem os realiza, encarnando-os como ação. Isso lhes dá uma consistência ao nível de

vivência/experiência/existência porque, o que daí se articula e se produz como ação-reflexão, não coincide com pura abstração lógico-conceitual, fundada em princípios epistemológicos que separam corpo e mente, sensível e racional. Desse modo, situar a produção de conhecimento em um viés que vitaliza o sensível e o corpóreo como disposição e abertura, potencializa a relação direta e imediata do pesquisador com o seu campo/contexto de estudo.

A aprendizagem para uma atitude cartográfica em pesquisa passa, fundamentalmente, pelo cultivo do olhar e da atenção aos processos em curso porque, embora se faça necessário um aporte teórico como alicerce e diretriz, o que conta efetivamente é a capacidade de abertura sensível aos acontecimentos em trânsito. Ou seja, a formação do pesquisador na prática da cartografia passa pelo cultivo da dimensão dos afetos, como afetabilidade, próprio ao modo de ser-humano-no-mundo. Então, nessa medida, a sua formação só se torna possível “em campo”, no mundo. **A formação do cartógrafo é o mundo** (Pozzana, 2014).

A partir dessas pontuações podemos inferir que o método da cartografia concebe a prática da pesquisa como ação corporificada no pesquisador-em-sintonia-com-o-contexto-de-estudo a produzir saber pelo fazer.

4 | FENOMENOLOGIA E MÉTODO DA CARTOGRAFIA: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora possuam especificidades muito sutis quanto ao modo de como realizam a prática da pesquisa propriamente dita, as relações entre fenomenologia e o método da cartografia nos parecem pertinentes pelo tipo de política cognitiva que ambas adotam, apontando para a existência de princípios compartilhados.

Um dos aspectos interessantes a ser considerado diz respeito ao questionamento ao modelo de ciência criado no contexto da modernidade que se impôs à totalidade das áreas de conhecimento, de modo hegemônico: o conhecimento cientificamente válido deve se ocupar de fenômenos observáveis, passíveis de controle e repetição, mensuráveis e generalizáveis, mediante a aplicação de um método capaz de esterelizar o sujeito do seu enraizamento sócio-histórico e dos seus afetos para fazer emergir o “sujeito pura razão”.

Fenomenologia e cartografia buscam se ocupar de fenômenos e acontecimentos naquilo que eles trazem de expressivo do modo humano-de-ser-no-mundo, em toda a sua diversidade e complexidade, o que foge completamente do suposto controle racional imposto pela cognitiva gestada na modernidade. O âmbito do humano nos lança à lida com o imprevisível, transitório e efêmero. Neste âmbito, uma árvore não é apenas uma árvore; ela tem cor, sabor, cheiro, evoca lembranças, memórias, sentimentos, acontecimentos, entre muitas outras coisas. E assim, no contexto do humano, qualquer coisa não é simplesmente uma coisa, porque não está circunscrita apenas à utilidade para a qual foi criada, produzida, pois tudo é acontecimento, história, cultura, inclusive o próprio homem.

Seguindo esta linha de raciocínio, em fenomenologia e cartografia, uma determinada realidade que se coloca como foco de estudo não é concebida/projetada como algo já dado de antemão, e não há nenhuma significação preexistente a ser desvelada ou apreendida. Ambas as perspectivas entendem que não existem coisas em si, como expressão de exterioridade, nem tão pouco sujeito em si, como expressão de interioridade. Sujeito-objeto, homem-mundo, dentro-fora são cooriginários e coemergentes. Isso implica no questionamento sobre a neutralidade, tão valorizada como condição de acesso à produção do saber científico.

Produzir conhecimento é posicionar-se e tomar posição no mundo. Nenhuma ciência é neutra porque ela nasce como necessidade de resposta às inquietações humanas em meio ao mundo humano, situado, datado e encarnado em cada sujeito em sua multiplicidade expressiva. Por não ser neutra, a ciência e o conhecimento por ela produzidos trazem a marca do olhar daquele que o produziu. Em outras palavras, a realidade problematizada como locus de pesquisa, encontra-se na dependência do olhar daquele que a percebe, pois, o que é relevante numa realidade não se separa do que é relevante ao olhar do pesquisador.

A esse respeito, diz-nos Critelli (1996, p. 16): mais do que ponderar a respeito de instrumentais, o delineamento de uma metodologia de investigação e análise fundada na fenomenologia deverá cuidar do *talhamento de um olhar*” (grifos da autora).

O olhar, a atenção são fundamentais para a fenomenologia e para a cartografia porque expressam o grau de abertura aos acontecimentos e aos movimentos processuais por eles engendrados. Eis aí, o ponto de liga primordial na prática de pesquisa sugerida por estas perspectivas: manter o pensamento aberto, deixando-se guiar pelos processos em curso, fazendo da prática de pesquisa uma experiência irrepetível.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. Pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. In: KLÖCKNER, F.C.S. (Org.). **Abordagem centrada na pessoa: a psicologia humanista em diferentes contextos**. 2ª ed. Londrina: EduUniFil, 2010.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) (2012). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** 3ª ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**. v. 1. Ed. 34. Rio de Janeiro: Letras, 2011.

ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 92-108.

DRAWIN, C. R. Psicoterapias: elementos para uma reflexão filosófica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Ano da psicoterapia: textos geradores**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Noções básicas de cartografia**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual_nocoos/introducao.htm. Acessado em 01 mar 2016.

KASTRUP, V. (2012). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51

KATRUP, V.; PASSOS, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Org.) **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 15-41.

MONDIN, B. (1981). **Curso de filosofia**. Vol. 2. São Paulo: Paulinas, 1981.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 17-31

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Org.) **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014.

POZZANA, L. (2014). A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Org.) **Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum**. vol. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 42-65.

VARELA, F. **Ética y accion**. 1996. Disponível em: <http://www.manuelugarte.org/modulos/teoria_sistemica/etica_y_accion.pdf> Acesso em: 19 abr. 2016.

AS VIVÊNCIAS DE LAZER DE ESTUDANTES INDÍGENAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Angela Ribeiro

Universidade Federal do Rio Grande, Instituto de Educação, Curso de Licenciatura em Educação Física
Rio Grande – RS

Gabriela Machado Ribeiro

Universidade Federal do Rio Grande, Instituto de Educação, Curso de Licenciatura em Educação Física
Rio Grande – RS

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo investigar as possibilidades e limites para vivências de lazer dos estudantes indígenas da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O estudo é de caráter descritivo e explicativo, foi desenvolvido a partir da abordagem qualitativa, com o intuito de descrever e compreender, a partir do depoimento de estudantes indígenas, que práticas de lazer vivenciam quando não estão desenvolvendo suas obrigações acadêmicas, se a instituição desenvolve ações voltadas para o lazer desses estudantes e se suas vivências estão relacionadas ao que praticavam em suas aldeias. A investigação foi desenvolvida com estudantes indígenas da etnia *Kaingang* e estudantes indígenas da etnia Guarani através da realização de rodas de conversas e entrevistas individuais. A análise de dados foi feita por meio da análise

de conteúdo. Os resultados demonstraram que a grande maioria dos entrevistados têm dificuldades em adaptar-se e integrar-se com seus colegas não indígenas em seus cursos. Em relação às suas opções e interesses de lazer, a maioria mencionou práticas vivenciadas entre os próprios estudantes indígenas. A partir dos relatos é possível assinalar a importância de ações institucionais que possibilitem a integração do estudante indígena no contexto universitário e que levem em consideração seus interesses particulares e coletivos.

PALAVRAS-CHAVE: Universidade; estudantes indígenas, lazer

THE LEISURE EXPERIENCES OF STUDENTS INDIGENOUS STUDENTS OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF RIO GRANDE

ABSTRACT: The aim of this research was to investigate the possibilities and limits for leisure experiences of the indigenous students of the Federal University of Rio Grande (FURG). The study is descriptive and explanatory, developed from the qualitative approach, with the purpose of describing and understanding, from the testimony of indigenous students, what leisure practices they experience when they are not developing their academic obligations, if the

institution develops actions aimed at the leisure of these students and if their experiences are related to what they practiced in their villages. The research was conducted with indigenous students Kaingang ethnic and indigenous students of Guarani ethnic group through wheels conversations and individual interviews. Data analysis was done through content analysis. The results showed that most of the interviewees have difficulties adapting and integrating with their non-indigenous colleagues in their courses. about their options and leisure interests, most mentioned practices lived among the indigenous students themselves. From the reports it is possible to point out the importance of institutional actions that allow the integration of the indigenous student in the university context and that take into account their particular and collective interests.

KEYWORDS: University; indigenous students, leisure

AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA COMUNIDADE INDÍGENA À UNIVERSIDADE

Com a proximidade cada vez maior dos centros urbanos às terras indígenas o “viver tradicional” nas aldeias torna-se cada dia mais inviável. Em função de localização e espaço territorial inapropriado para manter a forma de subsistência de seus antepassados, os indígenas são forçados a adaptar-se ao sistema capitalista atual para garantir seu sustento. Isso os obriga a procurar qualificação para inserir-se no mercado de trabalho.

Não apenas visando a questão financeira, há a questão de representatividade, em que há necessidade de a assistência profissional ao indígenas ser ofertada por um semelhante, por um indivíduo que faça parte da cultura, que entenda e atenda às necessidades da população indígena.

Segundo IBGE (2010), a metade dos Brasileiros se declaram ou autodeclaram negros, pardos ou indígena. Mesmo com este percentual, não se encontra um número grande de indígenas ou negros vivendo em situação igualitária aos brancos. Dessa desigualdade gera a necessidade de criação de condições para que essa população supere essas discrepâncias.

Essa diferenciação social se reflete na disputa por vagas em instituições federais. Em virtude da dificuldade de acesso a uma educação de qualidade, as populações indígenas e afrodescendentes tem menor acesso ao ensino superior, especialmente, o público.

Considerando esse panorama, a Universidade Federal do Rio Grande -FURG foi uma das primeiras universidades do Rio Grande do Sul a realizar um processo seletivo específico para estudantes indígenas. Com muita luta, lideranças indígenas *Kaingang* e guaranis de comunidades próximas a Passo Fundo-RS se organizaram e por intermédio da FUNAI reuniram-se com representantes da FURG e conquistaram no primeiro momento, 5 vagas. Essas foram ofertadas no ano de 2010, nos cursos de Ciências Biológicas (Licenciatura), Direito (Diurno), Enfermagem, Letras (Português) e Medicina, sendo disponibilizada uma vaga para cada um dos cursos (FURG, 2010).

Após isso, foi decretada pela presidente da República a Lei 12.711/2012 que dispõe sobre a reserva de vagas a grupos de estudantes específicos. No Art. 3º institui que

Em cada instituição federal de ensino superior, as vagas de que trata o art. 1o desta Lei serão preenchidas, por curso e turno, por autodeclarados pretos, pardos e indígenas, em proporção no mínimo igual à de pretos, pardos e indígenas na população da unidade da Federação onde está instalada a instituição, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2012).

Através desta reserva de vagas, é possibilitada a ampliação do acesso às universidades. Essa reserva faz parte de um conjunto de ações afirmativas que foram sendo implementadas nos últimos anos. São importantes para reparar anos de descaso com a população indígena, como explica o documento “Ações Afirmativas e Combate ao Racismo nas Américas”:

As ações afirmativas constituem medidas especiais e temporárias que, buscando remediar um passado discriminatório, objetivam acelerar o processo de igualdade, com o alcance da igualdade substantiva por parte de grupos socialmente vulneráveis, como as minorias étnicas e raciais, dentre outros grupos (BRASIL, 2007, p. 41).

Por mais que se tenha garantido o ingresso dos indígenas na universidade, os estudantes ainda enfrentam muitos problemas principalmente em relação ao preconceito. Por exemplo, tem servidores dessas instituições que julgam que o curso de Medicina não é importante para os indígenas. Como vivemos em uma sociedade muito individualista, o preconceito é muito forte.

É importante salientar que não basta somente disponibilizar as vagas, mas é preciso oferecer condições para os estudantes indígenas permanecerem na universidade. Uma das ações do governo na direção de favorecer a permanência dos estudantes de condições econômicas desfavoráveis nas universidades, foi a elaboração do Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) no ano de 2007.

Neste plano as áreas estratégicas de atendimento da assistência estudantil são: permanência; desempenho acadêmico; *cultura, lazer e esporte* e assuntos da juventude. A área de cultura, lazer e esporte deve garantir “acesso a informação e difusão das manifestações artísticas e culturais. Acesso as ações de educação esportiva, recreativa e de lazer” (BRASIL, 2007, p. 16).

A Pró- Reitoria de Assuntos Estudantis da Universidade Federal do Rio Grande no uso de suas atribuições instituiu o Programa Institucional de Desenvolvimento do Estudante – PDE que tem por finalidade promover a equidade no ambiente acadêmico por meio de ações específicas para o atendimento à população estudantil em situação de vulnerabilidade social.

Essas iniciativas, tanto em âmbito nacional quanto institucional, vem contribuindo com a permanência dos estudantes indígenas na FURG. Desde o primeiro ingresso que foi 2010, até final de outubro de 2017, segundo um levantamento junto a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), havia 34 estudantes indígenas, com idades

entre 18 e 35 anos, a maioria oriunda da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (apenas 2 indígenas vieram do estado do Mato Grosso) matriculados em cursos de graduação e na pós-graduação *Stricto Sensu* (Doutorado em Educação Ambiental). Até o momento, na FURG os estudantes indígenas são de três etnias diferentes: *Kaingang*, *Guarani* e *Pankara*.

A partir desse levantamento, constatou-se que houve cinco (5) estudantes indígenas que, por motivos particulares, acabaram desistindo. Supõe-se que um dos motivos para tal ocorrência seja a dificuldade de adaptação ao meio, à rotina por ser muito diferente de seus locais de origem, bem como a cultura, costumes e modos de viver. Refletindo sobre esses aspectos, voltamos o olhar para as possibilidades e limites para vivências de lazer dos estudantes indígenas.

ENTENDIMENTOS DE LAZER

O lazer é um campo de atividade com estreita relação com as demais necessidades do homem. No senso comum, lazer refere-se à realização de qualquer atividade que envolve a satisfação de aspirações dos seus praticantes, tudo que é praticado ou vivenciado que tem como retorno a satisfação na realização.

Marcellino (2012), entretanto, nos provoca à reflexão ao afirmar que compreender o lazer como espaço privilegiado para as manifestações do lúdico, na nossa sociedade, não significa absolutizá-lo ou, menos ainda, considerá-lo como único.

Gomes (2008), em suas reflexões aborda que vem se avolumando a preocupação com lazer enquanto fator básico para o exercício da cidadania plena e para busca de uma vida com mais sentido e qualidade. Segundo a autora o lazer é fundamental na vida das pessoas. Enquanto necessidade do ser humano e dimensão da cultura é constituído pela articulação de três elementos: a ludicidade, as manifestações culturais e o tempo/espaço social. As práticas de lazer representam a possibilidade de usufruir, de forma lúdica, as diversas práticas sociais que foram sendo estabelecidas culturalmente.

É importante destacar que a vivência de lazer está relacionada à cultura de cada povo. As pessoas que são de uma cultura diferente da cultura indígena, têm outros ritmos de vivenciar as práticas de lazer. Os costumes e rotinas são totalmente diferentes, isso faz com que tenhamos outras formas de compreender o significado do lazer.

Os indígenas convivem em uma coletividade, usufruem e realizam certas atividades em conjunto, como por exemplo; os artesanatos em grupos e famílias. Na literatura sobre o lazer, há uma ponderação sobre a diferença do tempo de trabalho e não trabalho, mas para o indígena é uma troca de experiência, é o momento em que eles falam e se divertem uns com outros, além do momento em que estão trançando ou fazendo seus artesanatos destaca-se também, o momento em que fazem as danças.

Outro exemplo, é quando ficam ao redor da fogueira contando suas histórias para os mais novos, é o momento de conexão uns aos outros. Para o povo indígena essas são consideradas as práticas de lazer nas comunidades.

Conhecer as manifestações de lazer das comunidades indígenas é importante para entender como os estudantes se sentem quando saem da sua aldeia e compreender as dificuldades que enfrentam.

METODOLOGIA

A presente pesquisa é de caráter descritivo e explicativo e foi desenvolvida a partir da abordagem qualitativa, com o intuito de descrever, compreender e a partir do depoimento de estudantes indígenas universitários da Universidade Federal do Rio Grande, quais são as possibilidades e limites para vivências de lazer.

Assim participaram desta pesquisa quinze estudantes indígenas do Ensino Superior, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, matriculados nos cursos de Enfermagem, Direito, Psicologia, Medicina, Engenharia Civil, Educação Física e Gestão Ambiental, das etnias *Kaingang* e *Guarani*.

Foram realizadas duas rodas de conversas, uma com estudantes indígenas da etnia *Kaingang* e outra com Guaranis e, além das rodas de conversa, foram realizadas entrevistas individuais.

Nº Estudante	Etnia	Origem	Sexo	Curso	Idade	Tempo em RG
Estudante 1	Kaingang	Serrinha	Masculino	Enfermagem	30	6 anos
Estudante 2	Kaingang	Passo Fundo	Feminino	Medicina	23	5 anos
Estudante 3	Kaingang	Cacique Doble	Feminino	Psicologia	24	1e meio
Estudante 4	Kaingang	Nonoai	Masculino	Engenharia Civil	24	2 anos
Estudante 5	<i>Kaingang</i>	Iraí	Feminino	Educação Física	26	1 ano
Estudante 6	<i>Kaingang</i>	Vicente Dutra	Masculino	Direito	27	4 anos
Estudante 7	<i>Kaingang</i>	Votouro	Masculino	Gestão ambiental	20	1ano e oito meses
Estudante 8	<i>Kaingang</i>	Votouro	Feminino	Enfermagem	22	1ano e cinco meses
Estudante 9	<i>Kaingang</i>	Votouro	Feminino	Direito	23	11 meses
Estudante 10	<i>Guarani</i>	Iraí	Masculino	Medicina	31	7 anos
Estudante 11	<i>Kaingang</i>	Nonoai	Masculino	Educação Física	21	1ano e cinco meses
Estudante 12	<i>Guarani</i>	Planalto	Feminino	Direito	37	1 ano e 10 meses
Estudante 13	<i>Guarani</i>	Planalto	Feminino	Direito	35	6 anos
Estudante 14	<i>Guarani</i>	Planalto	Feminino	Psicologia	30	4 anos
Estudante 15	<i>Guarani</i>	Planalto	Masculino	Educação Física	33	4 anos

Quadro 1: Caracterização dos entrevistados

A análise dos dados da presente pesquisa, foi baseada na técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2006) que prevê como fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material, tratamento dos resultados - inferência e a interpretação.

O LAZER DOS ESTUDANTES INDÍGENAS DA FURG

A partir do diálogo, os estudantes indígenas foram instigados a falar sobre *o processo de adaptação à cidade, as dificuldades que encontraram ao chegarem na FURG, sobre opções de lazer na aldeia e fora dela.*

Em relação ao **processo de adaptação à cidade** a maioria dos estudantes entrevistados relataram que foi um processo muito difícil. A fala seguinte demonstra esse aspecto:

Os primeiros dias foram muito difícil, mais no decorrer do andamento do meu curso acho que vou me adaptando, eu não sei se vou aguentar porque é muito diferente para mim, não sei falar direito que nem meus colegas que falam bem bonito, eu tenho até vergonha de falar quando tem coisas para falar em sala de aula (Estudante 05).

Conforme foram falando, é possível perceber que o processo se torna difícil devido a mudança de hábitos e pela longa distância de suas comunidades. Alguns estudantes nunca tinham saído de suas aldeias, têm alguns que estão aqui na universidade há uns três a quatro anos e não se acostumaram com o sistema de cidade grande. Conforme relatam *“é difícil de se habituar onde as pessoas não indígenas acham que somos “bicho -do- mato, que subestimam nossas capacidades” (Estudante 07).* Silva (2012, p.3) explica que isso acontece “pelo desconhecimento da sociedade em relação aos povos indígenas, sua cultura e suas diferenças”.

Em relação às **dificuldades encontradas ao chegar na FURG**, doze entrevistados, destacaram que ficar longe da família é uma das grandes dificuldades. É visível a grande ligação que esse povo tem com seus entes queridos.

O mais difícil foi o convívio com o não índio, pelo fato de sermos mais reservados a adaptação se torna mais árdua, outra dificuldade, sem dúvida, foi a distância dos familiares (Estudante 08).

Pelo fato desses estudantes virem de uma cultura totalmente diferente e, no universo acadêmico ser tudo novidade, torna-se uma grande dificuldade a adaptação e a convivência integral com outros estudantes. Através de algumas falas foi possível identificar situações como receio de como se comportar em sala de aula, como falar com colegas e professores e outras situações que tornam desgastante o processo de formação e vida acadêmica. Esses fatores tornam difícil, também, a integração deste estudante nas atividades extraclasse ou fora do meio acadêmico, dificultando o estabelecimento de uma boa relação com o não indígena. Conforme Silva (2012, p.112).

Ainda merece bastante atenção o fato de alguns indígenas não se adaptarem à realidade da universidade, seja por dificuldades culturais, seja por dificuldades acadêmicas. Parte daí a necessidade de avaliar se a universidade está cumprindo realmente seu papel e até perguntar: será que a Universidade está preparada para receber ou lidar com uma população tão diferenciada?

Silva (2012) explica que muitos não índios não conseguem compreender a presença dos alunos indígenas, pois os veem como pessoas que utilizam vagas especiais para entrar na universidade em um curso em que a concorrência é alta. É importante que as universidades tenham uma preocupação maior com esse estudante, porque não basta garantir a vaga, é preciso que se trabalhe em prol da permanência do indígena e sejam promovidas estratégias de integração e socialização entre indígenas e não indígenas.

A maioria dos estudantes relataram que suas **vivências de lazer na aldeia** eram estar com a família, tomar chimarrão, conversar sobre a cultura da etnia e a produção dos artesanatos. Alguns relataram que saem para pescar ou para caçar com seus pais e outros jogam bola com familiares. Na aldeia não tem muitas atividades diferenciadas, o acesso à internet é limitado, por isso o que mais faziam era a prática da cultura em si. Como relata uma estudante *“eu participava de aulas de Kaingang, artesanato e pintura oferecida pela escola indígena” (Estudante 3).*

As vivências que alguns estudantes dão continuidade na universidade são os momentos de conversa sobre a cultura nos finais de semana quando não tem tarefas acadêmicas e o futebol. Um dos estudantes relata: *“continuo praticando o Kaingang para não perder as raízes da cultura que é o mais importante para nós indígenas” (Estudante 10).*

É bonito ver que prezam muito pela sua raiz, isso faz com que eles ajudem uns aos outros através das rodas de conversa. Como relata um deles, *“essas conversas nos finais de semana fazem com que amenize a saudade e a falta dos familiares” (Estudante 08).*

Os estudantes também foram instigados a falar sobre as suas **opções e momentos de tempo ao lazer**. Segundo Marcellino (2012), para entender se a atividade é de lazer ou não, esse não pode ser compreendido somente a partir do conteúdo da ação e sim pela soma do tempo e atitude. Em relação as vivências de seu tempo livre, 53% dos entrevistados relataram que gostam de jogar futebol entre eles mesmo e os demais fizeram relatos similares ao seguinte:

Jogo futebol, tomo mate com meus colegas da casa, conversamos sobre nossa cultura, sobre as dificuldades, agora que estou me habituando, os mais velhos tentam incluir os novatos nas atividades que é voltada à cultura indígena ou que o coletivo faz entre eles... Estudo vou na academia, jogo futebol e fico em casa escuto música, acesso ao facebook, (Estudante 09).

Os estudantes falaram do gosto de passar jogando no computador, lendo algum livro, aprendendo violão, estudando alguma coisa diferente do conteúdo acadêmico. As indígenas *Kaingang*, relataram que quando não tem trabalhos para fazer, gostam de

sair, ir ao shopping e, depois que ingressaram na faculdade, começaram a frequentar academias de ginástica.

No grupo de Guaranis todos são irmãos, mas nem tudo praticam juntos. Como explica uma das guaranis:

“a gente mora juntos, mas eu gosto de fazer minhas coisas sozinhas de vez em quando, gosto muito dos meus irmãos, mas cada um tem seus gostos particulares, eu por exemplo gosto de ficar em casa curtindo uma televisão, com um chimarrão ou uma pipoquinha, claro que quando não tenho compromisso com trabalhos da faculdade pra fazer (Estudante 12).

Alguns estudantes da etnia *Kaingang* que relataram que gostariam de praticar, experimentar alguma atividade esportiva diferente, que não tivessem vivenciado ainda.

Eu gostaria, mas no momento moro na cidade e tudo é pago, diferente da aldeia, onde podemos fazer esportes de graça e ainda conversar com as pessoas da comunidade (Estudante 08).

É visível o interesse de alguns para manifestações diferentes da cultura indígena. É perceptível a curiosidade pelo novo. Nessa direção, autores como Marcellino (2012), Dumazedier (1999) defendem que o lazer faz parte da manifestação cultural do sujeito e ele escolhe o que fazer, não por obrigação, mas por satisfação, prazer, para que através destas manifestações culturais possam vivenciar e experimentar outras opções de lazer.

Manifestar interesse por novas práticas tem uma importância significativa na vida social dos sujeitos. Segundo um dos estudantes:

“jamais teria participado de um festival que no qual teria que dançar para um público grande e que em atividades que encontro com outros estudantes”. (Estudante 10).

Como uma das entrevistadas relatou, há o interesse em vivenciar coisas que não pode fazer quando está na sua aldeia. “*Academia, futsal, cinema com meu namorado, sair para curtir com minhas amigas no shopping*” (sujeito 1). Contudo, há também, uma preocupação com as experiências fora das suas comunidades. Alguns estudantes relatam que têm medo de sair à noite, por exemplo.

“Morar na aldeia sempre foi maravilhoso, pois além de estarmos perto de nossos familiares, não tem perigo de assaltos e outras situações que fazem a gente ficar cada dia mais em casa, pois não podemos nem ir a pracinha levar nossos filhos, existe muito perigo na cidade” (Estudante 11).

Segundo Isayama (2006), verifica-se uma série de descompassos em relação ao espaço para o lazer. Ou seja, os modos de vivenciar uma prática de lazer nos espaços urbanos de grande concentração, com o aumento da população e crescimento das cidades faz com que os indivíduos tenham suas práticas cada vez mais restritas e a violência tem se apresentado como um dos principais impeditivos.

No decorrer da conversa os estudantes foram instigados a falar sobre **o que é lazer** no entendimento deles. A maioria relatou que o lazer está ligado ao bem-estar do indivíduo.

Penso que a palavra lazer nos remete a sensação de um desejo a realizar algo que satisfaça nossos próprios desejos (Estudante 2).

Segundo outro estudante, lazer é:

É aquele momento que tem livre, sem obrigações de nada com o trabalho, um momento em que você destina para realizar coisas que te deem prazer, alegria, sem compromisso com nada (Estudante 4).

As respostas vão ao encontro do que afirma Marcellino (2010) que o lazer pode renovar, recuperar as energias, e com isso conseqüentemente, renovar nossos desejos que no decorrer do nosso dia a dia vão ficando de lado. A grande maioria dos sujeitos da pesquisa relatam que o lazer nos remete a sensação de sentir-se livre, de não ter a obrigação de sempre estar produzindo, de poder dar uma “pausa ao cérebro”, dar um descanso ao corpo e mente, deixar o espírito “respirar e sentir a leveza da vida”.

Segundo Padilha (2006), o ato de produção humana, o trabalho e os outros momentos da vida cotidiana que existem em qualquer sociedade, são produtos e processos das relações sociais, configuram diferentes formas de apropriação do tempo e dos espaços sociais. Como explica um dos sujeitos, “*não somos máquinas para sempre estarmos fazendo sempre a mesma coisa (Estudante 3)*” ou seja, a maioria reforça a importância dessas vivências no tempo livre que de certa forma trazem um alívio da pressão que é a graduação.

Com certeza, as atividades físicas ajudam a aliviar o estresse que a faculdade trás e a prática vivenciadas em conjunto com o coletivo indígena ajuda indiretamente a aliviar a saudade dos familiares, e tudo que fazemos que envolva nossa cultura de certa forma está refletindo na melhora dos nossos estudos (Estudante 1).

Segundo Gomes (2008) o ponto de vista do lazer, vai além da mera realização de atividades, sendo um campo de vida humana e social dotado de característica próprias, que ocorre em um tempo/espço específico. Vale considerar o que Marcellino (2010) defende ao afirmar que o lazer é como um veículo de educação, é necessário considerar suas potencialidades para o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos. E assim, ter o entendimento da necessidade e da importância da vivência do tempo dito livre, na e para vida das pessoas, para que não gastem a maior parte do seu tempo com as obrigações do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo conclui que muitos estudantes chegam à instituição de ensino superior e deparam-se com diferenças culturais e linguísticas. Essas diferenças provocam um choque muito grande, que ocorre, muitas vezes, porque alguns estudantes indígenas nunca tinham saído de suas comunidades antes. Por mais que seja garantido o ingresso dos indígenas na universidade, os estudantes ainda enfrentam muitos problemas principalmente em relação ao preconceito.

Essas diferenças, como destacaram os entrevistados, geram muita dificuldade de

interação com estudantes não indígenas, principalmente, nos momentos extraclasse.

Nas aldeias, as principais vivências de lazer são as rodas de conversa, confecção de artesanatos, pesca e jogos de futebol. Ao ingressarem na universidade os estudantes indígenas, além de cultivarem práticas de suas culturas, passaram a ter oportunidade de vivenciar outras práticas, como frequentar academias de ginástica, shopping, tocar instrumentos musicais.

Os resultados revelam que a importância das vivências de lazer é atribuída, especialmente, ao favorecimento da sensação de bem-estar, melhoramento da qualidade de vida na cidade, amenização da sobrecarga de estudos e auxílio no bom rendimento acadêmico.

O estudo nos permite apontar para a necessidade de as universidades propiciarem tanto as condições acadêmicas para potencializar a formação de seus estudantes atendendo as expectativas e necessidades acadêmicas quanto promoverem estratégias de integração e socialização entre indígenas e não indígenas. A aproximação entre os estudantes de diferentes culturas possibilita o enriquecimento cultural de todos os envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **Plano Nacional de Assistência Estudantil**. 2007-2008

BRASIL. **Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012**, que dispõe sobre a reserva de vagas a grupos de estudantes específicos. Disponível: http://portal.mec.gov.br/cotas/docs/portaria_18.pdf Acesso em 21 de out, 2016.

BRASIL. **Ações Afirmativas e Combate ao Racismo nas Américas**. – Brasília: Ministério da Educação, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

DUMAZEDIER, Joffre. **Sociologia Empírica do Lazer**. 2ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FURG. **Deliberação nº 157 de dezembro de 2010** que dispõe sobre o Programa Institucional de Desenvolvimento- PDE do Estudante do Conselho de Ensino, Pesquisa, Extensão e Administração- COEPEA, 2012. Disponível em: <http://www.conselhos.furg.br/converte.php?arquivo=delibera/coepea/15710.htm> Acesso em 30 de out, 2016.

GOMES, Christianne Luce, **Lazer; trabalho e educação: relações históricas, questões contemporâneas**. 2ª Ed.– Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

IBGE, **Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>. Acesso em 30 de out. 2016.

ISAYANA, Hélder. **Sobre o Lazer e Política: maneira de ver, maneiras de fazer**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

MARCELLINO, Nelson. **Estudos do lazer: uma introdução**. 5ªed. Campinas, SP. Autores Associados, 2012.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação**. 16. ed. Campinas: Papyrus, 2010.

SILVA, Josinaldo. **Indígenas na universidade brasileira: sonho, esperança ou pesadelo?**. TEMPUS, Actas de Saúde Coletiva. V.6, n. 1. 2012.

BUSINESS INTELLIGENCE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA: SOLUÇÕES INOVADORAS PARA A TOMADA DE DECISÃO

Caroline Dias Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – RJ.

Rômulo Cristovão de Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Tecnologias da Informação e Educação em Saúde – RJ.

Rodrigo Gomes Barreira

Coordenadoria Geral de Atenção Primária da A.P. 5.3, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – RJ.

RESUMO: Os Registros Eletrônicos em Saúde são uma realidade, em decorrência da expansão da informatização dos processos de trabalho. Diante disso, esses dados são potenciais para a saúde pública e devem promover a produção de evidências científicas que apoiem a tomada de decisão na gestão. Para que ocorra o processo de avaliação as informações devem estar disponíveis através de acesso fácil e, precipuamente organizadas e dispostas para subsidiarem a tomada de decisão. Dessa forma, a busca de um processo de avaliação integrado e que promova a tomada de decisão com estratégias para o alcance de resultados e melhora do desempenho das instituições é imprescindível. Recentemente, uma solução da área de negócios vem sendo adotada no campo

da saúde pública; a Business Intelligence (BI). BI pode ser entendida como: um conjunto de metodologias que são empregadas para integrar e disponibilizar dados, transformando-os em informações significativas e úteis que subsidiem a tomada de decisão. O objetivo desse estudo é discutir as aplicações de BI no campo da saúde pública. Os sistemas que são desenvolvidos para BI apresentam vantagens em relação a outros, uma vez que eles promovem a elaboração de estratégias e estão alinhados aos dados através da organização e divulgação da informação em saúde por painéis/*dashboards*. No campo da saúde pública existem evidências de que BI, quando disponível para os gestores dos serviços de saúde, contribui para a melhora do desempenho organizacional.

PALAVRAS-CHAVE: Tomada de Decisão; Gestão da Informação; Gestão em Saúde; *Business Intelligence*; Visualização de Dados.

ABSTRACT: The Electronic Health Records are a reality, due to the expansion of the computerization of work processes. Given this, these data are potential for public health and should promote the production of scientific evidence to support decision-making in management. In order for the evaluation process to take place, the information must be available through easy access, and organized and willing to support decision making. Thus, the search for

an integrated evaluation process that promotes decision making with strategies for achieving results and improving the performance of institutions is essential. Recently, a business solution has been adopted in the field of public health; to Business Intelligence (BI). BI can be understood as: a set of methodologies that are used to integrate and make available data, transforming them into meaningful and useful information that supports decision making. The purpose of this study is to discuss BI applications in the field of public health. Systems that are developed for BI have advantages over others, since they promote the development of strategies and are aligned to the data through the organization and dissemination of health information by panels / dashboards. In the field of public health, there is evidence that BI, when available to health service managers, contributes to the improvement of organizational performance.

KEYWORDS: Decision Making; Information management; Health Management; Business Intelligence; Data Visualization.

INTRODUÇÃO

Os Registros Eletrônicos em Saúde (RES) são uma realidade, em decorrência da expansão da informatização dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Entende-se RES como um conjunto de informações em saúde, no contato entre um paciente e um serviço de saúde e, armazenadas em formato eletrônico (CAVALINI & AHIADZRO & COOK, 2013). Considerando essa ampla definição, pode-se afirmar que os RES possuem um enorme volume de dados. Diante disso, esses dados são potenciais para a saúde pública e devem promover a produção de evidências científicas que apoiem a tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde.

No Brasil, o advento da informática em saúde data da década 1970, propiciou o desenvolvimento dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Na atualidade, essa discussão persiste e associa a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para pautar estratégias e políticas nacionais. Pode-se compreender como TIC “as tecnologias analógicas e digitais que permitem a captura, processamento, armazenamento e troca de informações por meio da comunicação eletrônica.” (VINCENT, 2011, p. 07). O uso das TIC ampliou-se após o desenvolvimento da internet e, atualmente, está presente em atividades cotidianas e em variadas áreas (FORNAZIM & JOIA 2015).

Dessa forma, os sistemas de informação em saúde datam da mesma década, porém estavam relacionados apenas ao controle de faturamento dos procedimentos em saúde. (FORNAZIM & JOIA 2015). Com o passar dos anos, o escopo dos SIS nacionais ampliou-se, não se restringindo ao faturamento. Foram estendidos para diferentes áreas e contabilizam dez grandes áreas, a saber: a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, orçamentária e financeira, recursos humanos, controle e avaliação, planejamento, administração em saúde, assistência, regulação e saúde suplementar (MORAES & GOMES, 2007).

A avaliação dos serviços de saúde deve fornecer elementos que promovam o conhecimento a fim de qualificar o processo de tomada de decisão (TANAKA & TAMAKI, 2012). Apesar disso, vários autores na literatura afirmam que o uso da avaliação ainda é escasso. Pode-se atribuir o uso incipiente da avaliação aos seus elaborados métodos e a demanda de tempo que esse processo acarreta. Por muitas vezes, a tomada de decisão requer urgência, sendo assim o processo de avaliação é protelado em virtude da sua exigência de tempo e constância.

Os princípios da avaliação da gestão dos serviços de saúde são: utilidade, que consiste no propósito da avaliação; oportunidade, é a capacidade de subsidiar a tomada de decisão em tempo oportuno; factibilidade, trata-se da viabilidade da avaliação seja por questões de orçamento, técnica ou política e, principalmente, que as estratégias definidas no processo estejam dentro da governabilidade de ação; confiabilidade, o processo precisa ter consistência e coerência; objetividade, significa contribuir mesmo a despeito das limitações e direcionalidade, é direcionar o processo ao encontro dos seus propósitos, da satisfação e segurança dos pacientes e da política que orienta o serviço (TANAKA & TAMAKI, 2012).

Nesse passo, para que ocorra o processo de avaliação as informações devem estar disponíveis através de fácil acesso e, precipuamente, organizadas e dispostas para subsidiarem a tomada de decisão.

A discussão a respeito da importância da informação é antiga, dado o seu caráter decisório e do complexo processo de produção e disseminação da informação. Em decorrência disso, ainda no ano de 1958 já se apontava para a necessidade de organizar esse processo e de aprimorar a comunicação nas organizações. Em seu artigo, Luhn lançou o termo Business Intelligence (BI), definindo como:

“Termo usado para designar um bloco de informações confinadas fisicamente em um meio (...). O termo também pode incluir o próprio meio. O objetivo do sistema é fornecer informações adequadas para apoiar atividades específicas realizadas por indivíduos, grupos, departamentos, divisões ou mesmo maiores unidades. (...) Para este fim, o sistema se preocupa com a admissão ou aquisição de novas informações, sua disseminação, armazenamento, recuperação e transmissão aos pontos de ação que serve” (LUHN, 1958).

Apesar do termo BI ter completado 60 anos, a sua primeira conceituação é atemporal. No campo da saúde o conceito de BI tem se fortalecido, inclusive no âmbito do setor público. Entre as definições encontradas na vasta literatura a respeito do assunto no campo de negócios, foi elencada uma definição que convém para o campo da saúde, portanto, entende-se como BI:

“... um conjunto de metodologias, processos e tecnologias que são empregadas para coletar, integrar, analisar e disponibilizar dados transformando-os em informações significativas e úteis para permitir ‘insights estratégicos, táticos e operacionais’ mais eficazes e tomada de decisão” (SALIMON & MACEDO, p. 32, 2017).

O **objetivo** do presente artigo é discutir as aplicações de BI no campo da saúde pública. Trata-se de uma revisão de literatura sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando se refere a BI, deve-se ter em mente que não se está falando de uma tecnologia específica. Entretanto, em função dos avanços em termos de desenvolvimento de sistemas de informação e, conseqüentemente, no volume de dados gerados e acumulados, a aplicação de ferramentas computacionais é fortemente relacionada quando se pensa em *Business Intelligence*.

Nesse passo, a BI pode contribuir de sobremaneira para a saúde, uma vez que permite analisar processos de saúde, objetivando a melhoria do desempenho em indicadores, possibilitando o desenho e alcance de metas e, ainda, a maior eficácia dos serviços de saúde através da análise de custos, segundo natureza da despesa, dentre outras possibilidades (SALIMON & MACEDO, 2017).

A década de 1980 marcou o início de discussões e desenvolvimento de um tipo de estrutura de armazenamento de dados visando à produção de informações para fins de análise e apoio à tomada de decisão. Essa estrutura foi batizada de Data Warehouse (DW) (KIMBALL & ROSS, 2002), definida como um conjunto de dados orientado a assunto, integrado, não volátil e variável com o tempo (INMON, 1997). Na época do surgimento da proposta de desenvolvimento de Data Warehouses, foram cunhados os termos *Online Transaction Processing* (OLTP) e *Online Analytical Processing* (OLAP) (KIMBALL & ROSS, 2002).

Os sistemas OLTP são orientados para o registro de transações ou eventos com informações estruturadas. Sistemas desse tipo podem ser entendidos como aqueles responsáveis pela entrada, processamento e armazenamento de dados decorrentes de alguma operação da organização. Nesse sentido, a maioria dos SIS nacionais pode ser categorizada como OLTP. A lógica de sistemas OLTP direciona a disponibilização de rotinas visando agilizar o registro e atualização dos dados. Porém, são limitados no nível estratégico das organizações que necessitam consultar informações não estruturadas para subsidiar o processo de tomada de decisão (MUSSI et al, 2004).

Os *softwares* do tipo OLAP possibilitam aos usuários finais a produção de consultas necessárias às análises. Entre as vantagens do uso de ferramentas OLAP merecem destaque: 1) a agilidade na recuperação da informação; 2) a capacidade de realização operações que permitem a aplicação de combinação de variáveis e filtros visando a fazer “recortes” no conjunto de dados envolvidos em uma consulta; 3) a interatividade, o que possibilita aos usuários a execução das operações de forma amigável. Ferramentas OLAP surgem como alternativa para suprir uma limitação dos sistemas OLTP, que não foram desenvolvidos para a construção de análises complexas, multi-temporais e multi-escala (BERNIER et al, 2009), sendo essa a sua principal desvantagem para análises da situação em saúde e vigilância epidemiológica, que se valem de séries temporais e com múltiplas dimensões. Souza, Freire e Almeida (2010) resumem que “aplicações OLAP são desenhadas para permitirem aos usuários a recuperação, a navegação e a apresentação de dados” (2010, p.32). Sendo assim, favorecem a construção de

relatórios analíticos e posterior disseminação da informação.

As principais diferenças entre ferramentas OLTP e OLAP são resumidas na Tabela 1.

CARACTERÍSTICA	OLTP	OLAP
Tipo de operação	Inserção e atualização de registros	Leitura de registros
Volume por transação	Pequeno	Grande
Volume de dados	Pequeno/médio	Grande
Atualização de dados	Corrente	Histórico
Disponibilidade de dados históricos	Não	Sim
Tipo de usuário	Operacional	Gerência
Número de usuários	Grande	Pequeno

Tabela 1 – Diferenças entre ferramentas OLTP e OLAP

Fonte: SOUZA & FREIRE & ALMEIDA, 2010.

Nos últimos anos, um novo conjunto de aplicações vem sendo desenvolvido e ofertado com o objetivo de ampliar as características que já eram presentes em ferramentas OLAP. Entre as principais incorporações de características, essas novas aplicações passaram a explorar as formas pelas quais a visão humana faz a leitura e reconhecimento de padrões a partir de um conjunto de dados. Essas aplicações receberam o nome de *softwares* de visualização de dados e passaram a se tornar uma das melhores escolhas quando se identifica a necessidade de ferramenta para fins analíticos.

A visualização de grandes volumes de dados é uma questão relevante para a discussão uma vez que é através dessa capacidade é que se originará a ação para o campo da saúde. A partir do sistema visual humano e sua capacidade de reconhecer e compreender padrões, a visualização de dados têm como vantagens: a disponibilidade das informações imediatamente; a percepção de características anteriormente não vistas nos dados originais; tornar visíveis os problemas com os dados; a compreensão de pequenos ou grandes volumes de dados e a promoção da formulação de hipóteses (WEST, BORLAND & HAMMOND, 2015). Dessa forma, a busca de um processo

de avaliação integrado e que promova a tomada de decisão com estratégias para o alcance de resultados e melhora do desempenho das instituições é imprescindível.

De forma resumida, os sistemas que são desenvolvidos para BI apresentam superioridade em relação a outros, uma vez que eles promovem a elaboração de estratégias e estão alinhados aos dados através da organização e divulgação da informação em saúde por ferramentas visualizadoras de dados, ou painéis/*dashboards*, na linguagem de negócios.

No Brasil, as aplicações de BI têm crescido substancialmente na saúde pública e, podem ser vistas em estudo de fatores de risco para doenças (MORAIS, SILVA e CARITÁ, 2010), na aplicação de indicadores de terapia nutricional (LOPES et al, 2015), em observatórios epidemiológicos (SALDANHA et al, 2017), em ambiente para gestão da informação em saúde numa Secretaria Municipal de Saúde (SANTOS, 2011), entre outros.

CONCLUSÃO

Apesar de ser um tema emergente, principalmente, no campo da saúde pública existem evidências de que BI, quando disponível para os gestores dos serviços de saúde, contribui para a melhora do desempenho organizacional. Contudo, sublinhe-se que a escassez de artigos com métodos científicos bem delimitados dentro desse tema constitui-se como uma limitação desse estudo.

REFERÊNCIAS

- BERNIER, E. et al. Easier surveillance of climate-related health vulnerabilities through a Web-based spatial OLAP application. **International Journal of Health Geographics**, v. 8, n. 18, p. 1–18, 2009.
- CAVALINI, L. T. et al. **Os Registros Eletrônicos em -Saúde e seus Potenciais Impactos no Campo da Saúde Pública**. J. Bras. Tele. v. 2(4), p. 168-177, 2013.
- FORNAZIN, Marcelo; JOIA, Luiz Antonio. Articulando perspectivas teóricas para analisar a informática em saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 46-60, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100004>.
- INMON, W H. **Como construir o Data Warehouse**. 2ª ed. [s.l.] Editora Campus, 1997.
- KIMBALL, R.; ROSS, M. **The Data Warehouse Toolkit**. 2ª ed. [s.l.] Robert Elliott, 2002.
- LOPES, S. P. et al. Desenvolvimento de protótipo de software para auxílio na aplicação de indicadores de qualidade em terapia nutricional. **Journal Health Informatics**, v. 7, n. 3, p. 75–81, 2015.
- LUHN, H P. A Business Intelligence System. **IBM Journal**, 1958.
- MORAES, I. H. S.; GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 3, p. 553-565, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232007000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300002>.

MORAIS, E. R. E. D.; SILVA, S. S. DA; CARITÁ, E. C. Business Intelligence utilizando tecnologias Web para análise de fatores de risco na ocorrência de doença arterial coronariana. **Journal Health Informatic**, v. 2, n. 1, p. 7–13, 2010.

MUSSI, C. et al. Data Warehouse – a experiência da ANVISA. **Anais do IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, 2004.

SALDANHA, R. F. et al. Proposta de um observatório epidemiológico do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

SALIMON, C. C.; MACEDO, M. C. S. Aplicações de Business Intelligence na Saúde: Revisão de Literatura. **Journal Health Informatic**, v. 9, n. 1, p. 31–35, 2017.

SANTOS, R. F. DOS. Estruturação de um ambiente de Business Intelligence (BI) para Gestão da Informação em Saúde: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Journal Health Informatics**, v. 3, n. 4, p. 158–163, 2011.

SOUZA, R. C. DE; FREIRE, S. M.; ALMEIDA, R. T. DE. Sistema de informação para integrar os dados da assistência oncológica ambulatorial do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1131–1140, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

VINCENT, B. R. L.; MARTÍNEZ-SILVEIRA, M. S.; LUZ, M. R. M. P.; CAMACHO, L. A. B. Competência em Informação: o conceito revelado em estudos da área da saúde. **RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Edição em Português. Online)**, v. 8, p. 376-388, 2014.

WARD, M. J.; MARSOLO, K. A.; FROEHLE, C. M. Applications of business analytics in healthcare. **Elsevier Inc**, v. 57, p. 571–582, 2014.

WEST, V. L.; BORLAND, D.; HAMMOND, W. E. Innovative information visualization of electronic health record data: a systematic review. **Journal American Medical Informatics Association**, v. 22, p. 330–339, 2015.

CARACTERIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS DO COMÉRCIO AMBULANTE DE ALIMENTOS E BEBIDAS

Carla Cristina Bauermann Brasil

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Alimentos e Nutrição, Palmeira
das Missões – Rio Grande do Sul

Juliane Pereira da Silva

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Alimentos e Nutrição, Palmeira
das Missões – Rio Grande do Sul

RESUMO: O comércio ambulante de alimentos pode constituir um alto risco para a saúde dos consumidores, seja pela falta de estrutura física adequada, exposição dos alimentos a temperaturas impróprias ou manipuladores de alimentos não capacitados. Esses fatores podem influenciar diretamente na qualidade e segurança dos alimentos comercializados. Assim, o objetivo do presente estudo foi caracterizar e avaliar as condições higiênicas desses estabelecimentos e, posteriormente ministrar capacitações voltadas aos manipuladores de alimentos de um festival nativista da região noroeste do Rio Grande do Sul. O comércio ambulante de alimentos foi avaliado por meio de uma lista de verificação em boas práticas de manipulação baseada em legislações sanitárias vigentes. Participaram da pesquisa 19 estabelecimentos em 2015, 32 em 2016 e 39 em 2017, totalizando 90 estabelecimentos ambulantes de alimentos.

Em geral, os manipuladores de alimentos desses estabelecimentos eram os proprietários e comercializavam pasteis, cachorro quente, crepes, espetinhos, cocadas e batata frita, além de bebidas. A média geral de adequação dos três anos avaliados foi de $36,50 \pm 11,07\%$, classificando os estabelecimentos como ruim (20% a 49% de adequação), a mesma classificação se manteve ao observar cada ano e cada categoria avaliada separadamente. Em 2017 os manipuladores de alimentos e os proprietários dos estabelecimentos comerciais ambulante de alimentos e bebidas participaram de uma capacitação sobre boas práticas de manipulação, que visou incentivar e adequar algumas não conformidades dos estabelecimentos segundo as legislações sanitárias vigentes.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade dos Alimentos, Controle de Qualidade, Boas Práticas de Manipulação.

ABSTRACT: The street foods trade may constitute a high risk to the consumers health, either because of lack of structure, exposing food to inappropriate temperatures or food handlers which are not trained. These factors may directly influence the quality and safety of marketed foods. Thus, the aim of the present study was to describe and evaluate the hygienic conditions of these establishments and, subsequently, to

provide training focusing on sanitary inspection of the food handlers of a folk festival in the northwestern region of Rio Grande do Sul. The street foods trade were evaluated through a good handling practice checklist based on the existing sanitary legislation. They were 19 establishments which participated in the research in 2015, 32 in 2016 and 39 in 2017, totalizing 90 street foods trade. In general, food handlers of such establishments were the owners and they marketed pastry, hot dogs, pancakes, meatsticks, sweet coconut and french fries, as well as drinks. The overall average of three years adequacy evaluated was $36,50 \pm 11,07\%$, classifying the establishments as bad (20% to 49% of adequacy) the same classification was maintained when observed each year and each category evaluated separately. In 2017 the food handlers and the owners of street foods and drinks trade participated in a training on good handling practices, which aimed to encourage the establishments adaptations according to the sanitary legislation.

KEYWORDS: Food Quality. Food Handling. Quality control. Street food. Foodborne Diseases. Food Services.

1 | INTRODUÇÃO

A alimentação caracteriza-se como um ato social que envolve tradições, valores, crenças, afetividades, questões socioeconômicas e culturais (BARRETO, 2001). Destaca-se ainda que, é um direito dos seres humanos ter acesso a uma alimentação adequada e saudável, que respeite seus aspectos biológicos, sociais e que seja segura e de qualidade do ponto de vista higiênico-sanitário (BRASIL, 2014).

A comercialização de alimentos nas ruas por vendedores ambulantes é uma prática comum em muitas cidades e em diferentes países, uma vez que é uma fonte de recursos financeiros para quem produz e constitui uma alternativa econômica, prática e flexível de alimentação para a população em geral. Muitas vezes este tipo de comércio sofre com estruturas precárias, e também com a falta de fiscalização e legislação própria, aumentando assim as preocupações com a segurança dos alimentos comercializados nas ruas (OMEMU & ADEROJU, 2008).

O comércio ambulante de alimentos é caracterizado pela venda de mercadorias e prestações de serviços, que podem se instalar em vias públicas, praças, parques, festividades, entre outros. Segundo Cardoso et al. (2003) os alimentos e bebidas preparados e/ou vendidos nas ruas e outros lugares públicos para serem consumidos logo após a aquisição ou em momento posterior, sem processamento adicional, são denominados alimentos de rua.

Além do sustento, a alimentação fora do lar se tornou uma alternativa viável economicamente e ainda é considerada uma manifestação cultural local, que vai além da função nutricional, oferecendo muitas vezes uma experiência gastronômica aos consumidores (PERTILE, 2013).

Doenças que estão relacionadas ao consumo de alimentos são bastante

frequentes em diversos países, bem como a quantidade de surtos e a variedade de agentes etiológicos envolvidos. As doenças transmitidas por alimentos (DTAs) são causadas pela ingestão de alimentos ou água contaminada, sendo na maioria dos casos infecções causadas por bactérias e suas toxinas, vírus e parasitas. A ocorrência crescente destas doenças, são causadas pelo aumento da população, a existência de grupos populacionais mais suscetíveis à doença, a maior exposição a alimentos prontos para consumo expostos em vias públicas e a deficitária fiscalização dos serviços públicos em relação à qualidade dos alimentos destinados à população (BRASIL, 2018). Mesmo com a implantação das Boas Práticas de Manipulação (BPM), os surtos têm aumentado em países em que os recursos direcionados a alimentação e setores que a envolvem são deficitários (SILVA JUNIOR, 2014; BRASIL, 2018).

As DTA ocorrem principalmente pela falta de preparo dos manipuladores de alimentos, maus hábitos de higiene e de práticas inadequadas durante a manipulação de alimentos, como também o não cumprimento e/ou desconhecimento das legislações sanitárias vigentes. Desta forma, destaca-se a importância de capacitar e supervisionar os manipuladores de alimentos continuamente, uma vez que eles participam de todas as etapas do processo produtivo de um alimento, até a distribuição estando em contato direto com os alimentos (MELLO et al., 2010).

O comércio ambulante de alimentos e bebidas não possui legislação própria, desta forma o que normatiza esse tipo de serviço é o Regulamento Técnico de Boas práticas para Serviços de alimentação, presentes na Resolução nº. 216, de 15 de setembro de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e no estado do Rio Grande do Sul a Portaria nº. 78 de 30 de janeiro de 2009 (BRASIL, 2004; RIO GRANDE DO SUL, 2009).

A identificação de itens de verificação críticos, tais como: abastecimento de água, manipuladores, matéria-prima, ingredientes, embalagens, armazenamento, transporte e exposição do alimento preparado, pode servir de complemento ao diagnóstico da adequação às boas práticas em estabelecimentos produtores de alimentos, pois esses itens, bem como a realização de controles e registros dos processos são atividades imprescindíveis e podem auxiliar na prevenção da ocorrência de surtos (BRASIL, 2004; MELLO et al., 2013).

A falta de controle destes fatores associados a outros como, boas práticas de manipulação inadequada, baixa qualidade da matéria-prima, armazenamento em temperaturas inadequadas de conservação e falta de proteção efetiva dos alimentos contra pragas, aumentam o risco de transmissão de doenças transmitidas por alimentos (FEGLO & SAKYI, 2012; BRASIL, 2018).

As capacitações são importantes ferramentas para informação e atualização tanto dos agentes e fiscais da Vigilância Sanitária quanto para os comerciantes e manipuladores do comércio ambulante de alimentos sobre as suas responsabilidades. Objetivou-se com este trabalho aplicar uma lista de verificação em boas práticas; capacitar os agentes e fiscais da Vigilância Sanitária, com intuito de padronizar a

fiscalização durante as festividades e também capacitar o comércio ambulante de alimentos e bebidas, visando ressaltar a importância das Boas práticas de manipulação previstas na legislação sanitária.

2 | DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo observacional e intervencionista do tipo transversal qualitativo de boas práticas de manipulação empregadas no comércio ambulante de alimentos e bebidas de um festival nativista da região noroeste do Rio Grande do Sul. As ações foram conduzidas durante o período de três anos (2015-2017) por docentes e discentes do curso de Nutrição da Universidade Federal de Santa Maria, bem como por agentes e fiscais da Vigilância Sanitária de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul.

Durante as visitas ao comércio ambulante de alimentos e bebidas foi realizado o diagnóstico das condições higiênicas através de uma lista de verificação em boas práticas baseada na Resolução nº. 216/2004 (BRASIL, 2004). As categorias avaliadas foram: Edificação, instalações, equipamentos, móveis e utensílios (7 itens); Manipuladores de alimentos (6 itens); Matérias-primas, ingredientes e embalagens (5 itens); Preparação dos alimentos (3 itens); Abastecimento de água (3 itens) e Resíduos (2 itens), totalizando 26 itens avaliados. Foram atribuídas às diferentes respostas, classificadas em conforme (C), quando o estabelecimento cumpriu os critérios observados e não conforme (NC), quando não atendeu os critérios observados, com valores de 1 (um) e 0 (zero), respectivamente. As respostas não aplicáveis (NA), quando o item for considerado, ou não pertinente ao local e não observado (NO), quando não foi possível a observação durante a coleta de dados, não foram computadas na soma final da pontuação. Além disso, a lista de verificação possui um espaço destinado a observações, onde os pesquisadores descreveram de forma crítica e sucinta os aspectos pertinentes observados.

O comércio ambulante de alimentos foi classificado conforme o nível de adequação das condições higiênicas através de Saccol; Stangarlin e Hecktheuer (2012).

Os dados coletados relacionados as ações de extensão foram digitados e tabulados com o auxílio do programa Microsoft Office Excel®, versão 2007, e as figuras formuladas através do programa *GraphPad Prism* versão 5.0. Estes dados foram primordiais para a elaboração das capacitações posteriormente ministradas voltadas a fiscalização sanitária e aos manipuladores de alimentos destes estabelecimentos.

Ao final da aplicação da lista de verificação, foi entregue ao responsável pelo estabelecimento comercial ambulante, um folder explicativo sobre boas práticas de manipulação de alimentos. A elaboração do material informativo relacionado as boas práticas de manipulação de alimentos foi elaborado pelos discentes do curso de nutrição com supervisão da docente coordenadora do projeto, com o objetivo de elucidar as boas práticas de manipulação (BPM), servindo também como material

de apoio para interlocução entre os discentes e o comércio ambulante de alimentos durante as capacitações (BRASIL, 2004).

Os agentes e fiscais da vigilância sanitária também participaram das três capacitações prévias anuais, com intuito de padronizar e atualizar as condutas relacionadas a fiscalização do comércio ambulante de alimentos e bebidas nos dias do evento.

Em média, 50 comerciantes de alimentos e bebidas se instalam no festival que ocorre anualmente, e os mesmos são avaliados pelos pesquisadores a cada ano, e convidados a participar no primeiro dia de evento de uma capacitação em Boas Práticas de Manipulação. Salienta-se que a adesão do comércio ambulante de alimentos e bebidas ao projeto tem sido crescente.

As capacitações visaram ressaltar aspectos primordiais para uma comercialização segura de alimentos, onde as orientações preconizadas pela Resolução nº. 216/2004 (BRASIL, 2004).

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

A capacitação para os agentes da Vigilância Sanitária buscou qualificar os profissionais em higiene e manipulação de alimentos, onde os mesmos puderam simular a aplicação da lista de verificação, para que tomassem conhecimento desta ferramenta tão eficaz para mensuração dos dados. Os fiscais sanitários aplicaram a lista de verificação juntamente com os pesquisadores durante o festival em todas as visitas aos comerciantes.

Considerando a metodologia proposta foram avaliados 90 estabelecimentos ambulantes de alimentos e bebidas, conforme apresenta a Tabela 1. Destaca-se que todos os locais que atendiam os critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa.

Ano	Estabelecimentos avaliados
I	19
II	32
III	39

Tabela 1 – Número de estabelecimentos avaliados durante a festividade nativista.

Fonte: Autor (2019).

Esses estabelecimentos se caracterizam por comercializar lanches e bebidas, alcoólicas e não alcoólicas. As formas de aquisição dos produtos pelos consumidores variaram em: preparações previamente prontas e armazenadas em geladeira, temperatura ambiente ou estufas, como é o caso dos pastéis, cachorro quente, crepes e espetinhos, assim como, doces, *fondues*, churros, cocadas, entre outros. E produtos preparados previamente e mantidos a granel em recipiente com/sem tampa e servidos

em embalagem individual somente no ato da compra, como batata frita e entreveros. Ou produtos preparados sob demanda, em porção individual no momento da compra, que é o caso dos estabelecimentos que comercializam porções de fritas, peixe e etc.

Outro ponto a ser destacado é que comumente os proprietários destes estabelecimentos são os manipuladores de alimentos, e contam com um ou dois auxiliares. Assim como o estudo realizado por Silva (2012) que avaliou 247 vendedores ambulantes de alimentos, dentre eles 85,8% trabalham para si, e 47% contavam com a ajuda de algum membro da família. Portanto, pode-se observar que o comércio de comida de rua é uma atividade econômica frequentemente utilizada para complementar a renda familiar.

Em relação as condições higiênicas, a média geral de adequação dos três anos avaliados foi de $36,50 \pm 11,07\%$, classificando os estabelecimentos como ruim (20% a 49% de adequação). A mesma classificação se manteve ao observar cada ano separadamente. No ano I a média de adequação em relação as boas práticas foi de $25,92 \pm 14,86\%$, no ano II foi de $35,59 \pm 11,47\%$ e no ano III obteve-se a melhor média com $48,00 \pm 10,91\%$. Sugere-se, que esse aumento no percentual de adequação no último ano avaliado refere-se à capacitação em boas práticas de manipulação ministrada nesse mesmo ano aos colaboradores.

Um estudo realizado por Rodrigues et al. (2014) o qual avaliaram 226 ambulantes no Distrito Sanitário do Centro Histórico, Salvador (BA) sobre os aspectos higiênicos do ponto de venda obteve 64,20% de adequação, constatando que as condições higiênico-sanitárias desse segmento estavam inadequadas, assim como as verificadas na presente pesquisa.

Na Tabela 2, pode-se analisar cada categoria da lista de verificação em boas práticas durante os anos avaliados.

Categorias avaliadas	Ano I (%)	Ano II (%)	Ano III (%)
1. Edificação, instalações, equipamentos e utensílios	34,49	46,12	38,68
2. Manipuladores de alimentos	21,05	33,54	48,73
3. Matérias-primas, ingredientes e embalagens	30,70	48,96	62,56
4. Preparação dos alimentos	35,09	26,04	47,86
5. Abastecimento de água	18,42	40,10	42,74
6. Resíduos	15,79	18,75	47,44

Tabela 2 – Percentual de adequação das categorias da lista de verificação em boas práticas de manipulação de alimentos (2015-2017).

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores (2017).

Pode-se observar que os estabelecimentos não apresentaram percentuais mínimos de adequação, expondo os consumidores ao risco de contaminação e

possíveis surtos alimentares. Inúmeros fatores contribuem para que as doenças transmitidas por alimentos e contaminações ocorram, entre elas à falta de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos (DIAS; BERBARDES; ZUCCOLI, 2011).

Diante do exposto ressalta-se a importância de capacitar o comércio ambulante de alimentos e bebidas, para que os possíveis riscos à saúde sejam minimizados, uma vez que é possível alcançar melhorias nas condições higiênicas de manipulação, desde que as boas práticas de manipulação sejam implementadas.

Em relação à “Edificação, instalações, equipamentos e utensílios” (Categoria 1), o percentual médio de adequação nos anos avaliados foi de $39,76 \pm 5,89\%$, classificando a categoria como ruim (FIGURA 1a).

Um estudo realizado em Ponta Grossa – PR, o qual avaliou 24 estabelecimentos ambulantes de alimentos apresentou percentuais de adequação superiores a presente pesquisa, no qual 50% dos equipamentos e utensílios usados para o preparo dos lanches estavam em bom estado de conservação (MALLON & BORTOLOZO, 2004).

No presente estudo dentro desta categoria foram avaliados sete itens, e destaca-se que os “equipamentos bem higienizados”, obteve no ano I o maior percentual de adequação (57,89%). Porém, o mesmo não se manteve nos demais anos. Sabe-se que os equipamentos são úteis na produção de alimentos e a sua higienização, preservação e correta manutenção é primordial, afim de evitar a contaminação cruzada (BRASIL, 2004; MENDONÇA, 2010).

Já o item “utensílios adequados, bem higienizados, organizados e protegidos de contaminação”, apresentou maior percentual de adequação no ano II (53,12%), percentual positivo quando se observa a importância de manter as condições higiênico-sanitárias apropriadas desses itens. Em seguida no ano III o item “equipamentos de conservação (geladeiras e *freezers*) e armazenamento de alimentos em bom estado de conservação”, obteve 61,53% de adequação. Segundo a Portaria nº. 78/2009 (RIO GRANDE DO SUL, 2009), os produtos perecíveis, precisam de condições específicas de temperatura, e para isso os equipamentos devem estar em bom estado de conservação. Destaca-se que durante a pesquisa foi encontrado equipamentos com ferrugem e sem a adequada conservação das borrachas de vedação da porta. Tal fato pode comprometer a qualidade do alimento comercializado, uma vez que a temperatura inadequada durante a conservação dos alimentos, associada à manipulação não higiênica podem propiciar o crescimento de microrganismos patogênicos nos alimentos (SILVA JUNIOR, 2014).

Na categoria, “Manipuladores de alimentos” (Categoria 2), o percentual médio de adequação nos anos avaliados foi de $34,44 \pm 13,86\%$ (FIGURA 1b), classificado como ruim. Foram analisados seis itens, entre eles os que apresentaram menor percentual médio de adequação foram os relacionados a utilização de uniforme adequado, proteção para cabelos e calçados fechados (11,86%), higienização de mãos (12,47%) e asseio corporal dos manipuladores (36,32%). Salienta-se que no ano I todos os locais avaliados tiveram 0% de adequação nos itens relacionados a uniforme e apresentação

pessoal e apenas 15,78% de conformidade em relação a higienização correta das mãos. Já no ano II, esse percentual foi ainda mais baixo (6,25%), dado preocupante, uma vez que os colaboradores exercem um papel fundamental no processo produtivo dos alimentos, e podem interferir diretamente na qualidade sanitária do produto final.

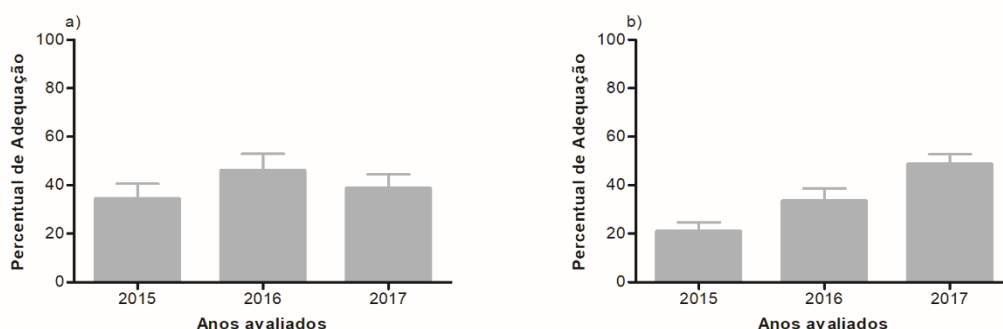


Figura 1 – Percentual médio de adequação das condições higiênicas da categoria Edificação, instalações, equipamentos e utensílios (a) e Manipuladores de alimentos (b).

Fonte: autor (2019).

Ainda, os manipuladores são responsáveis por contaminações e possíveis Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) pois as mãos podem constituir fonte potencial de patógenos em serviços de alimentação (ABREU, MEDEIROS; SANTOS, 2011; BRASIL, 2016).

Em relação a manipulação de dinheiro e alimentos pelo mesmo colaborador, verificou-se que apenas 41,01% dos estabelecimentos estavam adequados. Assim como o encontrado pela presente pesquisa, Silva (2012) avaliou o comércio ambulante na orla marítima de Salvador e constatou que em 80,2% dos pontos de venda não haviam pessoas distintas para a manipulação de dinheiro e alimentos, fato agravante para a contaminação dos alimentos comercializados, quando associado às insuficiências identificadas na higienização das mãos, pelo mesmo estudo.

Em relação ao último item da categoria 2 sobre “Manipuladores de alimentos capacitados em BPM”, no ano III obtive o maior percentual de adequação, sendo 84,61%, refletindo a participação do comércio ambulante na capacitação ministrada pelos pesquisadores no primeiro dia de evento. Santos & Menezes (2016) em São Gabriel da Cachoeira – AM avaliou seis participantes através de um questionário sobre “noções de segurança dos alimentos”. Na primeira etapa os colaboradores acertaram 80% das respostas, no entanto, após a capacitação, os mesmos foram reavaliados e houve um aumento de 15% nos acertos, constatando a importância de capacitações periódicas.

Segundo Rebouças (2015) o manipulador deve ter conhecimento sobre os alimentos, boas práticas de manipulação, bem como higiene pessoal, que são ferramentas essenciais para a adoção de práticas apropriadas no preparo e distribuição

de refeições. Diante do exposto a Portaria nº. 78/2009 dispõe sobre a obrigatoriedade de os manipuladores de alimentos participarem do “Curso de Capacitação em Boas Práticas para Serviços de Alimentação”, com carga horária mínima de 16 horas, ministrado por instituição de ensino, sendo renovado a cada três anos, possibilitando desta forma que os mesmos se mantenham atualizados e cumpram com as exigências da legislação (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

A categoria “Matérias-primas, ingredientes e embalagens” (Categoria 3) apresentou o maior percentual médio de adequação de todos os anos avaliados, obtendo $47,40 \pm 15,99\%$ (Figura 2a), mesmo assim, classificado com ruim. No ano I o item relacionado a “estado de conservação e organização da matéria-prima em local adequado”, obteve 10,52% de adequação, mas esse percentual foi crescendo positivamente nos demais anos, sendo 37,50% no ano II e 51,28% no ano III. De acordo com Silva Junior (2014), as matérias-primas são elementos básicos para o processo produtivo de alimentos e requerem atenção quanto às datas de validade, integridade das embalagens e conservação, estando sujeito a contaminações ambientais.

Um estudo realizado com o comércio ambulante de alimentos durante o carnaval em Salvador – BA avaliou 264 vendedores ambulantes e classificou como ruins ou péssimas as condições higiênicas das embalagens (36,9%), dos utensílios (26,1%) e ainda, 48,5% dos pontos de venda foram classificados como de alto risco à saúde. Os resultados demonstraram a necessidade de desenvolver programas de intervenção, afim de possibilitar melhores níveis de segurança dos alimentos produzidos (SANTOS, 2011).

Na categoria “Preparação dos alimentos” (Categoria 4) a média de adequação foi de $36,33 \pm 10,96\%$ (Figura 2b), classificado como ruim. Esses dados são preocupantes, uma vez que mais de 30% dos casos de DTA são causados pela preparação e manipulação inadequada dos alimentos (BRASIL, 2016).

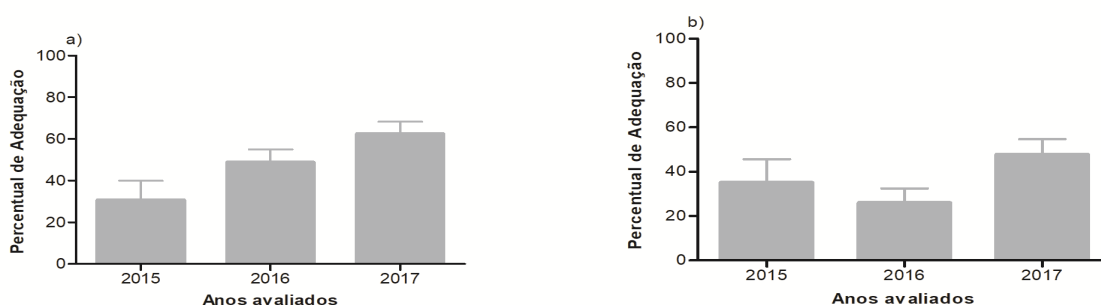


Figura 2 – Percentual médio de adequação das condições higiênicas da categoria Matérias-primas, ingredientes e embalagens (a) e Preparação dos alimentos (b).

Fonte: autor (2019).

O item referente ao risco de “contaminação cruzada dos alimentos” obteve no ano

I 10,52% de adequação, ano II 18,75% e no ano III 41,02%, sendo o maior percentual encontrado. Conforme Brasil (2004) durante o preparo de alimentos, algumas medidas devem ser tomadas, afim de minimizar o risco de contaminação cruzada, como, evitar o contado direto ou indireto entre alimentos crus e prontos para o consumo. Já no segundo item avaliado, “alimentos quentes preparados armazenados de forma e em local adequado” obteve uma média de adequação de 20,67%. Dados semelhantes foram notificados por Brasil (2016), o qual sugere que mais de 25% dos casos de DTA são provenientes da conservação inadequada dos alimentos.

O último item desta categoria refere-se aos “alimentos perecíveis armazenados em equipamentos de refrigeração embalados e/ou protegidos em recipientes fechados”, que obteve uma média de adequação de 39,92%. Para que ocorra a efetiva conservação desses alimentos, o local de armazenamento deve ser adequado para evitar o acesso de vetores, pragas urbanas e sujidades (BRASIL, 2005).

O local do evento não disponibilizava água encanada individualizada aos ambulantes, sendo de responsabilidade dos proprietários providenciar a instalação de modo pertinente. Desta forma, ao avaliar a categoria “Abastecimento de água” (Categoria 5) o percentual médio de adequação foi de $33,75 \pm 13,34\%$ classificado como ruim (Figura 3a). Foram avaliados três itens, entre eles, “possuir água potável corrente, presença de reservatório de água e registro de higienização”, obteve no ano I 15,78% de adequação, 50% no ano II e no ano III houve um declínio, ficando em 33,33% de conformidade.

O segundo item avaliado nesta categoria foi relacionado a “existência de local adequado com água potável para higienização das mãos e utensílios”. Nesse quesito o percentual médio de adequação foi de 33,90%. Destaca-se que esse percentual teve uma melhora gradativa, sendo que no ano III chegou a 41,02%.

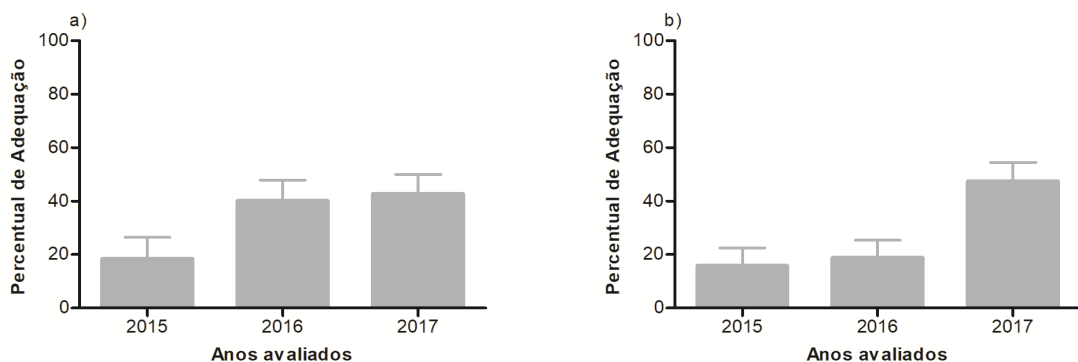


Figura 3 – Percentual médio de adequação das condições higiênicas da categoria Abastecimento de água (a) e Resíduos (b).

Fonte: autor (2019).

Um estudo realizado no município de Santo Antônio de Jesus – BA, avaliou 14 estabelecimentos ambulantes e pode observar as condições higiênico-sanitárias de

alimentos comercializados nas ruas e ao final realizar uma intervenção educativa para os comerciantes. Nesse estudo o percentual de adequação da categoria relacionada ao abastecimento de água tratada foi de 14,3% (n=2) (SANTOS, 2012). Sabe-se que o abastecimento de água potável e o seu armazenamento sob condições apropriadas, são fundamentais para minimizar a contaminação dos alimentos, visto que é utilizada para inúmeras finalidades, como beber, produzir alimentos e ser utilizada na higienização de equipamentos utensílios e higienização de mãos (RANE, 2011).

A categoria seis refere-se aos “Resíduos” (Categoria 6), a qual obteve o menor percentual médio de adequação entre as categorias avaliadas, sendo $27,12 \pm 17,48\%$ de adequação classificado como ruim (Figura 3b). No ano I o item indicativo aos “coletores de lixo dotados de tampas de acionamento automático, com saco plástico interno de material lavável e devidamente higienizado no início das atividades diárias”, obteve apenas 5,26% de adequação, nos anos seguintes esse percentual aumentou, ficando em 18,75% no ano II e 38,46% no ano III.

Fato semelhante foi encontrado em estudo realizado em Fortaleza - CE, nas vias públicas do Campus da Universidade Federal do Ceará (UFC), que 62,5% (n=15) dos locais avaliados não possuíam coletores de resíduos, sendo que a maioria dos ambulantes fazia uso de sacolas plásticas ou caixas de papelão como forma de coleta (SILVA et al., 2011). Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, ao observar a inexistência de coletores apropriados em alguns estabelecimentos, colaborando para o baixo percentual de adequação desta categoria. Segundo a Portaria nº. 78/2009, o ideal é utilizar lixeira com tampa, evitando, assim, a contaminação dos alimentos, utensílios e a atração de vetores e pragas urbanas (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É característico dos estabelecimentos avaliados a comercialização de alimentos que necessitam de grande manipulação por parte dos colaboradores, porém nem sempre esse manuseio é realizado de forma adequada. O baixo percentual de adequação demonstrado ao longo dos três anos avaliados na festividade nativista reflete a fragilidade deste setor. Inúmeros fatores contribuíram para com esse resultado, como é o caso da estrutura física inadequada, falta de um sistema adequado de água potável, deficitária higienização do local de trabalho, dos utensílios e das mãos dos colaboradores.

Ao final desta análise ressalta-se que a adoção de políticas públicas, fiscalização efetiva dos órgãos competentes e atendimento aos requisitos previstos nas legislações sanitárias vigentes são ações primordiais para garantir a produção de alimentos seguros pelo comércio ambulante.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. S.; MEDEIROS, S. F.; SANTOS, A. D. **Análise microbiológica de mãos de manipuladores de alimentos do município de Santo André.** Revista Univap, São José dos Campos, v. 17, n. 30, 2011.
- BARRETO, S. A. J.; CYRILLO, D. C. **Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990.** Rev Saúde Pública. 2001.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas e Serviços de Alimentação.** Diário Oficial da União, 16 de setembro de 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira – 2. ed.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Unidade de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar.** Junho de 2018.
- CARDOSO, R. C. V.; LOUREIRO, E. S.; NEVES, D. C. S.; SANTOS, H. T. C. S. **Comida de rua: um espaço para um estudo na Universidade Federal da Bahia.** Higiene alimentar, v. 17, n. 111, Agosto 2003.
- DIAS, R. S.; BERBARDES, A. F. L.; ZUCCOLI, P. C. A importância do processo de investigação na elucidação de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA). **Periódico científico do núcleo de biociência, MG,** v. 01, n.02, dez. 2011.
- FEGLO, P.; SAKYI, K. **Bacterial contamination of street vending food in Kumasi, Ghana.** Journal of Medical and Biomedical Sciences, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2012.
- MALLON, C.; BORTOLOZO, E. A. F. **Alimentos comercializados por ambulantes: Uma questão de segurança alimentar.** Publ. UEPG Ciências Biológicas Saúde, Ponta Grossa, v. 10, n. 3/4, p. 65-76, set./dez. 2004.
- MELLO, A. G.; GAMA, M. P.; MARIN, V. A.; COLARES, T. L. G. **Conhecimento dos manipuladores de alimentos sobre boas práticas nos restaurantes públicos populares do Estado do Rio de Janeiro.** Brazilian Journal of Food Technology, v. 13, n.1, p.60-8, 2010.
- MENDONÇA, R. T. **Nutrição, um guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, doenças, dietas e gestão.** São Paulo: Rideel, 2010.
- OMEMU, A. M.; ADEROJU, S. T. **Food safety knowledge and practices of street food vendors in the city of Abeokuta, Nigeria.** Food Control, v. 19, n. 4, April, 2008.
- PERTILE, K. **Comida de rua no Brasil: relações históricas e conceituais.** Rosa Ventos. 2013.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº. 78, de 30 de janeiro de 2009. Aprova a Lista de Verificação em Boas Práticas para Serviços de Alimentação, aprova Normas para Cursos de capacitação em Boas Práticas para Serviços de Alimentação e da outras providências.** Porto Alegre, RS, 2009.
- RODRIGUES, B. F.; GÓES, J. A. W.; RYZIA DE CÁSSIA VIEIRA, R. C.; SOUZA, W. M.; FERREIRA, T. C. B. **O comércio de comida de rua no centro histórico de Salvador–BA: caracterização da oferta de alimentos e aspectos higiênico-sanitários.** Segurança Alimentar e Nutricional, v. 21, n. 1, p. 347-358, 2014.

SACCOL, A. L. F.; STANGARLIN L.; HECKTHEUER, L. H. **Instrumentos de apoio para a Implantação das boas práticas em empresas alimentícias**. Ed. Rubio, Rio de Janeiro, 2012, 207p.

SILVA JUNIOR, E. A. **Manual de controle higiênico sanitário em serviços de alimentação**. 7. Ed. São Paulo: Livraria Varela, 2014.

SILVA, L. I. M. M.; THÉ, P. M. P.; FARIAS, G. S.; TELMOS, B. M. A. **Condições higiênico-sanitárias do comércio de alimentos em via pública em um campus universitário**. Alimentos e Nutrição Araraquara – Unesp, v. 22, n. 1, p.89-95, 2011.

SILVA, S. A. **Comida de rua na orla de Salvador-BA: um estudo na perspectiva socioeconômica e da segurança de alimentos**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição – Salvador, 2012.

COMUNIDADE AQUÁTICA: INTERAÇÃO, EXTENSÃO E APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Angela Rodrigues Luiz

Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí/
Curso de Educação Física
Jataí – Goiás

Pamylla Cristina Gonçalves Rodrigues

Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí/
Curso de Educação Física
Jataí – Goiás

Norton França Souza Moraes

Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí/
Curso de Educação Física
Jataí – Goiás

Pabline Lima de Souza Silva

Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí/
Curso de Educação Física
Jataí – Goiás

Luana da Silva Santiago

Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí/
Curso de Educação Física
Jataí – Goiás

RESUMO: Comunidade Aquática é um projeto de extensão que tem por objetivo disponibilizar, à comunidade jataiense, atividades aquáticas de natação, hidroginástica, pólo-aquático, biribol. Neste propósito os acadêmicos dos Cursos de Educação Física, modalidade licenciatura e bacharelado, tem um campo de intervenção para vivenciarem seus processos de ensino, aproximando suas aprendizagens ao campo de

práticas. O projeto tem promovido à comunidade a aprendizagem dos diferentes nados, tem adesão e reconhecimento, principalmente, dentre os acadêmicos e profissionais que frequentam o Campus Jatobá da UFG/REJ. Desde 2009 as atividades do projeto tem fomentado a diversificação dos processos de ensino-aprendizagem dos acadêmicos em formação inicial e fortalecido a interação entre universidade e comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: atividades aquáticas, extensão, Educação Física, formação inicial.

ABSTRACT: Comunidade Aquática is an extension project that aims to offer, to the Jataí community, aquatic activities of swimming, water aerobics, water polo, biribol. In this regard, the academics of the Physical Education Courses, have a field of intervention to experience their teaching processes, bringing their learning closer to the field of practice. The project has promoted to the community the learning of the different swimming, has adherence and recognition, mainly, among the academics and professionals that attend the Campus Jatobá of the UFG/REJ. Since 2009 the project's activities have fostered the diversification of the teaching-learning processes of the students in initial formation and strengthened the interaction between university and community.

KEYWORDS: aquatic activities, extension,

1 | INTRODUÇÃO

O campo de atuação profissional dos egressos dos cursos de Educação Física é diversificado e contempla, dentre outros, as atividades e movimentos aquáticos. As atividades aquáticas de natação e hidroginástica configuram-se como objeto de intervenção da Educação Física e são reconhecidas por suas propriedades terapêuticas, reabilitadoras, esportivas e de condicionamento físico.

Nas atividades aquáticas as propriedades de densidade, flutuação, pressão hidrostática da água, favorecem a livre movimentação das articulações, diminui o impacto causado pelo peso corpóreo e estimula as terminações sensoriais do corpo.

Desde o ano de 2009 o curso de Educação Física UFG/REJ integra universidade e comunidade, por meio de ações de extensão e oferta de atividades aquáticas, como natação, hidroginástica, pólo-aquático, biribol e competições desportivas. Neste contexto o Projeto Comunidade Aquática configurou-se como espaço que tem sido aproveitado também como um “laboratório” de qualificação profissional por meio do atendimento à comunidade.

Concomitante às atividades, o projeto de extensão tem favorecido a formação inicial de acadêmicos que buscam ampliar seus conhecimentos sobre o trabalho da Educação Física no meio, especialmente sobre a natação e hidroginástica.

O projeto de extensão atende à comunidade interna e externa desta regional e justifica-se pela possibilidade de oferta de atividades aquáticas regulares a um número significativo de pessoas, acadêmicos, docentes e servidores técnico-administrativos da UFG/REJ, que, em razão do nível de sedentarismo que a sociedade contemporânea nos impõe, buscam modificar hábitos e favorecer a promoção da saúde.

2 | OBJETIVO

O projeto Comunidade Aquática visa ofertar acesso à comunidade local, sobretudo alunos da educação básica oriundos de escolas públicas, e também à comunidade interna da UFG/REJ, como acadêmicos, docentes e servidores técnico-administrativos, atividades aquáticas recreativas, lúdicas e esportivas, por meio da natação, hidroginástica, pólo-aquático e biribol.

3 | METODOLOGIA

O projeto, de periodicidade semestral, assume uma perspectiva educacional, uma vez que proporciona aos acadêmicos do curso de Educação Física, a oportunidade de experimentar a prática pedagógica ainda no seu ambiente de graduação, e proporciona

aos alunos, matriculados nas diversas turmas do projeto, desde a adaptação ao meio aquático até o aprimoramento técnico dos gestos das atividades aquáticas.

São ofertadas diversas turmas e horários de natação e hidroginástica. Nas atividades de adaptação ao meio aquático o aprendiz busca segurança e autonomia no ambiente que está inserido, sua familiarização com o meio aquático influenciará no sucesso e continuidade da prática da natação, por exemplo. Em outras turmas de natação são ensinadas técnicas de diferentes nados e atividades de aperfeiçoamento. As atividades de hidroginástica visam propiciar a interação social e a realização de movimentos ritmados e coordenados dos seguimentos corporais.

Os materiais: pranchas, pullbuoy, aquatubos, alteres, argolas, borrachas, mangueiras, step e jump aquáticos, são utilizados de acordo com o objetivo de cada atividade. São priorizados o ensino de elementos necessários a um desempenho agradável no meio líquido como percepção, flutuação, deslocamentos e equilíbrio sendo esses trabalhados de forma lúdica e prazerosa.

4 | RESULTADOS

As atividades aquáticas ofertadas no projeto Comunidade Aquática não têm por objetivo o condicionamento físico ou o nado de auto rendimento, e sim favorecer a prática, o gosto e o prazer em movimentar-se na água. Nesse sentido, aprender a nadar deve ser uma atividade agradável para qualquer idade, do bebê até a melhor idade (idoso). A prática da hidroginástica deve propiciar as relações interpessoais e interação social.

Nas atividades de natação e hidroginástica predominam a participação de acadêmicos dos diversos cursos da UFG/REG, seguidos pelos servidores e técnicos administrativos. Nos dois últimos anos pode-se verificar o cadastro de, aproximadamente, 80 participantes nas atividades deste projeto de extensão.

Os monitores voluntários têm exercitado a prática do planejamento, da execução e avaliação de suas intervenções, bem como o atendimento ao público diversificado em seus interesse e faixas etária. O exercício de atuação profissional tem sido praticado pelos monitores voluntários durante a formação inicial, resultando assim na vivência da realidade de trabalho.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Comunidade Aquática promove o desenvolvimento motor, social e afetivo dos alunos praticantes, aliado à promoção da saúde. Contribui ainda para formação e atuação profissional dos acadêmicos voluntários que monitoram as atividades aquáticas, pois necessitam se qualificar, estudar, dedicar à pesquisa e atividades de extensão, somando informações para melhoria de suas aulas, desta

forma tornando-o um profissional preparado e criando oportunidades para o mercado de trabalho.

O projeto configura-se ainda como espaço profícuo para alcançar benefícios nas dimensões psicológicas e social, extrapolando assim a dimensão biofisiológica. Produz elementos para repensar os conhecimentos e saberes que compõe o campo científico sobre natação, hidroginástica e atividades aquáticas praticadas em piscina.

REFERÊNCIAS

BONACHELA, V. **Manual básico de hidroginástica**. Rio de Janeiro: Sprint, 1994.

BARBOSA, J. H. P. **Educação física em programas de saúde**: curso de extensão universitária, Educação Física na Saúde. Centro Universitário Claretiano: Batatais - SP, 2001.

DELUCA, A. H; FERNANDES, I. R. C. **Brincadeiras e Jogos Aquáticos**. 3 ed. Rio Janeiro: Sprint, 2002.

PEREIRA, M. D. Brincando com a água: a aprendizagem da natação. In: Nista-Piccolo, Vilma Lení (Org.). **Pedagogia dos esportes**. Campinas: Papyrus, 1999.

CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECENDO A REDE DE SUPORTE FAMILIAR

Mayara Caroline Barbieri

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis Km 235, Monjolinho. 13565-905 São Carlos SP Brasil.

Gabriela Van Der Zwaan Broekman

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis Km 235, Monjolinho. 13565-905 São Carlos SP Brasil.

Regina Aparecida Garcia de Lima

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP Brasil.

Giselle Dupas

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis Km 235, Monjolinho. 13565-905 São Carlos SP Brasil.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi conhecer as interações entre a rede de apoio social e as famílias de crianças e adolescentes com deficiência visual, residentes em dois municípios distintos do interior do estado de São Paulo. Pesquisa descritiva, qualitativa que teve como premissa teórica o Interacionismo Simbólico. Utilizamos o genograma, ecomapa e a entrevista semiestruturada com 18 famílias. A abordagem de análise adotada foi a análise de narrativa. Apreendemos duas categorias: 1) Experienciar

presença do apoio frente à deficiência visual e 2) Sentir as fragilidades do apoio social: contrapontos; e 4 subcategorias: Apoio intrafamiliar/interfamiliar, Apoio dos amigos/comunidade, Fragilidades dos serviços de saúde, Fragilidades dos serviços de educação. O apoio social é ofertado às crianças/adolescentes com deficiência visual e suas famílias, porém os “nós” de sustentação e interface entre as organizações são dados pela própria família, por amigos e pela espiritualidade/religiosidade a fim de assegurarem o mínimo de amparo, não podendo ser descrito como rede.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem familiar, Criança, Adolescente, Baixa visão, Cegueira.

CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENT: KNOWING THE FAMILY SUPPORT NETWORK

ABSTRACT: This study aimed to understand the interactions established with the impairment children and adolescents familie’s social support network, resident in two cities in the state of São Paulo. It’s an descriptive, qualitative research, with Symbolic Interaction as theoretical premise and Analysis of Narrative as methodological. We applied genogram, ecomap and semistructured interviews with 18 families. We apprehend two categories: 1) To experience the presence of the

buttress against the visually impaired 2) Feel the social buttress fragilities: counterpoints; and 4 subcategories: Intrafamily / interfamilial support, Support of friends / community, Health service's fragilities, Educational service's fragilities. Social support is offered to visual impairment children / adolescents and their families, but the cornerstone and interface between organizations are given by the family, friends and spirituality / religiosity in order to provide minimal support, than it couldn't be described as a network. **KEYWORDS:** family nursing, children, low vision, teenager, blindness.

1 | INTRODUÇÃO

Considera-se deficiente visual àquele em que intervenções médicas especializadas não têm a capacidade de tornar a visão funcional novamente. Enquanto que a cegueira caracteriza-se pela total disfunção visual (WHO, 2013).

No Brasil, a perda visual é um significativo problema de saúde pública, já que acrescenta-se à deficiência propriamente dita, a falta de programas preventivos e fatores socioeconômicos/culturais atrelados à pouca disponibilidade de recursos oftalmológicos qualificados para intervenções em saúde ocular (Temporini & Kara-José, 2004).

Deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez, doenças orais e desordens genéticas são consideradas como condições crônicas que respondem por uma porção significativa da carga global de doenças (WHO, 2013). As condições crônicas, por serem incuráveis, podem deixar sequelas, impõem limitações às funções do indivíduo, exigirem adaptações, gerarem incertezas, desgaste físico, dependência, mudanças no estilo de vida; o que ocasiona repercussões nas áreas pessoal e social do indivíduo e sua família (Fuentes & Ojeda, 2007).

O caminho que a condição crônica percorre é incerto, o que pode trazer importantes repercussões tanto para a criança/adolescente deficiente visual, como para dinâmica e funcionamento familiar, uma vez que afeta o desenvolvimento e exige mais da unidade familiar, que acaba tornando-se corresponsável pelo tratamento e acompanhamento desse tipo de deficiente (Witt & Deleire, 2009). Assim, condições crônicas de saúde determinam adaptações constantes à medida que as necessidades surgem no cotidiano de quem a possui e de seus familiares. Famílias de crianças/adolescentes com deficiência visual defrontam-se com novas responsabilidades, mudanças constantes e readaptações diversas (Hallaha & Kauffman, 2009; Zin, 2009) que requerem enfrentamento familiar e uma rede de apoio social sólida.

A rede social é uma teia de relações que liga pessoas que possuem vínculos sociais, propiciando que recursos de apoio sejam o alicerce da linha constituinte desta teia (Nóbrega, Collet, Silva, & Coutinho, 2010). A rede pode influenciar no bem-estar emocional, associando-se a redução da mortalidade, a prevenção de doenças e recuperação da saúde, companhia social, acompanhamento da pessoa para que não se sinta só, apoio emocional, consolo, aconselhamento, informação, regulação social, ajuda material e de serviços (Pedro, Rocha, & Nascimento, 2008; Caixeta, Morraye,

Villela, & Rocha, 2011)).

No Brasil, o apoio social pode ser caracterizado em: Apoio material: provisão de recursos e de ajuda material, como dinheiro ou empréstimo de utensílios, em caso de necessidade emergencial; Apoio afetivo: demonstrações físicas de amor e de afeto; Apoio emocional: compreensão, confiança, estima, escuta e interesse; reciprocidade; Apoio de informação: disponibilidade de pessoas para a obtenção de informações ou de orientações; Interação social positiva: disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (Griep, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2005). Envolve ainda as dimensões de disponibilidade e satisfação, ou seja, o quantitativo de pessoas integrantes da rede a quem o indivíduo pode recorrer e o nível de satisfação em relação ao apoio disponível.

No caminhar das fases da deficiência visual a família pode passar por muitos momentos estressantes e difíceis que talvez sozinha não seja capaz de superar e ter forças para seguir em frente. As respostas frente a estas situações impostas pela condição crônica podem ser muito influenciadas pela rede e apoio social que as famílias acessam e recorrem nos momentos mais críticos.

2 | OBJETIVOS

Este estudo objetivou conhecer as interações estabelecidas com a rede de apoio social e famílias de crianças e adolescente com deficiência visual, residentes em dois municípios distintos do interior do estado de São Paulo.

3 | METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza descritiva e qualitativa que parte da realidade social dos sujeitos, trabalhando com o universo de significados, motivos, crenças e valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas. A preocupação com o contexto se dá no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação ligam-se intimamente na formação da experiência vivida e relatada (Minayo, 2010).

Como referencial teórico foi utilizado o Interacionismo Simbólico (IS) o qual pode ser entendido como uma perspectiva teórica que torna capaz o entendimento de como as pessoas compreendem outros objetos e outras pessoas, e como esta compreensão guia seu comportamento em situações diversas. Essa abordagem se baseia em três fundamentos sendo, o primeiro, que o ser humano age em relação ao significado que as coisas têm para ele; o segundo, que a interação social do indivíduo com os outros pode originar ou derivar o sentido das coisas; e o terceiro, que esses sentidos são modificados pelo processo interpretativo (Carvalho, Borges, & Rêgo, 2010; Blumer, 1969).

Os sujeitos foram familiares e/ou responsáveis de crianças e adolescentes com baixa visão ou cegueira, como também a própria criança ou adolescente, vez que entendeu-se que eles também são integrantes da família.

Para atender a amplitude do objetivo proposto neste estudo, utilizamos alguns instrumentos do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família: o genograma e o ecomapa, já que julgamos que esses facilitariam a percepção da estrutura interna e externa da família da criança e do adolescente com deficiência visual. Tais instrumentos nos permitiram analisar previamente a natureza e a qualidade das relações que existiam entre as famílias, crianças/adolescentes e os recursos da comunidade, além de nos conferir visibilidade aos modos como se organizam as redes de apoio da família da criança/adolescente com deficiência visual, mostrando quem as compõe, a qualidade de suas relações e os significados produzidos para cada indivíduo (Bellato, Araújo, Faria, Costa, & Maruyana, 2009).

Utilizamos como técnica complementar a entrevista semi-estruturada, que possibilita a obtenção dos dados tanto de natureza objetiva, quanto subjetiva, não sendo simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma interação nas quais as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (Minayo, 2010).

No caso da presente pesquisa, após consentimento familiar e assentimentos das crianças/adolescentes, os elementos disparadores para a entrevista foram: “Conte-me qual é/são o/os principais modos de apoio que você e sua família acessam para enfrentar a condição da deficiência visual da criança ou adolescente em sua família? Há implicações desses apoios na sua vida e na vida da criança ou adolescente deficiente? Ao longo das falas, utilizamos perguntas e colocações para explorar, clarificar, ampliar e densificar as respostas obtidas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra logo após a sua realização, para análise das narrativas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Experienciar presença do apoio frente à situação da deficiência visual

a. Apoio interfamiliar e intrafamiliar

Encontrar na família o apoio é experiência marcante no cotidiano das crianças/adolescentes com DV e suas famílias. O suporte intrafamiliar é exercido pela própria família nuclear, enquanto que o inter familiar é exercido pela família extensa. Esse amparo é prestado principalmente através de uma relação de estreita confiança em que o apoio emocional e afetivo foram os mais evidenciados, seguidos pelo apoio material, de busca/compartilhamento de informações, apoio de interação social positiva, e também apoio educacional. O apoio interfamiliar e intrafamiliar tem se constituído como alicerce para facilitação dos cuidados que a criança/adolescente com deficiência visual

demanda.

A família que vivencia uma condição crônica em crianças e adolescentes enfrenta mudanças no cotidiano, situações adversas e busca apoio para se sustentar (Holanda et al., 2015). Algumas vezes, em situações de instabilidade, as ferramentas com as quais as famílias contam para exercer o cuidado vão se esgotando, principalmente em situações prolongadas. Dessa maneira, como principal provedora de cuidado, a família é muito exigida e não é incomum que mais de um ente se envolva nessa atividade (Pereiral, Teixeira, Bressani, & Martini, 2009). Dentre os familiares que realizam o cuidado, as mães foram as mais requisitadas, seguido de outros membros do próprio núcleo familiar como irmãos mais velhos, avós, marido, tios e sogra; em relação ao sexo do cuidador principal evidenciou-se o feminino, havendo a presença do sexo masculino, porém não tão determinante quando ao exercer esse apoio (Pereiral et al., 2009).

Como as relações humanas são dinâmicas, foram também elucidados nas entrevistas alguns elementos que constituem fragilidade familiar, tais como a desunião entre a família extensa e a nuclear, a separação dos pais e barreiras jurídicas que imponham a separação entre mãe e criança/adolescente com DV.

O movimento realizado pela família frente às fragilidades apresentadas na rede de apoio é explicado pelo Interacionismo Simbólico por meio do conceito de mente (Charon, 2010). A unidade familiar reconhece a ineficácia e tenuidade da rede de serviços e se mobiliza, primeiramente, numa atividade mental em busca de soluções para aquela demanda que não é atendida.

b. Apoio dos amigos e comunidade

Os amigos foram considerados uma grande fonte de apoio para as crianças/adolescentes com DV e seus familiares. Eles fornecem suporte afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva. Nesses aspectos foram citadas diversas situações em que a presença dos amigos foi primordial, como a ajuda para encontrar um emprego; o amparo quando há brigas na escola; conversas de incentivo; auxílio quando é preciso impor respeito em relação à sociedade para ser reconhecido como igual; contribuições para facilitar nos momentos de execução de esportes e locomoção; e ditados das lições nas aulas.

Todas as ações exercidas pelos amigos se dão em um contexto de troca, ou seja, ao mesmo tempo que o apoio dos amigos reflete na auto estima e na questão da criança/adolescente com DV de entenderem-se existencialmente; os amigos sem a condição crônica sentem-se valorizados e passam a se assemelhar com o dito diferente, o que ecoa positivamente em sua vida, compreendendo o distinto, suas qualidades e extraíndo dessas, a oportunidade de aprender e respeitar.

Levando em consideração as interações de amizade, estudo de Vanthauze e Vieira (2009) avaliou a percepção da qualidade de vida de adolescentes escolares com deficiência física, visual e auditiva. Para isso, utilizou de um instrumento que analisou as dimensões física, psicológica, relações sociais e meio-ambiente, verificando como

interferem na qualidade de vida. Para os adolescentes com deficiência visual, o domínio social e o psicológico foram os que apresentaram maior escore. Dessa maneira, nossos achados de que as relações de amizade e a interação social positiva estimulam diretamente o lidar com a deficiência e aumentam a qualidade de vida, foram referendados. Os entrevistados citaram um papel essencial de algumas instituições filantrópicas sem fins lucrativos, que variaram desde organizações não governamentais, até serviços de atendimentos especializados. Tais instituições auxiliaram com o agendamento de consultas médicas e acompanhamento ambulatorial; como também no percurso da doença na esfera patológica/biológica; no âmbito das adaptações e independência de tais indivíduos.

Considerando as entidades religiosas como setores importantes dentro de uma sociedade, foram apontadas a espiritualidade e religiosidade como aspectos que desempenham um forte apoio. As igrejas, exercem não só a aproximação de Deus, o que parece expandir o sentimento de aceitação e de esperança das famílias e seus adolescentes/crianças com DV; mas também a função de aproximação entre os membros da própria comunidade, que ajudam-se mutuamente e criam um vínculo afetivo de suporte emocional e material, servindo como uma instituição social. Foram elencados episódios de auxílio através de conversas, de grupos de jovens, da banda e da música, assim como com a compra dos óculos e a doação de cestas básicas e roupas.

A temática da religiosidade e da espiritualidade tem sido evidenciada em diversos estudos relativos à doença crônica, mostrando que tais elementos interferem na resiliência; ou seja, quando há maior acesso à religiosidade e à espiritualidade há também um nível de sensibilidade maior para a superação das dificuldades (Smedema & McKenzie, 2007; Vilhena et al., 2014; Holanda et al., 2015). Dentre os grupos sociais que as pessoas com deficiência física participaram, os religiosos foram os mais citados (Brasil, 2012).

4.2 Sentir as fragilidades do apoio social: contrapontos

a. Serviços de saúde

A ausência de apoio dos serviços de saúde é um elemento de entrave para recuperação da criança/adolescente com DV. Diversas foram as situações em que as famílias sentiram-se negligenciadas pelos serviços de saúde. Essas variaram entre dificuldades de acesso ao atendimento público; espera prolongada das consultas agendadas; distanciamento da figura do médico com a população; relação profissional-família permeada por preconceito durante os atendimentos; distânciadodomicíliocom o atendimento ambulatorial de referência; recursos humanos e materiais escassos nos serviços de saúde; falta de resolubilidade; diagnóstico prolongado; falta de orientações quanto ao diagnóstico; incertezas da origem da deficiência visual e do tratamento; falta de sistema de referência e contra-referência informacional.

Para suprir as demandas de saúde de suas crianças/adolescentes com DV, as famílias recorreram à rede particular de saúde, que também apresentaram diversos problemas, tais como a não autorização de exames, falta de consultas, dificuldades para conseguir agendar cirurgias, diagnóstico prolongado ou errado, e desrespeito dos profissionais com os familiares. Entretanto apesar do desapoio dos serviços de saúde, as famílias elucidaram que a efetividade do serviço público ocorre a partir do momento em que se entra na Rede e que o ingresso é bastante conturbado, mas que quando ele é feito, os atendimentos são de qualidade e rápidos.

Além disso, as famílias trouxeram que sentem a necessidade de apoio desses serviços, por terem contato direto e frequente com eles em detrimento da condição crônica, e que nos poucos momentos em que isso aconteceu sentiram-se valorizadas, reconhecidas e hábeis para efetuarem escolhas que não eram para elas, mas sim para suas crianças/adolescentes; ou seja escolhas que deveriam ser feitas com responsabilidade e consciência, pois ressoariam longinquamente na vida do outro.

Os serviços de saúde de ambos os municípios desenvolvem uma assistência com enfoque biomédico, sem olhar para a integralidade da criança e do adolescente com DV e sua família. A desarticulação, ausência de referência e contra referência, acolhimento ineficaz e demora no agendamento foram observados mais intensamente no município A. Estudo que corrobora com os nossos achados observou nas experiências de famílias de crianças com doença crônica a ausência de comunicação entre profissional e família, longa espera pelo diagnóstico, ausência ou fragilidade no fornecimento de apoio emocional e de informações (Castelo-branco, Brito, & Fernandes-souza, 2014; Nunes, Dupas, & Nascimento, 2011) e a inexistência de ações de referência e contra referência. Além disso, as famílias não sentem-se acolhidas, o que interfere negativamente na percepção de apoio social recebido (Nunes et al., 2011).

b. Instituições de educação

Por vezes a escola não se mostrou como um ambiente formador de características morais, éticas, religiosas e pessoais. O preconceito e as diversas formas de violência com que as crianças/adolescentes com deficiência visual lidam dentro das escolas, ecoam na somatização de sentimentos de inferioridade, em personalidades reprimidas e na continuidade de um ciclo de violência, onde o opressor afeta o oprimido e esse revida-o com mais violência.

Através das entrevistas, esse estigma frente à deficiência visual, manifestou-se por dificuldades de relacionamento com alguns professores e alunos que impulsionam o bullying; desconhecimento da doença por parte de alguns professores; desestímulo do aluno e falta de interesse pelos estudos; reprovações e despreparo dos profissionais das escolas em lidar com as situações de adversidades.

Algumas crianças/adolescentes citaram o desejo de pararem de estudar ou até de serem matriculadas em escolas para crianças excepcionais, pois em visitas realizadas nessas escolas, receberam o apoio que aspiravam. Alguns familiares relataram a

necessidade da presença do educador especial, do psicopedagogo e do psicólogo como profissionais atuantes dentro das escolas. Alguns outros eventos evidenciados foram que as dificuldades que os alunos com deficiência visual possuem, são vistas por vezes como negligência e falta de interesse do aluno. Dessa maneira, diversos foram os relatos de preconceito e bullying recorrente nas escolas tanto por parte da gestão e dos professores, como também por parte dos colegas. A estigmatização da deficiência dentro das escolas propulsiona a escassez de suporte emocional, material, de informação e de interação social positiva para essas crianças/adolescentes e suas famílias.

Porém apesar dessa ausência de apoio, através das entrevistas não podemos desconsiderar as poucas, porém significativas escolas, que objetivam ofertar serviços no atendimento e na progressão educacional, empenhando-se em atender as diferentes demandas de seus heterogêneos alunos.

Dessa maneira, durante as falas foi dado ênfase à influência direta entre o comportamento e a atuação profissional adequada do professor com o êxito do aluno e o despertar para o gosto dos estudos. Assim como a facilitação do aprendizado através de atividades adaptadas ofertadas pelos professores aos alunos com DV. Algumas estratégias dentro de sala de aula também foram elucidadas como ponto de apoio ao deficiente visual, como sentar à frente da sala, o uso de livros ampliados e utilização de régua lupa.

A escola foi mencionada também como interlocutora entre os serviços de saúde. Alguns dos diretores fizeram o papel de agendar consultas nos serviços de saúde para essas crianças/adolescentes e orientar os cuidadores para que não perdessem a data do agendamento. Algumas instituições escolares mostraram-se como provedoras de apoio emocional para os familiares de crianças com DV, possibilitando esses alunos de se desenvolverem nos mesmos padrões que seus colegas sem deficiência e empoderando as famílias a lidarem com a situação crônica, foi citada em uma entrevista, que a escola auxiliou com o apoio instrumental também.

Entretanto, para as famílias seria ainda necessário que as organizações escolares, fossem mais presentes na vida das crianças/adolescentes que demandam um cuidado e um olhar específico. Como estratégia propõe uma apresentação das pessoas especiais realizada pelos professores no início do ano para as outras pessoas sem necessidades especiais, pois citam que quando se conhece o desconhecido, a convivência e o entendimento é bem mais tênue.

5 | CONCLUSÕES

Levando em consideração o conceito de rede de apoio, depreendemos que o apoio social é ofertado às crianças e adolescentes com deficiência visual e suas famílias, porém não pode ser descrito como uma rede, principalmente no que tange a experiência das famílias do município A. Não há articulação entre os serviços para que funcionem

efetivamente como redes de apoio. Nota-se que os “nós” de sustentação e interface entre as organizações acabam por serem dados pela própria família, por amigos e pela espiritualidade e religiosidade a fim de assegurarem pelo menos o mínimo de amparo. Os serviços de saúde mostram grandes falhas na assistência às crianças e adolescentes com DV e seus familiares e os de educação como propulsores da discriminação.

Apesar de todos os desafios enfrentados pela família na aquisição de apoio para o enfrentamento da DV, esta consegue se rearranjar e cuidar de seus membros da melhor maneira possível e minimizar tais sofrimentos.

A enfermagem familiar pouco tem feito para a pessoa com DV e menos ainda para a família como um todo. Aponta-se a necessidade dos profissionais de saúde atuarem como real apoio para a população de deficientes visuais e suas famílias, através da humanização, da escuta qualificada, sendo fonte de informações e facilitadores de relações sociais. O profissional deve estabelecer aproximação com essa população para entender suas reais demandas e intervir de modo a contemplá-las efetivamente, seja ofertando apoio emocional e afetivo, ou ainda instrumental e de informações.

Há algumas investigações a respeito da rede de apoio de crianças, adolescentes e famílias com doenças crônicas, mas essas diminuem em relação às condições crônicas específicas, como a DV. Apesar de nossa pesquisa conter limitações quanto ao foco se voltar apenas para o relato das famílias e não ouvirmos os outros integrantes da rede de apoio, esse contribui significativamente no desvelar da rede de apoio, sob a perspectiva familiar da falta ou da fragilidade dela, na relação com as famílias estudadas.

AGRADECIMENTOS

Entidade financiadora: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

REFERÊNCIAS

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; FARIA, A.P.S.; COSTA, A.L.R.C.; & MARUYANA, S.A.T. (2009) Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In Pinheiro, R., & Martins, P.H. (ed.s). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: UFPE; CEPESC/IMS-UERJ; Recife: UFPE; São Paulo: **ABRASCO**; 187-94.

BLUMER, H. (1969). **Symbolic Interactionism perspective and method**. Califórnia: Prentice-Hall

CAIXETA, C.R.C.B.; MORRAYE, M.A.; VILLELA, W.V., & ROCHA, S.M.M. (2011) Social support for people living with AIDS. **Rev Enferm UFPE**, 5(8), 1920-30.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; & RÊGO, D.P. (2010) **Interacionismo Simbólico**: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(1), 146-61.

CHARON J.M. (2010). **Symbolic interactionism**: an introduction an interpretation, an integration (10^a ed). New Jersey: Prentice Hall.

FUENTES, G.N.; & OJEDA, M.A.A. (2007). Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. **Biblioteca Lascasas**, 3(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G.L., & Lopes, C.S. (2005). Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pro-Saude. *Cad Saude Publica*, 21(3), 703-14.

Hallaha D.P., & Kauffman J.M. (2009) *Exceptional learners: an introduction to special education* (11ª Edição). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Holanda, C.M.A., Andrade, F.L.J.P., Bezerra, M.A., Nascimento, J.P.S., Neves, R.F., Alves, S.B., & Ribeiro, K.S.Q.S. (2015). Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 175-184.

Minayo, M.C.S. (2010). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
Nóbrega, V.M., Collet, N., Silva, K.L., & Coutinho, S.E.D. (2010). Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev. Eletr. Enf*, 12(3), 431-40.

Pedro, I.C.S., Rocha, S.M.M., & Nascimento, L.C. (2008). Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latino-am Enferm*, 6(2), 324-7.

Pereiral, A.P.S, Teixeira, G.M., Bressani, C.A., Martini, J.G., & Martinil, J.G. (2009) O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm*, 62(3), 407-16.

Temporini, E. R., & kara-josé, N. (2004) A perda da visão: Estratégias de prevenção. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 67(4), 597-601.

Witt, W.P.; Deleire, T. (2009) A Family perspective on population health: the case of child health and the family. *WMJ*, 108(5), 240-45.

World Health Organization (2013). Prevention of blindness and visual impairment. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index5.html>

Zin, A.A. (2009). Causas de baixa visão e cegueira durante a gestação, parto e no recém-nascido. In Kara-josé N., & Rodrigues M.L.V. *Saúde ocular e prevenção da cegueira*. Rio de Janeiro: Cultura Médica

DIA MUNDIAL DA ORIENTAÇÃO / *WORLD ORIENTEERING DAY* – OFICINA DE DIVULGAÇÃO DO ESPORTE DE ORIENTAÇÃO NA UFG / REGIONAL CATALÃO

Cibele Tunussi

Universidade Federal de Goiás, Unidade
Acadêmica Especial de Engenharia
Catalão, Goiás

Carlos Henrique de Oliveira Severino Peters

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Engenharia
Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Valteir Divino da Silva

Federação de Orientação de Goiás
Ipameri, Goiás

Alvim José Pereira

Federação Internacional de Orientação
Caldas Novas, Goiás

RESUMO: O esporte de orientação é um esporte predominantemente desenvolvido em meio a natureza, sendo uma prática interdisciplinar onde o competidor utilizando de mapa e bússola, tem como objetivo acessar os pontos de controle no menor tempo possível. Anualmente a Federação Internacional de Orientação (IOF) define uma data para realização do Dia Mundial da Orientação (World Orienteering Day), no ano de 2018 foi no dia 23 de maio. O objetivo do Dia Mundial da Orientação é aumentar a visibilidade e acesso ao esporte entre jovens e aumentar o número de participantes em atividades escolares, bem

como em clubes associados as federações de todos os países auxiliando professores a inserir a orientação de maneira divertida e educativa e levando o esporte a mais lugares. Na UFG, Regional Catalão, foi realizada nos dias 25 e 26 de maio oficina de divulgação do Esporte de Orientação, com o objetivo de compor a data comemorativa do Dia Mundial de Orientação. Essa oficina contou com palestras de divulgação e apresentação desse esporte e também com a realização de um percurso treino para a prática do esporte. Nos dois dias de evento participaram cerca de 100 pessoas. Fez parte do público participante crianças de 11 anos até adultos na faixa de 65 anos. O público predominante foi de jovens. A oficina proporcionou a vivencia de uma prática esportiva inclusiva e desafiadora, um momento recreativo entre os participantes e a consolidação do objetivo principal do evento que é a divulgação do esporte de Orientação.

PALAVRAS-CHAVE: Desporto Orientação. Orienteering Day. Corrida de Orientação.

ABSTRACT: The orienteering sport is developed mainly in the nature, is an interdisciplinary practice where the competitor uses a map and compass, with the objective to access the control points as fast as possible. The International Orienteering Federation (IOF) has set a date for World Orienteering Day on 23 May 2018. The aim of the World Orienteering Day is to increase

the visibility and the access to the orienteering for students introducing the sport in school activities as well in around the world federated orienteering clubs, supporting to put in place the orienteering sport in a funny and right way. At UFG, Catalão site, on May 25 and 26, was done a practice activity to disclose the orienteering sport as part of the World Orienteering Day. That activity count on a lecture to explain the sport and a train course to practice. On the two days event around hundred persons gone through. The public was composed of 11 years kids to 65 years adult. The practice provided an opportunity to play a real challenge and inclusion sport, gather a recreational activity to every one assigned and were reached the aim of the event publicizing the orienteering sport.

KEYWORDS: Orienteering sport, run, foot orienteering.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2016 a Federação Internacional de Orientação (IOF - International Orienteering Federation) criou o Dia Mundial da Orientação (World Orienteering Day), como data comemorativa para a prática e divulgação do Esporte no mundo todo.

A principal característica da criação desse projeto, foi aumentar a visibilidade e acessibilidade da orientação para jovens, aumentando o número de participantes tanto nas atividades em escolas, como nas atividades dos clubes de orientação em todos os países das Federações Nacionais, ajudando os professores a implementar a orientação de maneira divertida e educacional (IOF, 2018).

O esporte de orientação é um esporte predominantemente desenvolvido em meio a natureza, sendo uma prática interdisciplinar que desenvolve e estimula a iniciativa e criatividade. Mello et al. (2010) apresentam o esporte de orientação como proposta metodológica de ensino inclusiva, interdisciplinar e de extensão, compreendendo que cada aluno tem possibilidade de aprender e possui habilidades e potencialidades diferenciadas.

Em 2018, o Dia Mundial da Orientação foi comemorado no dia 23 de maio, e os eventos que foram programados e cadastrados para os dias 23 até 29 de maio foram contabilizados para a data comemorativa no mundo todo (Figura 1).

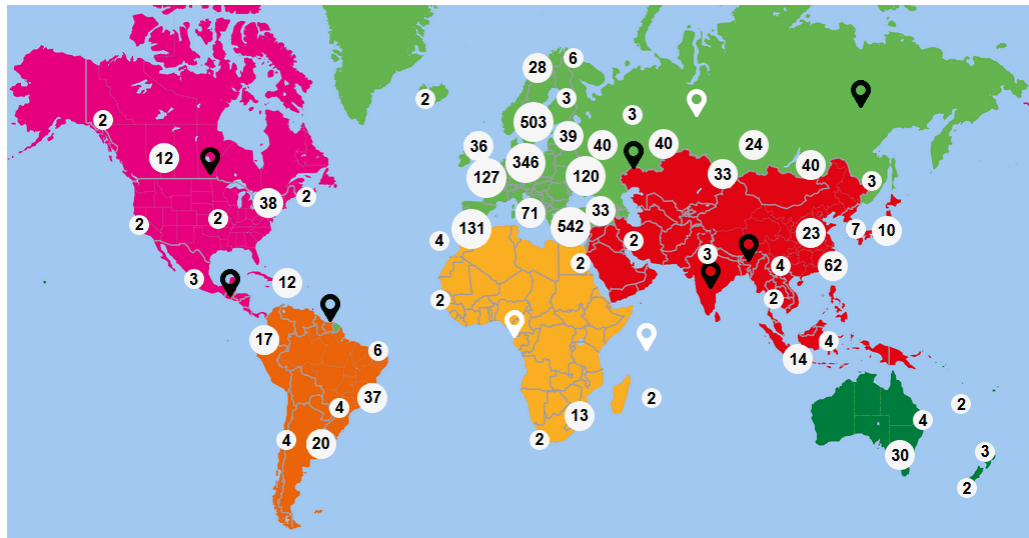


Figura 1: Mapa contendo a localização e a quantidade de eventos cadastrados no mundo para o projeto do Dia Mundial da Orientação em 2018. Fonte: Nilson & Anderson (2018).

Na Universidade Federal de Goiás (UFG) foram realizadas palestras de divulgação e apresentação do Esporte de Orientação no dia 25 de maio. No dia 26 de maio, foi realizada uma Clínica de Orientação e percurso treino nas dependências físicas da Secretaria do Meio Ambiente de Catalão (SEMAC).

O evento, cadastrado como um evento de extensão na UFG e contou com parceria e realização da Federação de Orientação de Goiás (FOG) e do Clube de Orientação Entre Rios (COER) foi aberto ao público interno da UFG e à comunidade em geral.

2 | O ESPORTE DE ORIENTAÇÃO

Segundo PARLEBÁS (1987), os esportes na natureza buscam a essência de cada ser humano, a preservação da individualidade e o respeito às diferenças de cada um, sem a imposição de um determinado estereótipo de comportamento.

Orientação é um esporte no qual os competidores navegam de forma independente através do terreno. Os competidores, auxiliados somente por mapa e bússola, devem visitar no menor tempo possível uma série de pontos de controle marcados no terreno. O percurso, definido pela localização dos pontos de controle, não é revelado aos competidores antes de suas partidas (CBO, 2017).

2.1 Uso de Mapa e Bússola

O mapa utilizado (Figura 2) é confeccionado especialmente para o esporte, a partir das regras pré-definidas. Exibe legenda característica e um trajeto pré-determinado para o percurso do Orientista. A bússola é o instrumento de navegação do competidor, juntamente com o mapa.

Isso exige do competidor habilidades de orientação, tais como a leitura precisa

do mapa, avaliação e escolha de rota, uso da bússola, concentração sob tensão, tomar decisão rápida, correr em terreno natural, entre outras. (Dorneles, 2010).

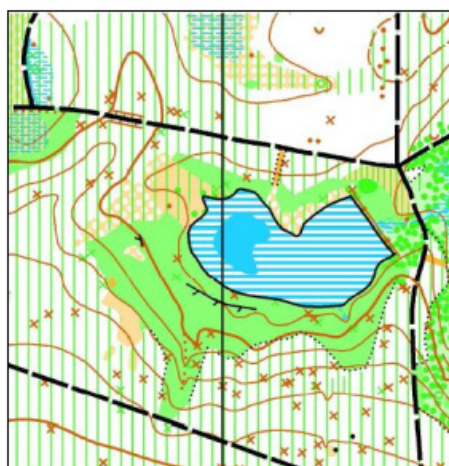


Figura 2. Detalhe de um mapa de orientação. Fonte: Silva (2011).

3 | OFICINA DE DIVULGAÇÃO DO ESPORTE DE ORIENTAÇÃO

A oficina do esporte foi dividida em duas atividades, sendo elas: duas palestras abordando informações diversas sobre o esporte e clínica de orientação apresentando a parte prática do esporte, com possibilidade de o atleta realizar um percurso treino de orientação.

3.1 Palestra de apresentação do Esporte de Orientação

Apresentou-se o histórico do esporte desde a sua origem na Suécia, onde por volta do ano de 1912 passou a ser praticado como esporte entrando para o programa da Federação Sueca de Atletismo, até a chegada do esporte no Brasil no ano de 1971.

Foram explicadas as diferentes categorias que se é possível praticar o Esporte de Orientação. Categorias essas que são primeiramente divididas por sexo, e a partir daí, separadas também por faixa etária e nível de dificuldade. O atleta da categoria N é o novato, que está iniciando no esporte, a categoria B é de nível difícil, a categoria A de nível muito difícil e a categoria E (elite) tem nível muito difícil e destina-se a atletas de alto desempenho com faixa etária entre 18 e 34 anos. As demais faixas etárias abaixo de 18 anos variam de dois em dois anos e acima de 35 anos variam de cinco em cinco anos (CBO, 2018). O caráter inclusivo do esporte foi exibido relatando a participação de atletas com idades de 6 a 70 anos, além da existência de categorias destinadas a pessoas com dificuldades de locomoção.

As palestras foram ministradas por atletas praticantes do esporte, que compartilharam informações a respeito da vivências proporcionadas pela prática esportiva, aprendizados e competências adquiridas e as experiências da participação de campeonatos (Figura 3A).

3.2 Clínica de Orientação

A clínica de orientação é uma atividade que se destina ao contato prático com o esporte orientação. Essa atividade foi realizada nas dependências da SEMAC. A área conta com uma diversidade de terrenos suficiente a proporcionar uma experiência que pode mostrar aos participantes a sistemática do esporte.

Na realização da clínica foram utilizadas faixas com resumos das legendas contidas nos mapas e suas explicações. A informação foi passada aos participantes por meio de aula expositiva. Nessa primeira etapa da clínica explicou-se as legendas que podem existir nos mapas e suas possíveis interpretações de acordo com os diferentes tipos de terreno e elementos físicos naturais ou antrópicos existentes (Figura 3B).

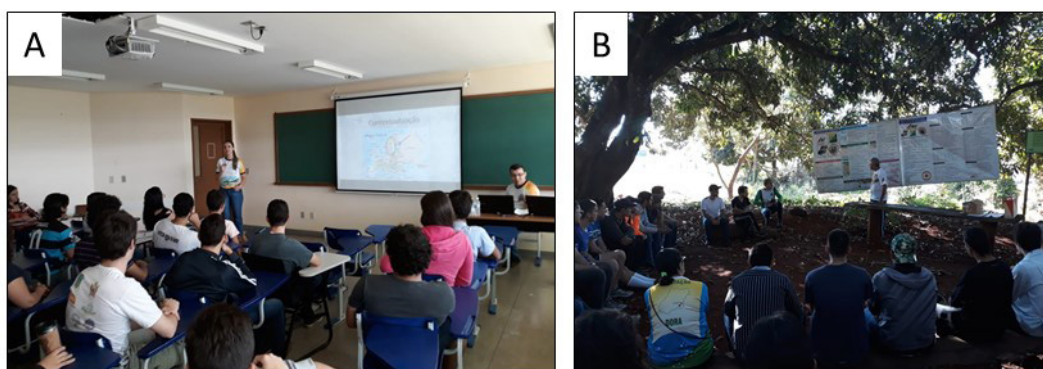


Figura 3. Em (A) palestra realizada na Universidade Federal de Goiás, em (B) aula expositiva sobre as legendas e simbologias dos mapas de orientação realizada na SEMAC.

Posteriormente foi realizada explicação a respeito do uso da bússola de navegação. Apresentados quais são seus elementos, os pontos cardeais e também a relação de escala entre o mundo real e os mapas. Nessa etapa os participantes interagiram utilizando bússolas e mapas.

Na etapa seguinte foi aplicada técnica utilizada para contagem da distância percorrida a pé chamada de aferição do passo duplo. Nesse procedimento os participantes fazem uma caminhada por uma distância conhecida, em geral 50 ou 100 metros, e contam 1 passo a cada vez que o pé direito toca o solo, ao final utiliza-se de regra de três simples para identificar quantos passos são necessários para percorrer uma dada distância objetivo.

Após essas explicações os alunos da clínica participaram de um percurso treino prático. Receberam um mapa da área e munidos de bússola percorrem a área realizando então a corrida de orientação, passando pelos pontos pré-determinados no mapa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a oficina de divulgação do Esporte de Orientação, participaram 95 pessoas

inscritas e alguns atletas orientistas para realização de percurso treino, abrangendo um total de 100 pessoas para o evento.

As palestras realizadas alcançaram um público de 37 pessoas, entre alunos da UFG e pessoas da comunidade. Após a finalização das palestras foram realizadas mais 5 inscrições para a clínica que iria acontecer no dia seguinte, de pessoas que não conheciam a modalidade, refletindo a importância de realização desses eventos para divulgação e apresentação do Esporte.

Para a Clínica de Orientação realizada no sábado, estavam presentes 58 participantes. Sendo, 39 do sexo masculino e 19 do sexo feminino (Figura 4).

A participação maior foi do público do sexo masculino, sendo 67% dos participantes. Fizeram inscrições participantes de faixa etária de 10 a 15 anos e também participantes acima dos 40 anos. O participante mais jovem possui 11 anos e o mais idoso 65 anos.

Todos os participantes concluíram o percurso do treino estipulado dentro do tempo normal de prova. Após a realização do treino, foi realizado o fechamento da prova e o resultado do percurso com a colocação por faixa etária enviado aos participantes, para que eles pudessem avaliar seus erros e acertos durante o trajeto percorrido. Permitindo assim a reflexão das tomadas de decisão individual.

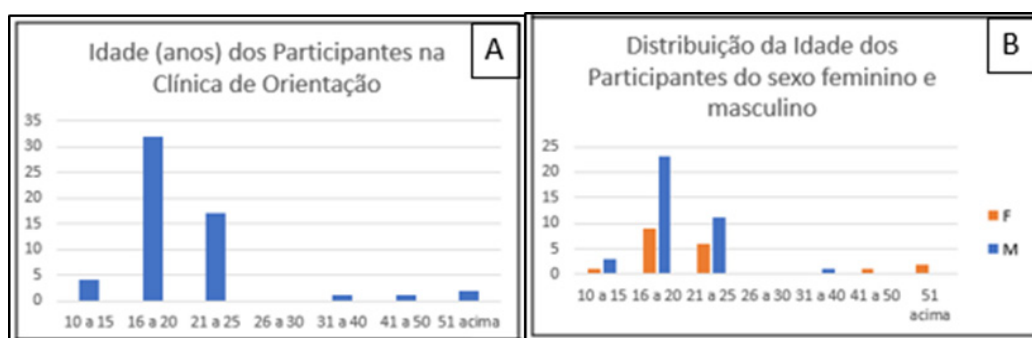


Figura 4. Gráficos de Distribuição das idades dos participantes na Clínica de Orientação. Em A a distribuição das idades dos participantes em geral. Em B as idades distribuídas dos participantes do sexo feminino (laranja) e do sexo masculino (azul).

A distribuição das faixas etárias mostra um caráter inclusivo do esporte, tendo sido o evento divulgado principalmente na Universidade, atraiu não só os jovens, mas também adolescentes e adultos até 65 anos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os autores consideram que o objetivo do evento para o Dia Mundial da Orientação foi atingido com sucesso, tendo sido divulgado para 100 pessoas.

Será enviado em breve um questionário de avaliação para os participantes com o objetivo de medição da satisfação e oportunidade de melhoria para os próximos eventos a serem realizados.

6 | AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à coordenação de extensão e cultura da UFG, à SEMAC pela liberação da área para realização da Clínica e percurso treino de Orientação, à Federação de Orientação do Estado de Goiás (FOG) e o Clube de Orientação Entre Rios (COER) pelo apoio total para realização e concretização desse evento. Aos palestrantes, instrutores, traçador de percurso, equipe de campo e toda equipe de voluntários (alunos e professores) que disponibilizaram tempo para divulgação e realização das inscrições para o evento

REFERÊNCIAS

CBO. **Regras Gerais de Orientação Pedestre 2018**. Brasília (DF), 2017. 34p. Disponível em: <<https://www.cbo.org.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

DORNELES, J. O. F. **Prospecto de apresentação do esporte de orientação**. 2010. Confederação Brasileira de Orientação. Santa Maria.

IOF. **World Orienteering Day Guidelines**. 2018. 53p. Disponível em: <worldorienteeringday.com>. Acesso em: 26 de setembro de 2018.

MELLO, N. C. S.; MELLO, L. A. C.; RODRIGUES, E. T. Desporto Orientação como prática educativa. **Em Extensão**, Uberlândia, vol. 9, n. 2, p. 87-100, jul./dez. 2010.

NILSSON, J.; ANDERSSON, G. **World Orienteering Day**. 2018. Mapa, escala indeterminável, Disponível em: <worldorienteeringday.com>. Acesso em: 26 de setembro de 2018.

PARLEBÁS, P. **Perspectivas para Una Educación Física Moderna**. 1987. Ed. Pássime Unisport. Espanha.

ECOLOGIA DO TRABALHO DE PESCADORES ARTESANAIS DO MUNICÍPIO DA RAPOSA, MARANHÃO, BRASIL

Maria do Socorro Saraiva Pinheiro

Professora da Universidade Federal do Maranhão
- UFMA

Departamento de Oceanografia e Limnologia
São Luís – MA. Brasil

José Manuel Peixoto Caldas

Investigador Integrado do Instituto de Saúde
Pública da Universidade do Porto – UP
Faculdade de Medicina
Porto - Portugal

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar o ambiente e as condições de trabalho dos pescadores artesanais do município da Raposa e suas relações com a saúde. A unidade de estudo foi o grupo, no caso, pescadores artesanais, a posição do pesquisador foi observacional, quanto ao referencial temporal foi do tipo transversal, portanto, foi um estudo ecológico do tipo analítico e descritivo. O estudo foi aprovado por comitê de ética da Universidade Federal do Maranhão, sob o registro: CAAE: 31063014.1.0000.5087. As técnicas usadas foram observação participativa e análise de prontuários. Foi observada uma situação de conflito ambiental nas falas dos pescadores. Na análise dos prontuários a principal queixa registrada foi em relação a micoses presente nas genitálias masculinas, tal fato visto isoladamente poderia se inferir falta de higiene,

mas na verdade tais micoses podem ocorrer devido a estes trabalhadores permanecerem com as roupas úmidas a maior parte do tempo. Outra queixa relevante identificada nos prontuários foram ferimentos ocasionados por instrumentos cortantes. Nas observações de campo a principal queixa foram lesões auto referidas nos lábios, mas nos prontuários não foi identificado tal queixa. Tanto nos prontuários como nas observações feitas em campo houve registros de dores lombares, além de registro do uso de álcool durante a atividade de pesca. Percebe-se um sofrimento psíquico causado pela incerteza e a inconstância da produção. Tanto o ambiente como as condições de trabalho dos pescadores são inadequadas, e devem ser considerados como fatores determinantes na condição de saúde desses trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde do Trabalhador, Pescadores Artesanais, Prontuários.

ECOLOGY OF THE WORK OF ARTISANAL FISHERMEN OF THE MUNICIPALITY OF RAPOSA, MARANHÃO, BRAZIL

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the environment and working conditions of artisanal fishermen in the municipality of Raposa and their relationship with health. The study unit was the group, in this case,

artisanal fishermen, the position of the researcher was observational, as far as the temporal reference was of the transverse type, therefore, it was an ecological study of the analytical and descriptive type. The study was approved by an ethics committee of the Federal University of Maranhão, under the: CAAE: 31063014.1.0000.5087. The techniques used were participant observation and analysis of medical records. A situation of environmental conflict was observed in the words of fishermen. In the analysis of the medical records the main complaint registered was in relation to mycoses present in the male genitalia, this fact seen alone could be inferred lack of hygiene, but in fact such mycoses can occur because these workers remain with the wet clothes most of the time. Another relevant complaint identified in the medical records were injuries caused by sharp instruments. In the field observations the main complaint was self-reported lesions on the lips, but in the medical records no such complaint was identified. Both records with the observations made in the field were no reports of back pain, as well as record of the use of alcohol during fishing activity. It is perceived a psychic suffering caused by the uncertainty and inconstancy of production. Both the environment and working conditions of fishermen are inadequate, and should be considered as determining factors in the health status of these workers.

KEYWORDS: Worker Health, Artisanal Fishermen, Medical Records.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) em texto citado por Garrone Neto et al. (2005) a pesca é reconhecidamente como uma das atividades de trabalho mais perigosa.

Existem vários riscos que envolvem a atividade pesqueira, como por exemplo: exposição direta dos pescadores com águas contaminadas por esgoto doméstico, contato com substâncias tóxicas lançadas indevidamente no mar, os tipos de utensílios utilizados no seu cotidiano de trabalho, como facas, rede, anzol e outros materiais que são pontiagudos ou perfurocortante que podem cortar ou perfurar. Além destes, existe risco de acidentes com animais aquáticos, risco de intoxicação pelo contato direto da pele com óleo diesel ou lubrificante do motor, entre outros. Quanto ao ambiente de trabalho dos pescadores profissionais, é classificado de “espaço confinado” considerando que a maior parte do tempo de seu trabalho eles estão embarcados. Nesse ambiente existem vários desconfortos, tais como: balanço do barco; ambiente do barco com chão molhado; contato direto com a água salgada; ambiente desprotegido do sol, com radiação solar direta e indireta, devido ao reflexo dos raios solares no espelho d’água; ambiente com ruídos e vibrações constantes; presença de fumaça devido a queima de combustível; e como o barco é um veículo pode provocar e sofrer acidentes de trânsito no mar (BRASIL, 2007).

Portanto há de se reconhecer que tanto o ambiente como as condições de trabalho dos pescadores são inadequadas, sendo assim, podem ser considerados como fatores determinantes na condição de saúde desses trabalhadores, mas ainda

são poucos os estudos que relacionam tais variáveis à saúde dessa população de trabalhadores.

Barbosa (2006) realizando pesquisa sobre a qualidade de vida de pescadores artesanais (Colônia Z- 7 - Itaipu e Piratininga, Niterói, RJ) observou nos primeiros contatos, a existência de um número significativo de pescadores, ou suas esposas e filhos, que narravam a presença de diagnóstico recente de depressão, obtido através dos serviços de saúde pública da região, e destacou que na pesquisa de campo a existência de 9% de moradores adultos com diagnóstico de depressão grave e outros 25% com diagnóstico médico de sintomas relacionados a estresse (insônia, elevação de pressão arterial, dentre os mais comuns) em sua maioria jovens adultos (faixa etária de 22 a 30 anos) e adultos (acima de 40 anos).

Pena et al. (2011) realizaram estudos qualitativos em uma comunidade de Ilha de Maré no estado da Bahia com pescadores artesanais e familiares e concluiu que as marisqueiras devem ser incluídas dentre os grupos sociais de riscos que realizam esforços excessivos e repetitivos do sistema musculoesquelético nas atividades do trabalho.

A profissão de pescador profissional foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 221, de 28 de fevereiro de 1967 (CAMPANHOLE; CAMPANHOLE, 1999 *apud* BRASIL, 2012).

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002 os pescadores estão agregados dentro do grande grupo ocupacional nº 6: *trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca. Este grande grupo compreende Produtores na exploração agropecuária; Trabalhadores na exploração agropecuária; Pescadores e extrativistas florestais; Trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal.* Essa classificação além de enumerativa é também descritiva; sob a ótica enumerativa é utilizada em registros administrativos como a Relação Anual de Informações Sociais - Rais, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Caged, Seguro Desemprego, Declaração do Imposto de Renda de Pessoa Física - Dirpf, dentre outros. Em pesquisas domiciliares é utilizada para codificar a ocupação como, por exemplo, no Censo Demográfico, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad e outras pesquisas de institutos de estatísticas como o IBGE e congêneres nas esferas dos estados e dos municípios, e sob a ótica descritiva é utilizada nos serviços de recolocação de trabalhadores, na elaboração de currículos e na avaliação de formação profissional, nas atividades educativas das empresas e dos sindicatos, nas escolas, e nos serviços de imigração, por que inventaria detalhadamente as atividades realizadas no trabalho, os requisitos de formação e experiência profissionais e as condições de trabalho (BRASIL, 2002).

A Lei nº 11.699, de 2008 reconheceu as Colônias de Pescadores, as Federações Estaduais e a Confederação Nacional dos Pescadores como órgãos de classe dos trabalhadores do setor artesanal da pesca e cabe às Colônias, às Federações Estaduais e à Confederação Nacional dos Pescadores a defesa dos direitos e interesses da categoria (BRASIL, 2008). E o Cadastro Especial de Colônias de Pescados foi

regulamentado através da Portaria Nº 547, de 11 de março de 2010, a qual credencia as Colônias de Pescadores, Federações e a Confederação Nacional ao Código Sindical, que no seu Art. 1º “*Estabelecer, no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, o Cadastro Especial de Colônias de Pescados – CECIP*” (BRASIL, 2010).

O objetivo desse estudo foi analisar o ambiente e as condições de trabalho dos pescadores artesanais do município da Raposa e suas relações com a saúde, particularmente a atividade de pesca extrativista marinha.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Critérios de escolha da amostra

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ter idade igual ou maior de 18 anos, ser pescador profissional, independente do gênero, residentes e domiciliados no município da Raposa e, ser registrados na Colônia de Pescadores, portanto, os sujeitos que não tivessem esses pré-requisitos foram excluídos da pesquisa.

Caracterização física da área de estudo

De acordo com El-Robrini et al. (2006) a Zona Costeira do Estado Maranhão – ZCEM possui cinco setores: (i) Golfão Maranhense; (ii) Litoral oriental; (iii) Litoral ocidental; (iv) Baixada Maranhense e (v) Parque Estadual Marinho do Parcel Manuel Luís.

No Golfão Maranhense, existe um arquipélago de ilhas, formado pela ilha de São Luís (onde se localiza os municípios de São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa), Tauá-Mirim, Tauá-Redondo, Guarapirá, Ilha do Medo, Duas Irmãs, Das Pombinhas e Curupu. A ilha de São Luís está inserida no Golfão Maranhense, formado pelas baías de São Marcos e São José. A região apresenta amplitudes de maré de cerca de sete metros, o que ocasiona extensa invasão do continente pelas águas marinhas, com aparecimento de longas faixas de sedimentos lamosos, colonizados então por denso cinturão de mangues (MARTINS-JURAS et al. 1987). A temperatura superficial da água varia muito pouco, sendo a salinidade o único parâmetro hidrográfico com variação sazonal significativa (STRIDE et al.1992), diretamente relacionada com a precipitação pluvial e o aporte de água fluvial.

A área de estudo localiza-se na parte nordeste da ilha de São Luís, município da Raposa (02° 25' 22”S e 44° 05' 21”W) (Figura 1). É caracterizada por relevo baixo e uma flora dominante de mangue. O principal aporte de águas fluviais provém da bacia do Rio Paciência, na zona leste da ilha.

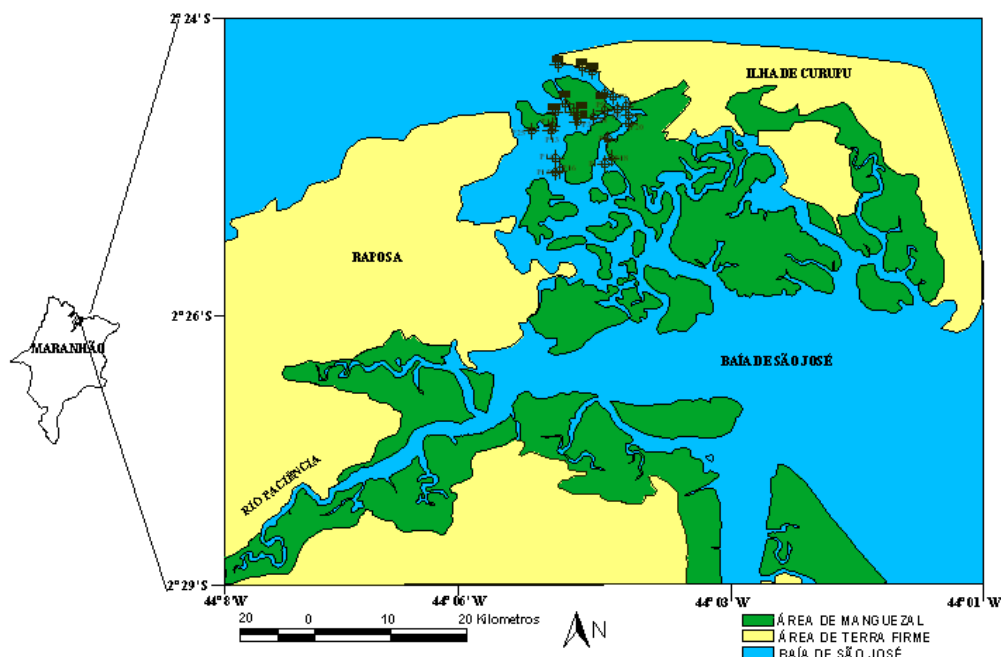


Figura 1. Mapa do Estado do Maranhão em destaque o município da Raposa.

METODOLOGIA

A unidade de estudo nesta pesquisa foi o grupo (pescadores artesanais), a posição do pesquisador foi observacional, quanto ao referencial temporal foi do tipo transversal, portanto foi um estudo ecológico do tipo analítico e descritivo, com o objetivo de registro das condições de trabalho dos pescadores artesanais no município da Raposa, e suas relações com a saúde.

As técnicas escolhidas para o estudo observacional do trabalho dos pescadores artesanais foram: gravações de depoimentos de pescadores, observação participativa, além da análise de prontuários nos estabelecimentos de saúde do município, que segundo dados disponíveis no IBGE existem cinco estabelecimentos de saúde pública municipal e dois estabelecimentos de saúde privada (IBGE, 2010).

Para a realização do trabalho de campo inicialmente se pretendia estabelecer contato com os dirigentes da Colônia de Pescadores do município da Raposa, com a finalidade de apresentação do projeto de pesquisa e agendamento das reuniões, depois então se iniciaria o trabalho de campo propriamente dito.

Aspectos éticos da pesquisa

O projeto dessa pesquisa contou com financiamento da FAPEMA (Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científica e Tecnológico do Maranhão). Para cumprir as normas que regulamentam as pesquisa com seres humanos no país, o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da UFMA através da Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil). Um dos documentos exigidos para submissão no CEP é a declaração de liberação de coleta dos dados, no caso, o

representante da Secretaria Municipal de Saúde da Raposa. Sendo assim o protocolo de pesquisa foi submetido (CAAE: 31063014.1.0000.5087), só após a aprovação pelo Comitê de Ética teve início o trabalho de campo. Considerando que estavam previstas além das análises de prontuários nas unidades de saúde do município e gravações de depoimentos de pescadores.

3 | RESULTADOS

Quanto a estratégia de recrutamento dos sujeitos da pesquisa através da colônia de pescadores não foi possível, sendo assim se fez necessário o contato direto do pesquisador com os sujeitos da pesquisa sem nenhuma intermediação institucional, mas através do contato com os pescadores mais antigos indicados pela comunidade.

Embora não seja objeto desse estudo, mas merece destaque é a relação dos pescadores com a colônia, eles se isolam e, deixam de participar das reuniões. Eles estão associados à colônia apenas com a finalidade de ter acesso aos benefícios previdenciários garantidos por lei.

Foi observada uma situação de conflito ambiental nas falas dos pescadores, devido em grande parte ao declínio da produtividade pesqueira, mas também pelo fato de outros pescadores “de fora” procedentes de outros locais usarem as áreas de pesca, conforme relatos dos sujeitos da pesquisa.

Existem varias modalidades de pesca na Raposa que variam em função do tipo de peixe procurado e do local escolhido, na maioria das vezes eles têm que remar longas distancia, além da exposição direta e continua da radiação solar, é uma pratica exaustiva. Percebe-se um sofrimento psíquico causado pela incerteza e a inconstância da produção.

A maioria dos pescadores artesanais não possuem embarcações com maior autonomia para se deslocarem aos melhores locais de pesca, “pesqueiros”, nem condições financeiras para abastecer tais embarcações ou mesmo o “rancho” (alimentação que o pescador leva durante a pesca), então, o “dono do barco” proporciona tais condições. Portanto a produção é dividida com o “dono do barco”. Depois para comercializar, segundo eles precisam do “atravessador”, mas uma vez é dividida a produção, eles ficam com o mínimo.

A principal queixa de saúde dos pescadores em relação a sua atividade foram dores lombares, também lesões auto referidas, no caso, principalmente nos lábios, às quais eles atribuem a exposição solar. E quando indagados o que fazem para se proteger do sol, a única resposta foi quanto ao uso de chapéu ou boné.

Análise dos prontuários foi realizada com a finalidade de identificar ocorrência de agravos de saúde relacionadas as condições de trabalho dos pescadores artesanais do município da Raposa e foi constatado nos registros que existe na maioria dos casos queixas relacionadas ao tipo de trabalho realizado pelos sujeitos desta pesquisa.

Foram observados 8.233 prontuários correspondentes aos anos de 2005 a 2015,

destes 5.896 os dados de identificação do paciente o item “ocupação” não estava preenchido. Dos 2.327 prontuários restantes, nos quais esse item foi preenchido, apenas 69 eram de pescadores e 126 marisqueiras. Mas a interpretação desses dados só foi possível quando cruzados com as observações do cotidiano dos pescadores.

Uma quantidade significativa de queixas em relação a micoses presente nas genitálias masculinas registradas nos prontuários dos pescadores, tal fato visto isoladamente poderia se inferir falta de higiene, o que provavelmente também existe, mas na verdade tais micoses ocorrem devido a estes trabalhadores permanecerem com as roupas úmidas a maior parte do tempo, sendo assim, esta circunstancia proporcionam o aparecimento destas enfermidades, portanto, pode ser considerada doença ocupacional.

Outra queixa identificada nos prontuários foram ferimentos ocasionados por instrumentos cortantes, que não necessariamente poderiam ter sido causados por facas, mas podem ter sido causados por anzóis. Entretanto nas observações de campo a principal queixa foram lesões nos lábios, as quais provavelmente são queilite actínica, uma lesão precursora do carcinoma de células escamosas e de lábios, mas nos prontuários não foi identificado nenhum diagnóstico de queilite actínica.

Tanto nos prontuários com as observações feitas em campo houve registros de dores lombares que estão relacionadas a atividade da pesca, além de registro do uso de álcool durante a atividade de pesca.

Os resultados encontrados são relevantes sob o ponto de vista de saúde publica destes trabalhadores, e revelaram resultados significativos ainda não discutidos nas políticas de saúde do homem.

4 | CONCLUSÃO

A observação do cotidiano dos pescadores artesanais do município da Raposa mostrou ser uma pratica exaustiva. E percebe-se um sofrimento psíquico causado pela incerteza e a inconstância da produção. Todavia há de se reconhecer também que tanto o ambiente como as condições de trabalho dos pescadores são inadequadas, e devem ser considerados como fatores determinantes na condição de saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. R. D. S. Subjetividade e Complexidade Social: Contribuições ao Estudo da Depressão **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(2):317-350p. 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupação**. 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria Especial de Aqüicultura e Pesca da Presidência da Republica. **Saúde e**

Segurança dos Pescadores. Série Formação e Valorização do Pescador. 34p. 2007.

BRASIL. Lei n. 11.699 de 13 de junho de 2008. Dispõe sobre as Colônias, Federações e Confederação Nacional dos Pescadores, regulamentando o parágrafo único do art. 8º da Constituição Federal e revoga dispositivo do Decreto-Lei n. 221, de 28 de fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11699.htm>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Estabelecer, no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, o Cadastro Especial de Colônias de Pescados - CECp, em face do disposto no parágrafo único do art. 8º da Constituição e no art. 1º da Lei No- 11.699, de 13 de junho de 2008. Portaria n. 547 de 11 de março de 2010. Publicada no Diário Oficial da União de 12 de março de 2010. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812CD2239D012CE9ADC2914FAC/port_574_20100311.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL a. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de ocupações. 2012. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

EL-ROBRINI, M.; MARQUES, V. J.; SILVA, M. A. M. A.; EL-ROBRINI, M. H. S.; FEITOSA, A. TAROUÇO, J. E. F.; SANTOS, J. S.; VIANA, J. R. Maranhão. In: MUEHE.(Org). **Erosão e progradação no litoral brasileiro**. Brasília: MMA, 2006. p. 87-130. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas/sqa_sigercom/_publicacao/78_publicacao12122008090524.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

GARRONE NETO, D.; CORDEIRO, R. C.; HADDAD Jr, V. Acidentes do trabalho em pescadores artesanais da região do Médio Araguaia, Tocantins, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3): 795-83p. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010. **Cidades @**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

MARTINS-JURAS, I. A. G.; JURAS, A. A.; MENEZES, N. A. Relação preliminar dos peixes da ilha de São Luís. **Revista Brasileira de Zoologia**, São Paulo, 4(2): p.105-113. 1987.

PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(8): p.3383-3392. 2011.

STRIDE, R. K.; V. S. BATISTA; L. A. B. RAPOSO. **Pesca experimental de tubarão com redes de emalhar no litoral maranhense**. São Luís, FINEP/ODA. 160p. 1992.

ENVELHECER COM QUALIDADE E PARTICIPAÇÃO: EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Priscila Maitara Avelino Ribeiro

Assistente Social, Doutoranda UNESP-Franca

Marta Regina Farinelli

Assistente Social, Docente UFTM-Uberaba MG

Rosane Aparecida de Sousa Martins

Assistente Social, Docente UFTM-Uberaba MG

RESUMO: Este é um relato de experiência que tem como objetivo descrever o trabalho socioeducativo desenvolvido com pessoas idosas do grupo HiperDia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A atividade foi realizada no período de março de 2016 a março de 2017. Atualmente, estão inscritos 578 usuários na idade de 60 a 80 anos. Foi utilizada no grupo educativo a metodologia dialógica, por meio de atividades pautadas na promoção da saúde e no envelhecimento ativo e saudável. Como facilitadores, foram envolvidos residentes multiprofissionais e outros profissionais da unidade de saúde. Constatou-se a melhoria na autonomia, independência e participação dos (as) idosos (as) no seu processo de saúde e cuidado, com influência em sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Idoso, Qualidade de vida.

ABSTRACT: This is an experience report whose objective is to describe the social-educational

work developed with elders from the group HiperDia in a Primary Health Care Unit (UBS). The activity was conducted from March 2016 to March 2017. Currently, 578 users from 60 to 80 years of age are registered. A dialogic methodology was used in the group, through activities based on health promotion and active healthy aging. Multiprofessional residents and other professionals from the health unit were the facilitators and conducted the group. It was noted an improvement in the autonomy, independence and participation of the elders in their process of health and care, influencing in their quality of life.

KEYWORDS: Aging, Aged, Quality of life.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o debate acerca do processo de envelhecimento ativo tem sido tema de vários pesquisadores e estudiosos, em virtude da longevidade da população mundial¹. Assim, a busca pela qualidade de vida das pessoas idosas acaba se tornando um desafio para o poder público, para os profissionais que atuam com este segmento populacional, bem como para toda a sociedade que se relaciona com os (as) idosos (as), quer seja no espaço de trabalho ou no convívio familiar.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988

define a proteção social, configurando-a como um sistema de Seguridade Social que compreende as políticas da previdência social, da assistência social e da saúde, sendo as mesmas reconhecidas como políticas públicas e direitos sociais destinadas a todos os segmentos populacionais.

No âmbito da Política de Saúde, dentre os documentos legais que garantem o direito à saúde, destaca-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que surgiu há mais de 25 anos como uma nova configuração política e organizacional para o rearranjo dos serviços e ações de saúde. Seu objetivo é garantir uma assistência à saúde em todo país, sem distinções e discriminações. O SUS possui princípios doutrinários para a sua efetivação, que consistem em: Universalidade, Integralidade e Equidade. Além disso, as diretrizes que regem a sua organização são: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização e Participação dos

Cidadãos. Tais princípios e diretrizes norteiam os serviços de saúde no país ². Por sua vez, a Atenção Básica é uma das propostas do Ministério da Saúde para implementar os princípios do SUS nos serviços de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de oferecer uma assistência integral que melhore a situação de saúde e desenvolva a autonomia das pessoas. Ela deve ser o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde ³.

A Atenção Básica engloba, dentre outras iniciativas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta surge na década de 1990, inicialmente configurada como Programa de Saúde da Família, como uma ousada proposta para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes ³. A ESF está centrada na família, que é assistida em seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes da Saúde da Família uma compreensão do processo saúde-doença da população atendida, permitindo uma melhora na qualidade da assistência e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos usuários.

Os atendimentos e cuidados oferecidos na Atenção Primária são complexos, ao contrário do que muitos pensam, e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações interfiram na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade ⁴.

Neste contexto, o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) propõe o acompanhamento de pessoas/usuárias hipertensas e/ou diabéticas, tendo como um dos objetivos vincular a pessoa à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) de referência, realizar uma assistência contínua e de qualidade.

O HiperDia é consolidado por intermédio dos profissionais atuantes na Estratégia

Saúde da Família (ESF), que implementam as ações aos usuários e demonstram a importância do cuidado com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Tais profissionais trabalham com modelos de atenção mais responsáveis, com vista a estimular nos usuários o autocuidado, co-responsabilizando-os pela sua própria saúde ⁵.

Nesta perspectiva, o grupo de Residentes multiprofissionais das seguintes categorias: Assistente Social, Enfermeira, Fisioterapeuta, profissional de Educação Física, da área de concentração da saúde do idoso do Programa de Residência Integrada multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), juntamente com a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma UBS do município de Uberaba-MG, desenvolvem atividades com o Grupo HiperDia.

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, mostra que o diabetes atinge 9,1 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%). Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária são: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%. Já a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas ⁶.

As mulheres (24,2%) apresentavam maior proporção da doença que os homens (18,3%). O percentual de prevalência da doença aumentava com a idade: 2,8% para pessoas de 18 a 29 anos; 20,6% de 30 a 59 anos; 44,4% de 60 e 64 anos, 52,7% de 65 a 74 anos de idade e 55% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade ⁶. Com o processo de envelhecimento físico e biológico, e sem fatores ativos saudáveis, um número maior de doenças crônicas pode ocorrer e se desenvolver, havendo, portanto um maior número de pessoas diabéticas. Assim, é importante pensar como a sociedade está envelhecendo na atualidade, além de se trabalhar a importância do envelhecimento ativo saudável durante todo o ciclo de vida e não somente com o aumento da idade.

Desta forma, partindo da premissa que toda pessoa necessita pensar o processo do envelhecimento em sua totalidade, o presente relato tem como objetivo compartilhar o trabalho socioeducativo desenvolvido com pessoas idosas do Grupo HiperDia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) –de Uberaba – MG, tendo como foco a relevância do processo de envelhecimento humano ativo e saudável.

Para fins deste relato de experiência, se considerará envelhecimento ativo de acordo com a Organização Mundial de Saúde ⁷ como:

“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. “O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais”.

Entende-se que o envelhecimento traz transformações biológicas, podendo acarretar doenças crônicas, metabolismo lento, aparência desgastada, menor destreza e mobilidade. Ainda assim, estes fatores podem ser retardados ou ter seu impacto diminuído, se o processo de envelhecimento for com qualidade de vida.

Com vistas a desenvolver ações com enfoque no envelhecimento ativo e saudável propôs-se a realização de um projeto de extensão pautado numa proposta de educação em saúde.

A Educação em saúde compreendida como fator de promoção e proteção à saúde e a estratégia para a conquista dos direitos de cidadania. A Educação em saúde de acordo com o Ministério da Saúde⁸ é:

“a tradução da proposta constitucional em prática requer o desenvolvimento da consciência sanitária da população e dos governantes para que o direito à saúde seja encarado como prioridade.

Nesta perspectiva, o grupo de Residentes Multiprofissionais das seguintes categorias: Assistente Social, Enfermeira, Fisioterapeuta, profissional de Educação Física, da área de concentração da saúde do idoso do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), juntamente com a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma UBS do município de Uberaba-MG, desenvolvem atividades com o Grupo HiperDia.

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, mostra que o diabetes atinge 9,1 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%). Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária são: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%. Já a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas⁶.

As mulheres (24,2%) apresentavam maior proporção da doença que os homens (18,3%). O percentual de prevalência da doença aumentava com a idade: 2,8% para pessoas de 18 a 29 anos; 20,6% de 30 a 59 anos; 44,4% de 60 e 64 anos, 52,7% de 65 a 74 anos de idade e 55% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade⁶. Com o processo de envelhecimento físico e biológico, e sem fatores ativos saudáveis, um número maior de doenças crônicas pode ocorrer e se desenvolver, havendo, portanto um maior número de pessoas diabéticas. Assim, é importante pensar como a sociedade está envelhecendo na atualidade, além de se trabalhar a importância do envelhecimento ativo saudável durante todo o ciclo de vida e não somente com o aumento da idade.

Desta forma, partindo da premissa que toda pessoa necessita pensar o processo do envelhecimento em sua totalidade, o presente relato tem como objetivo compartilhar o trabalho socioeducativo desenvolvido com pessoas idosas do Grupo HiperDia de

uma Unidade Básica de Saúde (UBS) –de Uberaba – ftG, tendo como foco a relevância do processo de envelhecimento humano ativo e saudável.

Para fins deste relato de experiência, se considerará envelhecimento ativo de acordo com a Organização Mundial de Saúde ⁷ como:

“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. “O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais”.

Entende-se que o envelhecimento traz transformações biológicas, podendo acarretar doenças crônicas, metabolismo lento, aparência desgastada, menor destreza e mobilidade. Ainda assim, estes fatores podem ser retardados ou ter seu impacto diminuído, se o processo de envelhecimento for com qualidade de vida.

Com vistas a desenvolver ações com enfoque no envelhecimento ativo e saudável propôs-se a realização de um projeto de extensão pautado numa proposta de educação em saúde.

A Educação em saúde compreendida como fator de promoção e proteção à saúde e a estratégia para a conquista dos direitos de cidadania. A Educação em saúde de acordo com o Ministério da Saúde⁸ é:

“a tradução da proposta constitucional em prática requer o desenvolvimento da consciência sanitária da população e dos governantes para que o direito à saúde seja encarado como prioridade.

Assim, objetivo deste artigo é descrever o trabalho socioeducativo desenvolvido com pessoas idosas do grupo HiperDia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Uberaba(ftG).

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como um relato de experiência, de um projeto de extensão realizado por meio do trabalho socioeducativo pelos residentes do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM e equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma UBS do município de Uberaba-ftG.

O referido projeto socioeducativo se realiza desde 2011, para efeitos deste relato, se descreverá a atividade de 2016 a 2017.

A atividade utilizou perspectivas dialógicas e contou com uma equipe multiprofissional que faz parte da RIFTS – concentração saúde do idoso.

RESULTADOS

Estes grupos são desenvolvidos desde 2011 pela equipe de saúde da UBS (composta por enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos, dentistas,

técnicos em enfermagem), sendo que houve contribuição neste mesmo ano da primeira turma de residentes do referido Programa de Residência Integrado e Multiprofissional em Saúde.

A facilidade em desenvolver as atividades se deu pelo fato de que o quadro de profissionais/residentes inclui diversas categorias profissionais, o que amplia as discussões sob vários olhares e propicia aos participantes conhecimentos diferenciados.

A implantação deste projeto de extensão e prestação de serviços em 2016 foi realizada em três etapas. Inicialmente realizou-se a revisão bibliográfica de assuntos relativos à saúde, promoção da saúde, envelhecimento ativo e saudável, direitos sociais, hipertensão, diabetes, entre outros que contribuíram para o fortalecimento teórico dos facilitadores do grupo HiperDia. Também foi realizada uma pesquisa e coleta de informações em documentos legais das políticas de atendimento à pessoa idosa.

Os grupos de participantes do HiperDia se reúnem uma vez por semana (terças, quartas e quintas) e em cada dia atende-se às demandas de um determinado bairro, com área de abrangência da UBS.

No grupo é realizado o acolhimento dos participantes (em sua grande maioria pessoas idosas) com diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial, tendo a presença controlada por “cartões” que contêm os dados dos participantes e outras informações pertinentes à hipertensão e diabetes.

Em um segundo momento é realizado uma atividade com um tema norteador como: diabetes, alimentação, quedas, osteoporoses, hanseníase, pé-diabético, direitos sociais, relevância de se fazer exercícios físicos diariamente, feridas, envelhecimento ativo, entre outros assuntos que os participantes demandam ou sugerem para discussão.

Em cada encontro/dia um profissional da equipe de saúde da UBS e /ou equipe de residentes apresenta, discute e esclarece um tema consoante à sua área de formação profissional. Neste momento são realizadas dinâmicas em grupo, explanação dialogada, músicas, imagens, folhetos autoexplicativos, entre outros recursos que contribuem para facilitar o diálogo, a participação e o interesse dos presentes.

Em um terceiro e último momento do dia inicia-se a “pesagem”, medição da circunferência abdominal, aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, além de esclarecimentos de dúvidas acerca de alimentação, controle da diabetes, uso de medicamentos, entre outros que possam surgir. Posteriormente, e se necessário for, a pessoa é encaminhada para que possa consultar com o médico generalista da UBS.

As atividades ocorreram de março de 2016 até março de 2017 e visam: disseminar temas de educação em saúde que possam contribuir com a participação e a autonomia dos (as) idosos (as) para com sua saúde; buscar o atendimento para controle de hipertensão e diabetes; orientar os participantes nas dúvidas referentes a todo o processo de sua saúde; propor um grupo que contribua para o envelhecimento ativo e cuidado com a saúde. A equipe de facilitadores é composta por: 2 enfermeiros

da ESF; cerca de 15 agentes comunitários de saúde; 2 técnicos de enfermagem; 1 discente de graduação em Nutrição; 3 discentes de graduação em Enfermagem; 2 Residentes/Enfermeiras; 2 Residentes/Fisioterapeutas; 2 Residentes/profissionais de Educação Física e 1 Residente/Assistente Social.

As atividades são realizadas em sistema de revezamento: ora equipe UBS, ora equipe de residentes e após cada atividade os facilitadores registram e atualizam os dados dos participantes na ficha do SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional e na ficha de acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

De forma contínua as equipes realizam avaliação para garantir o atendimento integrado e prevenir os agravos causados pela elevação de pressão arterial ou altos níveis de glicemia capilar.

A equipe da ESF da UBS busca periodicamente aperfeiçoamento através de cursos de capacitação e formação continuada por meio da Secretaria Estadual de Saúde, e por professores da (Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)), para qualificar o atendimento proporcionado ao grupo do HiperDia, e contribuir para a intervenção realizada junto aos usuários.

DISCUSSÃO

A execução do projeto ocorreu por meio de abordagem dialógica⁹ e articulada em dois eixos norteadores: um relativo à aquisição do conhecimento e das habilidades de aprender e fazer, e o outro relacionado à convivência e ao autoconhecimento, tendo em vista a promoção da saúde, o controle de doenças crônicas, o incentivo à autonomia e à independência de forma participativa e coletiva, na busca de envelhecimento ativo e melhoria na qualidade de vida.

As atividades realizadas no grupo HiperDia estão fundamentadas na Política Nacional de Promoção da Saúde, pois atendem aos critérios de participação e do cuidado às pessoas com doença crônica, além de fomentar a participação e a autonomia da pessoa nos seus cuidados de saúde. Tais ações são pautadas no envelhecimento ativo, pois buscam no cuidado da pessoa idosa e no processo de envelhecimento participação e compreensão dos fatores que influenciam em um envelhecimento ativo, com qualidade de vida, autonomia e independência¹⁰.

Uma questão a se considerar no trabalho com a população idosa é o processo de envelhecimento, que é inerente à pessoa humana além de se caracterizar como um processo universal, progressivo e gradual da pessoa, de envolver fatores de ordem genética, biológica, sociopolítica, ambiental, psicológica e cultural¹¹.

As ações do projeto de intervenção têm se intensificado e verifica-se que a metodologia dialógica proporcionou a melhora e a adesão dos usuários ao tratamento anti-hipertensivo e/ou antidiabético na APS, bem como sua integração com a comunidade. Constatou-se também, pelo acompanhamento realizado pelas equipes,

que o comparecimento dos usuários na UBS tem aumentado de forma considerável.

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) é um sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão nas unidades básicas de saúde ¹². Esse sistema permite o monitoramento e o gerenciamento de informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada ⁵.

Além do cadastro e da distribuição de medicamentos, o sistema permite o acompanhamento e a definição do perfil epidemiológico desta população, e a organização de grupos de educação em saúde que poderão modificar os hábitos de vida errados dos usuários, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e reduzindo o custo social ¹³.

A proposta da RlftS tem provocado o diálogo acerca da necessidade e relevância do cuidado nas práticas de saúde, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, ratificando a contribuição do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, incluindo o reconhecimento da contribuição de outros saberes na assistência à saúde, possibilitando a compreensão dos sujeitos na sua totalidade.

No decorrer dos encontros, as equipes de facilitadores compostas por profissionais de saúde da UBS e profissionais residentes foram intensificando as discussões, e introduzindo ações com vistas ao envelhecimento ativo da população atendida no HiperDia.

As atividades realizadas no grupo de HiperDia buscam promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos que possam prejudicar a condição de saúde da população atendida na UBS. O grupo trabalha diretamente com a população idosa, buscando contribuir com o processo de envelhecimento ativo por meio de intervenções diretas e através da educação em saúde.

As atividades desenvolvidas no grupo de HiperDia estão em consonância com o conceito de promoção da saúde, apontado como:

“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”¹⁴.

Isto, pois, busca de alguma forma capacitar a pessoa idosa para o controle e melhoria da sua saúde.

Este processo ainda permite que as pessoas desenvolvam seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas: “participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários” ⁷.

É nesta perspectiva que o grupo HiperDia nesta unidade de saúde e com esses atores – profissionais da RlftS - tem trabalhado, buscando efetivar uma intervenção pautada no envelhecimento ativo e saudável, e não somente no envelhecimento físico

e aparente, fazendo com que as pessoas idosas possam compreender melhor seu processo de saúde e cuidado.

CONCLUSÃO

É imperioso que o debate sobre a participação e os cuidados acerca da saúde seja ampliado e disseminado pela equipe multiprofissional para a população idosa.

A participação, a autonomia nos assuntos referentes à saúde, bem como as demais dimensões da vida humana, buscam a qualidade de vida e um processo de envelhecimento ativo e saudável.

Neste âmbito pode-se afirmar que a realização das atividades de educação em saúde pelos Residentes junto com a equipe da UBS tem conseguido fazer do grupo HiperDia um espaço pautado na Política Nacional de Promoção da Saúde, visando um atendimento multiprofissional e integrado.

Acrescenta-se a isto, a participação da pessoa idosa, no que tange à sua saúde e ao controle/ acompanhamento de doenças crônicas, contribuindo efetivamente com a autonomia e a independência, com vistas à efetivação do envelhecimento ativo e com qualidade.

REFERÊNCIAS

Assis ft. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista APS [Internet]. 2005 [citado em 30 ago 2016]; 8(1):15-24. Disponível em: http://www.ufjf.br/nates/files/2009/1_2/Envelhecimento.pdf.

Ministério da Saúde (Br). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrina e princípios [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990 [citado em 01 set 2016]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 05 jan 1994 [citado em 01 set 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

Ferrari ftAC. O envelhecer no Brasil. ftundo Saúde 1999; 23(4):197-202.

Ministério da Saúde (Br). Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Souza BS, Chagas ftS, Silva ES, Domingos CB. Grupo de HiperDia: educando para vida. Rev Pesqui Cuid Fundam. (online). out/dez 2010 [citado em 09 nov 2016]; 2(Supl):401-404. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/959/pdf_162.

Buss P. Conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos; 2010 [citado em 30 ago 2016]. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>.

FITOTERAPIA RACIONAL: ASPECTOS TAXONÔMICOS, AGROECOLÓGICOS, ETNOBOTÂNICOS E TERAPÊUTICOS - ANO 2017

Angela Erna Rossato

UNESC. Curso de Farmácia, Criciúma - SC

Silvia Dal Bó

UNESC, Curso de Farmácia, Criciúma - SC

Roberto Recart dos Santos

UNESC, Curso de Farmácia e Ciências Biológicas. Criciúma - SC

Keli Alves Mengue

UNESC, Curso de Farmácia, Criciúma - SC

Fernando Oriques Pereira

UNESC, Curso de Farmácia, Criciúma - SC

Maria Eduarda Alves Ferreira

UNESC, Curso de Ciências Biológicas, Criciúma - SC

Vanilde Citadini-Zanette

UNESC, Curso de Farmácia e Ciências Biológicas, Criciúma - SC

RESUMO: A fitoterapia é prática milenar e apesar do advento dos medicamentos sintéticos permanece viva na atualidade. No entanto, com o envelhecimento da população e a polimedicação, a fitoterapia pode oferecer riscos, especialmente em relação às interações medicamentosas, produtos de origem vegetal falsificados/adulterados e a divulgação de efeitos milagrosos das plantas, aliados ao conceito de inocuidade. Contudo, estas informações nem sempre são acessíveis à população em geral. Considerando que

Agentes da Pastoral da Saúde são referência no uso/indicação de Plantas Medicinais (PM) no município de Criciúma e região, a UNESC desenvolve parceria com a Pastoral através de um Projeto de Extensão interdisciplinar visando a trocas de saberes, populares e técnico-científicos, para promover o uso seguro de PM e a valorização do conhecimento transgeracional. Os encontros são mensais, no formato de Roda de Conversa sobre a planta escolhida pelo grupo e identificada pelo Herbário Pe. Dr. Raulino Reitz da UNESC. No ano de 2017 foram estudadas dez PM, totalizando 40 usos medicinais populares na região. Destas PM, cinco são categorizadas como fitoterápicos pela ANVISA, as demais se enquadram no contexto popular, restringindo a prescrição e a indicação pelos profissionais de saúde. Oito PM possuem descrição sobre reações adversas e interações medicamentosas, respectivamente. Adicionalmente, sete, das dez plantas, possuem contraindicação, sendo a maioria para gestantes e crianças. O mesmo número (sete) também apresentam toxicidade. O projeto como um todo converge para o aprendizado coletivo, tanto da academia quanto da Pastoral da Saúde que é multiplicado na comunidade em que atuam.

PALAVRAS-CHAVES: Plantas Medicinais. Extensão Universitária. Educação em Saúde.

ABSTRACT: Phytotherapy is a millenarian

practice and despite the advent of synthetic drugs it remains alive today. However, with population aging and polymedication, phytotherapy may present risks, especially regarding drug interactions, fake / adulterated products of plant origin and the dissemination of miraculous effects of plants allied to the concept of safety. However, this information is not always accessible to the general population. Considering that Health Pastoral Agents are a reference in the use / indication of Medicinal Plants (MP) in the municipality of Criciúma and region, UNESC develops a partnership with the Pastoral through an Interdisciplinary Extension Project aiming at the exchange of knowledge, popular and technical- scientific, to promote the safe use of MP and the valorization of transgenerational knowledge. The meetings are monthly, in the format of Conversation Circle on the plant chosen by the group and identified by Herbário Dr. Raulino Reitz researchers from UNESC. In the year 2017, 10 MP were studied, totaling 40 popular medicinal uses in the region. Five of these MPs are categorized as herbal medicines by ANVISA, the others are classified in the popular context, restricting prescribing and indication by health professionals. Eight MPs describe side effects and drug interactions, respectively. In addition, seven of the 10 plants have contraindications, most of them for pregnant women and children. The same number also present toxicity. The project as a whole converges to the collective learning of both the academy and the Health Ministry that is multiplied in the community in which they work.

KEYWORDS: Medicinal Plants. University Extension. Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

Na antiguidade o conhecimento do potencial curativo das plantas se dava pela observação constante e sistemática dos fenômenos e características da natureza, bem como na experimentação empírica desses recursos consolidando-se com a evolução da civilização pelo método da tentativa e erro, repassado de forma oral aos descendentes (AMOROZO, 1996; DI STASI, 1996; LORENZI; MATOS, 2008; SAAD et al., 2016).

No contexto familiar a figura da mulher apresenta destaque tanto no cultivo, como no manuseio e no preparo de remédios à base de plantas (MATA, 2009; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2012), pois, historicamente as mulheres são designadas como responsáveis pelo cuidado da família, das crianças, dos idosos, bem como, dos doentes (BRUMER, 2009; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2012).

Este conhecimento ancestral, fruto da experientiação humana, aliado a um profundo respeito, conhecimento e percepção da natureza, durante milhares de anos se constituiu como o principal recurso terapêutico até o advento da ciência moderna (SCHILCHER, 2005; LORENZI; MATOS, 2008; SAAD et al., 2016) que alicerçada na lógica cartesiana e impulsionada pelo desenvolvimento da física e da química, solidificaram o modelo biomédico de causa e efeito. Conseqüentemente muito do

conhecimento tradicional das plantas medicinais foi abandonado ou abordado como atrasado, inútil e mesmo prejudicial. Assim o saber ancestral consolidado passa a ser depreciado e considerado um não-saber, somente válido se validado pela ciência (SANTOS; MENESES; NUNES, 2005; SCHILCHER, 2005; SAAD et al., 2016).

As plantas medicinais passaram então a serem vistas basicamente como fonte na busca de matérias primas vegetais para o preparo de fármacos e modelos para síntese de novas moléculas, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento de novos medicamentos no contexto industrial (YUNES; CALIXTO, 2001; BARBOSA; FLOR; SILVA FILHO, 2016; SAAD et al., 2016).. No entanto, apesar dos inúmeros avanços da indústria farmacêutica na pesquisa e desenvolvimento de fármacos sintéticos, a fitoterapia que é caracterizada como prática terapêutica com plantas medicinais e seus extratos (BRASIL; MS, 2006a), reconquista na atualidade cada vez mais adeptos que buscam tratamento mais sutis e emancipatórios em saúde, embora a supremacia dos medicamentos sintéticos na medicina ocidental sempre esteve viva no cotidiano das famílias e das comunidades (BARBOSA; FLOR; SILVA FILHO, 2016; SAAD et al., 2016).

No entanto, apesar dos benefícios da Fitoterapia, as plantas medicinais não são isentas de contraindicações e efeitos colaterais, devendo-se levar em consideração que sua utilização na contemporaneidade se dá concomitantemente a uma gama de fármacos sintéticos, aliado ao envelhecimento populacional e conseqüentemente à prevalência de doenças crônicas, além de profissionais de saúde pouco qualificados em relação à fitoterapia (BANDEIRA; ARRAIS, 2008; BARATA, 2008; BALBINO; DIAS, 2010; BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2012; SILVEIRA; WILLIAMSON; DRIVER; BAXTER, 2012; LEAL; TELLIS, 2015).

Isentar as plantas de riscos é comum entre seus adeptos (VEIGA JUNIOR; PINTO; MACIEL; 2005; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2006; BARATA, 2008; LEAL; TELLIS, 2015) e também entre os profissionais de saúde. Aliado ao fato de que a venda de plantas medicinais em diversos segmentos, sua acessibilidade, isenção de prescrição, oferta massiva na internet, influenciadores digitais e a omissão de potenciais efeitos adversos nas fontes de informação acessadas pela população e pelos profissionais de saúde, contribuem para fortalecer o conceito de inocuidade (BARATA, 2008).

Outro aspecto que preocupa são equívocos com a identificação da espécie vegetal, baixa qualidade da matéria prima, presença de contaminantes e indicações terapêuticas desvirtuadas e descontextualizadas, aliado a propagandas enganosas que impulsionam um comércio informal e/ou irregular de plantas medicinais (BARATA, 2008; BOCHNER et al., 2012; DENNEH; TSOUROUNIS, 2017).

Considerando que a prática e a indicação de plantas medicinais ocorrem em meios formais e não formais, por profissionais habilitados e não habilitados, prática recorrente nas comunidades mundo afora e que sua prática nem sempre é inócua, exige-se um olhar ampliado da academia e dos profissionais de saúde para as plantas medicinais e compreender que o conhecimento tácito não é oponente ao conhecimento

técnico-científico e sim complementar (FINTELMANN; WEISS, 2010; BARBOSA; FLOR; SILVA FILHO, 2016).

Desta forma, concebe-se a necessidade de uma mudança paradigmática na produção do saber científico e do fazer saúde, considerando e compreendendo a pluralidade epistemológica do mundo e a ecologia dos saberes (DE SOUSA SANTOS, 2007), a exemplo de muitos países que associam os dois saberes, científico e popular, nas práticas em saúde beneficiando a comunidade, em especial no contexto da atenção básica (BRASIL, 2012).

Em se tratando de usuários, comunidade e grupos sociais que trabalham/usam plantas medicinais na região sul do estado de Santa Catarina, destaca-se o trabalho da Pastoral da Saúde, Regional Sul 4 na propagação dos conhecimentos sobre a utilização de plantas medicinais no tempo presente com forte liderança, inserção social e comunitária, contribuindo com seus saberes e práticas na promoção e restauração da saúde (ROSSATO; CHAVES, 2012; ROSSATO, 2018).

Objetivando potencializar e unir saberes populares e científicos sobre as plantas medicinais em benefício da saúde e do bem estar da comunidade, a UNESCO desde o ano de 2000 mantém parceria com a Pastoral da Saúde, Regional Sul 4 por meio de um projeto de extensão intitulado “Fitoterapia Racional: aspectos etnobotânicos, taxonômicos, agroecológicos e terapêuticos” (ROSSATO et al., 2012). Por se tratar de atividade de caráter multidisciplinar, interligando profissionais e saberes de diversas áreas do conhecimento, entre elas as da saúde e ambiental, as plantas são estudadas e avaliadas em seus diversos aspectos. Além do resgate do uso popular e da promoção do uso seguro das plantas medicinais, o projeto objetiva o incentivo à pesquisa científica de cunho acadêmico, além da formação de futuros profissionais nesta área de interesse.

2 | METODOLOGIA DE TRABALHO DO PROJETO

O Projeto de Extensão Fitoterapia Racional é uma iniciativa da UNESCO em parceria com a Pastoral da Saúde Regional Sul 4 da Diocese de Criciúma, Santa Catarina e tem como objetivo geral informar à população sobre o uso racional das plantas medicinais. As atividades iniciam com a capacitação dos acadêmicos-bolsistas e voluntários, que na sequência realizam pesquisas em bibliografias e em *sites* científicos sobre as plantas medicinais que foram previamente escolhidas pelas Agentes da Pastoral da Saúde mediante critérios estabelecidos pela pesquisa etnobotânica e pesquisa bibliográfica que seguem os critérios da RDC 26/2014.

As atividades do projeto foram supervisionadas e orientadas no ano de 2017 por quatro profissionais, duas farmacêuticas, ambas docentes do Curso de Farmácia, uma Bióloga-Botânica e um Engenheiro Agrônomo, ambos docentes do Curso de Ciências Biológicas e de Farmácia da UNESCO. Após a identificação botânica da espécie, pela

equipe do Herbário Pe. Raulino Reitz/UNESC, um exemplar é submetido ao processo de herborização e exsiccagem (FIDALGO; BONONI, 1984), sendo posteriormente catalogado, recebendo um número de registro (CRI) do referido Herbário. Outro exemplar da espécie estudada é levado para cultivo no Horto Didático de Plantas Medicinais da UNESC.

Mensalmente ocorre um encontro na UNESC para Troca de Saberes, onde são compartilhados, conhecimentos científicos e populares sobre os aspectos agronômicos, botânicos e terapêuticos das plantas medicinais. A partir das informações compartilhadas e sistematizadas nesses encontros, um material técnico-científico é elaborado no formato de apostila, visando a registrar, compilar e repassar as informações populares e científicas para as demais agentes que integram a Pastoral da Saúde, sendo cerca de 530 agentes da comunidade regional (ROSSATO; CHAVES, 2012).

Nos encontros a técnica utilizada é a do Grupo Focal, empregada como uma estratégia de coleta de informações que privilegia um espaço de interação entre o grupo e o pesquisador (TRAD; BOMFIM TRAD, 2009). Assim, neste artigo, são apresentadas as informações sistematizadas no material impresso no formato de apostila e obtidas *in loco* durante os encontros realizados no ano de 2017.

3 | RESULTADOS

No ano de 2017 foram estudadas e compartilhados saberes de 10 espécies vegetais, sendo oito espécies medicinais descritas abaixo. *Hylocereus undatus* (Haw.) Britton & Rose (Pitaya-branca) e *Hylocereus lemairei* (Hook.) Britton & Rose (Pitaya-vermelha) não foram descritas.

***Taraxacum campylodes* G.E.Haglund. (Dente-de-leão) – ASTERACEAE**

Sinonímia: *Taraxacum officinale* L.

Taraxacum campylodes é uma planta herbácea anual (parte aérea) ou perene (rizoma subterrâneo), aparentemente acaule, lactescente, de 15-25 cm de altura. Possui folhas rosuladas basais, simples, com margens irregulares e profundamente partidas, de 10-20 cm de comprimento. Flores amarelas, reunidas em capítulos grandes sobre haste floral oca de até 25 cm de comprimento. Os frutos são aquênios escuro e finos, contendo em uma das extremidades um chumaço de pelos que facilitam a sua flutuação no vento. Multiplica-se principalmente por sementes. Espécie nativa da Europa e Ásia, cresce espontaneamente em solos agrícolas e em outras áreas sob distúrbio nas regiões Sul e Sudeste do Brasil durante o inverno e primavera (LORENZI; MATOS, 2008; SILVA JÚNIOR; MICHALAK, 2014), não apresentando exigências quanto ao solo e são capazes de suportar geadas (RIBEIRO; ALBIERO; GUTIERRE, 2004)

A espécie é validada pela ANVISA como diurético, para o alívio dos sintomas relacionados a distúrbios digestivos leves e para perda temporária de apetite. Seu

farmacógeno são as folhas secas e a planta inteira no período da floração, seu uso é por via oral e suas formas farmacêuticas são o infuso, o extrato líquido, o suco e o extrato seco (EMA, 2009; ANVISA, 2011). Em estudos *in vitro* observou-se atividade antioxidante (JEDREJEK, 2017; KITTS, 2005), atividade sobre a fertilidade (TAHTAMOUNI, 2011) e atividade antiviral (REHMAN, 2016).

A Pastoral da Saúde relata o uso de Dente-de-Leão como tônico para fortalecer o organismo (planta inteira), para rins, fígado, sangue, estômago (raiz torrada), para o uso alimentar (folhas secas ou frescas) e para “afinar” o sangue (folha). A literatura contraindica a planta para pessoas com doenças do fígado, cálculos biliares, úlcera péptica, hipersensibilidade à substância ativa da planta ou da família Asteraceae (EMA, 2009), gastrite (ANVISA, 2011; EMA, 2009) e em indivíduos com insuficiência renal e/ou diabetes e/ou insuficiência cardíaca, devido possíveis riscos à hipercalemia (EMA, 2009). Seu uso simultâneo com outros diuréticos e cardiotônicos causa potencialização do efeito (GRANDI, 2014).

***Rumex acetosella* L. (Azedinha) - POLYGONACEAE**

Planta herbácea ou subarbusto perene, com raízes relativamente rasas e extensas. Possui caule múltiplos, que crescem verticalmente, alcançando altura entre 10 e 35 cm. Suas folhas são alternas, lanceoladas, hastadas, com ápice agudo e lobos divergentes. Flores dispostas em inflorescência racemosa espiciforme, unissexuais, dioicas, com três tépalas internas e três externas, de coloração vermelho a amarelado. Frutos aquênios revestido pelo perigônio com alas subarredondadas, margem inteira, sem desenvolvimento de calo dorsal; pedicelo frutífero com cerca de 5mm (HITCHCOCK; CRONQUIST, 1981; GLEASON; CRONQUIST, 1991; DOUGLAS; MEIDINGER; POJAR, 1999); (MELO et al., 2009). Espécie originária da Europa e Ásia. Naturalizada em diversas partes do mundo, sendo mais comum em grandes altitudes. No Brasil ocorre nas regiões Sul e Sudeste (MELO et al., 2009). A espécie tolera solo de má drenagem, pouco férteis e com alta disponibilidade de alumínio (TOLRÀ et al., 2005).

Rumex acetosella não é validada pela ANVISA, sua utilização se dá com base na medicina popular. Segundo relatos da Pastoral da Saúde, a planta é utilizada como alimento, podendo ser usada em saladas ou temperos, porém possui como efeito colateral a azia, e o seu uso pode favorecer o aparecimento de cálculo renal, devido à presença de oxalato de cálcio. Estes relatos corroboram a informação de que a planta em excesso é tóxica, pois é rica em ácido oxálico e oxalatos solúveis que levam à formação de oxalatos de cálcio nos rins e ao aparecimento de diarreias (TAVARES, 2014). A quantidade estimada de ácido oxálico considerada fatal é de 15 a 30 g, porém uma dose de apenas 5 g pode causar morte (FETROW, 2000). A concentração de Ácido Oxálico nas folhas é de 12,53 mg a cada 1 g da folha seca (PEREIRA, 2013).

Crianças, gestantes e lactantes não devem fazer uso desta planta, bem como pacientes propensos a desenvolver cálculos renais ou que possuem histórico de

cálculos renais (FETROW, 2000). O uso da planta aumenta o efeito de medicamentos como os diuréticos e aumenta a toxicidade de drogas renais e hepatotóxicas (VOGEL, 2005; PEREIRA, 2013). Seu uso pode provocar reações adversas como dermatite (com uso de produtos frescos), gastroenterite, lesão renal, hipocalcemia como consequente tetania, lesão cerebral, miocárdica e hepática (FETROW, 2000).

Existem poucos estudos publicados envolvendo esta espécie. Um estudo de coorte descartou o uso de *Rumex acetosella* em pacientes oncológicos, relatando uma piora na qualidade de vida e humor dos mesmos (ZICK, 2006); um outro estudo, realizado *in vitro*, demonstrou atividade antioxidante da espécie (LEONARD, 2006) e um estudo *in vivo* confirmou a sua toxicidade (SCHRADER, 2001).

***Achyrocline satureioides* (Lam.) D.C. (Marcela) - ASTERACEAE**

Planta subarborescente, aromática, ereta ou de ramos decumbentes, com 40 a 120 cm de altura. Caules ascendentes, ramificados desde a base, densamente lanosos. Folhas simples, alternas, inteiras, sésseis, lineares e linear-lanceoladas, ligeiramente discolores, com pilosidade alvo-tomentosa na face inferior, com 8 a 10 cm de comprimento. Flores dispostas em inflorescências tipo capítulo axilares e terminais; capítulos numerosos, denso-agregados, amarelados, reunidos em panículas corimbosas, com dois tipos de flores: flores centrais hermafroditas, de corola tubulosa e flores marginais femininas, de corola filiforme. Fruto aquênio com epiderme lisa ou delicadamente papilosa, glabro, elipsoidal e pardo (LORENZI; MATOS, 2008; FREIRE; DEBLE; IHARLEGUI, 2011; SILVA JÚNIOR; MICHALAK, 2014). Espécie nativa do Brasil, ocorrendo nas regiões de campos e áreas abertas no Sul, Sudeste e parte do Nordeste do país (LORENZI; MATOS, 2008). Espécie heliófita, de clima subtropical. Em condições de estiagem prolongada, as folhas adquirem coloração acinzentada. Desenvolve-se em solo arenoso, pedregoso, argiloso e mesmo em áreas semi-halófitas próximas ao mar. Porém, desenvolve-se melhor em solos férteis e com bom teor de umidade (SILVA JÚNIOR, 1997).

A Marcela é validada pela ANVISA como antidiarréico, antiespasmódico e anti-inflamatório. Possui como farmacógeno sumidades floridas secas. Sua infusão deve ser preparada com 1,5 g de sumidades floridas secas com água q.s.p. 150 mL, e ingerida por pessoas acima de 12 anos, de duas a três vezes ao dia (ANVISA, 2011). Alguns relatos da Pastoral da Saúde sugerem que a planta seja utilizada para dor de barriga, má digestão, fígado e estômago, utilizando uma infusão de suas flores. Também é relatada a sua indicação para gripes, resfriados, asma e bronquite, por meio da infusão de suas flores ou uma gemada da planta. Além disso, há indicação de seu uso para insônia, dor de cabeça e rinite, se utilizar as flores no travesseiro durante a noite, e para clarear os cabelos, utilizando uma infusão para uso tópico.

A planta, quando utilizada em conjunto com outros medicamentos, pode apresentar algumas interações, como potencializar o efeito de barbitúricos (ARGENTINA, 2009; GRANDI, 2014; FMUSP, 2016), provocar hipoglicemia em pessoas que utilizam insulina

(GRANDI, 2014), e para pacientes que fazem tratamento com quimioterápicos; sob efeito de analgésicos e sedativos, a Marcela pode potencializar o efeito do sedativo (FMUSP, 2016). Quando utilizada em associação com a Camomila (*Matricaria recutita*), pode ter efeito antiespasmódico nos distúrbios digestivos (GRANDI, 2014). Seu uso é contraindicado para pacientes que possuem hipersensibilidade (ARGENTINA, 2009; FMUSP, 2016; UFSC, 2017). Pacientes menores de seis anos, ou que possuem gastrite ou úlcera péptica não devem fazer uso da planta (ARGENTINA, 2009; GRANDI, 2014), bem como pacientes diabéticos (FMUSP, 2016). Não existem estudos que comprovam a segurança da planta quando usada por grávidas e lactantes (LORENZI; MATOS, 2008; ARGENTINA, 2009; GRANDI, 2014). Em casos de alergia, deve-se suspender o uso (ANVISA, 2011) e nas doses indicadas, não há indícios de efeitos colaterais (LORENZI; MATOS, 2008; ARGENTINA, 2009; GRANDI, 2014). O estudo de toxicidade do extrato aquoso da planta conclui que não há efeitos tóxicos vindo desta preparação (BRASIL; MS, 2006b).

Existem várias pesquisas científicas incluindo a Marcela sendo algumas delas *in vitro* mostrando sua ação antioxidante (SOUZA, et al., 2017), atividade cicatrizante (ALERICO et al., 2015), antimicrobiano (JORAY et al., 2011), citotóxica (CARIDDI et al., 2015). Estudos *in vivo* mostraram que a Marcela possui ação hepatoprotetora (KADARIAN et al., 2002), anti-inflamatória (GUSS, 2017), citotóxica e hipolipemiante (ESPIÑA et al., 2012)

***Polygonum punctatum* Elliott. (Erva-de-bicho) - POLYGONACEAE**

Planta herbácea, perene, com 0,5-1m de altura. Caule de verde-claro a vermelho-intenso, glabro. Ócrea com 1-1,5 cm de comprimento, de transparente a verde-claro, avermelhada ou marrom claro; estrigosa, com nervuras bem marcadas e pouco proeminentes, podendo apresentar glândulas escuras; margens com cílios longos. Folhas alternas dísticas, lanceoladas, ápice acuminado, base atenuada a levemente acuneada, glabra, com margem ciliada e glândulas puntiformes em ambas as faces. Flores brancas ou rosadas, com glândulas escuras nas tépalas, dispostas em inflorescência linear, terminal ou axilar, com pedúnculos glabros, bi ou tri-ramificados. Fruto pequeno e capsular, trígono-ovalado, marrom ou preto, liso a levemente rugoso, brilhante, com lobos do perigônio não acrescentes e glândulas puntiformes marrons (CORRÊA; BATISTA; QUINTAS, 1998; MELO; MARCONDES-FERREIRA, 2009; PEREIRA, 2014). Espécie nativa do Brasil, amplamente distribuída no país, ruderal, encontrada tanto em solos secos como em solos barrentos, em planícies alagadas e depressões em campos abertos (PEREIRA, 2014). Prefere solos argilo-arenosos, de úmidos à encharcados, tolerando os solos ácidos, ocorrendo até 1.200 m de altitude (SILVA JÚNIOR, 1997).

A utilização das partes aéreas de *P. punctatum* por infusão e aplicado externamente é validada pela ANVISA com indicação para hemorroidas (ANVISA, 2011). A espécie é contraindicada para gestantes (GRANDI, 2014) lactantes (ANVISA, 2011) e crianças

(PANIZZA, 2000; GRANDI, 2014);. No âmbito de interação com outros medicamentos, aconselha-se cautela devido risco de redução excessiva da pressão arterial no uso concomitante de outros fitoterápicos ou medicamentos que diminuem a pressão arterial (BACHMANN, 2006). De acordo com estudos *in vitro*, *P. punctatum* apresenta atividade antiviral (KOTTA, 1998), atividade discreta antifúngica (ZACCHINO, 1998), atividade anti-inflamatória (GORZALCZANY, 1996) e atividade antidiarreica (ALMEIDA, 1995). Segundo relatos das agentes da Pastoral da Saúde, no âmbito do uso popular, é indicada para alergia (folhas e sementes), varizes e hemorroida (planta inteira).

***Rosmarinus officinalis* L. (Alecrim) - LAMIACEAE**

Planta subarborescente, perene, lenhosa na base, ereta, ramificada, alcançando de 0,7 a 1,8 m de altura. Folhas opostas, lineares, coriáceas, inteiras, de forte aroma, com 1,5 a 4 cm de comprimento e 1 a 3 mm de espessura, com as margens recurvadas para a face inferior, onde se apresentam pilosas, o que lhes confere uma coloração esbranquiçada. Flores pequenas, hermafroditas, bilabiadas, azul-arroxeadas a esbranquiçadas, dispostas em inflorescência axilar e terminal do tipo cacho ou racemo. Fruto tipo aquênio ovóide (SILVA JÚNIOR, 1997; LORENZI; MATOS, 2008; SILVA JÚNIOR; MICHALAK, 2014). Espécie nativa da região Mediterrânea, entre o norte da África e sul da Europa. No Brasil a planta está bem aclimatada sendo utilizada em hortas e jardins (SILVA JÚNIOR, 1997). É de clima temperado-quente, dias longos e com bastante luminosidade. É sensível ao vento e temperaturas muito baixas. É heliófita (CASTRO; CHEMALE, 1995; SILVA JÚNIOR, 1997). Suas qualidades aromáticas são mais pronunciadas quando a planta cresce em solo calcário, seco, pouco fértil em nutrientes, arenoso e bem drenado (LORENZI; MATOS, 2008). Não tolera solos ácidos, excesso de umidade e de matéria orgânica, pois prejudica a concentração de óleo essencial (CASTRO; CHEMALE, 1995; LORENZI et al., 2006; SILVA JÚNIOR, 1997).

O Alecrim é validado segundo a ANVISA como antidiarreico e anti-inflamatório (ANVISA, 2011), para alívio dos distúrbios espasmódicos leves do trato gastrointestinal, adjuvante no alívio de pequenas dores musculares e articulares, em distúrbios circulatórios periféricos menores (EMA, 2010a). Seu farmacógeno são as folhas secas e apresenta contraindicações para gestantes (BLUMENTHAL; GOLDBERG; BRINCKMANN, 2000; WICHTL, 2004; BIESKI; MARI GEMMA, 2005; NHPD, 2008; CÁCERES, 2009; ANVISA, 2011; ROSSATO; CHAVES, 2012; GRANDI, 2014; UFSC, 2017) lactantes (NHPD, 2008; CÁCERES, 2009; EMA, 2010b), pessoas com gastroenterite (BIESKI; MARI GEMMA, 2005; CÁCERES, 2009; ANVISA, 2011), prostatite (BIESKI; MARI GEMMA, 2005; UFSC, 2017), pessoas com histórico de convulsões (ANVISA, 2011), dermatoses em geral, pessoas com colite, com inflamação da mucosa intestinal, com epilepsia (UFSC, 2017), alérgicas (OMS, 2009; ANVISA, 2011; UFSC, 2017) ou hipersensibilidade ao alecrim (FETROW, 2000; ESCOP, 2003; OMS, 2009; EMA, 2010; ANVISA, 2011).

Segundo relatos das agentes da Pastoral da Saúde a espécie pode ser utilizada topicamente para queda de cabelo e dores reumáticas, via oral para o tratamento da depressão e memória. Pode ser utilizada como condimento, estimulante do couro cabeludo e no tratamento contra calvície e acne (FETROW, 2000; MATOS, 2002; MASSON, 2003; BIESKI; MARI GEMMA, 2005; BRADLEY, 2006; LIMA, 2006; LORENZI; MATOS, 2008; GRANDI, 2014; UFSC, 2017).

Foram encontrados vários estudos avaliando possíveis usos medicinais, estudos *in vivo* avaliaram sua atividade antiobesidade (YIMAM et al., 2017), anti-inflamatória (RAHBARDAR et al., 2017), antidepressiva (MACHADO et al., 2013), a capacidade do extrato hidroalcoólico em reverter o comportamento antidepressivo quando comparado com a fluoxetina (ABDELHALIM et al., 2015; MACHADO et al., 2009, 2012). Alguns estudos *in vivo* e *in vitro* avaliaram sua atividade hepatoprotetora e hipolipemiante (FERNÁNDEZ; PALOMINO; FRUTOS, 2014), anti-inflamatória (LEE et al., 2017), ansiolítica e antidepressiva, embora indicada popularmente, neste estudo não observou-se melhoras na memória (FERLEMI et al., 2015) e antidepressiva (SASAKI et al., 2013). Estudos *in vitro* avaliaram sua capacidade citotóxica (WALLER et al., 2017), antitumoral (KARIMI et al., 2017), antioxidante e antiproliferativa (AMAR et al., 2017) e um estudo prospectivo avaliou sua atividade como hipotensivo (FERNÁNDEZ; PALOMINO; FRUTOS, 2014). No entanto, estes estudos sinalizam potenciais usos e não são suficientes para garantir segurança e eficácia.

***Petiveria alliacea* L. (Guiné) - PHYTOLACCACEAE**

Planta de herbácea a subarbustiva, ereta, perene, com base lenhosa, rizomatosa, com leve aroma de alho e cerca de 70 cm de altura. Ramos delgados, lineares e angulosos, esverdeados e pubescentes quando jovens, de coloração ocre e glabros quando adultos. Folhas alternas, membranáceas, elípticas, ovaladas, obovadas ou lanceoladas e pecioladas; base aguda; ápice acuminado, agudo, raramente obtuso, margem lisa e levemente ondulada. Flores dispostas em inflorescência do tipo racemo, ereta, axilar ou terminal; flores hermafroditas, pedicelos levemente pilosos, tépalas (4), esbranquiçadas ou amareladas. Fruto aquênio tubuloso (MARCHIORETTO, 1994/1995) ou cápsula cuneiforme. Espécie nativa da Jamaica, largamente cultivada em hortas e jardins domésticos em várias regiões do Brasil com fins ornamentais, místicos e medicinais (MARCHIORETTO, 1994/1995; LORENZI; MATOS, 2008). Espécie esciófita de clima tropical e subtropical. Adapta-se a quase todo tipo de solo, porém deve ser fresco e drenado (SILVA JÚNIOR, 1997).

A espécie se encontra na “Lista de espécies que não podem ser utilizadas na composição de produtos tradicionais fitoterápicos, porque é considerada tóxica” (ANVISA; MS, 2014). É contraindicada para gestantes (CARVALHO, 2004; CÁCERES, 2009), lactantes (CÁCERES, 2009) e para uso oral pelo seu potencial de toxicidade. Segundo relatos das Agentes da Pastoral da Saúde a planta é utilizada externamente para dores em geral, batidas, reumatismo, picadas de cobra ou insetos, também é

utilizada de forma ornamental, para o mal olhado.

Foram encontrados vários estudos sobre sua atividade anti-inflamatória, um estudo *in vitro* concluiu que a *P. alliacea* exerceu significativa atividade anti-inflamatória e antioxidante. (GUTIERREZ; HOYO-VADILLO; HOYO-VADILLO, 2017) um estudo *in vivo* avaliou sua atividade anti-inflamatória (LOPES-MARTINS et al., 2002). Estes estudos corroboram a indicação popular para picadas e dores em geral. Outro estudo *in vivo* foi realizado para avaliar a atividade antinociceptiva (GOMES et al., 2005), os efeitos sobre a cognição (SILVA et al., 2015).

***Baccharis crispa* Spreng. (Carqueja) - ASTERACEAE**

Sinonímia: *Baccharis trimera* (Less.) DC.

Baccharis genistelloides var. *crispa* (Spreng.) Baker

Planta subarbustiva, perene, dióica, ereta, podendo atingir 1 m de altura, ramificada. Ramos sem folhas, triplados, com alas interrompidas alternadamente e de forma desigual, estreitas ou largas, planas a levemente onduladas, verdes, às vezes brilhantes, de membranosas a levemente coriáceas. Flores pequenas, de coloração esbranquiçada a amarelada, reunidas em inflorescência do tipo capítulo, sendo estes dispostos nas terminações dos ramos, formando espigas interrompidas. Frutos do tipo aquênio, estriado, glabro, com mais ou menos 1-1,5 mm de comprimento. Nativa do Sul e Sudeste do Brasil. É comum nos campos e beira de matos (florestas), principalmente nos campos de altitude (SIMÕES et al., 1986; LORENZI; MATOS, 2008; HEIDEN; IGANCI; MACIAS, 2009). Espécie heliófita, desenvolvendo-se melhor em climas amenos. Tem preferência a solos úmidos e expostos ao sol, mas também vegeta em solos secos e pedregosos (SILVA JÚNIOR, 1997).

Baccharis crispa é validada, segundo a ANVISA, como antidispéptico; seu farmacógeno são as partes aéreas secas e é contraindicada para gestantes e lactantes (ARGENTINA, 2009; ANVISA, 2011), pois produz uma estimulação do músculo uterino (ARGENTINA, 2009). Seu uso pode causar hipotensão (ANVISA, 2011), é contraindicado também para pacientes com insuficiência hepática, obstrução biliar ou hipersensibilidade a qualquer um dos ingredientes ativos (ARGENTINA, 2009).

Segundo relatos das agentes da Pastoral da Saúde, esta espécie pode ser utilizada para o fígado/estômago, gases, diurético, na regulação do intestino, azia, gordura no fígado, diabetes e infecção urinária.

Foi realizado um estudo *in vivo* para avaliar a atividade antiartrite e toxicidade do extrato aquoso de *Baccharis*, onde reduziu a severidade da artrite e não apresentou nenhum sinal de toxicidade no fígado ou rim, bem como não alterou perfil glicêmico e triglicérides (COELHO et al., 2004).

Alguns estudos *in vivo* sobre a atividade hepatoprotetora foram encontrados: um estudo utilizando extrato aquoso das folhas (LIMA et al., 2017), outro utilizando extrato hidroalcoólico (LÍVERO et al., 2016a) e um outro avaliou o efeito protetor do extrato hidroalcoólico das partes aéreas de *B. trimera* sobre o fígado (PÁDUA et al., 2014).

Sobre sua atividade gastroprotetora, Lívero et al., 2016b, verificaram que o extrato de *B. trimera* reduziu a área de lesão e o estresse oxidativo induzido por consumo agudo e crônico de etanol, entretanto, não protegeu a depleção da mucosa da parede gástrica e não alterou o volume de secreção, pH ou acidez total no modelo de ligadura pilórica. O extrato acelerou a regeneração das úlceras crônicas em ratos (LÍVERO et al., 2016b).

***Synadenium grantii* Hook f. (cega-olhos) - EUPHORBIACEAE**

Sinonímia: *Synadenium umbellatum* Pax

Planta arbustiva, com 2-3 m de altura. Caule com ramos cilíndricos e carnosos, ramificado na base, com látex lácteo copioso. Folhas alternas, carnosas, simples, obovada, com ápice obtuso ou levemente apiculado, base afunilada e subséssil; possui estípulas, que apresentam pequenas glândulas marrons. Flores, dispostas em inflorescências axilares de 5-10 cm de largura, geralmente bissexuadas e de coloração rosada a vermelho-escuro. Frutos cápsulas trígonoas (com três lóbulos), deiscente (CARTER; LEACH, 2001) Nativa da África tropical, sendo encontrada em países como o Brasil e Índia, onde foi introduzida como planta ornamental (BAGAVATHI; SORG; HECKER, 1988; OLIVEIRA JÚNIOR, 2005). É heliófita e xerófita, sensível ao frio intenso. Adaptada a solos secos e pobres; em solos muito úmidos o crescimento é lento (SILVA JÚNIOR, 1997).

Até o momento a planta não é validada pela ANVISA e seu uso está respaldado pelo uso popular. Segundo relatos da Pastoral da Saúde a planta é utilizada externamente para verrugas, como cerca-viva e seu leite (látex) é usado para fazer cola, devendo-se manusear a planta com muita cautela, usar luvas e óculos de proteção, pois ela é cáustica. Esta informação corrobora os relatos de toxicidade dérmica, pois o látex contém ésteres diterpenos (CUNHA et al., 2009; UFSC, [s.d.]).

Estes ésteres produzem, ao ser esfregado na pele ou ingerido, intensas reações locais, tais como: erupção eczematosa que agride os queratinócitos e provoca inflamação, sem desenvolver mecanismos alérgicos. Progride com formação de bolhas, angioedema, disfagia que podem persistir por 24 até 48h; Por contato ocular produz irritação, conjuntivite, irite e já descreveram úlcera de córnea e cegueira temporal. Os primeiros sintomas, eritema e edema, podem ocorrer em 2-8h, com formação de vesículas e bolhas com um pico entre 4-12h (UFSC, [s.d.]).

Por ser de uso ornamental, pode ocasionar intoxicação em crianças. *S. grantii* possui glicoproteínas complexas, denominadas lectinas, encontradas principalmente no látex, que são potentes aglutininas para eritrócitos humanos. Assim, a presença das lectinas podem influenciar a migração de leucócitos e o acúmulo de sangue nos vasos sanguíneos dos órgãos mais irrigados, culminando nos efeitos histopatológicos supracitados na toxicidade aguda do látex e na toxicidade subaguda das folhas (CUNHA et al., 2009).

Existem alguns estudos que indicam a atividade antitumoral desta espécie, um

estudo *in vitro* avaliou a atividade antiproliferativa do extrato com metanol, compostos puros do caule e das folhas *S. grantii* contra linhas celulares tumorais (CAMPOS et al., 2016). Um estudo *in vitro e in vivo* avaliou a atividade antitumoral do látex de *S. grantii* contra linha celular de melanoma. (OLIVEIRA et al., 2013)

Sua atividade coagulante também foi avaliada por um estudo *in vitro e in vivo* com os testes de protease, gelatinase, coagulação do leite, coagulação do sangue do látex de *S. grantii*. Este estudo mostrou que o látex das plantas reduziu significativamente o tempo de coagulação do sangue de humanos e ratos, sugerindo uma boa alternativa para o tratamento de feridas. (BADGUJAR, 2014)

Porém, estes estudos são iniciais e seu uso ainda não garante segurança, qualidade e eficácia, segundo preceitos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2017 foram estudadas dez Plantas Mediciniais (PM), destas, cinco são categorizadas como fitoterápicos pela ANVISA: *Taraxacum campyloides* (= *T. officinale*) (dente-de-leão), *Achyrocline satureioides* (marcela), *Polygonum punctatum* (erva-de-bicho), *Rosmarinus officinalis* (alecrim) e *Baccharis crispa* (carqueja). As demais são usadas com base na medicina popular, restringindo a prescrição e a indicação pelos profissionais de saúde, bem como sua inserção oficial no sistema de saúde e no comércio brasileiro. Oito PM possuem descrição sobre reações adversas e interações medicamentosas, respectivamente.

Das 10 espécies com potencial medicinal estudadas, sete, possuem contraindicação e o mesmo número também apresentam toxicidade. Neste caso, destaca-se *R. officinalis* (Alecrim) que pode causar gastroenterite, nefrite, coma e até óbito, se ingerido em excesso e *Synadenium grantii*, popularmente conhecido como cega-olhos, que pode causar cegueira e aglutinação de eritrócitos, sendo relatada como cáustica pela Pastoral da Saúde e usada apenas para uso externo em verrugas. A maioria das contraindicações abrange gestantes e crianças.

O projeto como um todo converge para o aprendizado coletivo, tanto da academia quanto da Pastoral da Saúde, que é multiplicado na comunidade em que atuam e acessam informações em especial sobre a identificação correta da planta e os cuidados na sua utilização. Na universidade o projeto possibilita o desenvolvimento de pesquisas científicas, mas acima de tudo o maior ganho é o novo olhar dos docentes e discentes sobre as plantas medicinais, compreendendo que este é um saber ancestral, que nenhuma forma de saber é excludente e que devemos unir os saberes em prol da humanidade.

Os conhecimentos tácitos e explícitos se complementam na construção de um novo saber direcionado à sociedade como um todo. Desta forma, o projeto também promove a educação ambiental que envolve saberes relacionados às plantas

medicinais e têm a possibilidade de promover reações significativas e desencadear transformações socioambientais mais efetivas.

REFERÊNCIAS

- ABDELHALIM, A. et al. Antidepressant, Anxiolytic and Antinociceptive Activities of Constituents from *Rosmarinus officinalis*. **Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences**, Canadá, v. 18, n. 4, p. 448–459, 2015.
- ALERICO, G. C. et al. Proliferative effect of plants used for wound healing in Rio Grande do Sul state, Brazil. **Journal of Ethnopharmacology**, [s. l.], v. 176, p. 305–310, 2015.
- ALMEIDA, C. E. et al. Analysis of antidiarrhoeic effect of plants used in popular medicine. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 428–433, 1995.
- AMAR, Y. et al. Phytochemicals, Antioxidant and Antiproliferative Properties of L on U937 and CaCo-2 Cells. **Iranian Journal of Pharmaceutical Research**, Messina, v. 16, n. 1, p. 315–327, 2017.
- AMOROZO, M. C. de M. A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: DI STASI, L. C. (Ed.). **Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: UNESP, 1996. p. 47–68.
- ANVISA. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira**. 1. ed. Brasília:ANVISA, 2011.
- ANVISA; MS. **RDC n. 26/2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos**. Brasília.DF: MS, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0026_13_05_2014.pdf>.
- ARGENTINA. **Listado de drogas vegetales que se incluyen en el registro de medicamentos fitoterapicos de larga tradición** (ANMAT, Ed.). Argentina. Disponível em: <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/mercosur/pdf_files/01ag_coprosal/AGREGADO_VII_Mercosur_Fitoterapicos.pdf>.
- BACHMANN, K. A. **Interações medicamentosas: o novo padrão de interações medicamentosas e fitoterápicas**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2006.
- BADGUJAR, S. B. Evaluation of hemostatic activity of latex from three Euphorbiaceae species. **Journal of Ethnopharmacology**, Maharashtra, v. 151, n. 1, p. 733–739, 2014.
- BAGAVATHI, R.; SORG, B.; HECKER, E. Tiglane-type diterpene esters from *Synadenium grantii*. **Plant Medicine**: New York, v. 54, n. 6, p. 506-510, 1988.
- BALBINO, E. E.; DIAS, M. F. Farmacovigilância: um passo em direção ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Brasil, v. 20, n. 6, p. 992–1000, 2010.
- BARATA, J. **Terapêuticas alternativas de origem botânica**. 1. ed. Lisboa.Porto: Lidel, 2008. 118p.
- BARBOSA, W. L. R.; FLOR, A. S. de O.; SILVA FILHO, M. R. Da. **Fitoterapia Solidária: Uma proposta sustentável para a atenção básica em saúde**. Curitiba, PR: Appris, 2016.
- BARROSO, G. M.; BUENO, O. L. **Compostas: Subtribo: Baccharidinae. Flora Ilustrada Catarinense**. Itajaí: Herbário Barbosa Rodrigues. 2002. 1065p.
- BIESKI, I. G. C.; MARI GEMMA, C. **Quintais medicinais. Mais saúde, menos hospitais**. Cuiabá,

Mato Grosso. 2005. 80p.

BLUMENTHAL, M.; GOLDBERG, A.; BRINCKMANN, J. **Herbal Medicine: Expanded Commission E Monographs : The Indispensable and Affordable Scientific Herbal Reference**. Newton, MA: Integrative Medicine Communication, 2000. 400p.

BOCHNER, R. et al. **Problemas associados ao uso de plantas medicinais comercializadas no Mercado de Madureira, município do Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro, Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v14n3/17.pdf>>

BRADLEY, P. R. **British herbal compendium: a handbook of scientific information on widely used plant drugs**. England, v. 02., 2006. 424p.

BRASIL; MS. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, 2006a.

BRASIL; MS. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília. DF: Brasil. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, M. S. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012. 156p.

BRUMER, A. Gênero, família e globalização. **Sociologias**, Porto Alegre , v. 11, n. 21, p. 14–23, 2009.

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. de M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Paraná, v. 17, p. 2675–2685, 2012.

CÁCERES, A. **Vademécum Nacional de Plantas Medicinales**. Guatemala: San Carlos, 2009.

CAMPOS, A. et al. **Antiproliferative Effect of *Synadenium grantii* Hook f. stems (Euphorbiaceae) and a Rare Phorbol Diterpene Ester**, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1091581816659660>>

CARIDDI, L. N. et al. *In Vitro* and *In Vivo* Cytogenotoxic Effects of Hot Aqueous Extract of *Achyrocline satureioides* (Lam.) DC. **BioMedicine Research International**, Argentina, p. 270-973, 2015.

CARTER, S.; LEACH, L. C. Euphorbiaceae: subfamily Euphorbioideae: tribe Euphorbieae. **Flora Zambesiaca**, África. v. 9, n. 5, p. 390-391, 2001.

CARVALHO, J. C. T. **Fitoterápicos anti-inflamatórios: aspectos químicos, farmacológicos e aplicações terapêuticas**. Ribeirão Preto: Tecmedd, 2004. 480p.

CASTRO, L. O.; CHEMALE, V. M. **Plantas Medicinais: Condimentares e aromáticas Descrição e cultivo**. Guaíba: Agropecuária, 1995. 194p.

COELHO, M. G. P. et al. Anti-arthritic effect and subacute toxicological evaluation of *Baccharis genistelloides* aqueous extract. **Toxicology Letters**, Rio de Janeiro, v. 154, n. 1-2, p. 69–80, 2004.

CORRÊA, A. D.; BATISTA, R. S.; QUINTAS, L. E. M. **Plantas medicinais: do cultivo à terapêutica**. 3. ed. Petrópolis, 1998. 248p.

CUNHA, L. C. et al. Avaliação da toxicidade aguda e subaguda, em ratos, do extrato etanólico das folhas e do látex de *Synadenium umbellatum* Pax. **Revista Brasileira de Farmacognosia**,

João Pessoa, PB, v. 19, n. 2a, 2009. 2a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-695x2009000300012>>

DENNEH, C. E.; TSOUROUNIS, C. Suplementos Dietéticos e Fitoterápicos. In: KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. (Ed.). **Farmacologia básica e clínica**. Porto Alegre: AMGH, 2017. v. 13, p. 1108–1117.

DE SOUSA SANTOS, B. V. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos - CEBRAP**, n. 79. São Paulo p. 71–94, 2007.

DI STASI, L. C. **Plantas medicinais: arte e ciência: um guia de estudo interdisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp Fundação, 1996. 230p.

DOUGLAS, G. W.; MEIDINGER, D.; POJAR, J. **Illustrated flora of British Columbia, Dicotyledons (Orobanchaceae through Rubiaceae)**. Canada. v. 4. 1998.

EMA. **Monography of *Taraxacum officinale* L.** Europa: EMA. Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC), 2009.

EMA. **Community herbal monograph on *Rosmarinus officinalis* L.** Europa: EMA, Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC), 2010.

ESCOPE. **Monographs: The Scientific Foundation for Herbal Medicinal Products**, UK: European Scientific Cooperative on Phytotherapy and Thieme, 2003.

ESPIÑA, D. C. et al. A more accurate profile of *Achyrocline satureioides* hypocholesterolemic activity. **Cell Biochemistry and Function**, v. 30, n. 4, p. 347–353, jun. 2012.

FERLEMI, A. V. et al. Rosemary tea consumption results to anxiolytic- and anti-depressant-like behavior of adult male mice and inhibits all cerebral area and liver cholinesterase activity; phytochemical investigation and in silico studies. **Chemico-biological Interactions**, Greece, v. 237, p. 47–57, 25 jul. 2015.

FERNÁNDEZ, L. F.; PALOMINO, O. M.; FRUTOS, G. Effectiveness of *Rosmarinus officinalis* essential oil as antihypotensive agent in primary hypotensive patients and its influence on health-related quality of life. **Journal of Ethnopharmacology**, Madrid, v. 151, n. 1, p. 509–516, 2014.

FETROW, C. W. **Manual de medicina alternativa para o profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 772p.

FIDALGO, O.; BONONI, V. L. R. **Técnicas de coleta, preservação e herborização de material botânico**. v. 4. São Paulo: Instituto de Botânica, 1989. 62p.

FINTELMANN, V; WEISS, R. F. **Manual de fitoterapia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 526 p.

FMUSP. **Guia Informativo Sobre Plantas Medicinais: Da Horta Comunitária da Faculdade de Medicina – 2016**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

FREIRE, S. E.; DEBLE, L. P.; IHARLEGUI, L. Compositae Inuleae. **Flora Ilustrada Catarinense**, Itajaí, 2011. 133p.

GLEASON, H. A.; CRONQUIST, A. **Manual of vascular plants of the northeastern United States and adjacent Canada**. 2. ed. Bronx:New York Botanical Garden, 1991.

GOMES, P. B. et al. Study of antinociceptive effect of isolated fractions from *Petiveria alliacea* L. (tipi) in mice. **Biological & Pharmaceutical Bulletin**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 42–46, jan. 2005.

GORZALCZANY, S. et al. Search for antiinflammatory activity in Argentine Medicinal Plants. **Phytomedicine**, Buenos Aires, v. 3, n. 2, p. 181–184, 1996.

GRANDI, T. S. M. **Tratado de plantas medicinais: mineiras, nativas e exóticas**. 1. ed. Belo Horizonte: Adaequatio Estudio, 2014. 1204p.

GUSS, K. L. et al. Ultrasound-assisted extraction of *Achyrocline satureioides* prevents contrast-induced nephropathy in mice. **Ultrasonics Sonochemistry**, Espirito Santo, v. 37, n. 1, p. 368–374, 2017.

GUTIERREZ, R. P.; HOYO-VADILLO, C.; HOYO-VADILLO, C. **Anti-inflammatory potential of *Petiveria alliacea* on activated RAW264.7 murine macrophages**, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/pm.pm_479_16>

HEIDEN, G.; IGANCI, J. R. V.; MACIAS, L. *Baccharis* Sect. Caulopterae (Asteraceae, Astereae) no Rio Grande do Sul. **Rodriguésia**, Rio de Janeiro, v. 60, p. 943–983, 2009.

HITCHCOCK, C.; CRONQUIST, A. **Flora of the Pacific Northwest: An Illustrated Manual**. Seattle: Univ. of Washington Press, 1981.

JEDREJEK, D. et al. Evaluation of antioxidant activity of phenolic fractions from the leaves and petals of dandelion in human plasma treated with H₂O₂ and H₂O₂/Fe. **Chemico-Biological Interactions**, Poland, v. 262, p. 29–37, 2017.

JORAY, M. B. et al. Antibacterial activity of extracts from plants of central Argentina--isolation of an active principle from *Achyrocline satureioides*. **Planta Medica**, New York, v. 77, n. 1, p. 95–100, 2011.

KADARIAN, C. et al. Hepatoprotective activity of *Achyrocline satureioides* (Lam.) D. C. **Pharmacological Research**, Buenos Aires, v. 45, n. 1, p. 57–61, 2002.

KARIMI, N. et al. Cytotoxic effect of rosemary extract on gastric adenocarcinoma (AGS) and esophageal squamous cell carcinoma (KYSE30) cell lines. **Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench**, Iran, v. 10, n. 2, p. 102–107, 2017.

KITTS, C. H. D. D. Dandelion (*Taraxacum officinale*) flower extract suppresses both reactive oxygen species and nitric oxide and prevents lipid oxidation in vitro. **Phytomedicine**, Vancouver, v. 12, p. 588–597, 2005.

KOTTA, V. et al. Antiviral activity in Argentine medicinal plants. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 64, p. 79–84, 1998.

LEAL, L.; TELLIS, C. Farmacovigilância de plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil: uma breve revisão. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/2446-4775.20150020>>

LEE, D. Y. et al. Inhibitory Effect of Carnosol on Phthalic Anhydride-Induced Atopic Dermatitis via Inhibition of STAT3. **Biomolecules & Therapeutics**, Republic of Korea, v. 25, n. 5, p. 535–544, 2017.

LEONARD, S. S. (Ed.). Essiac tea: Scavenging of reactive oxygen species and effects on DNA damage. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 103, 2006. p. 288–296.

LIMA, J. L. S. **Plantas medicinais de uso comum no Nordeste do Brasil**. Campina Grande: UFCG, 2006. 82p.

LIMA, S. O. et al. Effect of aqueous extract of the leaves of *Baccharis trimera* on the proliferation of hepatocytes after partial hepatectomy in rats. **Acta Cirurgica Brasileira**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 263–269, 2017.

LÍVERO, F. A. dos R. et al. Hydroethanolic extract of *Baccharis trimera* ameliorates alcoholic fatty liver disease in mice. **Chemico-Biological Interactions**, v. 260, p. 22–32, 2016a.

LÍVERO, F. A. dos R. et al. Hydroethanolic extract of *Baccharis trimera* promotes gastroprotection and healing of acute and chronic gastric ulcers induced by ethanol and acetic acid. **Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol**. v.389, n.9, p. 985-98, 2016b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00210-016-1262-2>>

LOPES-MARTINS, R. A. B. et al. The antiinflammatory and analgesic effects of a crude extract of *Petiveria alliacea* L. (Phytolaccaceae). **Phytomedicine**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 245–248, abr. 2002.

LORENZI, H. et al. **Frutas brasileiras e exóticas cultivadas: de consumo in natura**. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2006. 670p..

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2. ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2008. 576p.

MACHADO, D. G. et al. Antidepressant-like effect of the extract of *Rosmarinus officinalis* in mice: involvement of the monoaminergic system. **Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry**, Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 642–650, 2009.

MACHADO, D. G. et al. *Rosmarinus officinalis* L. hydroalcoholic extract, similar to fluoxetine, reverses depressive-like behavior without altering learning deficit in olfactory bulbectomized mice. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 143, n. 1, p. 158–169, 2012.

MACHADO, D. G. et al. Antidepressant-like effects of fractions, essential oil, carnosol and betulinic acid isolated from *Rosmarinus officinalis* L. **Food chemistry**, [s. l.], v. 136, n. 2, p. 999–1005, 2013.

MARCHIORETTO, M. S. **Phytolaccaceae**. In **Flora do Brasil 2020 em construção: Jardim Botânico do Rio de Janeiro**. 1994/1995. Disponível em: <<http://floradobrasil.jbrj.gov.br/reflora/floradobrasil/FB24174>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MASSON, S. A. **Fitoterapia - Vademecum de Prescripcion**. Barcelona, 4 ed., 2003.

MATA, N.D.S. Participação da mulher Wajãpi no uso tradicional de plantas medicinais. 2009. 141f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Amapá/UFA, Macapá, 2009.

MATOS, F. J. A. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**. Ceará: UFC. 2002. 267p.

MELO, E.; MARCONDES-FERREIRA, W. Polygonaceae. In: WANDERLEY, M.G.L. et al. (Ed.) **Flora Fanerogâmica do Estado de São Paulo**. v. 6. São Paulo: Instituto de Botânica, FAPESP. 2009, p.169-193.

NHPD. **Natural Health Products Directorate's. Monograph: Rosemary**. Canadá: Oral, 2008.

OLIVEIRA, T. L. de et al. Antitumoural effect of *Synadenium grantii* Hook f. (Euphorbiaceae) latex. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 150, n. 1, p. 263–269, 2013.

OLIVEIRA JÚNIOR, R. J. et al. Viabilidade celular e citotoxicidade de células neoplásicas de camundongos tratados com látex de *Synadenium grantii* Hook. **Anais...** 57^a Reunião Anual da SBPC, Fortaleza, Julho/2005.

OMS. **WHO monographs on selected medicinal plants**. India: Aitbs Publishers, 2009. v. 04

- PÁDUA, B. da C. et al. **Protective Effect of *Baccharis trimera* Extract on Acute Hepatic Injury in a Model of Inflammation Induced by Acetaminophen**, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/196598>>
- PANIZZA, S. **Plantas que curam: cheiro de mato**. 23. ed. São Paulo: IBRASA, 2000. 279p.
- PEREIRA, C. et al. (Ed.). Use of UFLC-PDA for the analysis of organic acids in thirty-five species of food and medicinal plants. [s.l.]. **Food Analytical Methods**, 2013. v. 6, p. 1337–1344.
- PEREIRA, P. E. E. **Estudo do gênero *Polygonum* L. (Polygonaceae) em áreas úmidas do extremo sul do Brasil**. 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [s. l.], 2014.
- OLIVEIRA, F. Q.; GONÇALVES, L. A. Conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos e potencial de toxicidade por usuários de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Farmácia V**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 36–41, 2006.
- RAHBARDAR, M. G. et al. **Anti-inflammatory effects of ethanolic extract of *Rosmarinus officinalis* L. and rosmarinic acid in a rat model of neuropathic pain**, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopha.2016.12.049>>
- REHMAN, S. et al. Therapeutic potential of *Taraxacum officinale* against HCV NS5B polymerase: In-vitro and In silico study. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, [s. l.], v. 83, p. 881–891, 2016.
- RIBEIRO, M.; ALBIERO, A. L. M.; GUTIERRE, M. A. L. *Taraxacum officinale* Weber (Dente-de-Leão) – Uma Revisão das Propriedades e Potencialidades Mediciniais. **Arquivos do Mudi**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 46–49, 2004.
- ROSSATO, A. E. et al. **Fitoterapia racional: aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos**. Florianópolis, SC: DIOESC, 2012. v. 1, 211p.
- ROSSATO, A. E.; CHAVES, T. Fitoterapia Racional: Aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos, dinâmica utilizada no levantamento das informações que constam neste livro. In: ROSSATO, A. E. et al. (Ed.). **Fitoterapia racional: aspectos taxonômicos, agroecológicos, etnobotânicos e terapêuticos**. Florianópolis: DIOESC, 2012. v. 1, p. 16–37.
- ROSSATO, A. L. **Uso de plantas medicinais: cultura popular na experiência da Pastoral da Saúde da Paróquia São Paulo Apóstolo em Criciúma - Sc**. 2018. Monografia - UNESC, [s. l.], 2018.
- SAAD, G. de A. et al. **Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 468p.
- SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. G. De; NUNES, J. A. Introdução: Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, B. de S. (Org.) **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. v. 4, p. 21–121.
- SASAKI, K. et al. *Rosmarinus officinalis* polyphenols produce anti-depressant like effect through monoaminergic and cholinergic functions modulation. **Behavioural Brain Research**, Japão, v. 238, p. 86–94, 2013.
- SCHILCHER, H. **Fitoterapia na pediatria: guia para médicos e farmacêuticos**. Alfenas: Ciência Brasilis, 2005. 211p.
- SCHRADER, A. et al (Ed.). **Recent plant poisoning in ruminants of northern and eastern Germany. Communication from the practice for the practice**. Alemanha: Berl Munch Tierarztl Wochenschr, 2001. v. 114.
- SILVA JÚNIOR, A. A. **Plantas Mediciniais**. Florianópolis: Epagri, 1997. CDRom.

SILVA JÚNIOR, A. A.; MICHALAK, E. **O éden de Eva**. Florianópolis: Epagri, 2014. 227p.

SILVA, M. L. et al. ***Petiveria alliacea* exerts mnemonic and learning effects on rats**, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jep.2015.04.005>>

SILVEIRA, P. F.; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 618–626, 2008.

SIMÕES, C. M. O. et al. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul**. 5. ed. Porto Alegre: Universidade, 1986. 174p.

SOUZA, C. F. et al. *Achyrocline satureioides* essential oil loaded in nanocapsules ameliorate the antioxidant/oxidant status in heart of rats infected with *Trypanosoma evansi*. **Microbial Pathogenesis**, v. 105, p. 30–36, 2017.

TAHTAMOUNI, L. H. Et al. Dandelion (*Taraxacum officinale*) decreases male rat fertility in vivo. **Journal of Ethnopharmacology**, Zarqa, Jordânia, v. 135, n. 1, p. 102–109, 2011.

TAVARES, R. C. C. **Pastagens de altitude: caracterização de uma exploração na região da Guarda**. 2014. Tese de Doutorado. - ISA/UL, Portugal, 2014.

TOLRÀ, R. P. et al. Aluminium-induced changes in the profiles of both organic acids and phenolic substances underlie Al tolerance in *Rumex acetosa* L. **Environmental and Experimental Botany**. v. 54, p. 231–238. 2005.

TRAD, L. A. B.; BOMFIM TRAD, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009.

UFSC. Alecrim. In: **Horto didático de plantas medicinais do Hospital Universitário**, Florianópolis. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.hortomedicinaldohu.ufsc.br/planta.php?id=352>>. Acesso em: 31 de outubro de 2017.

UFSC. Janaúba. In: **Horto Didático de Plantas Medicinais do Hospital Universitário**. Florianópolis [s.d.]. Disponível em: <<http://www.hortomedicinaldohu.ufsc.br/planta.php?id=352>>. Acesso em: 24 de outubro de 2017.

VEIGA JUNIOR, V. F.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: cura segura? **Química Nova**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 519–528, 2005.

VOGEL, J. H. Integrating complementary medicine into cardiovascular medicine: a report of the american college of cardiology foundation task force on clinical expert consensus documents (writing committee to develop an expert consensus document on complementary and integrative medicine). **Journal of the American College of Cardiology**, v. 46, n. 1, p. 184–221, 2005.

WALLER, S. B. et al. Chemical composition and cytotoxicity of extracts of marjoram and rosemary and their activity against *Sporothrix brasiliensis*. **Journal of Medical Microbiology**, v. 66, n. 7, p. 1076–1083, 2017.

WICHTL, M. **Herbal Drugs and Phytopharmaceuticals: A Handbook for Practice on a Scientific Basis**. Áustria: CRC Press, 2004. 708p.

WILLIAMSON, E.; DRIVER, S.; BAXTER, K. **Interações medicamentosas de Stockley: plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos**. 1. ed., Porto Alegre: Artmed, 2012. 440p.

YIMAM, M. et al. A Botanical Composition from *Morus alba*, *Ilex paraguariensis*, and *Rosmarinus officinalis* for Body Weight Management. **Journal of Medicinal Food**, Washington, v. 20, n. 11, p. 1100–1112, 2017.

YUNES, R. A.; CALIXTO, J. B. **Plantas medicinais sob a ótica da química medicinal moderna: métodos de estudo, fitoterápicos e fitofármacos, biotecnologia, patente**. Chapecó: Argos, 2001. v. 1, 523p.

ZACCHINO, S. et al. In vitro antifungal evaluation and studies on mode of action of eight selected species from the Argentine flora. **Phytomedicine**, v.5, n. 5, p. 389–395, 1998.

ZICK, S. M. Trial of Essiac to ascertain its effect in women with breast cancer (TEA-BC). **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 12, n. 10, p. 971–980, 2006.

GRUPO MOVERE: PROJETO DE DANÇA PARA INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL

Caren Luciane Bernardi

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Departamento de Fisioterapia
Porto Alegre – RS

Bruna Ledur

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Departamento de Fisioterapia
Porto Alegre – RS

Maria Laura Schiefelbein

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Departamento de Fisioterapia
Porto Alegre – RS

Caroline Santos Figueiredo

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Departamento de Fisioterapia
Porto Alegre – RS

RESUMO: As crianças com Paralisia Cerebral (PC) apresentam disfunções motoras que são frequentemente acompanhadas de distúrbios da sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento. O déficit de mobilidade apresentado por estas crianças leva a diminuição da participação na comunidade e compromete o seu desenvolvimento cognitivo, motor e social. Vários autores sugerem que

a dança pode ser uma estratégia terapêutica que vai ao encontro das necessidades das crianças com PC, envolvendo aspectos relacionados à atividade física, treinamento funcional, bem-estar psicológico e inclusão social. A dança parece promover a estimulação emocional, social, cognitiva e física. A prática da dança com enfoque terapêutico busca estimular a aquisição motora de forma lúdica e prazerosa, desenvolvendo habilidades, tanto em indivíduos típicos, como em indivíduos com alguma patologia e/ou disfunção. Diante disto e reconhecendo as necessidades das crianças com PC, o projeto foi desenvolvido para promover, através da vivência da dança, benefícios psicomotores, cognitivos, emocionais e socioculturais às crianças com Paralisia Cerebral matriculadas na Escola de Educação Especial do Centro de Reabilitação de Porto Alegre (CEREPA). As aulas são realizadas com a frequência de uma vez por semana. A equipe é composta por acadêmicos da graduação e uma professora do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). De acordo com avaliações realizadas com os alunos do CEREPA, a participação nas aulas de dança tem contribuído para a construção e a manutenção da saúde física, mental e afetiva, bem como para o desenvolvimento da autonomia e participação social das crianças

com PC.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia cerebral, dança, terapia.

ABSTRACT: Cerebral Palsy (CP) children have motor dysfunctions that are often accompanied by disturbances of sensation, perception, cognition, communication and behavior. The mobility deficit presented by these children leads to reduced participation in the community and compromises their cognitive, motor and social development. Several authors suggest that dance can be a therapeutic strategy that meets the needs of children with CP, involving aspects related to physical activity, functional training, psychological well-being and social inclusion. Dance seems to promote emotional, social, cognitive and physical stimulation. The practice of dance with therapeutic approach seeks to stimulate motor acquisition in a playful and pleasurable way, developing skills, both in typical individuals, as well as in individuals with some pathology and / or dysfunction. Given this and recognizing the needs of children with CP, the project was developed to promote, through the experience of dance, psychomotor, cognitive, emotional and sociocultural benefits to children with Cerebral Palsy enrolled in the Special Education School of Centro de Reabilitação de Porto Alegre (CEREPAL). Classes are held as often as once a week. The team is made up of undergraduate students and a professor of Physical Therapy at the Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). According to evaluations made with CEREPAL students, participation in dance classes has contributed to the construction and maintenance of physical, mental and affective health, as well as to the development of autonomy and social participation of children with CP.

KEYWORDS: Cerebral palsy, dance, therapy.

1 | INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) ou Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância é uma lesão cerebral estática ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que causa anormalidades no desenvolvimento por alteração durante a maturação do Sistema Nervoso Central. A prevalência de PC em países desenvolvidos é de aproximadamente 1,5 a 2,5 por mil nascidos vivos. Em outros países subdesenvolvidos é possível encontrar uma prevalência acima de 3 por mil nascidos vivos em pessoas de 4 a 48 anos.

As crianças com PC apresentam disfunções motoras que são frequentemente acompanhadas de distúrbios da sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento. A hipertonia e várias combinações de déficits motores tais como fraqueza, redução do controle motor seletivo, menor resistência e equilíbrio deficiente são comuns em crianças com PC. Estes déficits contribuem para os prejuízos no movimento e postura que comprometem a função adequada, o nível de atividade física e a participação em atividades sociais. Nas crianças com PC, o déficit de mobilidade leva a diminuição da participação na comunidade e reduz o contato com os pares em

atividades e jogos/brincadeiras. Como consequência, o desenvolvimento cognitivo, motor e social é comprometido. Esta diminuição na participação se correlaciona positivamente com o aumento dos déficits na função motora grossa, evidenciando-se um ciclo de retroalimentação. Sabe-se que indivíduos adultos com deficiência que não participam de atividades físicas apresentam maior predisposição a doenças e redução da saúde como um todo.

Os comprometimentos descritos anteriormente tornam mais difícil a participação de crianças com PC em esportes e atividades de intensidade suficiente para desenvolver e manter os níveis de condicionamento físico adequados. Além disso, existem evidências de que há uma associação positiva entre atividade física e vários índices de saúde mental como ansiedade, sintomas depressivos, autoestima e autoconceito. Vários autores sugerem que a dança pode ser uma estratégia terapêutica que vai ao encontro das necessidades das crianças com PC, envolvendo aspectos relacionados à atividade física e treinamento funcional. A dança para crianças com PC envolve a estimulação de habilidades de movimentos, expressão emocional e artística, socialização e participação. Um dos principais objetivos de um programa de dança para esta população é oferecer a reabilitação física através da execução de movimentos artísticos em um grupo onde as crianças participam através de sua própria escolha e vontade, visto que a motivação é uma peça chave para o sucesso do tratamento.

A dança pode ser uma estratégia positiva que estimula a melhora motora e mimetiza atividades comunitárias, oferecendo o estímulo à movimentação do corpo inteiro e trabalhando a estabilidade estática e dinâmica através do uso de posições e movimentos que utilizam variadas amplitudes de movimento articulares, trazendo benefícios também em relação à marcha e à aptidão cardiorrespiratória desses indivíduos. Além disso, ela organiza os movimentos do corpo no espaço e tempo e estimula a percepção corporal, bem como a mobilidade, a comunicação, a função cognitiva, o autocuidado e a independência. Outro aspecto importante é que as aulas de dança incluem músicas para a execução dos movimentos e tem sido sugerido que esta execução pode ser facilitada pela presença da batida ou ritmo musical em algumas formas de PC.

2 | DESENVOLVIMENTO

As aulas de dança ocorrem no CEREPAL e possuem frequência de 1 dia por semana, com duração de uma hora e trinta minutos. Os alunos da instituição são divididos em duas turmas de acordo com a idade: uma turma é composta por alunos entre 5 a 17 anos, e outra por alunos entre 20 a 40 anos.

As aulas de dança são ministradas pelos acadêmicos da UFCSPA, sob supervisão da coordenadora do projeto, e compreendem atividades visando a expressão corporal e o desenvolvimento de qualidades físicas como força, equilíbrio, coordenação motora

e flexibilidade, e são estimuladas a expressão de sentimentos, o contato corporal e a socialização dos alunos.

Para realização das aulas são utilizados os materiais como aparelho de som portátil, colchonetes, bastões, balões, bolas, panos, jornais, elásticos, tinta guache, dentre outros.

Semanalmente são realizadas reuniões com os integrantes do projeto para planejamento das aulas, avaliação do desenvolvimento da proposta e discussão sobre temas relativos ao projeto

3 | DISCUSSÃO

O projeto vem sendo realizado desde 2015, envolvendo alunos e professores do CEREPAL. Desde então, a pesquisa de satisfação aplicada a cada ano tem apresentado resultados positivos, com as respostas variando entre 'satisfeito' e 'muito satisfeito'. Neste questionário foram abordados itens como: proposta do projeto, contato dos monitores com os alunos, conteúdo das aulas, satisfação geral com o projeto, interesse na continuação do projeto, entre outros. Para responder o questionário, os alunos deveriam considerar as alternativas: 1 como sendo 'muito insatisfeito', 2 como 'insatisfeito', 3 como 'pouco satisfeito', 4 como 'satisfeito' e 5 como 'muito satisfeito'.

Durante os últimos três anos, o Grupo MOVEERE atendeu a aproximadamente 20 alunos do CEREPAL e envolveu cerca de 30 acadêmicos de diversos cursos da graduação, dentre eles, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Fonoaudiologia. Apesar disso, uma das limitações do projeto foi a presença de poucos monitores concomitantemente, visto que a grade curricular dos mesmos é limitada e o tempo disponibilizado pelo CEREPAL para a aula era curto, possibilitando a realização do projeto com apenas duas turmas.

Os resultados obtidos até então indicam que o projeto alcançou os objetivos propostos e obteve um ótimo índice de aprovação entre os alunos da instituição, proporcionando a todos uma ótima experiência e aprendizado sobre novas possibilidades corporais.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados pelo projeto reforçam o uso da dança como método terapêutico para crianças com paralisia cerebral. Através disso, salienta-se a importância do estímulo à essas crianças, seja ele através da dança ou de outras terapias buscando uma maior integração social, participação e qualidade de vida.

Os benefícios do projeto não se limitam apenas aos alunos da instituição CEREPAL, seus relatos de satisfação e a possibilidade de implementar um novo modelo de reabilitação. O contato com as crianças e os adultos, o carinho e a troca

de experiências auxiliam na formação, não apenas de um profissional humanizado, como também de um olhar diferenciado sobre as pessoas que possuem algum tipo de deficiência. A prática do voluntariado faz com que os acadêmicos tenham uma visão global do indivíduo, não apenas como um objeto de estudo.

REFERÊNCIAS

- Dzienkowski RC, Smith KK, Dillow KA, Yucha CB. **Cerebral palsy: a comprehensive review.** Nurse Practitioner, 1996, 21:45-59.
- Fauconnier, J., Dickinson, H.O., Beckung, E., Marcelli, M., McManus, V., Michelsen, S.I., et al. **Participation in life situations of 8-12 year old children with cerebral palsy: Cross sectional European study.** British Medical Journal, 2009, 338: 14-58.
- Imms, C. **Children with cerebral palsy participate: A review of the literature.** Disability and Rehabilitation, 2008, 30: 1867 –1884.
- Graham, H. K., Rosenbaum, P., Paneth, N., Dan, B., Lin, J.-P., Damiano, D. L., Lieber, R. L. (2016). **Cerebral palsy.** Nature Reviews Disease Primers.
- López-Ortiz, C., Gaebler-Spira, D. J., Mckeeman, S. N., McNew, R. N., Green, D. Dance and rehabilitation in cerebral palsy: a systematic search and review. Developmental Medicine & Child Neurology, 2018.
- Michelsen, S.I., Flachs, E.M., Uldall, P., Eriksen, E.L., McManus, V., Parkes, J., et al. **Frequency of participation of 8-12-year-old children with cerebral palsy: A multi-centre cross sectional European study.** European Journal of Paediatric Neurology, 2009, 13:165 –177.
- Parkes, J., McCullough, N., & Madden, A. **How often do children with cerebral palsy participate in everyday life situations? Health and Social Care in the Community,** 2010, 18(3): 304 –315.
- Piovesana, AMSG. **Encefalopatia crônica (paralisia cerebral): etiologia, classificação e tratamento clínico.** In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC (eds). Compêndio de neurologia infantil. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002, p.825-38.
- Pratt, B., Baker, K.W., Gaebler-Spira, D.J. **Participation of the child with cerebral palsy in the home, school, and community: A review of the literature.** Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine, 2008, 1: 101 –111.
- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. **A report: the definition and classification of cerebral palsy.** Dev Med Child Neurol, 2006, 49:8-14.
- Shepherd RB. **Fisioterapia em Pediatria.** 3 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002.
- Teixeira-Machado, L., Azevedo-Santos, I., & DeSantana, J. M. **Dance Improves Functionality and Psychosocial Adjustment in Cerebral Palsy.** American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2017, 96(6), 424–429.
- Vander Heide, J.C., Begeer, C., Fock, J.M., Otten, B., Stremmelaar, E., van Eykern, L.A., et al. **Postural control during reaching in preterm children with cerebral palsy.** Developmental Medicine and Child Neurology, 2004, 46: 253 –266.
- Woollacott, M., Shumway-Cook, A., Hutchinson, S., Ciol, M., Price, R., Kartin, D. **Effect of balance training on muscle activity used in recovery of stability in children with cerebral palsy: A pilot study.** Developmental Medicine and Child Neurology, 2005, 47: 455 –461.

IDENTIDADE PROFISSIONAL E A PRÁTICA COLABORATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Elaine Amado
Rosana Quintela Brandão Vilela
Maria da Piedade Gomes de Souza Maciel

**COLLABORATIVE PRACTICE INTENSIVE
CARE UNIT**

RESUMO: O estudo teve como objetivo identificar a dinâmica da identidade profissional no desempenho da prática colaborativa de uma equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva. Os dados foram coletados por um questionário aberto com duas perguntas escritas que enfocavam quais as facilidades, limites e barreiras para alcançar uma prática colaborativa. Estes foram submetidos à análise temática. Foi possível evidenciar que a equipe estudada encontra-se em transição entre as aspirações profissionais e corporativistas e a prática colaborativa. As disputas e as divergências estão vinculadas a uma formação profissional geradora de sentimentos onipotentes, centralizadores e individualistas, os quais estimulam as barreiras da relação entre os profissionais e, conseqüentemente, interferem nas relações da equipe e no desempenho da prática colaborativa.

PALAVRAS-CHAVE: Identidade Profissional; Prática Colaborativa; Equipe Multiprofissional da Saúde.

ABSTRACT: The study aimed to understand the influence of professional identity in the performance of collaborative practice of a multidisciplinary team working in intensive care. Data were collected by open questionnaire with two written questions that focused on which the facilities, boundaries and barriers to achieve a collaborative practice. These were subjected to thematic analysis. It was possible to show that the study team is in transition between professional and corporatist aspirations and the collaborative practice. Disputes and differences are linked to a generating vocational training omnipotent feeling, centralizers and individualists, which stimulate the barriers of relationship between professionals and consequently end up interfering in team relationships for better performance of collaborative practice.

KEYWORDS: Professional identity; Collaborative practice; Multidisciplinary team of Health.

1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade a prestação de serviços e formação em saúde precisam considerar as necessidades e o contexto social dos usuários no que se refere a uma assistência integral.

Assim, a compreensão do ser humano e do processo saúde-doença perpassa por uma abordagem interdisciplinar, na construção dos conhecimentos. Esses conceitos devem ser transferidos para prática sobre o entendimento da educação interprofissional (EIP) e prática colaborativa (PC) (D'Amour, 1997, OMS, 2010).

Abordar os temas identidade profissional e prática colaborativa implica considerar duas forças antagônicas. A primeira, que tenta continuamente garantir um mercado definido e inviolável e expandir territórios, aumentar sua autonomia e elevar seu grau de dominação e controle sobre outras categorias. E uma segunda força traduzida pela colaboração profissional, apontando para a necessidade de colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e, até, a intersubjetividade. Dessa forma, transpor a discussão da interdisciplinaridade para o campo das práticas em saúde é enfrentar o antagonismo entre o modelo da lógica profissional e o modelo de colaboração interprofissional (Furtado, 2007).

Tomando como referência a questão da diversidade e a necessidade de integração das identidades profissionais em equipes multiprofissionais, torna-se importante compreender os mecanismos envolvidos nas interações grupais dessas equipes, como a identidade do grupo de formação e a do grupo de trabalho operam nos relacionamentos intergrupais, e as repercussões, em termos da percepção da qualidade do trabalho e da satisfação com a equipe, decorrentes das interações estabelecidas no contexto laboral. Portanto, o estudo teve como objetivo identificar a dinâmica da identidade profissional no desempenho da prática colaborativa de uma equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é derivado da pesquisa de mestrado intitulada “Educação Interprofissional e Prática Colaborativa em terapia Intensiva: Perspectivas dos Profissionais da Saúde” realizada nos meses de março 2014 a dezembro de 2015. Os dados aqui apresentados referem-se à dimensão Identidade Profissional.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo-analítico, com abordagem qualitativa com o objetivo de compreender as repercussões da identidade profissional no desempenho da prática colaborativa da equipe multiprofissionais que atuam terapia intensiva.

As pesquisas qualitativas são definidas por Minayo (2004) como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da Intencionalidade. Respalhada neste contexto a pesquisa foi realizada na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Geral do Estado Prof. Osvaldo Brandão Vilela (HGE).. Constou com uma amostra censitária de 50 profissionais do nível superior, dentre estes, 11 médicos, 16 enfermeiros, 11 fisioterapeutas, 2 psicólogos e 3 nutricionistas integrantes da equipe multiprofissional.

Dos 50 profissionais aptos a participar da pesquisa, 7 não participaram do estudo

por não estarem presentes no momento da aplicação dos instrumentos de coleta de dados (férias e/ou licença) ou por se recusarem em participar, resultando assim uma amostra de 43 indivíduos para o desenvolvimento do estudo.

O estudo teve como critérios de inclusão a equipe de profissionais que são membros fixos da terapia intensiva, plantonistas e diaristas e, como critério de exclusão os profissionais de especialidades circulantes.

A coleta de dados foi a partir questionário aberto, com duas perguntas escritas enfocando as facilidades, limites e barreiras para a prática colaborativa. A entrega do questionário foi presencial e realizada pelo próprio pesquisador, com visitas em momentos oportunos no ambiente de trabalho.

Os dados (falas escritas) foram submetidos a uma análise temática, uma das técnicas de análise de conteúdo, trabalhou-se na organização dos questionários com as respostas, seguida da leitura flutuante e a identificação do material de análise, constituindo assim o *corpus* da pesquisa. Por fim, foram identificadas as unidades de contexto, unidades de registros e com suas respectivas categorizações.

A análise temática das respostas às questões nos oferece indícios significativos da dinâmica dessa equipe multiprofissional, nas seguintes categorizações: “Gestão do trabalho Coletivo”, “Percepção de Sub-Grupo” e, “As Individualidades no Contexto da Equipe”.

Para preservar o sigilo dos sujeitos estudados, eles foram nomeados com nomes de família de plantas, de acordo com a formação profissional, e, numerado por ordem de entrega do questionário aberto.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo sendo explicado de forma sucinta e clara os objetivos da pesquisa e a importância de sua contribuição. Quando aceito o convite foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas /Plataforma Brasil e aprovado com o Parecer nº 1.033.317.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Para Gondim, Luna, Souza, Sobral & Lima (2010), a identidade profissional é reorganizada a cada momento de trabalho como consequência da existência de duas dimensões: uma referente à categoria profissional independente da área de atuação, acompanha o indivíduo desde sua formação acadêmica e o define nessa categoria profissional; e outra construída no contexto de trabalho.

Para melhor entendimento, os resultados serão apresentados observando a dinâmica existente entre a identidade do grupo de formação e a identidade do grupo de trabalho na equipe multiprofissional, nas três categorias encontradas.

3.1 Gestão do trabalho Coletivo

A identidade do grupo de formação pode ser fortalecida a partir de fatores gerenciais que habilitam a prática de um conjunto de atividades por profissionais específicos. Esses fatores podem reconhecer e valorizar a contribuição de um campo do conhecimento, proporcionando o desenvolvimento de atividades de uma equipe, fortalecendo a identidade do grupo de formação, mas, também, pode impedir a visualização de uma uniformidade dificultando, assim, o surgimento de um grupo de trabalho, como exemplificam as falas dos participantes da pesquisa.

Tulipa 39: " Há confusão de liderança democrática com liderança autoritária dificultando o serviço; desestimulando os profissionais."

Tulipa 19: " ...existe pouca valorização do profissional"...

Alguns autores (Brasil, 1999; Freire, 1980; Van Knippenberg, De Dreu & Homan, 2004) salientam a importância da igualdade de status dos membros dos grupos, sustentando que a percepção de igualdade (de poder, de prestígio, de recursos) entre grupos pode facilitar a atração entre os seus membros e reduzir os preconceitos mútuos negativos.

A gestão, nessa dinâmica de construção de uma forma de trabalhar coletiva, tem um papel central, tanto em relação à valorização e promoção do trabalho em grupo, quanto na mediação de conflitos que podem emergir dentro do grupo.

Nesse sentido, ter clareza de como cada profissional pode contribuir para a construção de um trabalho coletivo é condição essencial para que as pessoas acreditem e viabilizem essa modalidade de atuação. A verificação da identidade é, de acordo com Polzer, Milton. & Swann. (2002), um aspecto importante para a promoção de relações intergrupais mais harmônicas. No trecho transcrito a seguir, observamos que esse entendimento ainda não está desenvolvido no que diz respeito ao grupo estudado, pois, na percepção do grupo, a gestão ainda não consegue visualizar como cada profissional pode atuar em um trabalho integrado e que atenda melhor aos objetivos da equipe.

Crisântemo 12:"... Muitas vezes não há definição precisa de papéis de cada profissional dentro do setor, causando prejuízo, óbvio na qualidade da assistência..."

Ademais, percebemos, a partir dos dados dessa equipe, que tal reconhecimento é imprescindível para a constituição de uma identidade do grupo de trabalho e, simultaneamente, para o fortalecimento da identidade do grupo de formação. Se os indivíduos conseguem compreender o papel e contribuição de cada um ao grupo, a identidade de formação é valorizada e se visualiza que ela não impede o trabalho em conjunto, mas sim o potencializa.

Relacionar-se com um novo grupo sempre gera uma ansiedade quanto à própria identidade (Guirado, 1987), e, nesse sentido, relevante é a vivência dessa ansiedade dentro do período de graduação bem como a identificação com os profissionais de

outras áreas da saúde.

Por isso, Moretti-Pires (2009) sugere que, quando os profissionais e futuros profissionais da saúde aprendem apenas os aspectos técnicos de sua profissão e não compreenderem a maneira de colaborar com outras categorias profissionais, a formação universitária por si só não possibilitará a atuação interprofissional. A ausência e a importância desse espaço institucional para uma atuação integrada desde a formação é sentida pelos participantes da pesquisa.

Tulipa 22: "Intensificar as práticas interprofissionais na graduação para facilitar o trabalho em equipe"...

A exposição a experiências e vivências compartilhadas e o desenvolvimento das competências colaborativas ao longo da graduação contribuem para a formação de um profissional com maior clareza sobre seu papel, suas responsabilidades e competências na prática colaborativa.

Tulipa 22: "Interação entre a equipe que reflete numa busca pela excelência na assistência, trazendo vários benefícios ao paciente."

3.2 Percepção de Sub-Grupo

A identidade do grupo de formação dos integrantes de uma equipe também pode ser fortalecida pela percepção da dinâmica do trabalho em equipe. A existência de subgrupos foi identificada a partir de algumas falas dos participantes. Os subgrupos não favorecem a integração grupal e evidenciam o pertencimento dos indivíduos a categorias profissionais, fortalecendo, assim, a sua identidade do grupo de formação.

Tulipa 32: "Permanece na postura inadequada de alguns profissionais que adotam uma filosofia ultrapassada de que podem trabalhar de forma individualizada".

Tulipa 7: "... e alguns ainda não valorizam cada membro da equipe com a devida importância para o bem do paciente; não há uma valorização devida a cada profissão envolvida no processo saúde-doença."

Ainda que reconheçam a importância da identidade do grupo de trabalho para a construção de um trabalho coletivo, alguns membros dessa equipe relatam que alguns profissionais, de forma individual, reiteram a necessidade de manter certas especificidades na atuação profissional, preservando, assim, a sua identidade do grupo de formação.

Gardênia 34: " a figura do médico centrado no módulo antigo – sabe tudo sozinho".

Tulipa 22: " : Não aceitação (de algumas classes) da interdisciplinaridade onde acreditam que o conhecimento não pode ser compartilhado."

Geralmente as categorias profissionais apresentam a tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e assim garantindo reserva de mercado (Machado, 1995; D'Amour,

1997).

Na equipe de saúde existem não só trabalhos diferentes no aspecto técnico, mas, também, desiguais no que diz respeito à valorização social. Algumas profissões são consideradas superiores a outras e existem relações de subordinação que respeitam uma hierarquia entre os profissionais. As diferenças técnicas transformam-se em desigualdades sociais entre os agentes do trabalho. A equipe acaba por expressar as diferenças e as desigualdades (Peduzzi, 2001).

Vale destacar que, em alguns momentos, os participantes citaram ou fizeram referência ao trabalho desenvolvido em prol da identidade de grupo, indicando, assim, a existência de uma integração entre os seus componentes. Verificamos que existem reflexões sobre o papel do outro, e importância da comunicação para assistência na perspectiva do cuidado integral.

Crisântemo 20: " São encontradas a boa relação interprofissional e comunicação aberta a críticas e sugestões de todos que fazem parte da equipe..."

Gardênia 25: "... equipe médica aberta ao diálogo sem verticalização, não há competição, mesmo em procedimentos compartilhados..."

Gardênia 15: "...O dialogo entre a equipe do nível superior e o entendimento é bem mais produtivo, pois estão abertos a discussão dos casos."

A compreensão de que existem perspectivas e posturas diversas em relação a um mesmo fenômeno reafirma e promove uma aproximação com a identidade do grupo de formação. Os profissionais ao permitirem o compartilhamento, o diálogo e a aceitação dessa diversidade, podem visualizar a contribuição específica oferecida pela sua formação e a dos demais membros da equipe para o trabalho em conjunto.

Observa-se também que, mesmo ainda não existindo, na prática, uma identidade do grupo de trabalho totalmente consolidada, há referência a ela nos discursos dos participantes, o que pode ser interpretado como uma tentativa de conferir força a essa identidade do grupo de trabalho.

Tulipa 8: "... Acredito que, há tempo, os profissionais de saúde estão procurando, se empenhando em aprender mais uns com os outros e o importante, se respeitando profissionalmente."

Crisântemo 23: "...precisamos de complementaridade entre os profissionais, assim como, a distribuição de conhecimento para melhor entendimento de todos".

3.3 As individualidades no Contexto da Equipe

As teorizações de Deschamps & Moliner (2009) e Machado (2003) mostram uma intrínseca relação entre a identidade social e a pessoal. Ambas são construídas de forma processual, na medida em que os indivíduos se inserem e se identificam com grupos sociais que possuem alguns valores, normas de conduta e padrões de comportamento específicos, que condicionam as posturas individuais em uma coletividade.

Observamos, a partir dos elementos apontados pelos componentes dessa equipe, a intrínseca relação entre a identidade profissional e a pessoal. Os participantes enfatizaram que as características pessoais dos componentes do grupo exercem forte influência no âmbito do trabalho em equipe.

Tulipa 29:” Alguns profissionais demonstram dificuldade em compartilhar conhecimento e/ou receber sugestões: “Donos do Saber”!

Em relação aos aspectos mais individuais que interferem como facilitadores no processo de fortalecimento de uma identidade do grupo de trabalho, os participantes dessa equipe enfatizaram:

Tulipa 39:”... o profissional ser humilde para aceitar crítica; e querer crescer; aprender sempre; não ter vergonha de questionar com dúvidas; respeito com o colega”.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados nos leva a considerar que a identidade do grupo de trabalho dos membros dessa equipe é fragilizada mediante a existência de fatores gerenciais, grupais e individuais.

Os fatores gerenciais impedem a visualização de uma equipe, favorecendo, no âmbito grupal, a constituição de subgrupos, nos quais os membros se aproximam a partir de uma afinidade de grupo profissional. A acentuação das diferenças em relação a outros grupos e da semelhança em relação à sua própria categoria profissional, observada nessa equipe, é um processo frequente na constituição ou fortalecimento de uma identidade, a qual, nesse caso, é a identidade do grupo de formação.

A existência de subgrupos e os próprios depoimentos desses profissionais, que se veem atuando na equipe ainda com uma identidade do grupo de formação, são indícios de que eles ainda não se integraram completamente à equipe e ainda não desenvolveram uma identidade do grupo de trabalho. Assim, o entendimento do papel de cada profissional configura-se como extremamente importante para o fortalecimento de uma identidade unificada do grupo de trabalho e minimizar os aspectos mais individuais que influenciam negativamente a prática colaborativa.

Portanto é possível evidenciar que a equipe estudada encontra-se em transição entre as aspirações profissionais e corporativistas e a colaboração interprofissional. As disputas e as divergências estão vinculadas a uma formação profissional ainda geradora de sentimentos centralizadores e individualistas, os quais estimulam as barreiras da relação entre os profissionais e, conseqüentemente, acabam interferindo nas relações entre os membros da equipe, e desta com os pacientes.

Sugere-se a realização de estudos longitudinais com grupo em mais diferentes fases de desenvolvimento, entendendo que estas pesquisas caracterizam-se como excelentes oportunidades de explorar essa temática de modo processual, ampliando o

entendimento de sua evolução e auxiliando no avanço desse campo do conhecimento.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (1999). Ministério da Educação. Portaria 1.262/99. Cria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. *Diário Oficial da União*, 199-E, Brasília-DF.
- D'amour D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec.*. Tese (Doutorado) – Université de Montreal, Montreal, Canadá.
- Deschamps, J. C. & Moliner, P. (2009). *A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Furtado, J.P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comunic Saúde Educ.* 11(22), 239-245.
- Freire P. (1980). *Conscientização. Teoria e Prática da Libertação. Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire*. 3ª edição [trad. Kátia de Mello e Silva; ver. Benedito Eliseu Leite Cintra], São Paulo: Moraes.
- Gondim, S. M. G.; Luna, A. F.; Souza, G. C.; Sobral, L. C. S. & Lima, M. (2010). A identidade do psicólogo brasileiro. In: A. V. B. Bastos e S. M. G. Gondim (Orgs.), *O trabalho do psicólogo no Brasil*, Porto Alegre: Artmed/Bookman, pp. 223-247.
- Guirado M. (1987). A psicologia institucional de Bleger. In M. Guirado. *Psicologia institucional*. São Paulo: E. P. U.
- Machado H. V. (2003). A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição Especial, 51-73.
- Minayo M.C.S. (2004). *O Desafio do Conhecimento*. 8. ed. São Paulo: Hucitec.
- Moretti-Pires, R. O. (2009). Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 13(30), 153-166.
- Organização Mundial da Saúde - OMS (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Recuperado de: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- Peduzzi M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 35: 103-109.
- Polzer, J. T.; Milton, L. P. & Swann Jr., W. B. (2002). Capitalizing on diversity: interpersonal congruence in small work groups. *Administrative Science Quarterly*, 47(2), 296-324.
- Van Knippenberg D, De Dreu C & Homan AC. (2004). Work group diversity and performance: An integrative model and research agenda. *Journal of Applied Psychology*, 89, 1008 – 1022.

INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Emir Dirlan Lima de Oliveira

UFSM – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Santa Maria/RS.

Cristiane Ferreira dos Santos

UFSM – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Santa Maria/RS.

Camile Dalla Corte de Araújo

UFSM – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Santa Maria/RS.

Márcia Yane Girolometto Ribeiro

UFSM – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Santa Maria/RS.

Catheline Rubim Brandolt

UFSM – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Santa Maria/RS.

Dyan Jamilles Brum Maia

UFSM – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Santa Maria/RS.

Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família

INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) caracteriza-se como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltado para a educação em serviço. O programa com ênfase em Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (ESF), implantado em 2009, tem como diretrizes político-pedagógicas e estratégias metodológicas a formação de profissionais com competências para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo as unidades de saúde com equipes de ESF como cenário orientador e balizador do processo de formação (UFSM, 2017).

Norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, este programa tem como objetivo desenvolver nos profissionais de saúde, capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional (UFSM, 2017). Os profissionais, quando inseridos neste programa, desenvolvem atividades multidisciplinares junto a uma equipe multiprofissional, sob supervisão

PALAVRAS-CHAVE: Interdisciplinaridade;

docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (Brasil, 2005).

Neste sentido, o presente trabalho é um relato de experiência de seis profissionais residentes (um cirurgião-dentista e uma enfermeira do 1º ano e uma nutricionista, uma educadora física, uma enfermeira e uma psicóloga do 2º ano) do PRMISPS da UFSM acerca do trabalho desenvolvido junto a uma equipe de ESF em Santa Maria/RS.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as atuações neste nível caracterizam-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que buscam a atenção integral, abrangendo a promoção, prevenção e proteção da saúde, o tratamento de doenças, a reabilitação e a redução de danos ou de sofrimentos, através do trabalho de forma interdisciplinar e em equipe dirigido às populações em seus territórios definidos. (BRASIL, 2007).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde apresentou o programa Saúde da Família como estratégia para a consolidação do SUS, priorizando ações de promoção e proteção da saúde tanto do indivíduo como de seu contexto familiar, de forma integral e contínua. Uma das características dos processos de trabalho das equipes de ESF, e que são atribuições comuns a todos os profissionais que as compõem, é a de realizar o cuidado em saúde da população adscrita, não apenas no âmbito da unidade de saúde, mas também, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Visa-se, dessa maneira, atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, bem como instrumentalizar os profissionais para sua inserção e conhecimento da realidade devida da população e o estabelecimento de vínculos com a mesma (BRASIL, 2012).

METODOLOGIA

Ao se inserirem nos campos de atividades práticas do programa, os residentes devem planejar e construir anualmente, e com a colaboração de docentes e dos profissionais da assistência, um “Plano de Ação”. Esse documento tem a finalidade de guiar o processo de definição e realização das atividades de campo (multiprofissionais) e de núcleo a serem desempenhadas, consistindo, então, numa importante ferramenta de sistematização e delineamento das ações. Logo, trata-se de uma etapa importante para a qualificação do trabalho dos profissionais residentes, pois através dos eixos diagnóstico, planejamento, execução, monitoramento e avaliação consegue-se aprimorar a qualidade dos serviços de forma pautada na centralidade dos sujeitos, na construção coletiva do SUS, na formação destes profissionais e no dia a dia da unidade de saúde.

As atividades a serem planejadas e realizadas a partir da inserção dos residentes no campo de atividades práticas eram definidas após observação do território, dos usuários e suas principais demandas. As ações e o modo como eram executadas, eram discutidas e planejadas em reuniões de equipe, tutoria de núcleo e tutoria de campo.

O trabalho dos residentes na atenção primária à saúde deve abranger de forma integral e interdisciplinar o cuidado com a população. Nesse contexto, eram desempenhadas atividades de núcleo, privativas a cada profissional, e de campo, comum a todos. Portanto, a reunião de equipe, realizada uma vez na semana, era um dos momentos mais pertinentes para que acontecessem as discussões interdisciplinares entre todos os profissionais da ESF e os residentes, e ocorriam no intuito de compartilhar e debater casos clínicos, processos de trabalho, ações coletivas e de núcleo sob a visão de diferentes núcleos profissionais. Esse momento era imprescindível para promover discussões de caráter interdisciplinar com finalidade de constituir o processo de tomada de decisão em equipe.

Fundamentados na PNAB e na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006), diversas atividades eram mantidas e criadas com o foco no cuidado à saúde através de ações que extrapolassem a prática curativista. Essas atividades visavam estimular os usuários a desenvolver a capacidade de transformar a informação científica e seus próprios saberes sobre o cuidado informal da saúde em comportamentos saudáveis, tornando, assim, os demais espaços e grupos, em importantes aliados para o fortalecimento da atenção primária à saúde

Dentre as atividades multiprofissionais desenvolvidas, vale destacar as ações realizadas em três escolas vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE); os grupos de saúde, de convivência de mulheres, de artesanato, de caminhada e de gestantes; as visitas domiciliares multiprofissionais; e a colônia de férias (atividade voltada à crianças de 8 à 12 anos durante o período de férias escolares); que são atividades que visam a promoção, prevenção e educação em saúde dos usuários e da comunidade adstrita à ESF.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Percebeu-se que o Programa de Residência Multiprofissional proporcionou a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde em uma das principais áreas prioritárias do SUS, que é a Atenção Básica. Além disso, o programa oportunizou o desenvolvimento profissional específico de cada área, bem como a oportunidade de desenvolver habilidades em realizar trabalhos e ações em equipe, trocar conhecimentos, aprendizados e experiências com profissionais de diversos núcleos.

CONCLUSÕES

A formação interdisciplinar proposta pelo PRMISPS e a visão e relação multiprofissional da equipe da ESF mostraram-se de suma importância para o desempenho profissional dos residentes, pois através destas competências, estes profissionais eram estimulados a perceberem cada indivíduo como um todo, ou seja, sob uma visão holística e não como um indivíduo fragmentado.

Os profissionais se articulavam para que o objetivo principal das práticas de saúde fosse alcançado: a saúde integral do indivíduo.

A importância dos vínculos estabelecidos entre os profissionais e entre profissionais-usuários favorecia o aprendizado e a intervenção em conjunto, bem como a aplicação dos conhecimentos acadêmicos específicos e o desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais. Esta interação entre os diversos saberes tinha como objetivo propor uma assistência integral e humanizada, de forma a atender aos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Verificou-se que o PRMISPS surge como uma alternativa para promover mudanças nas práticas assistenciais em saúde, capazes de favorecerem o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas através de atividades planejadas e executadas em conjunto, promovendo a interdisciplinaridade, a integralidade, a humanização na assistência à saúde e a construção de novas realidades de saúde para a população usuária do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Seção 1, p. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**. Santa Maria, 2017. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/residenciamulti/index.php/programas/1-multi/1041>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA: CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA EM EXTENSÃO

Gilberto Baroni

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná

Eduardo de Souza Tolentino

Universidade Estadual de Ponta Grossa
Ponta Grossa – Paraná

RESUMO: Ligas acadêmicas são entidades estudantis, formadas por discentes e docentes, que possuem um importante papel na formação acadêmica do indivíduo, na aquisição de experiência da prática médica e também na ampliação dos conhecimentos técnico-científicos. A Liga Acadêmica de Nefrologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, criada no ano de 2012, possui como objetivos primordiais complementar a capacitação técnica dos estudantes no âmbito da Nefrologia, estimular a produção científica e facilitar o contato do acadêmico com a comunidade. O objetivo deste capítulo é relatar as experiências e atividades desenvolvidas durante os cinco anos de atuação da liga e apresentar as conquistas até o momento. Diversas são as atividades desenvolvidas pela liga, envolvendo ambulatorios, enfermarias e aulas expositivas, com a participação de alunos e professores experientes no assunto. Desde seu início em 2012, foi produzido grande conhecimento científico aplicável à comunidade, perfazendo

um total de 25 produções, sendo uma delas a confecção de um livro voltado aos médicos inseridos na Atenção Básica à saúde. Sendo assim, a Liga Acadêmica de Nefrologia, reiterando seus objetivos iniciais, inseriu o discente em um contexto ampliado da medicina, auxiliando na aquisição de conhecimento profissional e acadêmico, além de ampliar a produção científica, sempre aplicando-os à comunidade em que está inserida.

PALAVRAS-CHAVE: Nefrologia. Liga acadêmica. Produção Científica. Educação médica.

ABSTRACT: Academic leagues are student entities, formed by students and teachers, who play an important role in the academic formation of the individual, in the acquisition of experience of medical practice and also in the expansion of technical and scientific knowledge. The Academic League of Nephrology of the State University of Ponta Grossa, created in the year 2012, has the primary objectives of complementing the technical training of students in the field of Nephrology, stimulating scientific production and facilitating academic contact with the community. The objective of this chapter is to report the experiences and activities developed during the five years of the league's performance and present the achievements to date. There are several activities developed by the league,

involving outpatient clinics, nurses and lectures, with the participation of students and teachers who are experienced in the subject. Since its inception in 2012, a great amount of scientific knowledge has been produced, applicable to the community, making a total of 25 productions, one of them being the production of a book aimed for physicians inserted in Basic Health Care. Thus, the Academic League of Nephrology, reiterating its initial objectives, inserted the student in an expanded context of medicine, assisting in the acquisition of professional and academic knowledge, as well as expanding scientific production, always applying them to the community in which it is inserted.

KEYWORDS: Nephrology. Academic League. Scientific production. Medical education.

1 | INTRODUÇÃO

Uma liga acadêmica corresponde à uma entidade estudantil, constituída por alunos pertencentes a diferentes anos de graduação, sob supervisão de profissionais e professores vinculados à Instituição de Ensino Superior ou Hospitais Universitários, sendo os responsáveis pela sua administração os próprios alunos (SOUZA, 2013). Tem como principal objetivo o aprofundamento em determinadas áreas do conhecimento, a fim de sanar demandas sociais (HAMAMOTO, 2011).

No curso de medicina, a liga acadêmica tem particular importância, justamente por preencher eventuais carências da graduação e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde prestados à comunidade, além de promover a inserção dos acadêmicos e da instituição na sociedade (PERES, 2007). Nesse sentido, os membros participam de atividades médicas - ensino, pesquisa e extensão - permitindo, assim, que adquiram conhecimentos e sejam atuantes em áreas específicas que não aprofundadas ou ausentes nos currículos tradicionais (SOUZA, 2013).

Essas atividades extensionistas são extremamente comuns e constituem uma via importante no treinamento da maioria dos estudantes de medicina, auxiliando na sua formação (TAVARES, 2004). As ligas acadêmicas têm surgido como uma das atividades extracurriculares mais procuradas pelo estudante de medicina, devido a uma maior possibilidade de sua inserção na prática clínica, além de possibilitar uma relação médico-paciente mais concreta (SOUZA, 2013).

A Liga Acadêmica de Nefrologia (LAN) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) iniciou suas atividades no ano de 2012, seus objetivos consistem em complementar a capacitação técnica dos estudantes no âmbito da Nefrologia, com enfoque na Doença Renal Crônica (DRC) - um grave problema de saúde pública, que afeta cada vez mais pessoas no mundo todo. Além disso, visa estimular a produção científica por meio de projetos de pesquisa e facilitar o contato do acadêmico com a comunidade. Assim proposto, as atividades da LAN consistem em encontros quinzenais, nos quais se discute um tema apresentado por acadêmicos, visitas diárias a pacientes internados nas alas do hospital e acompanhamento dos ambulatórios. O grupo é formado por 25 acadêmicos de todos os anos do curso de Medicina, tutorados

por professores nefrologistas da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa. Outro aspecto importante que complementa as reuniões semanais e as atividades comunitárias é o incentivo à pesquisa, produção e revisão de conhecimento, auxiliando e contribuindo para a formação de novos conhecimentos e adequação à realidade social vigente.

2 | OBJETIVOS

Relatar as experiências e atividades desenvolvidas durante os cinco anos de atuação da Liga Acadêmica de Nefrologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Apresentar as conquistas até o momento, frutos dos projetos de pesquisa, acompanhamento junto à comunidade e atividades de extensão realizados pela LAN.

3 | REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Criação da Liga de Nefrologia

A Liga Acadêmica de Nefrologia é um projeto de extensão do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa, coordenado pelo Professor Gilberto Baroni e está registrada na Pró-Reitoria de extensão da UEPG. A LAN foi criada no ano de 2012, a fim de abordar temas relacionados à Nefrologia, principalmente a DRC, aprofundando os conhecimentos dessa área médica. O ideal foi proposto pelos alunos do curso, junto aos professores da disciplina de Nefrologia, dando início as atividades no mesmo ano.

3.2 Atividades realizadas durante os cinco anos da LAN

As atividades realizadas pela LAN ocorrem nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa – enfermarias, ambulatórios e salas de aula.

3.2.1 Reuniões quinzenais para discussão de temas e casos clínicos

Os acadêmicos participantes da LAN inicialmente escolhem um tema de sua preferência, dentro das áreas abrangidas por esse projeto. Realiza-se, então, uma revisão de literatura sobre o tema escolhido, sob orientação dos professores da liga. Para isso são utilizados artigos científicos publicados em periódicos indexados, para então se preparar uma aula expositiva aos demais membros da liga.

Após a apresentação, são tecidos comentários e críticas por médicos com entendimento no assunto, com posterior espaço para discussão. Essa discussão abrange o tema da aula ministrada e complementações que os alunos integrantes da liga e os professores julgarem necessárias, de modo a integrar e perpetuar o conhecimento.

3.2.2 Atividades no ambulatório de Nefrologia

Os integrantes são divididos e organizados em escalas para atendimentos supervisionados dos pacientes em acompanhamento no ambulatório de Nefrologia do Hospital Santa Casa Misericórdia de Ponta Grossa. Os acadêmicos, então, têm a oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar a anamnese – conversa e formulação da história clínica do paciente, além de realizar o exame físico geral e específico, a fim de aprender as manifestações clínicas nefrológicas frequentes em cada doença.

3.2.3 Atividades nas enfermarias do hospital

Os acadêmicos participam das visitas aos pacientes internados no hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa, onde acompanham os médicos responsáveis por tais pacientes. Nesse momento, os alunos podem compreender condutas frente aos pacientes que já estão internados, também podem discutir as principais formas de manejo naqueles pacientes que necessitam de intervenções ou procedimentos.

3.2.4 Produção científica

No decorrer dos cinco anos em que a LAN esteve em atividade, diversos estudos, artigos científicos, trabalhos de conclusão de cursos (TCC), livros voltados aos médicos inseridos na Atenção Primária, entre outros, já foram desenvolvidos, com a participação dos alunos e professores da liga. As temáticas são diversas, contudo sempre voltadas à compreensão dos métodos que podem ser eficazes na melhoria da atenção à saúde da população.

4 | RESULTADOS

Desde o seu início em 2012, o projeto extensionista intitulado “Liga Acadêmica de Nefrologia”, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, produziu grande conhecimento científico aplicável à comunidade e diversos foram os resultados. A começar pela confecção de um livro, no ano de 2012, intitulado “Protocolo de atendimento aos portadores de Doença Renal Crônica”, que aborda a fisiopatologia de progressão da doença, o tratamento medicamentoso, medidas dietéticas e de mudança de estilo de vida que evitam, ou minimizam, a progressão da DRC. A escolha do tema partiu da dificuldade encontrada pelos próprios acadêmicos em identificar pessoas com essa doença que, em suas fases iniciais, pode ser assintomática, mas se não tratada evolui para forma terminal. Pensando nessa dificuldade, todo o conteúdo do livro visa orientar e capacitar os médicos que atuam na Atenção Primária à saúde.

Ainda, a LAN foi responsável por um total de 24 outras produções, sendo quatro artigos completos publicados em periódicos, três resumos expandidos publicados

em anais de congressos, dois resumos publicados em anais de congressos, três apresentações de trabalho e oito trabalhos de conclusão de curso de graduação (Tabela 1). Esses dados mostraram-se bastante satisfatórios, pois segundo Filho 2011 muito do conhecimento que é gerado nas ligas acadêmicas acaba por não se materializar em produtos para divulgação científica.

Produções	Número
Artigos completos publicados em periódicos	4
Resumos expandidos publicados em anais de congressos	3
Resumos publicados em anais de congressos	2
Apresentações de trabalho	3
Trabalhos de conclusão de curso de graduação	12
Livros publicados	1
TOTAL	25

Tabela 1 – Número de produções científicas da LAN

Além de todo o conhecimento científico gerado, foi grande a experiência adquirida pelos acadêmicos participantes da liga. Os acompanhamentos às consultas ambulatoriais e às visitas nas enfermarias proporcionaram aquisição de prática e destreza nas decisões, manejo e conduta. Aos futuros praticantes da medicina muito foi compartilhado, e aos indivíduos inseridos na comunidade muito foi repassado, sendo que grande parte do conhecimento gerado pela LAN foi destinado e aplicado não só à comunidade médica, mas também à comunidade em que se encontra inserida.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LAN, reiterando seus objetivos iniciais, inseriu o discente, satisfatoriamente, em um contexto ampliado da medicina, principalmente no que tange à Nefrologia e ao doente nefrológico. Também foi capaz de ampliar a produção científica e trouxe conhecimento não só ao âmbito médico e acadêmico, como também para a sociedade em que está inserida. Os encontros também puderam proporcionar aquisição de experiência, destreza e fortalecimento de aspectos como trabalho em equipe, oratória e tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

FILHO, P. T. H. **Ligas Acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário.** Rev. bras. educ. med. v. 35 n. 4, Rio de Janeiro, 2011.

HAMAMOTO FILHO, P. T. *et al.* **Ligas Acadêmicas de Medicina: extensão das ciências médicas à sociedade.** Rev. Ciênc. Ext, v. 7, n. 1, p. 127, 2011.

PERES, C. M.; ANDRADE, A. S.; GARCIA, S. B. **Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo.** Rev. Bras. Educ. Med., v. 31, n. 3, p. 203-11, 2007.

SOUZA, H. P. G. **Caracterização das Ligas Acadêmicas de Medicina no Brasil e o seu papel atual na formação médica.** Monografia (Graduação) Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Curso de Graduação em Medicina. 2013.

TAVARES, A. P. *et al.* **O currículo paralelo dos estudantes de medicina e a extensão universitária.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2004, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Educa116.pdf>>.

NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Alexia Nascimento Matos de Freitas

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde
Feira de Santana - Bahia

Gizelly Braga Pires

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde
Feira de Santana - Bahia

RESUMO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado com a finalidade de apoiar a Estratégia Saúde da Família, melhorando sua atuação, ampliando a abrangência e resolubilidade. Este estudo tem como objetivo analisar as mudanças ocorridas na atenção à saúde na Estratégia a partir da implantação do núcleo. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas e análise de documentos, em um município baiano, tendo como participantes onze trabalhadores da equipe de saúde da família e doze trabalhadores do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os resultados demonstram que as ferramentas de apoio à atenção, como apoio matricial, os projetos terapêuticos singulares, a clínica ampliada e o projeto de saúde no território tem apresentado dificuldades em sua execução. Assim, observou-se que as mudanças na atenção à saúde ainda são focadas em atitudes

individuais dos usuários que participam das atividades promovidas pelos núcleos sendo essas principalmente atividades de educação em saúde e atendimento individual. Outra mudança ocorrida após implantação do Núcleo foi à diminuição dos encaminhamentos dos usuários para a rede serviços especializados, uma vez que para casos mais complexos são ofertados consultas individuais. Porém, a existência de consultas individuais dissociadas do apoio matricial dificulta a resolubilidade da atenção por ter atividades ainda fragmentadas e centradas apenas na clínica individual. Portanto, faz-se necessário um alcance maior das ações do núcleo por meio de um efetivo apoio matricial, da clínica ampliada e da realização do Projeto terapêutico singular e o Projeto saúde no território.

PALAVRAS-CHAVE: Resolubilidade; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: The Family Health Support Center was created with the purpose of supporting the Family Health Strategy, improving its performance, broadening the scope and resolubility. This study aims to analyze the changes in health care in the Strategy from the implementation of the core. This is a qualitative study, carried out through semi-structured interviews and document analysis, in a Bahia

municipality, with participants as eleven workers of the family health team and twelve core workers. The results show that the tools to support care, such as matrix support, singular therapeutic projects, extended clinic and health care project in the territory have had difficulties in their execution. Thus, it was observed that the changes in health care are still focused on the individual attitudes of the users who participate in the activities promoted by the core, these being mainly activities of health education and individual care. Another change that occurred after the implementation of the core was the reduction of referrals from the users to the network specialized services, since for more complex cases individual consultations are offered. However, the existence of individual consultations dissociated from the matrix support hampers the resolubility of attention by having activities still fragmented and focused only on the individual clinic. Therefore, a greater reach of core actions is necessary through effective matrix support, extended clinical practice, and singular therapeutic projects and care project in the territory implementation.

KEYWORDS: Resolvability; Support Center for Family Health; Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde é conceituada por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Para tanto faz se necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma população de um território definido (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do usuário na rede de atenção a saúde, sendo responsável por coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços disponibilizados nessa rede. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua expansão e consolidação (BRASIL, 2017).

Com a finalidade de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, melhorando sua atuação, bem como ampliando a abrangência e a resolubilidade, a territorialização e a regionalização, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

A Política Nacional da Atenção Básica de 2017 (BRASIL, 2017) propõe que esse núcleo passe a complementar não apenas as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica específicas, mas também as equipes de Atenção Básica tradicionais, ocorrendo alterações no nome, passando a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O NASF tem como missão apoiar o trabalho das equipes na Rede de Atenção à Saúde, ampliando a abrangência, o escopo e a qualidade das ações na Atenção Básica, e a de contribuir para o aumento de sua capacidade de cuidado, aumentando

a resolubilidade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Esses núcleos fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Devem atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (BRASIL, 2010).

O processo de trabalho do NASF está pautada de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Atenção Básica, mas é principalmente orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial que vem sendo um novo modelo de produzir saúde com a participação de diversas equipes e profissionais, ocorrendo propostas de intervenção pedagógica-terapêutica levando ao aumento da integralidade e resolubilidade da assistência à saúde (BRASIL, 2014; SANTOS et al, 2017).

É válido ressaltar que o apoio matricial não é a uma prática exclusiva do NASF, outras equipes podem e devem utiliza-la, no entanto, é uma das ferramentas mais importantes de atuação, pois ao oferecer esse apoio através de ações com os profissionais das equipes ou de ações diretas com os usuários, amplia-se a capacidade de cuidado, assim como as ofertas e ações de saúde (BRASIL, 2014). Pode-se citar algumas ações que configuram-se como apoio matricial: discussão de casos, atendimentos compartilhados, atendimentos individuais do profissional do NASF precedida ou seguida de discussão com a ESF, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outras (OLIVEIRA FILHO et al, 2015).

Sua atuação deve ser dividida em áreas estratégicas como atividades físicas, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente, do jovem e do idoso, saúde da mulher e do homem, saúde mental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010).

De acordo com as diretrizes do NASF, este deve organizar seu trabalho juntamente com as equipes de saúde da família e atenção básica, tendo como prioridade as ações de clínicas compartilhadas, intervenções específicas, ações compartilhadas nos territórios, assim como o uso de tecnologias e ferramentas principais como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Educação Permanente em Saúde e Projeto Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2010).

Pesquisas no estado do Piauí avaliaram a atuação do NASF pelos membros das ESF onde 42% desses membros apontam o serviço do NASF como muito importante, 59% dos membros encontram-se satisfeitos e 54% classificam o serviço como acessível para a população (RIBEIRO et al, 2014). Moretti e Fedosse (2016) em seu estudo discutem sobre a redução na taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) após implantação do NASF, onde o nordeste encontra-se em terceiro

lugar com 33,1% perdendo apenas para o Centro- Oeste com 42,5% e Sul com 37,8%.

Logo, o NASF deve contribuir para que ocorra a resolubilidade da atenção à saúde atuando juntamente com a equipe da ESF na Atenção Básica. Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar as mudanças ocorridas na atenção à saúde na ESF a partir da implantação do NASF, em um município baiano.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado em um município baiano. O campo de estudo foram cinco unidades de saúde da família (USF) selecionadas aleatoriamente por sorteio, sendo uma USF de cada região administrativa do município na qual existe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família implantando a mais de um ano. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2016 a maio de 2017.

Os participantes do estudo foram onze trabalhadores das equipes de saúde da família e doze profissionais do NASF. Esses foram identificados com os seguintes códigos: T - para trabalhador da equipe de saúde da família; N – para trabalhador do NASF; as letras A, B, C, D, E para as unidades de saúde da família, seguido do número que corresponde a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

A técnica de coleta de dados empregada foram entrevistas semi-estruturadas e análise de documentos, sendo eles: livros de atividades educativas da unidade, livros de atividades do NASF e livros de ocorrências. Para esse estudo escolheu-se como método de análise de dados a análise de conteúdo (BARDIN, 2011) e assim, após leitura exaustiva do material coletado, o conteúdo foi relacionado em categorias.

O presente trabalho é resultado de sub produto da pesquisa Resolubilidade na estratégia saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil: processo de cuidar *versus* responsabilização da equipe e dos dirigentes do sus (ASSIS, et al. 2016). A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). As entrevistas ocorreram após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº 1.818.797, sendo realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e gravadas com o consentimento dos participantes, sendo posteriormente transcritas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O NASF proporciona um aprendizado coletivo, através de uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento articulando com a equipe de saúde da família e com a rede de atenção a saúde, levando a uma nova perspectiva na atenção à saúde.

De acordo as diretrizes do NASF sua atuação se dá por meio de ferramentas que são fundamentais como: o Apoio Matricial; a Clínica Ampliada; o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto Saúde no Território (BRASIL, 2010). A principal metodologia

de trabalho do NASF é o matriciamento, realizado por um conjunto de profissionais cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de saúde da família, havendo um compartilhamento de saberes entre o NASF e as equipes através das dimensões assistencial que está relacionada a ações clínicas voltadas para os usuários e técnico-pedagógica, onde ocorre o apoio educativo para e com a equipe, atuando de forma conjunta e sinérgica, aumentando assim a resolubilidade da atenção básica à saúde.

Souza e Calvo (2016) discutem que para que haja uma efetivação do apoio matricial é necessário que se tenha uma revisão das práticas em direção ao compartilhamento e a consolidação de uma nova forma de cuidado onde deve ser privilegiado o conhecimento e a atuação interdisciplinar.

No relato das entrevistas encontrou-se discursos divergentes dos atores em relação à realização do apoio matricial, sendo este mais presente em algumas unidades e em outras vem sendo realizado de modo mais incipiente.

Por que, se tem a necessidade de demanda... o matriciamento, que deveria ser o carro-chefe da gente, acaba ficando um pouquinho “pra” trás, por conta da demanda de trabalho [...] E eu acho assim, que o matriciamento é tudo, se você leva conhecimento pra sua equipe, você melhora o atendimento da sua equipe. (NA1)

A questão do apoio matricial, também existe intervenção nas unidades de saúde com relação à rotina da unidade, aos cuidados com a saúde do trabalhador, a elaboração das estratégias que cada unidade vai desenvolver pra sua comunidade. (NE12)

As principais atividades realizadas pelos NASF estudados são: atividades de educação em saúde direcionada aos usuários (palestras, salas de espera, feiras de saúde, rodas de conversa, atendimentos coletivos, Programa de Saúde na Escola - PSE); atendimentos individuais com visitas domiciliares e consultas; atividades de práticas corporais; reuniões do NASF junto a equipe de saúde da família e capacitações da equipe.

No entanto, a partir da análise dos documentos, observou-se que atividades de matriciamento relacionadas à dimensão técnico-pedagógica eram insuficientes devido ao maior número de atividades diretas com os usuários.

Diversas são as causas que podem afetar a efetivação do apoio matricial, dentre elas pode-se destacar a desarticulação e a falta de integração entre o NASF e as equipes de saúde da família, uma vez que essas equipes não conhecem com clareza a real atuação de apoio do núcleo ou muitas vezes estão centradas apenas no modelo biomédico, dificultando a realização do apoio assistencial e pedagógico para as equipes.

Segundo Santos (2016), no modelo tradicional, os profissionais vêm de uma formação baseada no atendimento individual, centrado nos aspectos biológicos, com intervenção realizada isoladamente focada no modelo curativo e não preventivo. No entanto, atualmente têm-se a exigência é de uma atuação unificada desses profissionais, havendo equipes multiprofissionais que possam realizar ações conjuntas,

com abordagens e intervenções mais coletivas.

Diversos são os fatores que facilitam e efetivam a realização do apoio matricial, dentre eles pode-se destacar a realização de uma educação permanente a partir da gestão e qualificação dos trabalhadores envolvidos, organização dos serviços de saúde e definição do fluxo desses serviços, além da articulação entre esses profissionais.

Contudo, Brocardo e outros (2018) destacam em sua pesquisa sobre avaliação das atividades desenvolvidas pelo NASF a partir do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) um baixo índice relacionado a oferta e execução da educação permanente. Logo, é observada uma deficiência na formação dos profissionais, além da falta de apoio para capacitações e qualificação para agregação de conhecimento e trabalho em conjunto, sendo necessário investir nessas ações para contribuir no fortalecimento do trabalho e comprometimento.

É visto a essencialidade do apoio do NASF em treinamentos e capacitações que contribuem para que a equipe de saúde da família esteja capacitada em lidar com as diversas necessidades da comunidade.

[...] tivemos várias capacitações como é...na área alimentar, de nutrição, a outra foi falando sobre doenças decorrentes da má alimentação, e foi muito boa. A psicóloga que fez uma capacitação falando sobre a saúde mental, ela fez uma capacitação assim. (TC6)

O objetivo da gente tá muito em capacitar mesmo a equipe de saúde da família porque eles precisam dessa capacitação devido a quantidade de temas diferentes que eles tem que ser trabalhados internamente e com a comunidade. (NE10)

No entanto em algumas unidades de saúde da família essas capacitações não ocorrem com frequência, prejudicando a articulação entre essas equipes.

Não, nunca teve não, geralmente a secretaria [Secretaria Municipal de Saúde] chama, a realidade é essa, a secretaria chama e convoca enfermeiro, o NASF já vai ter que tá lá, às vezes não tem o NASF, são só os enfermeiros, mas aí é coisa da coordenação, mas com a gente, técnico nunca houve não, nunca houve capacitação nenhuma, nenhuma. (TA3)

Observou-se também que as capacitações realizadas pelo NASF eram direcionadas principalmente para os agentes comunitários de saúde. Portanto, esses NASF necessitam atuar de forma compartilhada também com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e outros profissionais que integram a equipe de saúde da família na busca de superar a lógica fragmentada que ainda predomina no cuidado à saúde e efetivar o apoio matricial.

O relacionamento interpessoal e a interação por meio do diálogo e da proximidade, não apenas entre os profissionais que integram o NASF, mas com os demais envolvidos no processo, como as equipes da ESF devem ser considerados indispensáveis para a resolubilidade no cuidado a saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Uma das principais atividades realizadas pelos NASF estudados foram atividades dirigidas aos usuários sendo essas: orientação sobre diversos temas de saúde e sociais; consultas individuais sob demanda do usuário; visitas domiciliares e atividades

de práticas corporais. Os entrevistados reconheceram mudanças nos hábitos de vida dos usuários que participam dessas atividades, tendo esses mais conhecimentos relacionados à prevenção de saúde, nesse sentido tais práticas tem demonstrado resolubilidade nos cuidados de saúde dos usuários que delas se beneficiam.

Se o paciente não pode vir aqui a ACS [agente comunitário de saúde] leva eles lá, agora mesmo uma levou a nutricionista na casa de um paciente que não pode vir, então foi um grande benefício, muito bom. (TE11)

Tem sido muito proveitoso, já teve pessoas até de perder assim seis quilos, dez quilos, passando pela nutricionista também. (TC7)

Com base na análise de documentos, observou-se que as principais atividades de educação em saúde são direcionadas para grupos específicos como grupos de pessoas com hipertensão e diabetes, grupo de qualidade de vida, adolescentes, grupo de gestantes, dentre outros. Essas são realizadas por meio de palestras e salas de espera sobre diversos temas como cuidados alimentares para diabéticos, zica, dengue, chikungunya, saúde da mulher, cuidados com hipertensos, recém-nascidos, imunização, hábitos e alimentação saudável, práticas corporais, pensão alimentícia, saúde mental, transtornos depressivos, autismo, violência doméstica, dentre outros. Além dessas atividades há em todos os NASF grupos para realização de práticas corporais

E uma coisa que eu acho interessante no NASF, como tem vários profissionais de áreas distintas a gente agrega. Então só quem ganha é o paciente. São trabalhos bem bacanas e tem coisas que não estão nas estatísticas quantitativas, tá no qualitativo. É aquela mudança de comportamento do paciente. É aquele paciente que vinha na unidade sempre poliqueixoso e hoje em dia não chega mais assim. É aquela família que passava necessidade e que não tinha dinheiro pra alimentar o filho no dia a dia, que dava pipoca com refrigerante e hoje em dia ela recebeu o benefício dela. (NB5)

A ferramenta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é ainda pouco utilizada pelos NASF estudados e o Projeto Saúde no Território (PST) não foi citado como ferramenta de trabalho por nenhum entrevistado, dificultando assim a resolução de casos mais complexos, seja individuais ou coletivos, do contrário poderia garantir uma melhor resolubilidade na Estratégia Saúde da Família.

O projeto terapêutico singular, a gente tem alguns, a gente se reuni às vezes, de vez em quando, quando chega alguma solicitação de alguns casos [...]. Não são muitos projetos terapêuticos. (NB4)

Nos documentos analisados observou-se apenas um registro de discussões de casos em um NASF, sendo encontrados dois registros sobre reuniões para discussão do PTS – em NASF diferentes - tais atividades tiveram a participação predominante dos profissionais do NASF sem muita articulação com os profissionais da equipe de saúde da família.

Assim, observou-se que existe uma dificuldade para execução do PTS, uma vez que há dificuldade de reunir toda equipe necessária para discussão de determinados

casos e por falta de uma qualificação dos profissionais sobre esse tema.

De acordo com os relatos dos trabalhadores da ESF, a resolubilidade da atenção à saúde a partir da atuação do NASF centra-se também na diminuição do encaminhamento dos usuários para a rede serviços especializados uma vez que para casos mais complexos são ofertados consultas individuais com os profissionais do NASF.

Apesar dessa diminuição ser um dos indicadores de que a atenção básica está sendo resolutive, a realização de consultas especializadas pelos profissionais do NASF na ESF somente se constitui como ferramenta de melhoria do cuidado quando essa ocorre em situações necessárias sendo realizadas por meio do Apoio Matricial, PTS ou outras ferramentas de atuação do NASF. A realização de consultas individuais sob demanda do usuário dificulta a resolubilidade da atenção, por se constituir em atividades ainda fragmentadas e centradas apenas na clínica individual. Sendo assim o NASF não deve constituir se como porta de entrada do sistema para os usuários, mas ser um apoio às equipes de saúde da família.

Muitas coisas que eles tinham que tentar pela secretária [secretaria municipal de saúde], consultas pela secretaria, e agora com certeza, entendeu, tá tudo bem! [...] A central [Central de Regulação] não tem vaga, a central tá super lotada, tem que esperar 2, 3 meses pra pessoa consegui essa consulta e agora não, e com o NASF a gente ficou bem mais rápido [...] (TA1)

Porém para os profissionais do NASF os atendimentos individuais comprometem o seu trabalho.

Foi solicitado um pouco da presença do NASF dentro das unidades de saúde através do atendimento individual e do atendimento em grupo e se perdeu um pouco essa questão da clínica ampliada, entendeu, hoje o trabalho ele deveria ser interdisciplinar. (NC10)

Nesse sentido há que se estar atento ao risco da fragmentação da atenção mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, com inevitáveis danos à saúde. Ao incorporar abordagens interprofissionais nos cuidados de saúde há uma melhoria na qualidade do atendimento. Nesse sentido, o conceito de atenção integral pode ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ferramentas de apoio à atenção como apoio matricial, os projetos terapêuticos singulares, a clínica ampliada e o projeto de saúde no território tem tido dificuldades em sua execução, assim observou-se que as mudanças na atenção à saúde ainda são focadas em atitudes individuais dos usuários.

No entanto, é válido ressaltar que parte do trabalho dos NASF estudados é realizada em torno da demanda do município, com existência de consultas individuais dissociadas do apoio matricial e com isso dificulta a resolubilidade da atenção por ter

atividades ainda fragmentadas centradas apenas na clínica individual. Nesse sentido o NASF deixa de ser um instrumento de apoio e passa a ser porta de entrada da atenção básica.

As atividades educativas, de práticas corporais e consultas realizadas pelo NASF tem demonstrado resultado nas mudanças de estilos de vida dos usuários a partir do estímulo ao autocuidado e prevenção da saúde, sendo beneficiados aqueles que participam das consultas e atividades realizadas por esses, porém faz-se necessário um alcance maior de suas ações por meio de um efetivo apoio matricial, da clínica ampliada e da realização do Projeto terapêutico singular e o projeto saúde do território.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. **Resolubilidade na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil**: processo de cuidar *versus* responsabilização da equipe e dos dirigentes do SUS. Projeto de pesquisa (Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva - NUSPIC) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 03 fev 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília-DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

MORETTI, P. G. S. FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, Santa Maria- RS, v. 23, n. 3, p. 241-247, 2016.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, C.M.A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

OLIVEIRA FILHO, C. A. et al. Conhecendo o NASF: uma ferramenta de apoio a Estratégia Saúde da Família (ESF). **Pesquisa frente à inovação e o desenvolvimento sustentado**, V Encontro científico e simpósio de educação Unisaesiano. São Paulo, 2015.

RIBEIRO, M. D. A. et al. Avaliação da atuação do Núcleo de apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 224-231, 2014.

SANTOS, M. L. M. et al. O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes. **Série Cadernos da Saúde Coletiva**, Porto Alegre, Rede Unida, 2016. Disponível em https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/o_nasf_em_cena_livro_rede_unida_2.pdf. Acesso em 07 fev 2019.

SANTOS, M. C. et al. Processo de trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da qualificação profissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n.2, p. 060-069, 2017.

SOUZA, T. T. CALVO, M. C. M. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 976-987, 2016.

NOVA REPRESENTAÇÃO DA CADEIA DE VALOR EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Maria Benedita Mendes Costa

Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico,
Belo Horizonte, MG

Ana Claudia Mendes

Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico,
Belo Horizonte, MG

Priscila Fernanda Chaves Morais Boato

Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico,
Belo Horizonte, MG

Francisco Antonio Tavares Junior

Unimed-Natal Cooperativa de Trabalho Médico,
Belo Horizonte, MG

Leonardo de Abreu Ferreira

Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico,
Belo Horizonte, MG

RESUMO: A Cadeia Valor é uma ferramenta utilizada no ambiente organizacional para representar os processos essenciais, de suporte e de gerenciamento existente nas organizações, ela é uma excelente instrumento para comunicar o sentido de cada atividade em direção à criação de valor para os clientes. Em função dessa importância a revisão contínua da Cadeia de Valor se faz necessária principalmente para as organizações modernas que estão mais dinâmicas e, portanto, mais suscetíveis a mudanças no ambiente de negócio. Por isso o risco de a cadeia de valor se tornar rapidamente defasada da realidade

aumenta. Dessa forma, a revisão contínua do método e da forma de representar os processos e as atividades dentro de uma organização devem ser constantemente revisadas, pois uma cadeia de valor defasada, ou ambígua, teria pouca aplicabilidade na criação de uma visão compartilhada.

PALAVRAS-CHAVE: Cadeia de Valor, gestão por processos, transversalidade, geração de valor.

NEW REPRESENTATION OF THE VALUE CHAIN IN A MEDICAL WORK COOPERATIVE

ABSTRACT: The Value Chain is a tool organized in the organizational environment to represent the essential processes of support and development in organizations, it is an excellent tool to communicate the meaning of each activity towards the creation of value for the clients. Because of this it is important to continuously review the Value Chain, which is especially important for organizations that are more dynamic and therefore more susceptible to changes in the business environment. Therefore, the risk of a value chain becoming rapidly out of date increases. Thus, a continuous review of the method and how to represent the actions within an organization should be revisited because a lagged or ambiguous value

chain has little application in creating a shared vision.

KEYWORDS: Value chain, process management, transversality, value generation.

1 | INTRODUÇÃO

Cadeia valor é uma ferramenta fundamental para inspirar os colaboradores e comunicar-lhes o sentido de cada atividade em direção à criação de valor e, por isso, seu uso deve ser exaustivamente disseminado na organização.

Por outro lado, as organizações modernas estão mais dinâmicas e, portanto, mais suscetíveis a mudanças no ambiente de negócio. Isso aumenta o risco de a cadeia de valor se tornar rapidamente uma representação defasada da realidade.

Dessa forma, a questão que surge em relação à Cooperativa é: há razões para crer que as mudanças ocorridas, tanto dentro da Cooperativa quanto em seu ambiente de negócio, justificam revisar a cadeia de valor? Trata-se de uma questão importante, pois uma cadeia de valor defasada, ou ambígua, teria pouca aplicabilidade na criação de uma visão compartilhada.

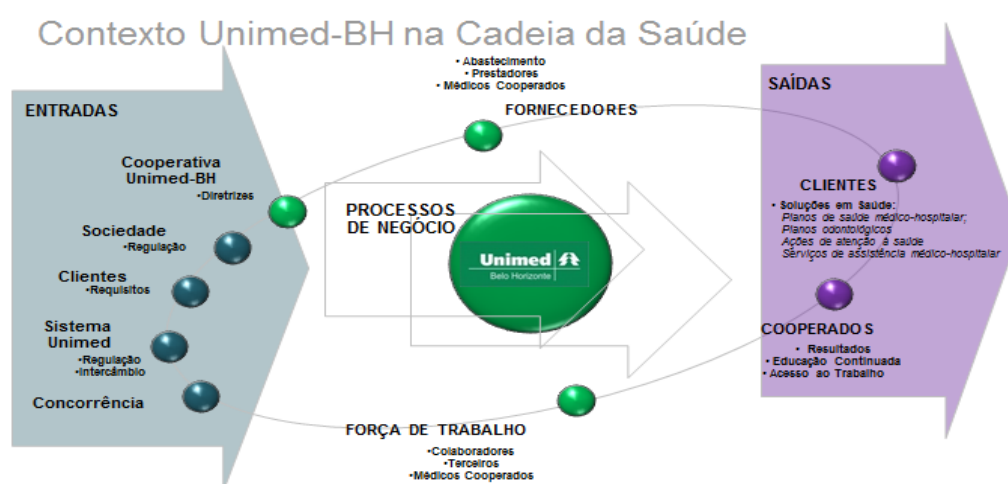


Figura 1 – Nível 0_Conceito (antes da revisão)

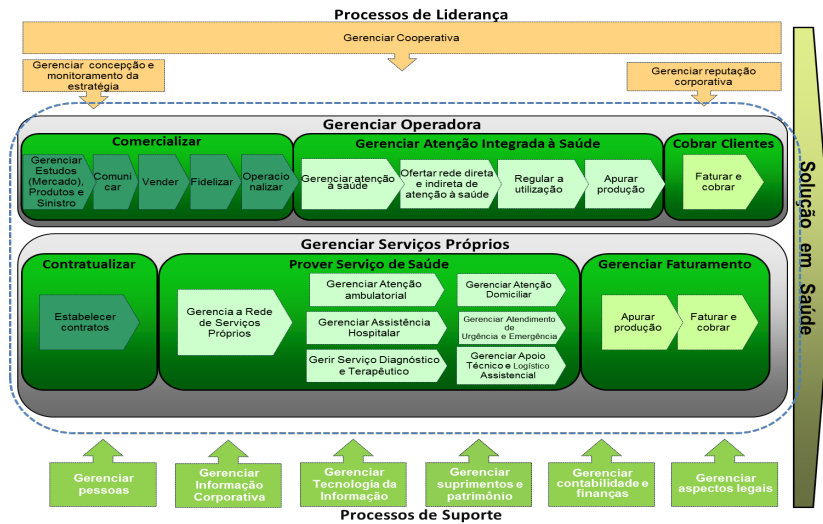


Figura 2 – Nível 1_ Macroprocessos (antes da revisão)



Figura 3 – Nível 2_ Desdobramento (antes da revisão)

2 | DESENVOLVIMENTO

A remodelagem ocorreu a partir da análise da cadeia de valor existente e documentação já existentes na Cooperativa de processos além de referenciais teóricos quanto as boas práticas de processos. Foram realizadas oficinas com diversas equipes da Cooperativa que tiveram oportunidade de avaliar e propor alterações afim de deixar a Cadeia de Valor mais coerente. Após consolidado a primeira avaliação foi realizada uma reunião de apresentação e abertura de um processo de consulta pública interna para que os superintendentes, gestores e equipes opinassem sobre a proposta. Obtivemos dessa consulta um total de 25 retornos com 17 contribuições que após análise gerou uma proposta validada pelo Comitê Executivo.

3 | RESULTADOS

Entre os principais resultados tivemos uma otimização de 61% dos macros processos, processos e atividades, saindo de 29 macroprocessos, 69 processos e 329

atividades registrados na cadeia de valor anterior e passando a 15 macroprocessos, 52 processos e 194 atividades respectivamente. Essa revisão deixou o desenho mais abrangente e condizente com a atuação e posicionamento da instituição, além de apresentar um novo *layout* que buscou fortalecer o conceito de transversalidade e o alinhamento estratégico. O processo de revisão da Cadeia de Valor da Cooperativa juntamente com seus processos ocorre de forma contínua alinhado à estratégia da organização.

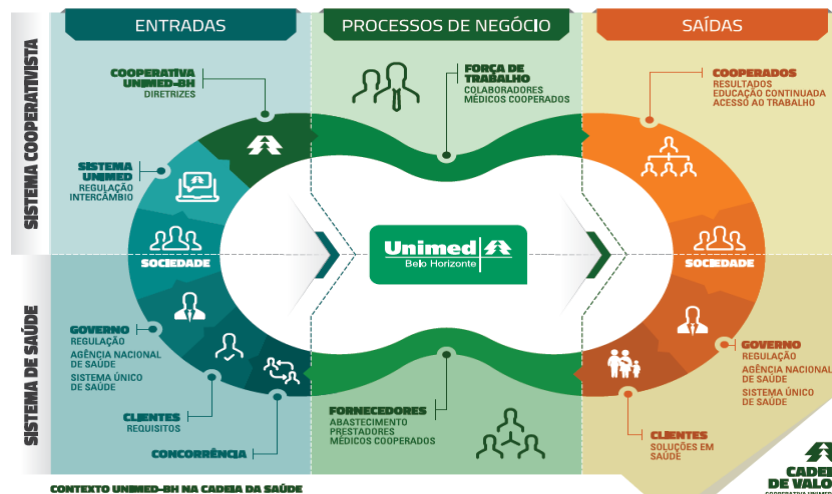


Figura 4 – Nível 0_Conceito (pós revisão)

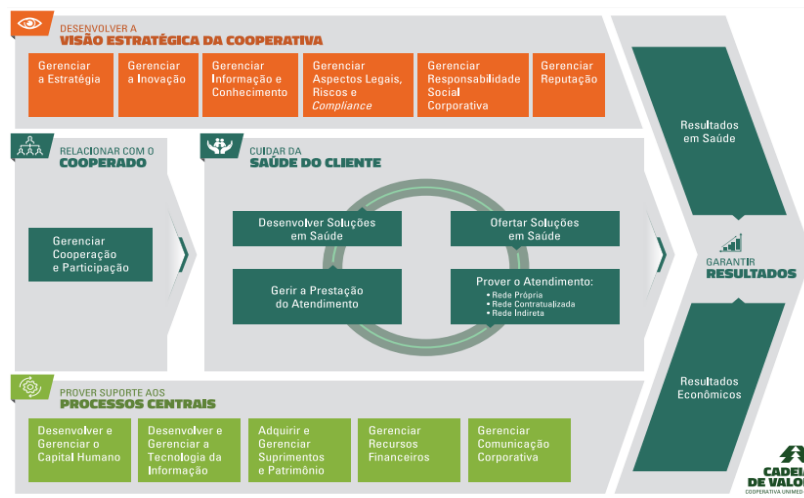


Figura 5 – Nível 1_Macroprocessos (pós revisão)



Figura 6 – Nível 2_ Desdobramento (antes da revisão)

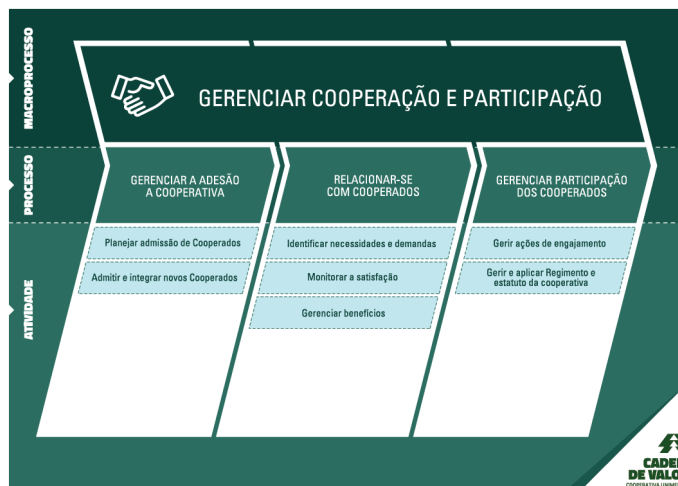


Figura 7 – Nível 2_ Desdobramento (pós da revisão)



Figura 7 – Nível 2_ Desdobramento (pós da revisão)

REFERÊNCIAS

PORTER, M. E. Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1985.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

O BRINCAR E A REALIDADE NO CONTEXTO DA CLÍNICA INFANTIL DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA: UM ESTUDO DE CASO

Janaína Schultz

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, RS.

Jerto Cardoso da Silva

Universidade de Santa Cruz do Sul
Santa Cruz do Sul, RS.

RESUMO: Um espaço terapêutico que trabalha mediante a orientação psicanalítica busca proporcionar ao sujeito a estruturação simbólica de elementos subjetivos inconscientes. Portanto, esse escrito teve como objetivo compreender o modo de trabalho desta abordagem frente à clínica da infância, a qual muitas vezes utiliza o brinquedo como método de expressão. Isso pois, a brincadeira é a forma pela qual a criança associa livremente, demonstrando as representações do seu mundo interior. Desse modo, o mesmo configura-se como um estudo de caso, sendo resultado de um dos atendimentos psicoterápicos de uma criança de oito anos. Nasio (2001) expõe que um estudo de caso decorre de um interesse bastante particular do terapeuta à algum de seus analisandos. Para tanto, pretendeu-se apresentar o entendimento psicodinâmico deste citado, sendo mencionadas passagens suficientemente relevantes para pensá-lo. Foi possível perceber que embora esta abordagem tenha sido configurada há tanto tempo, ainda hoje permanece sendo

atual, em que a sensibilidade do analista torna-se algo essencial neste trabalho, bem como o fato de se manter as propostas interessantes no processo de análise. Além disso, reafirmasse o fato de que a presença dos pais é fundamental, tendo em vista que a criança constitui-se frente ao imaginário e discurso dos mesmos para reconhece-se como ser humano. Reporta-se para as nuances que o modo interpretativo toma, em direção à constantes construções, assumindo um caráter de remodelagem do material clínico, onde também a transferência fora algo fundamental nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Clínica Infantil; Caso Clínico.

ABSTRACT: A therapeutic space that works through psychoanalytical guidance aims at provide symbolic structuring of subjective unconscious elements to the subject. Therefore, this paper has as its objective to comprehend the way this approach works before childhood clinic, which many times uses the toy as a way of expression, because playing is the way how children link things freely, showing their inside world representations. This way, this article sets itself as a case study, which is result of a psychotherapeutic attendance to an eight years old child. Nasio (2001) exposes that a case study comes from a very particular interest of the therapist, about one of the analyzed individuals.

For this purpose, we intended to present this cited psychodynamic understanding, mentioning enough relevant passages to think about that. It was possible to realize that although this approach has been configured a long time ago, today it is still current. The analyst's sensitivity became something essential to this work, just as the fact of keeping interesting proposals on the analysis process. Furthermore, we reassert that parents' presence is something fundamental, considering that the child constitutes herself by facing parents' imagination and speech in order to recognize herself as human being. We report to the nuances taken by the interpretative mode towards continuous buildings, assuming a character of remodeling the clinical material, where the transference also was something fundamental on this process.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Childhood Clinic; Clinic case.

1 | INTRODUÇÃO

O escrito a seguir diz respeito a uma produção teórica analítica, a qual compôs uma das tarefas obrigatórias a serem apresentadas à disciplina de Estágio Integrado em Psicologia III e IV. A mesma configura-se como um estudo de caso, e abará aspectos da psicoterápica psicanalítica frente à infância e a utilização do brinquedo como método de expressão, bem como representações da criança em relação ao seu mundo interior. O propósito de trabalhar tal temática se deu a partir de um dos atendimentos psicoterápicos realizados no Serviço Integrado de Saúde (SIS), mediante o estágio curricular em Psicologia no referido local.

Para os psicanalistas, um caso tem finalidade de expressar a singularidade do sujeito que sofre, bem como da sua fala. Nesse sentido, pode-se colocar que o mesmo é relativo a uma demonstração sensível, “[...] um fragmento de vida, e podemos, finalmente, concebê-lo como a pintura viva de um pensamento abstrato” (Nasio, 2001, p. 12).

2 | A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA INFÂNCIA

Ao se falar na historicidade da clínica infantil, logo dois nomes são destacados: Anna Freud e Melaine Klein. Contudo, evidencia-se que as bases fundamentais de tais estudos foram desenvolvidas por Sigmund Freud no momento em que anunciou o que fora visto como o primeiro modelo de análise infantil por volta dos anos de 1909, com o caso do pequeno Hans, o que tornou possível comprovar sua teoria infantil e a análise de criança como algo aplicável. Porém, em contrapartida a apresentação de tais observações fez com que emergissem discussões e indignação da sociedade da época, a qual acusava a Psicanálise de “roubar a inocência da criança” (CAMAROTTI, 2010, p. 49).

Segundo Prizskulnik (2004), antes do seu nascimento a criança já está em construção. Isso significa dizer que ela já se encontra demarcada pelo imaginário dos

pais, formado pelo desejo inconsciente dos mesmos, e já neste momento ocupando um lugar simbólico na vida de ambos. E, além disso, para que este indivíduo tenha a possibilidade de humanizar-se, necessita do discurso dirigido sobre ele, conduzido por este Outro. Por sua vez, precisa ter o investimento de alguém para que possa se reconhecer como sujeito (ARAUJO, 2002).

Pode-se se falar sobre uma inseparabilidade do mundo psíquicos da criança e de seus pais, portanto a presença de tais responsáveis na psicoterapia psicanalítica infantil é bastante recorrente. E, em relação a este aspecto, a efetividade no tratamento, bem como a adesão ao mesmo está integralmente ligada ao funcionamento psíquico dos responsáveis pela criança (SILVA; REIS, 2017). Através desse procedimento será possível compreender os motivos que são inerentes a determinadas situações que podem fazer com que alguns fenômenos venham a se apresentar.

Alguns autores reportam para o fato da importância de se realizar desde a infância a psicoterapia. O motivo pelo qual ressaltam esta prática mais cedo na vida do indivíduo diz respeito ao auxílio na prevenção de posteriores desordens mentais ao longo do desenvolvimento da criança, ou ainda a intensificação de sintomas (DEAKIN; NUNES, 2009; NUNES *et al*, 2009 apud SILVA; REIS, 2017). Em relação a este fato, Mannoni (1987) coloca que a criança que não se encontra sã demonstra-se como sendo o “[...] suporte daquilo que os pais não podem enfrentar. Relativo a isso, Lacan (1969), remete ao fato de que o indivíduo se constitui mediante o discurso familiar. Isso significa que a criança, responde ao que se encontra de sintomático nessa composição, sendo esta uma das razões pelas quais se torna tão relevante trabalhar-se conjuntamente algumas questões com os pais. Isso pois, ao escutá-los se torna possível apreender como se dão as condutas discursivas e a percepção de qual lugar a criança ocupa nesta estrutura (ARAUJO, 2002). O analista, por sua vez, passa a ocupar um papel de objeto de substituição, onde é figura importante para que se desenvolva a transferência e a contratransferência significativas no processo de análise. Ao que se refere à transferência, esta se coloca como uma ferramenta bastante relevante na construção do caminho em direção “[...] ao eu individualizado” (WINNICOTT, 1993, p. 75).

3 | CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO EM PSICANÁLISE

Tendo em vista o desejo de aprofundamento de um dos casos clínicos atendidos em psicoterapia, pretende-se posteriormente, apresentar o entendimento psicodinâmico deste citado. Para tanto, serão mencionados fragmentos do respectivo caso, onde passagens suficientemente relevantes serão utilizadas para se pensar o mesmo. E, a partir de então, embasar-se-á tal estudo sob a luz da Psicanálise. Fundamentalmente, coloca-se que no decorrer da descrição do caso clínico, fora resguardada a identidade

real do paciente, utilizando-se, desse modo, um nome fictício mediante o sigilo exposto nos acordos iniciais do contrato terapêutico.

Para Oliveira (2004), no movimento de escrever sobre a clínica, torna-se imprescindível não dissociar a teoria da prática. Logo, entende-se por isso, que a primeira é embasada pela experiência e reflexão concebidas pela segunda.

Mediante a exposição da forma de pesquisa em que insere-se a psicanálise, discorrer sobre a clínica está na ordem do simbólico. Frente a isso, Queiroz (2005) fala sobre o uso da metaforização neste processo, a qual dá possibilidade de novas construções, ampliando o fazer desta teoria, onde a relação transferencial entre o analista e o analisando, se torna indispensável neste processo.

Conforme Nasio (2001), a construção do caso clínico, caracteriza-se também como uma forma de beneficiar o tratamento do sujeito ao qual se fala, na sua singularidade. Portanto um caso diz respeito a “um relato de uma experiência singular, escrito por um terapeuta para atestar seu encontro com um paciente e respaldar um avanço teórico” (p. 11).

4 | O CASO CLÍNICO

O paciente a ser descrito trata-se de um menino, o qual identifica-se como Maurício, tem 9 anos e é filho único. Devido à separação conjugal de seus genitores, atualmente esta criança reside com a mãe. Porém, mantém um bom relacionamento e aproximação do pai.

Maurício chegou ao atendimento encaminhado pela escola a qual frequenta. A mesma solicitara atendimento psicoterápico devido algumas questões que estariam interferindo na aprendizagem do menino desde o ano anterior. Estas configurava-se como: fugas das atividades pedagógicas, a necessidade de desenvolver a autonomia, resistência a audição de histórias individualmente, pouca procura por grupos diferentes, (sic), dentre outras.

É muito importante colocar que Maurício possui uma particularidade a qual é de natureza auditiva. Aos dois anos de vida não falava, nem tampouco balbuciava alguma palavra. Portanto, seus pais ao preocuparem-se com esse fato, passaram a dar atenção a alguns acontecimentos cotidianos. Depois de muitos exames, aos dois anos e três meses de vida, constatou-se sua incapacidade auditiva.

Maurício, ao chegar aos atendimentos psicoterápicos no SIS, teve como terapeuta primeira uma das estagiárias do serviço. Contudo, devido algumas de suas especificidades em relação ao horário de atendimento, ficou definida a passagem do seu acompanhamento sob minha responsabilidade. Desse modo, foram realizadas uma soma de 30 sessões. Ressalta-se o fato de que estas foram evidenciadas tanto na modalidade individual, tanto no que se refere à conversa conjunta dos responsáveis do menino, tendo em vista a importância e papel fundamental dos responsáveis neste processo. Lembra-se que neste decurso foi realizada a ida até a escola, momento no

qual pode-se ter aproximação das professoras.

Como citado anteriormente, a busca pelo atendimento foi solicitada pelo educandário ao qual Maurício integra. Porém, torna-se importante colocar que embora o paciente tenha chegado ao serviço com demanda relacionadas ao contexto escolar, outras foram eclodindo. Estas dizem respeito à aceitação desta nova configuração familiar, tendo em vista que os pais estão separados, bem como à aceitação de aspectos relacionados ao uso do aparelho auditivo. Em suma, preocupações com o futuro sobre a visão da sociedade frente a esta especificidade.

Os pais do menino demonstravam bastante receio ao que se refere a possíveis frustrações, devido ao uso do aparelho auditivo, pois o filho deveria usar a vida toda. Além disso, um fato bastante importante a ser posto é o de que, as possíveis motivações da separação conjugal dos genitores, em momento algum foram discutidas, nem tampouco mencionadas neste contexto familiar. E, em relação a esta situação, pôde-se inferir que existem momentos onde o paciente presume a possibilidade de uma possível reconciliação entre ambos.

Nesse momento, de modo bastante geral, podem ser evidenciadas no contexto desta dinâmica exposta por Maurício questões que reportam à morte, a família, a separação dos pais, as amizades, o carinho, afeto, o ambiente escolar, os medos, dentre outros aspectos. E de fato, frente aos métodos mais utilizados na psicoterapia de Maurício, está o do brinquedo, muito mais do que a literatura, jogos, ou outro instrumento lúdico.

5 | COMPREENSÃO TEÓRICO PRÁTICA DO CASO CLÍNICO

Antes de tudo, atenta-se para fato de que o processo que inclui o brincar tem significado de libertação. Por meio do mesmo, há abertura para que a criança possa dar vida a um mundo infinito, ao mesmo tempo que singular. Os desenhos, mas também os brinquedos correspondem a um tipo de comunicação diferente, a criança se revela, se permite exprimindo o que possa fazer parte do seu mundo interno, onde uma das incumbências do papel do psicoterapeuta é auxiliá-la na elaboração dos seus conflitos interiores (PARREIRAS, 2006). Anna Freud e Melaine Klen perceberam que o ato de brincar, sendo uma forma de expressão de discursos espontâneos, poderia ser comparado à associação livre evidenciada pelos adultos (REGHELIN, 2008).

No início dos atendimentos de Maurício, o mesmo chegou às sessões sempre trazendo consigo brinquedos de casa. Por vezes, pegava-os introduzindo no enredo de suas brincadeiras, ao mesmo tempo em que não incluía-me nestas. Expressava-se de modo compreensível na maioria das vezes, isto devido o uso do aparelho auditivo. E, por esse motivo, em alguns momentos foram apreendidos sentimentos de irritabilidade. Este fato ficava bastante presente quando solicitara ao paciente a repetição de algumas das palavras que não eram compreendidas, bem como quando

alguma intervenção, ou contextualização momentânea eram realizadas. Maurício em muitos momentos demonstrou tais expressões, tanto de modo verbal, utilizando-se da frase “*Ai, eu não sei!*”, quanto fazendo um movimento de não resposta, como em um ato de não estar ali.

Em um primeiro momento nas sessões psicoterápicas, Maurício apresentava o desejo de conduzir as propostas colocadas a sua moda, além de ter certa dificuldade de cumprir com os combinados referentes à organização da sala com a aproximação do fim do atendimento. E, em relação às primeiras semanas, percebia-se que sua maneira de brincar era um tanto mais restrita, não dando vazão a novas possibilidades ou escolha por brinquedos diferentes.

Se torna interessante colocar que Maurício em um momento anterior, estava sendo atendido por outra psicoterapeuta, tendo já estabelecido com a mesma, um vínculo. Devido algumas questões relativas à indisponibilidade de horários, a mesma não pôde mais dar continuidade ao acompanhamento do paciente, tendo desse modo o direcionamento deste caso para mim. Além disso, é relevante colocar que esta ruptura somava-se a outra, a qual diz respeito a separação dos genitores. Desse modo, tais fatos poderiam estar representando a fragilidade dos vínculos na vida do paciente em questão.

Em relação ao que foi exposto anteriormente, sobre a troca de terapeuta, Freud (1982) reconhece tal ato como prejudicial para o tratamento em si, bem como na relação paciente-terapeuta, tão importantes para o estabelecimento da aliança terapêutica. A autora coloca que por vezes esta ruptura é mais complicada para as crianças do que para os adultos. Portanto, quando mudanças nesse sentido ocorrem, é compreensível que o analisando oponha-se, especificamente nos casos em que o vínculo com o terapeuta último tenha sido atravessado por um bom trabalho analítico.

Dando prosseguimento as sessões, percebeu-se que aos poucos o paciente convidava-me a participar das suas brincadeiras. E, juntamente com o início desse movimento, passou a pedir que eu escolhesse alguns dos brinquedos, especialmente bonecos, para que fosse possível a montagem de um cenário. Porém, ao solicitar-me isso, pedia a ele que os escolhesse.

A aliança terapêutica caracteriza-se como o processo de estabelecimento de uma relação de trabalho entre o terapeuta e o analisando. Portanto, se tornam importantes a empatia e disponibilidade, possibilitando caminhos possíveis em direção a identificação, a qual é necessária para que os aspectos instintivos do sujeito neutralizem-se em relação ao terapeuta (PEREZ, 2009).

Em relação aos materiais, como evidenciado anteriormente, Maurício na maioria das vezes optou por brinquedos, mais especificamente bonecos. Em uma das sessões, escolheu para mim, três namoradas as quais fizeram parte deste enredo. Para ele, como de costume uma casinha, dois ursinhos, ambos sobre um carro, bem como um “*bebê grande do mal*”. Nos relatos evidenciados pelo paciente, a casa sempre era organizada como se fosse receber alguém. Nesta mesma, encontravam-se colocadas

uma mesa, na qual uma janta seria servida. E, por sua vez quem as fazia eram as três namoradas. O urso e o sapo, ambos do mesmo tamanho, direcionavam-se para o local, sobre um caminhão. Com a chegada até o respectivo local, a gentileza, cuidado e carinho se mantinham presentes em meio aos personagens. Porém, após um determinado momento, o bebê grande, acabava por dar fim ao cenário, pois fazia alguma maldade, tanto com atos de agressão, ou ainda, matava estes que no ambiente se encontravam. Ressalta-se o fato de que ainda nesta história, um tigre ou homenzinho, sempre estavam por perto, Maurício os nomeava como guardiões, porém nunca brincava com estes de maneira conjunta. Logo, ou um ou outro era escolhido para encarregar-se da proteção dos que ali estavam colocados. Tais protetores faziam tinham o papel de cuidadores, ou como Maurício expunha, “*pra eles não morrerem*”.

Neste instante, se torna interessante salientar que os brinquedos mencionados na sessão descrita anteriormente, durante algum tempo permaneceram os mesmos, bem como seu enredo. Outro aspecto a ser posto é o de que alguns dos brinquedos, os quais Maurício brincava, o sapo e o urso, haviam sido uma doação da psicoterapeuta anterior. Este aspecto se torna interessante, devido o apego expresso do menino a estes em especial. Em outra circunstância, esta colocação poderia ser vista como sem sentido. Porém, tendo em vista o início de uma nova vinculação com o paciente, estes até o referido momento fizeram-se importantes. Porém, mais relevante foi o fato da escolha por manter os dois brinquedos juntos. A respeito disso, deduz-se que represente a cumplicidade entre Maurício e o pai. Desde o seu primeiro atendimento o pai foi responsável por trazer o filho aos atendimentos, onde podem ser percebidos um elevado nível de afeto nesta relação. Ao que se refere a disposição das namoradas, no delinear desta sessão, pode-se evidenciar a incompreensão por parte do paciente a cerca dos reais motivos pelos quais o casamento dos genitores teve fim. Esta poderia estar sendo uma forma que o mesmo encontrou para dar princípio a elaboração do fim do casamento dos pais. Maurício estava vivenciando a separação dos mesmos, a qual embora não tenha sido discutida neste círculo familiar, presentificou-se com a escolha dos objetos citados, os quais foram denominadas assim pelo paciente. Em relação, ao bebê do mal, pode-se inferir, mediante a percepção de algumas sessões posteriores, juntadas a esta, que o mesmo representa a figura do paciente, que poderia vir a ser o responsável pela ruptura do relacionamento do casal, por algum motivo. Em relação a este exposto anterior, o bebê do mal era o último a entrar em cena, e tendo Maurício o pego para fazer parte do momento lúdico. Este personagem entrava por vezes desmontando o cenário que cuidadosamente o menino havia montado inicialmente. Sendo relatadas pelo menino, frases nas quais colocava sobre machucar, ou ainda matar os outros enredados. Buscando por fazer uma interpretação do conteúdo expresso na sessão, pode-se dizer que, para o menino, ao passo que alguém do mal comparecesse, rupturas poderiam ocorrer, num ato de busca de entendimento sobre o momento atual vivenciado pelo mesmo. Isso pois, nenhuma colocação do término do casamento entre o pai fora lhe colocada. E, no entanto esta

era a forma que até o determinado instante fazia parte do seu imaginário, das suas possibilidades de pensar uma possível explicação para o fim. Isso pois, sempre que o bebê do mal entrava em cena, quando ficava próximo dos demais, alguma coisa ruim aconteceria, como o término, o fim, ou ainda, coisas ruins. Brincar dessa forma, com tais brinquedos e finalidades para cada personagem, simbolizaria uma forma pela qual o paciente estivesse tentando fazer uma possível elaboração deste momento, mais especificamente ligado da separação dos pais.

Para Martinez e Matioli (2012), a separação acarreta em uma grande turbulência no contexto familiar, isso pois implica no enfrentamento de perdas significativas, mais especificamente as de natureza internas, as quais são um tanto mais complicadas de se elaborar. As autoras mencionam, que nestas circunstâncias, é requerido aos filhos que os mesmos possam resolver, ou ainda o excesso pulsional, o qual se configura como certo mistério e solicita uma descoberta, uma nova organização.

Fazendo-se algumas considerações a cerca do exposto anterior, a separação dos genitores acaba por impactar na vida da criança de forma negativa. Isso pois, durante esse período existe a possibilidade de se vivenciar situações desagradáveis, por vezes a longo prazo, devido a relação estabelecida entre os mesmos.

Dando andamento na colocação do caso, reporta-se para o fato de que Maurício passou a adotar outros objetos nas suas brincadeiras. Incluindo nesse momento três casinhas. A primeira era de uma menina. Esta tinha consigo alguns amigos. Maurício organizou uma sala no ambiente, no qual encontravam-se os dois ursinhos dentro de caminhão com algumas loucinhas, e que com as quais serviu-a-lhes um jantar. Neste momento, o guardião estava na figura de um tigre, e tinha papel de proteção da menina. Na casa ao lado, a mãe desta menina residia. O pai, por sua vez, na outra. Em meio a essas duas casas um menino ficava sentado, do lado de fora, para proteger ambas. Após esta organização o pai, bem como a mãe foram jantar na casa desta menina. Ocasão na qual ninguém mal fez-se presente no enredo da história. Logo, não ocorreu de nenhum personagem bater, ou ainda matar, o outro por algum motivo.

Sobre o que fora exposto, um fato no decorrer dos encontros emerge, os quais dizem respeito aos nomes utilizados pelo paciente para identificar os personagens escolhidos. Estes eram exatamente os de seus pais. E, a menina por sua vez, tinha um muito semelhante ao seu. Percebe-se neste instante ainda, a busca do paciente por apreender a sua nova configuração familiar. Sendo este fato retratado no simbolismo das duas casas: uma para a mãe e outra para o pai. E, possivelmente num gesto de não desagradar a ninguém o menino presente neste contexto, permanecia entre meio as duas casas, para assim protegê-las, ou tomando uma postura um tanto mais incisiva, tal personagem poderia ser o centro, motivo do fim do relacionamento dos responsáveis, denotando-se uma forma diferente do primeiro fragmento colocado.

Fazendo-se um contraponto, entre uma sessão e outra, podem ser percebidas algumas nuances, as quais permearam as sessões psicoterápicas do respectivo paciente. Maurício em um momento inicial trazia aspectos relacionados à agressão,

bem como morte, brincadeiras um tanto mais destrutivas onde quase sempre os mesmos personagens encontravam-se postados, se utilizando ainda de materiais como a casa, prontos, sem muita criação.

Para Mello (2003), o ato de brincar implica na representação do conteúdo latente, fazendo com que as manifestações do inconsciente sejam representadas. A partir de tais objetos a criança aprende a manter uma comunicação com as pessoas a sua volta, bem como com o mundo de maneira geral. Mediante este aparato, a criança se demonstra, assim como permite ser percebida pelo outro. Enfim, corresponde a uma ponte entre ela mesma e o mundo.

Ao dar continuidade nos encontros percebeu-se o interesse do mesmo em construir, buscar na sala brinquedos que pudessem dar forma ao cenário lúdico. Maurício passou a edificar, por exemplo, novas casas, estas com blocos, coloridas. Embora, a encenação de brigas e morte, ainda estivessem acentuadas no *setting* terapêutico. Um ponto diferente, nesse momento fora evidenciado com a escolha de um menino e uma menina. Mesmo que personagens um tanto maus estivessem presentes, ambos permaneciam juntos, protegendo-se mutuamente.

Frente ao que foi mencionado acima, em relação a morte, ou ainda possíveis perdas, evidenciadas pelo paciente, houve um momento onde em conversa com os responsáveis, os mesmos relataram a de uma perda de um familiar. Esta era muito próxima do menino, e tinha quase a mesma idade quando a fatalidade aconteceu. Porém, tendo este fato ocorrido há alguns anos, dificilmente Mauricio tocava no nome da mesma, porém sabia do que com ela havia acontecido. Seu entendimento expresso sobre a morte era o de que quando isso ocorria “*As pessoas viram estrelinha no céu*”. Maurício nunca mencionou sobre o fato na psicoterapia, porém houve um momento em que conversamos sobre isso na sua presença, e ainda assim, ele demonstrou indiferença. Ao que diz respeito à menina da história, Maurício passara a referir sobre uma amiga nova. Em seus relatos, mediante as conversas realizadas com ele no espaço psicoterápico, o mesmo trouxe uma amizade especial que mantinha com uma menina da escola, a qual coincidentemente possuía o mesmo nome da prima, familiar esta que havia falecido. A menina em questão fazia parte de uma turma à frente de Maurício. Em relação a este fato, pode-se inferir a abertura para outros relacionamentos interpessoais na vida do paciente. Em um primeiro instante, sua interação estava ligada estritamente ao convívio da sua classe, ou seja, dos colegas da turma, e ainda aos familiares. Contudo, neste segundo atenta-se para o fato de um estabelecimento de novas possibilidades de encontro.

Em relação ainda a função das brincadeiras, a criança tem a possibilidade de sentir, viver, bem como reviver os acontecimentos no que se refere ao mundo exterior a sua volta. Aos poucos, frente ao ato de brincar, um espaço da ordem do imaginário vai sendo constituído e proporcionando a ela a discriminação e elaboração a alguns aspectos “[...] do mundo faz-de-conta e o que faz parte ao mundo exterior” (SCHMIDT; NUNES, 2014, p. 18).

Dando continuidade ao processo analítico, houveram ocasiões em que Mauricio passou a trazer alguns materiais de casa, e em uma destas trouxe de casa uma lembrança do pai. Neste instante a abriu, falando para mim os números que nela estavam inscritos, ao passo que mencionava sobre estar aprendendo a ler. Conversamos sobre o fato de sempre estarmos aprendendo e sobre ter paciência para isso. Neste instante comentou sobre ajudar um colega em aula, bem como sentir-se feliz quando a professora pede que ele auxilie, às vezes, algum colega. Ao ter falado sobre este fato, Maurício estava sentado em uma cadeira que encontrava-se perto da mesa, com o ursinho que em um momento anterior havia sido guardião da sua história, o sapo que era pai do ursinho, bem como duas filha. Todos estes na sua frente, isto logo próximo ao momento do final da sessão. Com todos junto a ele Maurício pegara um livro onde passava o dedo, linha a linha, como num ato de estar lendo-as. Contudo, ao perguntar-lhe sobre se gostaria de fazer isso em voz alta, o mesmo colocou que não, e do seu jeito continuou lendo para os personagens.

A apreensão nesse instante sobre o fato de que o processo de aprendizagem se dá de maneira lenta, onde cada um tem um modo diferente para tal, fazia com que o paciente passasse a trazer mais sobre o âmbito escolar para o *setting*. Frente ao que foi colocado anteriormente, percebe-se que Maurício nesse momento parecia estar mais aberto para falar sobre si mesmo, suas dificuldades, mas também reconhecer potencialidades. Na época, Maurício estava aprendendo a ler, e viu no objeto que trouxe de casa, uma possibilidade de trazer a novidade para o espaço terapêutico. O paciente mantinha uma rotina agitada, onde as aulas diárias versavam com outras atividades cotidianas relacionadas ao ensino. É relevante ressaltar o fato de que por vezes o mesmo chegara cansado aos atendimentos.

Percebo que o vínculo com o paciente fica mais estável no momento que antecedia alguns dias do intervalo, antes do recesso dos atendimentos. Fica clara a percepção de uma transição vivenciada pelo menino. Onde percebia-se que a fala, o relato passara a sobressair-se em relação à brincadeira. Contudo, reporta-se para o fato de que embora isto tivesse ocorrendo o brinquedo e os aspectos lúdicos ainda encontravam-se presentes na análise.

Mauricio passou a falar mais, isto referente a todas as esferas da sua vida. Dando a possibilidade de identificar um outro aspecto bastante interessante. Este, dizia respeito ao estabelecimento de um diálogo, onde passara a não responder somente sobre alguns questionamentos realizados, mas também dar respostas com um maior número de informações, além dos quais o indago.

Salienta-se o fato de que as brincadeiras que compõe o cenário lúdico da criança, não é a via única de representatividade e expressão da mesma, não sendo desse modo o único ponto a ser interpretado pelo analista. Os sinais corporais, o comportamento, o modo pelo qual ela dá sequência a uma brincadeira e outra, bem como a forma de partilhar com o terapeuta um determinado conteúdo, vão adquirindo sentido no momento que são analisadas como um todo. No momento que a criança brinca, ela

conversa denotando informações diversas, as quais tem a mesma conveniência das associações (FREUD, 1975).

Em relação as conversas realizadas com os pais, os mesmos colocaram sobre Maurício gostar muito de brincar com legos. Porém, mesmo que estes estivessem disponíveis na sala, ele dificilmente os pegava. Contudo, mencionou durante muitas vezes sobre as coisas que constrói em casa. Ao perguntar ao mesmo sobre o porquê de gostar tanto de tais brinquedos, ele mencionou a frase: *“Eles fazem bem pra gente”*. E, torna-se interessante ressaltar o fato de que em uma das sessões, ele decidiu por brincar com o material citado, construir algo com os mesmos. Ao ter feito isso, e ser questionado de que se tratava ele expôs: *“É uma coisa de guardar coisas”*, estando mais calado nesse dia, só mencionou tais frases em relação ao feito, colocando ao mesmo tempo que não gostaria de falar.

Para que seja possível conceber um entendimento sobre este ponto, torna-se importante reportar para o fato de que o paciente em um instante anterior, antes mesmo de dar início a psicoterapia individual, fazia uso do lego mais precisamente, segundo a escola, para atrair os colegas para seu entorno. Numa tentativa de aproximação, o tinha sempre junto consigo. Porém, pode-se inferir que a afeição por tais objetos mesmo neste instante anterior, ia muito além do que uma simples forma de tentar o contato com o próximo. Podendo as estruturas delineadas e a edificação das mesmas serem algo relacionado a um repositório de sentimentos, se considerado for uma possível interpretação das falas proferidas por Maurício, estas somadas a como este portara-se nesse momento.

Sobre às interpretações, estas são relevantes quando resultam uma remodelagem no modo como o paciente se porta, bem como no material utilizado pelo mesmo. Desse modo, estas por vezes não se dão tão rapidamente. Sendo assim, nem sempre ocorrem de forma imediata, podendo o terapeuta fazer esse movimento repetidas vezes, assumindo estes contextos diversos (SANDLER, 1982).

Torna-se relevante fazer um apontamento importante, este relativo ao segundo momento da psicoterapia. O paciente volta, tendo acentuado o desejo de falar. Existiu um encontro no qual havia disponível na sala de atendimento uma casinha pequena, contudo este fato não impediu de que ele entrasse na mesma. E, mesmo sendo questionado sobre o ocorrido, não hesitou em permanecer ali. Ficou em silêncio durante um tempo, e perguntou novamente se eu havia trancado. Ao sair, sentou-se no chão da sala ficando ali metade da sessão, a minha frente contando sobre suas férias, viagens e acontecimentos neste período. Neste dia comentou sobre um fato bastante importante onde disse: *“A casa do meu pai é bem pequena, quando eu completar 10 anos, eu vou conversar com o meu pai. Vou convidar ele pra morar com a gente de novo, porque a gente vai comprar uma casa bem grande”*. Somados a tais relatos, relembra-se que o mesmo estava fazendo aulas de judô, citando isso com bastante euforia e empolgação. Porém, duas semanas após o acontecimento deste fato, disse que não iria mais fazer. Ao ser questionado sobre isso o mesmo respondeu: *“Não vou*

mais. Já sei lutar”.

Infere-se que quando o paciente salienta sobre saber lutar, o mesmo denota que está buscando lidar com tudo que lhe ocorre. E por sua vez, tem enfrentado isso. Porém, um fato que emerge ainda, é novamente o da separação. Este fica clarificado no instante que o mesmo denota sua percepção, a respeito de que se sua casa fosse maior o pai poderia voltar para a mesma. Em relação a isso, denota-se a eclosão de uma possível mudança de olhar por parte do paciente. Antes, o bebê do mal assumia uma possível culpa pelo término do relacionamento conjugal dos pais, agora tal percepção toma outra via, a qual demonstra uma incessante busca de explicação para o acontecido ainda, mas que agora, já não exprime uma possível culpa que antes se apresentava. Neste instante, impõe-se novamente a importância do diálogo a cerca do enredo que envolve tal separação, a qual atravessara as sessões do paciente sequencialmente, e tem sido um entrave na vida do mesmo, fazendo suscitar em Maurício um emaranhado campo imaginário, tão recorrente na criança.

Em relação ao que fora dito anteriormente, em relação aos pais, pode-se pensar que ocultar certas informações da criança não significa que a mesma não possa fantasiar alguns aspectos. Possivelmente, tendo em vista a disposição de um clima tensional, na maioria das vezes expresso pelos genitores, além de segredos, ou ainda uma atitude de falar em tom de voz mais baixo, para que o mesmo não apreenda alguns fatos. Estas formas não configuram-se como a melhor saída para se lidar com a situação. Isso pois, estas últimas poderiam levar o paciente a formar noções subjetivas, de certo modo, com o pouco que lhe estaria disposto.

Freud (1976) ao falar sobre este fato exprime que a criança se põe como um poeta na brincadeira. E, mesmo sendo este brincar ilusório, ela o toma como algo muito sério. Relativo a isso ele ainda coloca que

seria, pois, incorreto pensar que ela não leva a sério esse mundo; ao contrário, ela leva muito a sério o seu brinquedo e emprega nele grandes quantidades de afeto. O contrário do brincar não é a seriedade, mas a realidade. (FREUD, 1976, p.149).

Rocha (2012) coloca que a criança no contato com os brinquedos cria, bem como fantasia, fazendo com que se estabeleça uma ponte entre o mundo real externo e seu mundo subjetivo. Sendo assim, esse processo suscitaria uma área marcada pela ilusão. Em relação a isso, a descoberta da técnica que utiliza o brinquedo, ao longo do tempo foi possível que se realizasse a interpretação em relação à ansiedade, bem como fantasias da criança. Isto tudo, por meio da utilização do mesmo no *setting* terapêutico (REGHELIN, 2008).

Consonante com o que foi dito anteriormente Aberastury (1992) coloca que o mesmo é uma fonte de “projeção das fantasias, facilitando a elaboração das situações traumáticas. Além disso, o brinquedo permite que a criança possa investigar”(p. 171). Frente a este fato, Copolillo (1990 apud REGHELIN, 2008), menciona que ambos, analista e paciente por meio deste método tecerão um trabalho o qual seja permeado pelo exame dos sentimentos, bem como acontecimentos, tendo o intuito de aumentar

suas possibilidades escolhas frente ao seu modo de agir e pensar. O terapeuta também a ajudaria a elaborar suas dificuldades, buscando por proporcionar o alívio de seu sofrimento.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o que foi dito anteriormente se torna interessante, bem como inegável o fato relativo às contribuições acerca da condução e modo de trabalho na clínica infantil. Embora tenham sido configuradas há tanto tempo, ainda hoje permanecem sendo atuais. Realmente, o sofrimento humano apresenta várias facetas, sendo componente da vida de muitas crianças. Nesse sentido, o papel do analista deve ser mediado pela sensibilidade, na busca do auxílio da reorganização simbólica dos processos subjetivos inconscientes, os quais no caso das crianças, apresentam um aporte ou método particular, facilitador para a associação livre, os chamados materiais lúdicos. Estes por sua vez, são compostos pelas brincadeiras, desenhos, mas também pelo uso dos brinquedos.

No decorrer deste processo, o qual visa o bem-estar deste ser, a presença dos pais é fundamental, tendo em vista que a mesma se constitui frente ao imaginário dos mesmos, bem como pelo seu discurso. Isto pois, por meio destes elementos que a criança passa a se reconhecer como ser humano.

Em relação ao estudo de caso exposto, evidencia-se a diversidade de materiais simbólicos que o paciente trouxera em análise. Porém, percebeu com tal aprofundamento, bem como revisita do caso, que uma grande questão fica evidente mais especificamente: a separação dos genitores. Esta, denotou-se como um entrave para o paciente, mas também para os responsáveis. Porém, embora isso ocorra é necessário que se aponte a indubitável transição, bem como evolução do paciente em questão. Nesse sentido, para que fossem possíveis algumas interpretações, foram de suma importância a apreensão da maneira do mesmo exprimir-se. Seu comportamento, seus relatos, mas também a via lúdica ocorrida em meio ao *setting*. Nesse instante, aponta-se para o fato das nuances que o modo interpretativo toma. Isso pois, no decorrer da psicoterápica de cunho analítico, estas têm a possibilidade de fazer certos movimentos, constante construção, assumindo um caráter de remodelagem do material emergente na situação clínica, onde também a transferência fora de grande valia para que isso fosse possível.

Frente ao que foi trazido, se torna importante atentar para o fato da importância de se manter as propostas interessantes para manter vivo este processo de análise, proporcionando a criança um ambiente lúdico o qual dê vazão aos processos psíquicos inconscientes. Isso, pois, é a partir de tais recursos que a criança passa a associar livremente. Ao passo que oferece-se a mesma um certo tipo de liberdade, de voz e de expressão na busca pelo mundo interno expresso em cada uma delas em direção à elaboração de questões que são responsáveis por grandes angústias, medos e

sofrimentos.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança**: teoria e técnica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ARAUJO, Maria Lúcia. **O discurso dos pais na clínica psicanalítica com crianças**: significantes transgeracionais em questão. In: Coloquio do Lepsii/fe-usp, 3., 2001, São Paulo. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo>> Acesso em 3 dez. 2017.

CAMAROTTI, Maria do Carmo. **O nascimento da psicanálise de criança**: uma história para contar. *Reverso*, Belo Horizonte, v. 32, n. 60, p. 49-53, set. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 1 dez. 2017.

FREUD, Anna. **O tratamento psicanalítico de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira/Sigmund Freud. ed. 2. Rio de Janeiro: imago, 1976.

LACAN, J. (1969). *Duas notas sobre a criança*. Ornicar? *Revue d'uchamp freudien*, n-37, avril-jun. Opção Lacaniana *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, abril, (1998).

MANNONI, M. (1987). **A criança, sua “doença” e os outros**. R. Janeiro: Ed. Guanabara

MARTINEZ, Viviana Carola Velasco; MATIOLI, Aline Spaciari. **Enfim Sós**: Um estudo psicanalítico do divórcio. *Rev. Mal-Estar Subj, Fortaleza*, v. 12, n. 1-2, p. 205-242. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 22 abr. 2018.

MELLO, Mariana Balduino de. **A interpretação do brincar na clínica psicanalítica**. 2003. São Paulo. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2837/2/9857476.pdf>> Acessos em 4, dez. 2017.

NASIO, J. D. **Que é um caso?** In: Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

NUNES, M. L. T.; SCHIMIDT, M. B. **O Brincar como Método Terapêutico na Prática Psicanalítica**: Uma Revisão Teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, Jan.-Jun, 2014, v. 6, n. 1, p. 18-24.

OLIVEIRA, I. M. A. de. **O caso clínico na instituição pública**: polifonias desejantes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, n. 3, p. 82-93, set./2004.

PARREIRAS, Ninfa de Freitas. **A psicanálise do brinquedo na literatura para crianças**. São Paulo, 2006. Disponível em: < www.teses.usp.br/teses/disponiveis>. Acesso em: 5 dez. 2017.

PEREZ, Rodrigo Sanches. **Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica**: aspectos teóricos e manejo clínico. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a11.pdf>> Acesso e 18 abril, 2018.

PRISZKULNIK, Léia. **A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações**. *Psic*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 72-77, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142004000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 dez. 2017.

QUEIROZ, E. F. **Inclinar-se para a escuta e inclinar-se para a escrita**. *Pulsional Revista de*

Psicanálise. Ano XVIII, n. 184, p. 60-64, dez./2005.

REGHELIN, Michele Melo. **O uso da caixa de brinquedos na clínica psicanalítica de crianças.** *Contemporânea* - Psicanálise e Transdisciplinaridade. n. 5, Jan/Fev/Mar. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <www.contemporaneo.org.br/contemporaneo> Acesso em: 4 dez. 2017.

ROCHA, Zeferino. **O papel da ilusão na psicanálise Freudiana. Ágora (Rio J.),** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 259-271, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000200004&lng=en&nrm=iso> Acessos em 22 abril 2018.

SANDLER, Joseph. **Técnicas da psicanálise infantil.** Trad. Arlene Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

SILVA, J.M.; REIS, M. E.B. T. **Psicoterapia psicanalítica infantil: o lugar dos pais.** *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 235-250, mar. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100015&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 2 dez. 2017.

WINNICOTT, D. W. **O trabalho e o brinquedo uma leitura introdutória.** Ed: Artes Médicas Sul LTDA. Porto Alegre, 1993.

O JORNAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PROTAGONISMO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina – Piauí.

Lóren-Lis Araújo

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina – Piauí.

Letícia Rebeca Soares Melo

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina – Piauí.

Railan Bruno Pereira da Silva

Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI , Teresina – Piauí.

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Mestre em Políticas Públicas pela Universidade federal do Piauí-UFPI, Professor Universitário, Teresina – Piauí.

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo relatar as ações desenvolvidas a partir de experiência de um estágio em Psicologia Jurídica, destacando-se a construção de um jornal como fomento ao protagonismo e a estratégias de promoção de saúde para 20 indivíduos em situação de rua acolhidos no Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Pop (Casa Cidadão) de uma cidade do Maranhão. As atividades foram metodologicamente desenvolvidas a partir da Educação Popular de Paulo Freire, através de oficinas e dinâmicas,

norteadas pela Psicologia, enquanto Ciência e Profissão. Observou-se que a construção do jornal possibilitou aos sujeitos do grupo uma apropriação de seus direitos, permitiu um novo olhar sobre si, como sujeitos com saberes que devem ser valorizados, ressignificando seu autoconceito, além da ampliação das suas formas de ver e significar o que é saúde. Considera-se que foi possível criar possibilidades de promoção de saúde e protagonismo com as ações propostas, principalmente por práticas do cuidado em saúde que prezam por uma postura de horizontalidade, abertas à escuta do outro e potencializadoras de subjetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em situação de rua; promoção da saúde; educação em saúde.

THE NEWSPAPER AS AN INSTRUMENT FOR THE PROMOTION OF HEALTH AND PROTAGONISM OF THE PERSON IN STREET SITUATION

ABSTRACT: The purpose of this article is to report on the actions developed from the experience of an internship in Legal Psychology, highlighting the construction of a newspaper as a fomentation of the protagonism and health promotion strategies for 20 individuals in street situations hosted by the Hostel Service Institutional – Shelter Pop (Citizen House) of

a Maranhão city. The activities were methodologically developed from the Popular Education of Paulo Freire, through workshops and dynamics, guided by Psychology, as Science and Profession. It was observed that the newspaper construction made it possible to the subjects in the group an appropriation of their rights, allowed a new look about themselves, as subjects with knowledge that should be valued, re-signifying their self-concept, in addition to expanding their ways of seeing and meaning health. It is considered that it was possible to create possibilities for health promotion and protagonism with the actions proposed, mainly by health care practices that cherish a horizontal attitude, open to listening to the other, subjectivity enhancers.

KEYWORDS: People in street situation; Health promotion; Health education.

1 | INTRODUÇÃO

Dentro de uma sociedade globalizada, historicamente construída através da reprodução de desigualdades sociais e da falta de garantias sociais para boa parte da população, a exclusão social se apresenta como resultado de um processo de desestabilização econômica e “desfiliação”, como traz Castell, 1997, p 15-48, através da fragilização dos suportes de sociabilidade.

Tal contexto, característico do processo de exclusão social no Brasil é no qual se inscreve a população em situação de rua, historicamente marginalizada, seja pela conjuntura econômica ou pelo sentimento de falta de pertencimento social, entraves no acesso à informação e perda de auto-estima. Correlata ao mundo do tráfico de drogas, rompimento de um laço afetivo-social, questões de saúde, principalmente relacionadas à saúde mental, que levam a encontrar na rua o ambiente de sobrevivência e sociabilidade (COSTA, 2005).

Nesse íterim, a população em situação de rua se caracteriza como um conjunto de indivíduos com características diversas, mas que têm comum a pobreza extrema, a interrupção ou fragilização dos vínculos familiares e o modo fluído de viver. Além de utilizar a rua, unidades de acolhimento e lugares não habitados como território de moradia para pernoite ou moradia provisória e/ou lugar para o sustento, temporário ou permanente (BRASIL, 2009).

Diversas políticas têm sido desenvolvidas para o acolhimento dessa população. Tem-se como marco a Constituição Federal de 88, por meio do reconhecimento da Assistência Social como política pública. E a partir dela, a Lei 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 7 de dezembro de 1993 que em seu artigo 26 indica a necessidade da realização de projetos de enfrentamento a pobreza gerenciados pelo trabalho conjuntos entre entes governamentais, não governamentais e pela sociedade civil (DANTAS, 2007).

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Social passa a assegurar a cobertura à população em situação de rua e traz como meta efetivar as ações intersetoriais preconizadas pela LOAS, apresentando como objetivo o acesso amplo, simplificado

e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho, etc.

A Política Nacional para a Inclusão Social da população em situação de rua define que para efetivar o cuidado para essa população é necessário seguir princípios como o respeito à dignidade da pessoa humana e ao direito à convivência familiar e comunitária; a valorização à vida e à cidadania através do atendimento humanizado e universalizado, considerando os condicionantes sociais dos indivíduos e suas distintas demandas de origem, raça, idade, gênero, orientação sexual, religião e/ou deficiência (BRASIL, 2009).

Paiva ET. AL. (2016) destaca que a nível prático, essa população ainda vivencia inúmeras situações de privação e violação de direitos, configurando-se como um desafio para a implantação e efetividade de políticas públicas. Dessa forma, o cuidado em saúde aliado à assistência social da população de rua pode ser um caminho para estes sujeitos desenvolvam o protagonismo subjetivo e social.

Para isso, é necessário se compreender saúde como produzida socialmente, necessitando da participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, entre outros) para que assim seja possível a produção de qualidade de vida e garantia de direitos para o público atendido (BRASIL, 2006).

O Abrigo Pop é considerado um locus de produção de saúde, ao ser descrito de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Resolução nº 109/2009, como uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional e tem como objetivo abrigar temporariamente pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de auto sustento, em situação de risco pessoal e social, com o fim de proteção integral.

Como Serviço Socioassistencial e espaço de produção de saúde, o Abrigo Pop pertence ao hall de atuação do psicólogo. E, em consonância com a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), o profissional da psicologia direcionará sua prática para a construção de estratégias de efetivação do acesso do cidadão aos direitos socioassistenciais, considerando a dimensão subjetiva que perpassa a violação de direitos e /ou situação de vulnerabilidade do público pertencente ao contexto em que se insere.

Vislumbrando as possibilidades de atuação do psicólogo no contexto da população em situação de rua acolhida Abrigo Pop, realizou-se Estágio supervisionado em psicologia jurídica de uma Universidade Pública do Piauí, tendo como eixos a promoção de saúde e produção de protagonismo do público acolhido.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar as ações desenvolvidas, destacando-se a construção de um jornal como fomento ao protagonismo das pessoas assistidas e a aplicação de estratégias de promoção de saúde e cuidado integral para 20 indivíduos acolhidos no Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Pop (Casa

Cidadão) de uma cidade do Maranhão.

2 | METODOLOGIA

2.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de cunho descritivo, do tipo relato de experiência, por explicitar melhor a problemática a ser estudada, descrevendo as características da população pesquisada (GIL, 2008).

2.2 Local, Amostra e Período de Coleta de Dados

Este trabalho foi desenvolvido por meio da experiência de estágio em Psicologia Jurídica no Serviço de Acolhimento Institucional Abrigo Pop (Casa Cidadão), num município do estado do Maranhão. Ocorreram 12 encontros, semanalmente, aos domingos, ora no turno da manhã, ora no turno da tarde e tiveram duração de aproximadamente 3 horas, no turno mais pertinente, podendo ser estendido, caso necessário.

Os participantes dos encontros foram 20 indivíduos acolhidos aos domingos no Abrigo Pop, sendo 1 do gênero feminino e 19 do gênero masculino, com idades estimadas entre 18 e 62 anos. As atividades ocorreram ao longo do primeiro semestre do ano de 2017.

2.3 Procedimentos de Coleta de Dados

As atividades desenvolvidas para este público foram executadas no formato de oficinas e dinâmicas, norteadas pela Psicologia, enquanto Ciência e Profissão e baseadas na Educação Popular de Paulo Freire, metodologia que permite a valorização dos saberes que o grupo carrega, e para propor através de um olhar crítico a construção de novos saberes que considerem suas histórias e sua realidade cultural (FREIRE, 2002, p. 45).

Quanto ao processo de construção do trabalho, este foi dividido nas seguintes etapas:

1. Visitas Institucionais e Observação Participante: Ocorreram inicialmente visitas institucionais para a observação da realidade do serviço e estabelecimento dos contatos iniciais com a coordenação do Abrigo Pop e alguns dos Agentes de Proteção Social presentes no serviço.
2. Vinculação com o Grupo e Levantamento de Demandas: Seguido desta etapa inicial, foram desenvolvidas atividades de vinculação com as pessoas acolhidas no serviço, assim como estratégias com o fito de identificar as demandas existentes naquele coletivo. Buscou-se neste momento, uma escuta ativa de suas vivências, localizadas social e culturalmente, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007).
3. Planejamento e Execução das Ações: Após a identificação das demandas,

foram desenvolvidas atividades no formato de oficinas e dinâmicas, dialogando com os desejos e saberes dos participantes. As intervenções foram embasadas nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEP-SUS (BRASIL, 2013).

4. Construção e Lançamento do *Jornal Pop*: A coleta de informações e construção das atividades, desenvolvida em conjunto com os beneficiários, incentivando-os a se colocarem no lugar de formulação e de pactuação de tarefas, propondo uma gestão participativa e aprendizado coletivo (BRASIL, 2007). Esse processo culminou no nascimento de um jornal que articulou suas estratégias de promoção de saúde, seus interesses, modos de subjetivação e histórias de vida.
5. Avaliação das Atividades Desenvolvidas: Após o lançamento do Jornal para a comunidade, foi realizado um momento de roda de conversa para avaliação e feedback das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio e seu impacto de forma individual e coletiva por parte dos usuários do serviço.

2.4 Procedimento de Análise dos Dados

Os resultados serão analisados a partir da descrição das atividades desenvolvidas após identificação demandas coletivas e também uma análise acerca da construção do protagonismo e da promoção de saúde do grupo ao longo das dinâmicas e oficinas, tomando por base os eixos e princípios da PNEP-SUS (BRASIL, 2013).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Traz-se nesta seção uma descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos encontros com os sujeitos acolhidos no Abrigo Pop e os resultados alcançados a partir das mesmas. Cada encontro foi nomeado de acordo com a temática abordada.

1. Quem sou eu? O que espero encontrar neste grupo?

No primeiro encontro, o contato inicial com os sujeitos acolhidos do Abrigo Pop ocorreu através da dinâmica “Memorizando nomes” (elaborada pelos autores), que teve por objetivo memorizar os nomes dos membros do grupo e integrar melhor o grupo favorecendo o conhecimento mútuo.

Após o fim da dinâmica, as estagiárias questionaram acerca das atividades que os beneficiários gostariam de desenvolver em grupo e quais eram suas expectativas em relação às atividades, como forma de inseri-los num contexto grupal de construção compartilhada do conhecimento, em que eles seriam ouvidos de forma ativa (BRASIL, 2013).

No que se refere aos resultados encontrados ao longo da visita institucional e as primeiras atividades de vinculação e levantamento de demandas, observou-se que os beneficiários relataram incômodo quanto à ociosidade nos fins de semana e desejavam

que o serviço tivesse atividades neste período. Além disso, foi dado espaço para que os usuários demonstrassem algumas das habilidades que possuíam e que gostariam de exercitar junto do grupo de estágio.

Percebeu-se uma disponibilidade à vinculação e um pouco da dinâmica relacional do grupo. Além disso, observou-se que as redes de apoio socioassistencial pelos quais eram assistidos davam acesso ao aprendizado de habilidades manuais (objetos de artesanatos com materiais recicláveis ou de baixo custo) e outras, as quais eles demonstraram que poderiam ser exploradas como forma de incentivo ao protagonismo ao longo dos demais encontros (BRASIL, 2004).

2. Vinculação: Quem eu sou? Quem o outro é?

No segundo encontro foi desenvolvida uma dinâmica com o fim de promover a vinculação do grupo, denominada “Qualidades do Outro” (Elaborada pelos autores). Os participantes em círculo colocaram seu nome em uma folha de papel e tinham de passá-la para o colega ao lado. Todas as vezes em que o papel era passado no círculo, os participantes teriam que escrever no papel alguma qualidade sobre a pessoa a quem pertencia a folha de papel. Depois que as folhas voltavam para as mãos dos participantes iniciais, todos puderam ler ou ouvir as qualidades que o outro do grupo percebia neles.

Pode-se perceber através desta dinâmica o quanto diversas qualidades puderam ser reconhecidas pelo outro, demonstrando serem indivíduos que compartilhavam vivências tanto no cotidiano do serviço, quanto nas aprendizagens da rua. Sabiam muito um do outro, no entanto, não havia antes, o espaço para dizer das qualidades deste outro. Os momentos em que liam em voz alta ou ouviam suas próprias qualidades ditas pelo outro, as emoções foram de “espanto”, “surpresa boa” e também de “agradecimento”, como alguns participantes expressaram.

Por fim, boa parte dos participantes expressou o quanto aquele momento propiciou uma ampliação do diálogo entre eles e que foi importante saber que os outros o enxergavam assim, como também ter ciência algumas qualidades que não haviam reconhecido como sendo suas antes. Essa fala recobra, principalmente, o princípio da amorosidade presente na PNEPS-SUS (BRASIL, 2013) e se mostrou como um momento de produção de cuidado entre os presentes.

3. Levantamento de Demandas: Árvore dos Problemas e Soluções

Dando continuidade ao levantamento de dados no segundo encontro, foi utilizada a estratégia do Arco de *Maguerez* (BORDENAVE & PEREIRA, 2004) baseado na metodologia ativa e problematizadora acerca da realidade. Para tal, foi utilizado desenho de uma árvore, construída em cartolina por um dos beneficiários, como recurso lúdico para aplicação dessa estratégia. No tronco da árvore, pediu-se que os beneficiários elencassem problemáticas de sua realidade. Na raiz, pediu-se que eles

refletissem quais eram as causas daqueles problemas e nas flores e frutos pensassem quais eram as possíveis soluções para o que apontaram.

A partir dessa estratégia, foi possível o favorecimento o exercício da corresponsabilidade social e a reflexão em como contribuir ativamente nas soluções dos ditos “problemas sociais”. Além do estímulo ao senso crítico em relação à política, onde foram discutidos conceitos como democracia e dever do Estado. Muitos membros do grupo se colocaram no papel de requerer dos representantes escolhidos politicamente melhorias para a sociedade e que deveria existir mais debates políticos, no qual cada pessoa pudesse se colocar enquanto cidadão, opinando sobre o modelo de projeto político e sociedade.

Ao final do encontro, os participantes relataram que a estratégia trouxe outra perspectiva sobre as questões sociais, pois antes se viam impotentes, não se percebendo como relevantes politicamente. Essa perspectiva remete, principalmente, o princípio do compromisso com a construção do projeto democrático e popular presente na PNEPS-SUS (BRASIL, 2013), na qual temos a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade igualitária, solidária, democrática, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil. E isso só é possível, tendo como protagonistas os sujeitos populares ali presentes, seus movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. Criação e ampliação de espaços de fala e reconhecimento enquanto sujeito de valores e direitos.

4. Autoimagem e Estigma: Como me vejo?

Neste encontro, houve a conversa com a Coordenadora do Abrigo Pop, acerca da dinâmica de funcionamento do serviço e das propostas para o estágio. Logo depois, na atividade com o grupo de beneficiários, foi requisitado que estes desenhassem como se veem, objetivando trabalhar o autoconceito do sujeito, na qual também perpassa a estigmatização da situação de rua (SIQUEIRA & CARDOSO, 2011).

Após o término dessa atividade, deu-se início à dinâmica do “Amigo Oculto”, no intuito de fornecer uma atividade terapêutica requisitada no grupo. Foram distribuídos papéis com os nomes de cada pessoa e cada um tirou o papel com o nome de outro participante. Foram oferecidos materiais diversos para que o grupo construísse um presente para esse membro que haviam tirado, ressaltando o que os representava e suas principais potencialidades. Para finalizar o terceiro encontro, houve um almoço entre os beneficiários e as estagiárias, oferecido pelo serviço.

Os resultados deste encontro foram percebidos de forma significativa, principalmente no que se refere a fortalecer a vinculação entre o grupo e ao despertar das possibilidades de cuidado entre os mesmos. Além disso, o almoço entre beneficiários e estagiários fornecido pelo serviço foi significativo como forma de estabelecer o vínculo e destacar a relação de horizontalidade entre os atores deste ambiente, indo

ao encontro do que indica a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007).

5. Potencialidades: O que tenho a oferecer?

A oficina denominada “O que eu tenho para oferecer?” (elaborada pelos autores) foi resultado do levantamento de demandas do primeiro encontro. Este encontro teve como objetivo trabalhar as potencialidades dos sujeitos do grupo, construindo com eles a possibilidade conduzirem essa atividade a partir dos saberes que carregam. No primeiro encontro foi identificado que a maioria dos membros trabalhava alguma habilidade manual nas atividades em outros dispositivos da rede psicossocial e socioassistencial. Com base nisso, as estagiárias forneceram material necessário para que eles ensinassem às mesmas e aos demais membros do grupo aquilo que sabiam construir.

Essa atividade foi a oportunidade do exercício do protagonismo e da horizontalidade, e permitiu também conhecer um pouco da história de vida de cada um, pois cada habilidade ali mostrada tinha um pouco da vivência de cada um daqueles indivíduos, o que aquela habilidade representava enquanto significado e valor dentro da vivência de cada um.

O encontro reforçou o princípio do diálogo, que é um dos pilares da PNEPS-SUS (BRASIL, 2013), na medida em que cada sujeito, ao seu modo, colocou o que sabia à disposição de modo a ampliar o conhecimento do grupo em relação à realidade, além de valorizar os saberes que carregavam. Também houve o reconhecimento das culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde que é um dos objetivos do PNEPS-SUS (BRASIL, 2013).

6. “Ir, vir e permanecer”: o exemplo do *Jornal Boca de Rua*

No sexto encontro, houve a exibição do documentário “Ir vir e permanecer”, disponível numa plataforma de compartilhamento de vídeos. Este documentário foi produzido por moradores de rua participantes do *Jornal Boca de Rua*, um jornal feito por pessoas em situação de rua, na cidade de Porto Alegre. Como repórteres, câmeras, entrevistadores, editores, estes indivíduos abordavam pessoas que passavam pelas ruas da cidade e perguntavam a eles qual a percepção deles acerca das pessoas em situação de rua. E há, ao final, a fala de três dos integrantes do projeto sobre suas histórias de vidas, desejos, interesses.

Depois da exibição do Documentário, foi apresentada a proposta de criação de um jornal produzido pelos beneficiários, momento em que foi exibido o vídeo “Boca de Rua - Vozes de uma Gente Invisível”, disponível numa plataforma de compartilhamento de vídeos, que versa acerca da história do único jornal do país feito exclusivamente por pessoas em situação de rua. Os integrantes aprendem leitura, escrita, mas também a transpor a invisibilidade através do jornal.

Ao final do encontro, espontaneamente os participantes do grupo passaram a apontar as identificações com os personagens dos dois documentários e demonstraram muito interesse em relação à construção do jornal. Um deles expõe que esta era uma possibilidade de colocar no papel suas vivências e inquietações, que mesmo com todo o histórico de invisibilização social era uma maneira de começar a existir e deixar um legado sobre suas histórias para toda a sociedade.

Fomentando e consolidando assim um dos eixos do PNEPS-SUS (BRASIL, 2013) que visa a formação, comunicação e produção de conhecimento onde a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. O jornal como uma possibilidade de protagonismo e resistência em uma sociedade que nega suas existências e suas possibilidades de construção de subjetividades.

7. Protagonismo: Meus direitos - Produção do Jornal

Neste encontro houve a produção de um cartaz com o tema “Quais são os meus direitos? Quais são as minhas possibilidades dentro do Abrigo Pop e da sociedade?” em que se percebeu inicialmente que na visão dos usuários os direitos só eram possíveis de serem gozados, se contingentes ao cumprimento de regras institucionais, com uma visão de subordinação e verticalização na relação com os profissionais de outros serviços e estes, interpretando o papel de reguladores da conduta das pessoas em situação de rua.

A partir do que fora abordado por eles, foi possível abordar um dos eixos da PNEP-SUS (BRASIL, 2013) denominado problematização, propondo uma análise crítica acerca da realidade e da forma como são efetivados seus direitos, indo para além de uma perspectiva assistencialista.

Deu-se início à produção do jornal, através de uma espécie de “reunião de pauta”, em que foram definidos os temas a serem tratados por cada membro do grupo e a observação de um Jornal Online. Além da definição do nome do Jornal, escolhido e votado pelos sujeitos do grupo. Foi gestado ali o *Jornal Pop*.

Em contrapartida ao que foi identificado no cartaz, quanto à subordinação em relação às regras e a visão de direitos como favores, os beneficiários mostraram na reunião de pauta uma perspectiva positiva em relação à sua própria vida, às suas próprias escolhas, descrevendo meios para efetivar a criação do jornal, com a exposição de seus direitos, a escuta ativa em relação às opiniões do grupo (BRASIL, 2007). Observou-se que eles iniciaram um processo de acreditar naquilo que tinham a oferecer e o que consideravam importante ser destacado no jornal.

8. Produzindo saúde, produzindo Jornal

No oitavo encontro, iniciou-se com um exercício de respiração e aquecimento do corpo conduzido pelos beneficiários do serviço. E, se continuou a produção do jornal, com a gravação das entrevistas via vídeo ou áudio e fotografia dos entrevistados. As matérias escolhidas por ele articulavam suas histórias de vida, seus interesses e seus modos de produzir saúde: o cuidado aos animais, o zelo com a horta, o amor pela leitura e por escrever romances, a conquista da sua própria residência, etc.

9 e 10. Produção do Jornal Pop

A medida que os encontros foram dando corpo ao *Jornal Pop*, os participantes do grupo dialogavam com os estagiários e seus discursos se direcionavam para a constatação de que eram capazes de construir um jornal, acreditar que tinham voz para construir pautas importantes, que haveria quem desejasse ler sobre suas habilidades, sua vida, sua história, seus modos de produzir saúde. Observou-se uma mudança na compreensão do lugar de fala desses sujeitos em situação de rua: da subordinação à apropriação de seus direitos (BRASIL, 2004).

11. Lançamento do Jornal

No décimo primeiro encontro, houve o Lançamento do Jornal com a presença da comunidade, dos profissionais dos serviços da rede socioassistencial e demais pessoas interessadas.

A partir do jornal impresso, se pode identificar principalmente a ampliação das formas de ver e significar o que é saúde por parte dos usuários do serviço, identificando esse conceito para além da perspectiva de doença, mas como forma de vivência e diálogo com o outro e o mundo (BRASIL, 2013). Além disso, o Jornal se mostrou um potente instrumento de valorização de si: discursos sobre crer nas próprias potencialidades, o reconhecimento dos saberes que carregam, assim como permitiu o ressignificar da visão sobre a própria história.

12. Qual o significado do grupo para mim?

No décimo segundo encontro houve a finalização das atividades, com feedback do grupo acerca fora vivenciado. Eles teriam que descrever em uma palavra ou desenho em tarjetas qual significado do grupo e como avaliava as ações realizadas (Elaborada pelos autores), além de um momento de confraternização com aperitivos e músicas da preferência dos beneficiários.

Os participantes destacaram como ponto significativo o fortalecimento dos vínculos entre os indivíduos do grupo, além de permitirem um maior reconhecimento de si, do outro e, em boa parte do grupo, o sentimento de pertencimento a algum grupo

ou projeto foi um elemento novo e importante nos encontros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das ações realizadas, pode-se concluir que a construção de um jornal possibilitou o fortalecimento dos vínculos entre o grupo, o reconhecimento das potencialidades dos indivíduos pertencentes, além de um encontro com a própria história e valorização dos saberes e modos de produzir saúde que cada sujeito carregava consigo.

Evidenciar estes fatos através de matérias e notícias, invisibilizados na identidade das pessoas em situação de rua permitiu a ampliação de possibilidades, o abandono das identidades prescritas, a reinvenção das histórias, o protagonismo dos sujeitos (MATOS E FERREIRA, 2004).

Pode-se perceber através desta experiência de estágio a visibilização de estratégias de cuidado integral e promoção de saúde da pessoa em situação de rua. Isso foi possível através de uma postura aberta às necessidades do outro como norteador das práticas do cuidado em saúde e uma troca de saberes que ocorreu de forma horizontal a cada encontro.

Espera-se que o presente relato possa trazer subsídios para a reflexão no que tange à importância de oportunizar a essa população um espaço onde suas potencialidades possam ser trabalhadas e suas vozes ouvidas, fortalecendo a autonomia e protagonismo.

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, Juan Días; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25a ed. Rio de Janeiro, Vozes, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed.; Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

_____. **Política Nacional de Assistência Social/PNAS**. Brasília: MDS. 2004

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 1993.

_____. **Política Nacional para População de Rua**. Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 29 mar. 2019.

_____. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. RESOLUÇÃO nº 109, de 11 de novembro de 2009b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/viii-conferencia-nacional/manual-orientador/legislacao_resolucao-cnas-109-2009.pdf/download>. Acesso em: 28 mar. 2019.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. 2009c. Disponível em <http://www.rederua.org.br/pub/polnac_inclsoc.pdf>. Acesso em 07 ago. 2017.

CASTEL, Robert. **As armadilhas da exclusão**. In: WANDERLEY, Mariângela; BÓGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 1997, p 15-48.

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Rio Grande do Sul: Revista Virtual Textos & Contextos, nº 4, dez. 2005.

DANTAS, Mônica. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 21ª Edição. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2002.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al . Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2595-2606. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Mar. 2019.

SIQUEIRA, Ranyella de; JÚNIOR, Hélio Rebello Cardoso. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/127032>>. Acesso em: 25 mar 2019.

SOUZA, Cintia Amelia de; FORTINI, Priscila Ferreira. *Voices da rua: um relato de experiência com moradores de rua*. Poços de Caldas, 2009.

O MODO DE PRODUZIR CUIDADO PELOS TRABALHADORES COMO DIMENSÃO DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Erica Menezes

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. ericalcmenezes@gmail.com

Magda Scherer

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasil. magscherer@hotmail.com

Marta Verdi

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. marverdi@hotmail.com

Ana Paula Marques

Centro de Investigação de Ciências Sociais (CICS.NOVA) do Polo da Universidade do Minho. Portugal. amarques@ics.uminho.pt.

Artigo revisado, publicado no 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa em Salamanca, Espanha, 2017.

RESUMO: O debate sobre a ampliação e qualificação do acesso vem ganhando destaque, nos últimos anos, impulsionando a implementação de políticas públicas e de pesquisas sobre essa temática. O presente artigo apresenta a trajetória teórico metodológica utilizada em estudo qualitativo que tem por objetivo compreender de que maneira as políticas públicas federais brasileiras, para a Atenção Primária à Saúde, orientam o trabalho dos profissionais de saúde na consolidação do

princípio da universalidade do acesso.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Ergologia; Bioética Cotidiana; Acesso aos Serviços de Saúde

HEALTH WORK AS A DIMENSION OF ANALYSIS OF THE PUBLIC POLICIES FOR PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL

ABSTRACT: The debate about the expansion and qualification of access has been gaining prominence in recent years, impelling the implementation of public policies and research on this subject. This article presents the methodological trajectory chosen by the authors in order to understand how Brazilian federal public policies, for Primary Health Care, guide the work of health professionals with the purpose of consolidating the principle of universality of access; reflects on the method and its relation with the theoretical references used.

KEYWORDS: Primary Health Care; Ergology; Bioethics; Health Services Accessibility.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) continua sendo, desde 1994, a principal estratégia para ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil por

meio da implantação de equipes multiprofissionais compostas, minimamente, por enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem, podendo incluir as equipes de saúde bucal (dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal) em sua composição final. A partir de 2011 são formulados novos Programas/Estratégias/Iniciativas com o objetivo, segundo os gestores federais, de responder aos principais desafios existentes para a ampliação e qualificação da APS como: o insuficiente financiamento; a inadequação das infraestruturas das Unidades Básicas de Saúde; a baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para o planejamento das ações; a necessidade de ampliar o acesso com equidade; qualificar os serviços ofertados; ampliar a atuação na promoção da saúde; avançar na mudança do modelo de atenção e gestão; qualificar as condições e relações de trabalho, qualificar a formação e os profissionais para atuação na APS; ampliar a legitimidade da APS junto à população e; estimular a participação da sociedade (Brasil, 2015).

Diversos fatores interferem na assistência à saúde e, conseqüentemente no acesso aos serviços, a exemplo das Políticas Públicas Federais para a Atenção Primária à Saúde. Estas influenciam os modos de produção do cuidado das Equipes de Saúde da Família por meio de financiamento específico para implantação e execução das ações, bem como para o provimento de profissionais; além disso, definem normativas legais e organizacionais que determinam composição das equipes, serviços mínimos a serem ofertados, entre outras orientações. Por sua vez, as transformações nas práticas e nos contextos do exercício dos profissionais de saúde envolvidos em equipes multidisciplinares parecem estar relacionadas com a generalização de princípios de mercado, de um discurso gestor e controlador explícito na lógica de resultados, qualidade e avaliação (Marques, 2014), com impactos no acesso universal da assistência à saúde.

Nesse contexto, o debate sobre a ampliação e qualificação do acesso vem ganhando destaque nos últimos anos, impulsionando a implementação de políticas públicas e de pesquisas no país sobre essa temática. Em 2014, o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho, Gestão e Educação em Saúde da Universidade de Brasília, dá início a uma pesquisa, projeto de tese de doutorado da autora principal desse artigo, intitulada “Entre a ética declarada e a prática cotidiana: uma análise da consolidação do princípio da universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde no Brasil”. O presente artigo apresenta a trajetória teórico metodológica da pesquisa que tem como objetivo compreender de que maneira as políticas públicas federais brasileiras, para a Atenção Primária à Saúde, orientam o trabalho dos profissionais de saúde na consolidação do princípio da universalidade do acesso.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que utiliza a Bioética Cotidiana e a Ergologia como referenciais teóricos. Esses referenciais guiam a produção do conhecimento a partir de uma estética própria. Essa pesquisa surge assim, do confronto entre fatos e ideias, das “evocações da história, da experiência da política e das orientações da ética” (Berlinguer, 1996, p.11) para pensar instrumentos de coleta de dados, de análise desses e de produção de saberes. Busca situar o conhecimento numa perspectiva histórica e também na descrição e no detalhamento de em qual contexto as reflexões se desenvolvem. Um estudo sem a pretensão de construção de verdades que possam ser reproduzidas e que reconhece que a experiência é múltipla e localizada em determinado tempo e espaço. Um convite à crítica, a identificação dos limites e as contribuições para as questões de pesquisa e para a realidade apresentada (Berlinguer, 1996).

Giovanni Berlinguer (2004) afirma que, para além das situações limite ou de fronteira, tão amplamente estudadas em decorrência dos avanços científicos, a bioética deve se ocupar das questões morais que orientam as escolhas na vida cotidiana e da necessidade de se considerar todo o processo de cuidado envolvido e quais valores presentes no encontro entre trabalhador e usuário e aqueles fortalecidos por meio das políticas públicas implantadas.

A Ergologia mostra que o trabalho efetuado jamais corresponde ao trabalho esperado, isto é, ao que está prescrito e normatizado. Ao se deparar com a tarefa, o trabalhador se vê diante de situações muitas vezes impossíveis de se determinar previamente e as renormalizações acontecem permanentemente na atividade em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir (Schwartz & Durrive, 2003). As diferentes realidades sociais, econômicas, de prioridades dentro do setor saúde, em cada esfera do governo, influenciam a organização do processo de trabalho das equipes, promovendo distintos modos de produção do cuidado (Esping-Andersen, 1992), bem como atividades de natureza semelhante serão realizadas de maneiras distintas, por serem influenciadas pela subjetividade dos trabalhadores, seus valores e concepções de mundo, demonstrando distâncias entre o que estava prescrito e aquilo que é realizado.

Os referenciais utilizados no presente estudo exigem uma reflexão sobre o trabalho em saúde no mundo contemporâneo. As políticas públicas que orientam o trabalho em saúde precisam ser estudadas dentro do seu contexto de construção e implantação, colocando no centro da análise os atores e arenas de disputa, questionando valores, princípios, determinantes, finalidades, processos e consequências, contribuindo assim para reflexão sobre as lacunas existentes, destacando as inovações produzidas e servindo de diretriz para a construção e revisão das ações na gestão pública (Cohn, 2006).

O estudo pretendeu compreender essa realidade específica, tão diversa quanto

complexa, por meio de dados empíricos e análise documental e, para isso, fez aproximações sucessivas da realidade estudada, buscando uma combinação particular entre os dados e a teoria (Minayo, 1993). Como etapa, anterior e fundamental, para a contextualização e caracterização da temática do estudo, foi desenvolvida uma revisão de literatura nas bases de dados científicos e eletrônicos Scielo, Lilacs, BVS e Medline de artigos brasileiros produzidos entre os anos 2005 e outubro de 2015. Foram analisados 52 artigos que apresentaram discussões sobre o modo como os trabalhadores produzem cuidado na atenção primária à saúde e sua relação com a universalidade do acesso.

Em seguida, utilizou-se o banco de dados produzido pela pesquisa intitulada “Estratégia Saúde da Família – inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica – estudo multicêntrico” realizada pelos GEPTS/UnB, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e desenvolvida nas regiões centro-oeste, nordeste e sul do Brasil, junto a profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Foram realizadas 34 entrevistas com agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de saúde bucal e enfermagem, dentistas, enfermeiros e médicos e 16 horas de observações feitas nas unidades de saúde, ambas desenvolvidas a partir de roteiros semi-estruturados. As entrevistas foram realizadas seguindo o mesmo roteiro para todos os profissionais, com base na seguinte questão de investigação : De que modo o trabalho realizado pelos profissionais influencia o acesso aos serviços de saúde em Equipes de Saúde da Família em 2 regiões do Brasil?

A inclusão dos locais e participantes foi feita por amostragem intencional, não probabilística. Assim, para efeitos de decisão quanto à inclusão e potenciais limites e riscos das escolhas feitas (Triviños, 2009), seguimos os seguintes critérios: a) Unidades de saúde da família com equipes completas incluindo equipe de saúde bucal independente da modalidade; b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) Preferencialmente equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família como referência; d) Equipes que fizeram adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB).

Um quadro síntese foi elaborado reunindo os achados da produção científica sobre o tema por meio da revisão da literatura, e os oriundos do campo empírico, da vivência das equipes de saúde, cruzando, numa relação dialética, o que foi apontado pelos pesquisadores e trabalhadores de saúde sobre os elementos presentes na produção dos atos de saúde capazes de influenciar o acesso aos serviços e ações de saúde. Os dados sistematizados retratam a forma como o conjunto das equipes e profissionais de saúde produz atos comprometidos com as necessidades de saúde dos usuários, como acolhe, se compromete e se responsabiliza pelos usuários, como troca saberes para pensar a intervenção e pensa o cotidiano das ações realizadas

nos serviços de saúde, produzindo um determinado modo de cuidar, seja com ações individuais ou coletivas.

Em um novo movimento de aproximação da realidade, por meio de análise documental, foram incluídas leis, portarias, informes, manuais e publicações técnicas do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS vinculadas ao financiamento da gestão federal e publicadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, cujos conteúdos apresentassem orientações para as práticas de saúde das equipes de Atenção Primária à Saúde. A opção pelo recorte do financiamento, se deu por ser o recurso financeiro importante indutor da implantação das políticas pelos municípios, que devem cumprir um conjunto de normas e diretrizes para que o repasse seja realizado. Foram excluídas as políticas e programas relacionados aos agravos, ciclos de vidas e programas específicos, como Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde. Para os documentos publicados em anos distintos, mas com semelhança de texto, foram sistematizados os dados do mais atual. Compõem o estudo 29 documentos oficiais relacionados a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB, ao Programa Mais Médicos/PMM e ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, disponíveis na página do Ministério da Saúde (MS) A análise buscou compreender de que maneira essas políticas orientaram a produção do cuidado na consolidação do princípio da universalidade do acesso à luz do quadro síntese elaborado e dos referenciais teóricos de escolha. A Figura 1 apresenta a trajetória metodológica da pesquisa.

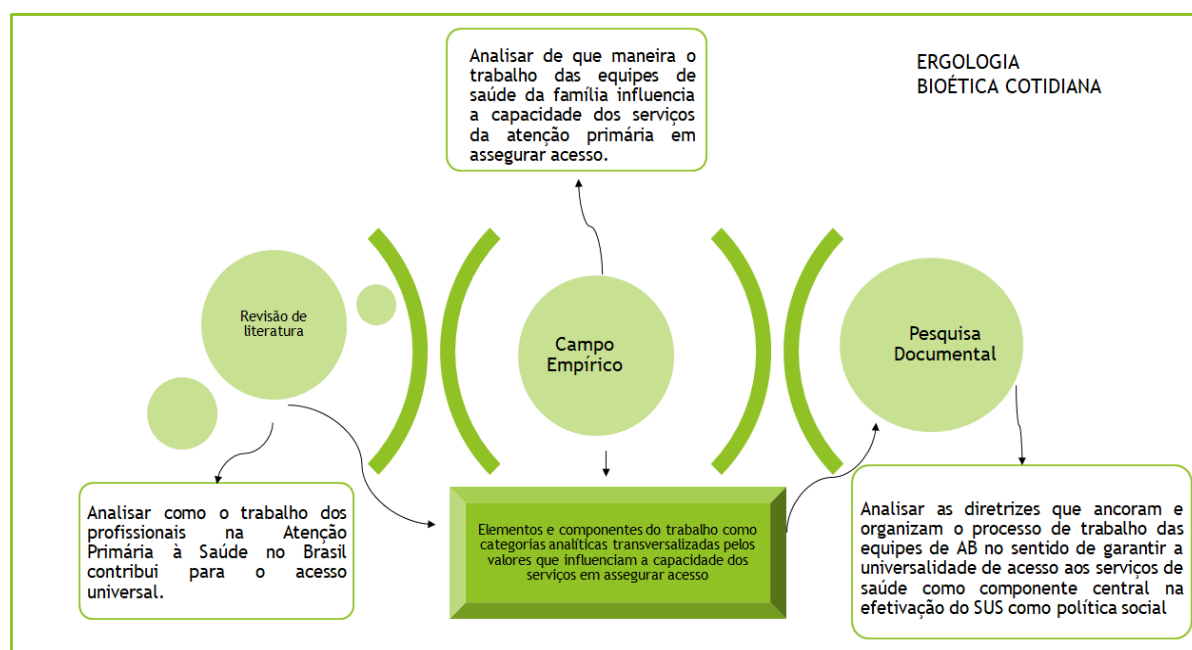


Fig. 1. Trajetória metodológica do estudo.

O armazenamento e sistematização dos dados, em todas as etapas, foi realizado com suporte do software para análise de dados qualitativos, ATLAS TI (Qualitative

Research and Solutions), permitindo-nos concretizar análises em função dos eixos privilegiados no presente estudo, designadamente as principais categorias-chave a serem identificadas nas políticas públicas para a APS. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos e o projeto, que originou o banco de dados, foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo além de atender as normas nacionais e internacionais, se coloca como uma ferramenta forjada a partir da bioética e pretende uma aplicação prática da ética no campo da saúde, olhando para as questões presentes no cotidiano, como as iniquidades em saúde, e propondo, a partir da reflexão teórica, novas formas de analisar e produzir atos de saúde e de construção de políticas públicas que afirmem a saúde como direito universal.

3 | RESULTADOS

Convergindo com uma tendência nacional e internacional para as pesquisas (Minayo, 2012), o método escolhido permitiu uma aproximação com a realidade estudada; a identificação de algumas das necessidades e expectativas da sociedade junto ao sistema de saúde (aqui representadas pelos trabalhadores de saúde, pesquisadores e gestores do âmbito federal) e a identificação de elementos que devem ser considerados na construção das políticas públicas para APS. Possibilitou ainda a análise da presença desses elementos nas políticas elaboradas no período de 2010 a 2015, evidenciando aproximações e distanciamentos entre a prática das equipes de saúde e, parte das normativas organizacionais e legais que a orientam. Embasadas nos dados empíricos já coletados e na revisão de literatura desenvolvida, podemos afirmar que o modo como o trabalho dos profissionais é realizado, e em quais condições, bem como os valores que o norteia, sofre modificações no decorrer da história e tem influência no acesso universal aos serviços de saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde carregam em si um conjunto de valores de uma dada sociedade, compõem as normas antecedentes dos trabalhadores de saúde e ora criam obstáculos, ora contribuem para ampliação e qualificação do acesso. O estudo pretende assim, contribuir com a ampliação e qualificação do acesso na APS, por meio da produção de ferramentas e reflexões sobre os modos de produção do cuidado, as políticas públicas e as iniquidades em saúde, ainda tão presentes em nosso país.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES))

pela concessão da bolsa do Programa de Doutorado-sanduíche no Exterior (PDSE) – Processo – 88881.132441/2016-01 à Erica Lima Costa de Menezes. À Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF) pela concessão da bolsa de pós doutorado sênior no exterior – Protocolo 11503.60.30322.04072016, à Magda Duarte dos Anjos Scherer.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. (2015). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília : Ministério da Saúde. 128 p

Berlinguer, G. (1996). Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC.

Berlinguer, G. (2004). Bioética Cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Cohn, A. (2006). O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, GWS. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC.

Esping-Andersen, G. (1992). 'Introduction' in idem (ed.) Changing Classes: Stratification and Mobility in Post-Industrial Societies. Sage: London.

Marques A.P. (2014). Mercados de trabalho sector da saúde: profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação. In Martins MI, Marques AP, Costa NR, Matos A. (Orgs.), Ebook – Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas, Edição CICS-Uminho/ ENSP/FIOCRUZ (127- 139)

Minayo, MC de S. (1993). O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec.

Minayo, MC de S. (2012). Global & Local, Meritocrático & Social: O papel da Ciência e Tecnologia em Saúde Coletiva no Brasil. Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2. Retirado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1111>.

Schwartz, Y & Durrive, L. (2003). Travail & Ergologie: entretiens sur l'activité humaine. Toulouse: Octares Editions.

Triviños, A.N.S. (2009). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo”. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas.

PERCEPÇÃO DOS DOCENTES DE UM CURSO DE MEDICINA SOBRE A AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Rafaela Tenório Passos

Universidade Federal de Alagoas

Maceió / Alagoas

Francisco José Passos Soares

Universidade Federal de Alagoas

Maceió/ Alagoas

proposta emancipatória, mas a universidade é influenciada pelo SINAES.

PALAVRAS –CHAVE: Avaliação; Avaliação educacional; Educação médica.

PERCEPTION OF MEDICINE TEACHERS ON STUDENT ASSESSMENT

RESUMO: Esse estudo objetivou compreender os diferentes modos de percepção dos docentes sobre o processo de avaliação da aprendizagem em uma Faculdade de Medicina. Foi utilizada a abordagem qualitativa, com o método fenomenográfico. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas, e análise segundo os critérios fenomenográficos. A análise resultou em três categorias diferentes de avaliação: I- classificatória, II- com objetivos, III- diagnóstica. Estas variaram entre si em torno de cinco dimensões: tempo, justiça, subjetividade, relação interpessoal e feedback. A maioria dos docentes repete o modelo pedagógico com o qual foi educado, classificador ou criterial, sem questionamento, naturalizando processos sócio-históricos como destino. Aqueles que tentam escapar desse modelo sofrem a angústia gerada pela avaliação inadequada; pela contradição interna entre o que sabem fazer e o que deveriam fazer; pelo conflito externo, vez que a faculdade traz uma

ABSTRACT: This study aimed to understand the different ways that teachers perceive the evaluation of learning assessment process in a Medicine College. This was a phenomenographic qualitative research method. The analysis resulted in three descriptive categories: I- Qualifying assessment, II- Assessment with objectives, III- Diagnostic. These ways vary from one another in five dimensions: time, justice, subjectivity, interpersonal relationships and feedback. It was possible to infer that the majority of the interviewed teachers repeats the pedagogical model with which they were educated, classifier or criterial, without questioning, making some social-historic processes natural, as fate. Those who try to escape this model suffer the anguish generated by inadequate assessment; the internal contradiction between what they know how to do and what they should do; by external conflict between their college educational emancipatory program, and the influence of the National

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9.394/96, (Brasil, 1996) o processo de avaliação deve ter como objetivo detectar problemas, servir como diagnóstico da realidade em função da qualidade que se deseja atingir. Não é definitivo, nem rotulador, não visa a estagnar, mas superar as deficiências. Com a proposta de tornar a avaliação um instrumento de política educacional voltado para defesa da qualidade, da participação e da ética na Educação Superior, o governo instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), constituído como um sistema misto, parte regulatório (avaliação externa e o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE) e parte emancipatório (auto-avaliação e avaliação pelos pares (Brasil, 2004).

Infelizmente, em 2010, ocorreram modificações, e a lei passou a atender prioritariamente à regulação e controle. A proposta formativa e emancipatória foi esquecida ao longo dos anos.

O que está disposto na LDB é utilizado como referência para as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (Brasil, 2001; Borges, Miranda, Santana & Bollela, 2014), que orientam que a avaliação da aprendizagem baseie-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos; assim como, para o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas/ UFAL (2013).

Sabe-se que a educação não é neutra, sofre forte influência política, que define os objetivos educacionais baseados na lógica de mercado produtivista e capitalista.

Na atualidade, a preocupação maior em formar indivíduos com consciência crítica e poder de autonomia não supera as pressões políticas para formar e educar para as necessidades do trabalho.

Nessa perspectiva, as práticas avaliativas representam estratégias de controle para garantir uma formação profissional adequada ao trabalho. A ênfase está na mensuração de comportamentos e atitudes que devem atender a objetivos pré-definidos, crescendo assim a perspectiva punitiva e classificatória da avaliação.

No âmbito da FAMED/UFAL, a avaliação tem sido alvo de críticas internas desde a implementação do novo currículo, e há um descontentamento docente-discente em relação a esse elemento pedagógico.

Em virtude do exposto, esse estudo teve como objetivo central trazer uma compreensão mais ampliada sobre o fenômeno da avaliação da aprendizagem no curso de medicina da UFAL sob a perspectiva dos docentes.

2 | METODOLOGIA

Para desenvolvimento da pesquisa, optou-se pelo método qualitativo, de caráter exploratório, utilizando como estratégia de investigação a fenomenografia. O objetivo da fenomenografia é investigar a experiência do sujeito/grupo com relação ao fenômeno.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) na plataforma Brasil em 10/06/2014, CAAE: 30768114.0.0000.5013. Número do Parecer: 682.441

Os sujeitos foram 16 docentes da FAMED/UFAL, selecionados através de sorteio aleatório. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas, utilizando-se questionários semi-estruturados compostos por seis perguntas abertas (Stenfors-Hayes, Hult & Dahlgren, 2013).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O principal foco da análise em estudos fenomenográficos é a transcrição das entrevistas. “O conjunto de transcrições como um todo representa uma foto das formas de vivenciar o fenômeno por um grupo particular de pessoas em um momento particular e em resposta a uma situação específica” (Lopes, 2012, p. 108).

Em nosso estudo, as entrevistas foram transcritas por um único pesquisador e, em seguida, submetidas a leituras isoladas e aos pares pela pesquisadora e pelo orientador.

O primeiro foco da leitura foi voltado ao indivíduo, buscando as variações de percepção, e o segundo foco ao grupo, determinando-se as similaridades e diferenças, estabelecendo-se assim as categorias de descrição e as dimensões de variação.

Para discussão dos dados, embasamo-nos nos fundamentos teóricos da pedagogia crítica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo foram identificadas três *categorias de descrição*, maneiras qualitativamente diferentes de retratar a experiência do processo de avaliação da aprendizagem pelos docentes, e cinco *dimensões de variação*, que indicam como as categorias estão relacionadas (semelhanças e diferenças). As categorias relacionam-se hierarquicamente de acordo com a complexidade de compreensão sobre o tema.

Categoria I – Avaliação classificatória, como medida ou julgamento

A primeira categoria revela uma percepção bastante tradicional do avaliar, marcada pela valorização de aspectos cognitivos com sobrecarga de conteúdos teóricos. Nela, encontram-se representados a maioria dos docentes entrevistados, grande parte com mais de 20 anos de formado e de docência.

“[...] avaliar eu acho que é medir conhecimento, penso, no final, no frigar dos ovos vai ser isso [...]”. (S.06)

“[...] bem avaliar é você dar o conteúdo [...]”. (S.11)

Essa definição de avaliação encontra suas raízes no primeiro período histórico da avaliação, conhecido como pré-Tyler, ocorrido entre os últimos anos do século XIX e as primeiras três décadas do século XX. Nesse período, a avaliação é entendida como medida, inserida no paradigma positivista, e centrada nas diferenças individuais. Logo, é praticada de maneira técnica, visando apenas a quantificação da aprendizagem dos alunos, através de números ou representações, estabelecendo padrões de classificação. “Tratava-se, então, basicamente de avaliação da aprendizagem, mediante os procedimentos convencionais de testes, provas e exames, aplicados aos alunos para medir rendimento, sem ainda preocupação com dimensões mais amplas do processo ensino-aprendizagem” (Dias-Sobrinho, 2003, p. 18).

A avaliação puramente quantitativa, como medida, não apresenta espaço no campo educacional moderno. Esse paradigma positivista, de abordagem tradicionalista, precisa ser superado por docentes e discentes, em busca de uma avaliação conectada com o mundo atual e suas necessidades.

Em relação às formas de avaliação adotadas pelos docentes, predominam as provas teóricas e práticas, elaboradas sem rigor metodológico e sem seguir critérios e objetivos de aprendizagem. O objetivo é quantificar o desempenho dos discentes, sendo assim, o ato avaliativo se encerra com as provas.

“[...] a normatização da Universidade é fazer uma prova, e de uns tempos para cá, a gente faz uma prova escrita e uma prova prática [...]”. (S.08).

“[...] eu dou a parte teórica em sala de aula e avalio com casos clínicos, e antes da verificação da aprendizagem, da avaliação em si da nota, geralmente quando o assunto permite, eu monto uma aula só de casos clínicos [...]”. (S.11)

“[...] eu avalio com a prova teórica que é a mesma que eu fiz há 500 anos e provavelmente ainda é a maneira assim que a gente tem de avaliar [...]”. (S.12)

As provas teóricas são utilizadas por muitos como ferramentas de controle e poder sobre os discentes, revelando a face autoritária do ato pedagógico docente.

“[...] a avaliação teórica ela me ajuda a forçar os estudantes a estudar, eles estudam muito menos quando a gente vai só para aquelas coisas práticas [...]”. (S.10)

Sobre as relações de poder expressas através das avaliações, Afonso (2009) relata que “as avaliações são simplesmente instrumentos disciplinadores a que os professores recorrem para impor aos estudantes os valores e os comportamentos que eles idealizaram como adequados” (p. 22).

Já nas avaliações práticas, o que predomina é a falta de planejamento, de critérios de avaliação; o que torna o processo falho e fortemente influenciado pelo subjetivismo docente.

“[...] a gente faz uma avaliação mais pela participação, eu pretendo implantar a metodologia estilo mini-ciex [...]”. (S.10)

Luckesi (1978) argumenta,

Critérios são padrões de expectativa com os quais comparamos a realidade descrita no processo metodológico da prática da avaliação. Os critérios para o exercício da avaliação são definidos praticamente no seu planejamento, no qual se configuram os resultados que serão buscados com o investimento na sua execução (p. 411).

Os critérios de avaliação devem ser construídos pela equipe pedagógica (gestor-docente-discente), levando em consideração o projeto político pedagógico do curso e os objetivos de aprendizagem. A construção dialógica e o uso transparente dos critérios minimizam a influência de concepções e sentimentos docentes no ato avaliativo.

“[...] outro dado que me fornece a avaliação é também a avaliação em relação ao desempenho do professor [...]”. (S.15)

Podemos sumarizar que a categoria I representa docentes que baseiam seu ato pedagógico em uma abordagem tradicional, seguindo o pensamento positivista, influenciada pelo subjetivismo e calcada na prática de exames classificatórios, focados no produto final. Não podemos deixar de pontuar que em alguns discursos observamos tentativas de fuga da abordagem tradicional, porém realizadas sem planejamento.

Categoria II – Avaliação com objetivos

A avaliação baseada em objetivos de aprendizagem, também conhecida como avaliação criterial, surgiu por volta de 1930, durante o segundo período histórico da avaliação. O educador norte americano Tyler (1978) foi um dos responsáveis por difundir o conceito da “avaliação criterial”,

O processo de avaliação consiste, essencialmente, em determinar em que medidas os objetivos educacionais estão sendo alcançados pelo programa do currículo e do ensino e como os objetivos produzem mudanças comportamentais. A avaliação é o processo mediante o qual se determina o grau que essas mudanças de comportamento estão realmente ocorrendo (Tyler, 1978, p. 99).

Essa categoria que representa o modo de vivência da avaliação da aprendizagem baseada em objetivos é composta por discursos de docentes mais jovens e docentes com anos de experiência pedagógica.

“[...] avaliar é reconhecer se você consegue atingir os objetivos de aprendizagem que foram propostos logo no início do trabalho [...]”. (S.13)

A percepção da avaliação nesta categoria está totalmente conectada aos objetivos de aprendizagem e em congruência ao PPC do curso de medicina, que em relação à avaliação da aprendizagem determina que “o processo de avaliação começa com a definição dos objetivos e com a delimitação dos critérios que serão escolhidos para se verificar cada um deles” (Universidade Federal de Alagoas, 2013, p. 204).

Embora os docentes tenham apresentado dificuldade em estabelecer uma relação direta entre a avaliação e o mercado, suas percepções da avaliação revelam essa conexão, uma vez que a busca por objetivos de aprendizagem assemelha-se ao trabalho com metas tão difundido no mundo do trabalho neoliberal. A utilização da linguagem mercantilista na formação médica reflete a influência do mercado de trabalho na educação.

Segundo Afonso (2009), a avaliação criterial é a modalidade de avaliação que dá mais garantias de que são realizadas quer a transmissão quer a aprendizagem das chamadas competências mínimas necessárias ao mundo do trabalho e é também a modalidade que permite um maior controle por parte do Estado.

As diretrizes curriculares nacionais para o ensino médico propõem um ensino baseado nas competências, representadas pelo tripé habilidades-attitudes-conhecimento cognitivo. O Governo traz através das diretrizes o perfil do futuro médico, que as universidades devem formar, colocando as competências mínimas necessárias à uma formação adequada.

“[...] você está aferindo se esse estudante está adquirindo as competências necessárias para que ele entre no mercado de trabalho [...]” (S.07)

Em relação aos métodos avaliativos, a avaliação criterial comporta o uso de provas e testes construídos com rigor técnico e metodológico e que sejam capazes de mensurar o alcance dos objetivos.

“[...] é uma avaliação teórica, de competências cognitivas e tem duas avaliações práticas... uma de habilidade técnicas e outra que é o OSCE [...]” (S.07)

Embora os docentes ainda utilizem predominantemente os métodos avaliativos tradicionais, é possível identificar em seus discursos uma preocupação com a diversificação dos métodos avaliativos. Sabe-se que educandos possuem domínios cognitivos e afetivos diferenciados, e a utilização de metodologias múltiplas de avaliação oferece oportunidade para que todos expressem ao máximo o seu potencial de aprendizagem.

Nas palavras de Epstein (2007),

O uso de múltiplos métodos de avaliação é capaz de superar as limitações dos formatos individuais de avaliação. Variações do contexto clínico permitem visões mais amplas de competências, o uso de múltiplos formatos proporciona uma maior variedade de conteúdo que são avaliados e a entrada de vários observadores fornece informações sobre aspectos distintos do desempenho do estagiário. A avaliação longitudinal evita testes excessivos e serve como base para o acompanhamento contínuo do desenvolvimento profissional (p. 393).

A compreensão da necessidade de uma avaliação processual com acompanhamento, diagnóstico e intervenções ao longo do processo educativo faz parte da experiência do avaliar nessa categoria.

“[...] porque você pode colocar precocemente o aluno diante do paciente e você ao lado ir avaliando e corrigindo [...]” (S.14)

Entretanto é importante destacar que avaliação criterial não é sinônimo de avaliação formativa. Embora ambas exijam a definição prévia de objetivos educacionais, a avaliação formativa engloba outras características que fazem dela uma metodologia de avaliação plural e emancipatória.

“[...] a avaliação formativa é o que a gente chama atualmente de recuperativa, é aquela que você vai corrigindo as falhas durante o caminho, durante o percurso do

aluno até chegar aos objetivos de aprendizagem [...] você vai ter alunos que não vão chegar, mais vão ser poucos [...]" (S.13)

No discurso, a concepção de avaliação criterial é confundida com a avaliação formativa. O docente acredita avaliar de maneira formativa, quando na verdade seu discurso o qualifica como um docente criterial que utiliza prioritariamente métodos de avaliação somativa. Além disso, ao utilizar a expressão linguística recuperativa para avaliação formativa, quando o ideal seria dialógica, o docente expõe sua visão tradicional do ato pedagógico, na qual alguns alunos estão condenados ao fracasso independente das ações promovidas.

Fornecem pontos de referência para orientar o aluno que está se aproximando de um novo conhecimento. Elas podem reforçar a motivação intrínseca do aluno para aprender e inspirá-los a definir para si padrões mais elevados. Já as avaliações somativas são destinadas a fornecer a auto-regulação e responsabilidade profissional, que também pode atuar como uma barreira para a formação ou futura prática profissional (Epstein, 2007, p. 388).

Consideramos, assim, a categoria II como uma percepção criterial da avaliação, mas que conserva em seu núcleo concepções e práticas tradicionais que impedem a evolução para uma avaliação dialógica.

Categoria III – Avaliação diagnóstica

Na categoria III, a experiência da avaliação é retratada como algo de maior complexidade, como um processo que envolve planejamento, objetivos educacionais, pluralidade de metodologias avaliativas, acompanhamento diário das ações e dos alunos, favorecendo assim a construção do conhecimento. Essa prática não é vista como um ato isolado, mas parte integrante da ação pedagógica.

"[...] avaliar é o maior desafio que eu tenho dentre as funções que desempenho na Universidade, para mim, avaliar é você dar condições ao estudante dessa avaliação servir como próprio processo de aprendizagem [...]" (S.09)

Essa concepção da avaliação emergiu de uma necessidade em superar a ideia de que os objetivos são os organizadores da avaliação. Introduzida durante o quarto período histórico da avaliação, chamado de realismo, marcado pelo desenvolvimento de trabalhos práticos que já não seguiam apenas os paradigmas positivistas e quantitativos, mas também enfoques fenomenológicos e qualitativos; a avaliação, nesse momento, desloca o seu centro dos objetivos para a tomada de decisões (Dias-Sobrinho, 2003).

Nesse momento, emergem os conceitos de avaliação formativa e somativa.

Como argumentam Seiffert & Abdala (2004),

Passou-se a compreender, então, que a avaliação deveria ser não somente somativa, isto é, voltada para a análise de resultados terminais que subsidiasse decisões do tipo sim / não, passa, mas também formativa, com o objetivo de permitir ações de intervenção quando um curso estivesse ainda em desenvolvimento [...] a avaliação de uma situação incluía o processo de interpretação do próprio avaliado (p. 172).

Nesse sentido, a avaliação deixa de ser criterial e passa a ser de diagnóstico

e acompanhamento, uma vez que baseada na realidade diagnosticada propõe intervenções no processo de ensino-aprendizagem que favoreçam a construção do resultado final. Para Luckesi (1978):

A avaliação de produto encerra-se com o testemunho a respeito do que foi avaliado; portanto, em termos de investigação, exige somente o diagnóstico. Já a avaliação como acompanhamento de uma ação em processo exige, em primeiro lugar, o diagnóstico e, a seguir, se necessário, a intervenção para correção dos rumos da ação (p. 277).

Outra característica importante dessa concepção de avaliação é a amplitude dos aspectos avaliados pelo docente. O cognitivo deixa de ser o alvo principal do processo avaliativo e passa a dividir espaço com questões de habilidades práticas, aspectos éticos, relacionais e até políticos.

“[...] avaliar para mim é levar em consideração não só as aptidões, qualidades ou as habilidades cognitivas do estudante, mas também questões motoras, de habilidades com o paciente, psicomotoras do estudante e até do ponto de vista de questões afetivas [...]” (S.09)

Segundo Dias-Sobrinho (2003), “A avaliação se torna cada vez mais complexa à medida que considera insuficientes os procedimentos meramente descritivos e reclama a consideração de aspectos humanos, psicossociais, culturais e políticos, onde não há consensos prévios e os entendimentos precisam ser construídos” (p. 27).

Em relação às modalidades de avaliação, observamos a tendência em diversificar os métodos avaliativos, buscando avaliações formativas que forneçam ao docente substrato para avaliar o aluno de maneira ampla.

“[...] em minha avaliação eu utilizo cenários, situações clínicas com objetivos e metas a serem alcançadas, sempre com casos clínicos [...] são avaliações em relação aos domínios psicomotores e afetivos eu sempre busco nas aulas ficar atento com isso para que a nota não seja aquele momento único [...]” (S.09)

Nessa perspectiva Afonso (2009) relata,

Quando os professores praticam a avaliação formativa, a recolha de informação sobre a aprendizagem dos alunos pode ser realizada por uma pluralidade de métodos e técnicas que incluem desde o recurso à memória que o professor guarda das características dos alunos até as mais diversificadas e conhecidas estratégias como a observação livre, a observação sistemática, a auto-avaliação, a entrevista, o trabalho em grupo e outras diferentes formas de interação pedagógica (p. 38).

A FAMED-UFAL instituiu, nos dois primeiros anos do curso, uma estratégia de ensino-aprendizagem derivada do método de Aprendizagem Baseada em Problemas, chamada de caso motivador, com objetivos de aprendizagem pré-definidos, semana a semana, onde diferentemente dos demais setores é a avaliação que mais sofre revisões periódicas sem, no entanto, abandonar a transformação do conceito em nota final. Esta estratégia é considerada como o parâmetro formativo do curso em relação às demais estratégias de ensino-aprendizagem.

“[...] o processo tutorial a gente tem uma ferramenta que a gente usa para avaliar esse processo de aprendizagem em que consiste não só a questão cognitiva, mas

também as questões éticas [...] agora na preceptoria do internato a gente ainda tem algumas limitações, porque não tem uma ferramenta nem para direcionar [...]" (S. 03)

Em síntese, essa categoria representa docentes que reconhecem a importância da avaliação como parte do processo pedagógico, buscam praticá-la baseados na teoria da avaliação formativa, porém demonstrando ainda dificuldades em apropriar-se de novos conceitos e atitudes que favoreçam a relação dialógica e uma formação libertadora.

É provável que o posicionamento das IES, no caso a UFAL, e conseqüentemente de seus docentes, seja um reflexo claro das últimas mudanças na Lei que regulamenta o SINAES, onde o componente regulador e controlador da avaliação tem ganhado forças, enquanto a proposta formativa e emancipatória se enfraquece, tornando difícil o envolvimento dos docentes com o processo de mudança e com o investimento na auto-avaliação do discente.

3.1 Dimensões de variação

Tempo

Nas categorias I e II, o tempo surgiu como uma variável importante na definição da avaliação ideal, caracterizada pelos docentes como uma avaliação contínua, processual, onde se acompanhe o aluno ao longo do percurso pedagógico, detectando possíveis falhas e corrigindo-as para que ao final o resultado seja positivo.

"[...] na minha opinião, assim, o que deveria ser é ter mais tempo para fazer uma avaliação contínua, porque você vai detectar quais são as deficiências daquele aluno[...]"(S.01)

Justiça

Nos discursos de todas as categorias, a justiça surge com uma conotação ética. Na categoria I, há uma relação direta entre a sensação de *injustiça* e a prática avaliativa tradicional, sem planejamento, objetivos de aprendizagem e feedback. Eticamente, o educador assume perante à instituição, à sociedade, o compromisso com a aprendizagem e desenvolvimento do educando. Ao reconhecer a falha no processo avaliativo, ele se depara com o fracasso ético da ação pedagógica (Luckesi, 1978).

Nas categorias II e III, a justiça surge com valor ético e norteador da prática avaliativa. A categoria II traz uma compreensão ética vinculada ao cumprimento dos objetivos de aprendizagem. Já a categoria III amplia essa compreensão, trazendo a preocupação com o uso de instrumentos adequados, com a visão holística do discente e com a prática do feedback.

Subjetividade

Na categoria I, a subjetividade aparece como um obstáculo à adequada prática avaliativa, revelando a ausência de planejamento pedagógico, a falta de critérios de avaliação, e a consequente dificuldade em avaliar desse grupo de docentes.

O ato avaliativo executado de maneira desorganizada e não relacional atua como elemento promotor de angústia.

“[...] cada um avaliava e não era uma coisa uniforme [...] então era uma das coisas que mais me angustiava e vim fazer o mestrado para ver uma maneira de ser mais justa, não ser uma coisa subjetiva [...]” (S.01)

Na categoria III, a subjetividade aparece como um percalço superado através da definição de critérios, do planejamento conjunto, da prática formativa da avaliação.

“[...] não é uma avaliação feita de maneira subjetiva, tem critérios de avaliação que a gente tenta uniformizar entre os tutores [...]” (S.02)

Ao compreender o processo avaliativo como parte integrante da ação pedagógica e como ato emancipatório, o docente consegue superar a angústia da subjetividade, trabalhando baseado na relação dialógica, onde a troca de conhecimentos e a negociação surgem como elementos chave à educação democrática.

Relação Interpessoal

Em todas as categorias é possível identificar a ausência de relações sociais entre os docentes quando se trata de discutir avaliação. Não existe espaço dialógico sobre o tema em questão e dessa forma não se estabelecem padrões avaliativos uniformes entre docentes que integram uma mesma disciplina. A postura individualista dos docentes gera angústia e dificuldade diante do ato de avaliar.

Feedback

A dimensão de variação feedback demonstra uma relação direta com as metodologias avaliativas adotadas pelos docente. Na categoria I, onde predominam as práticas somativas, o feedback não é reconhecido como componente do processo de avaliação, aparecendo em alguns discursos de maneira frágil, pontual e sem fundamentação teórica que fomenta sua prática.

Na categoria II, cuja prática pedagógica é fundamentada nos objetivos de aprendizagem, o feedback surge como parte integrante de metodologias avaliativas formativas e estruturadas que conceitualmente exigem o feedback, como por exemplo o OSCE, os portfólios, questionários eletrônicos.

4 | CONCLUSÕES

Esse estudo nos permitiu verificar três perfis distintos de avaliadores no curso de medicina FAMED-UFAL; os que praticam a avaliação tradicional; os que promovem uma avaliação criterial, baseada em objetivos de aprendizagem, e os que investem em uma avaliação diagnóstica, embasada em práticas formativas.

É possível inferir que a maioria dos docentes repete o modelo com o qual foi educado, classificador ou criterial, sem questionamento, naturalizando processos sócio-históricos, como um destino. Aqueles que tentam escapar desse modelo castrador sofrem com a angústia gerada pela avaliação inadequada; pela contradição interna entre o que sabem fazer e o que deveriam fazer; pelo conflito externo, uma vez que o PPC da unidade traz uma proposta emancipatória, mas a IES, influenciada pelo SINAES, valoriza cada vez mais o componente regulador da avaliação; e clamam por um auxílio na condução desse árduo processo pedagógico.

Mudanças de paradigmas são percebidas em alguns discursos, com docentes refletindo sobre o seu fazer pedagógico, buscando atualização e aperfeiçoamento, inserindo práticas promotoras de uma relação dialógica, abrindo espaço para que o discente exerça um papel ativo em sua formação.

As primeiras sementes foram plantadas com as mudanças propostas pelo novo PPC da instituição, mas ainda há muito a avançar, principalmente no que concerne à visão crítica da educação e mais precisamente da avaliação, como um ato político, atrelado aos interesses sócio-econômicos, e capaz de modelar o estudante no sentido da submissão ou da emancipação.

REFERÊNCIAS

AFONSO, A. J. **Avaliação educacional: Regulação e emancipação: para uma sociologia das políticas avaliativas contemporâneas**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BORGES, M. C. et al. **Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde**. Rev. da Fac. Med. de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 19 de junho de 2014. 47 (3): p. 324-31.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de outubro 2001.

BRASIL. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES)**. Bases para uma nova proposta de avaliação da educação superior. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004.

ENGUITA, M. F. **A face oculta da escola: educação para o trabalho no capitalismo**. (T. T. Silva, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1989.

EPSTEIN, R. M. **Assessment in medical education**. N Engl J Med. n. 356, p. 387-96, janeiro, 2007.

HAYES, T. S.; HULT, H.; DAHLGREN, M. A. **A phenomenographic approach to research in medical education.** Medical education. 2013, 47: p. 261-270.

LOPES, A. L. S. V. **Autonomia no trabalho na perspectiva de um grupo de profissionais especializados: um estudo fenomenográfico.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem componente do ato pedagógico.** São Paulo, SP: Cortez, 1978.

SEIFFERT, O. M. L. B.; ABDALLA I. G. **Avaliação educacional na formação docente para o ensino superior em saúde.** In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. Docência em saúde: temas e experiências. 1 ed. São Paulo: Senac, 2004, p. 169-185.

SOBRINHO, J. D. **Avaliação: políticas educacionais e reformas da educação superior.** São Paulo: Cortez, 2003.

TYLER, R. W. **Princípios básicos de currículo e ensino.** (L. Vallandro, trad.). Porto Alegre, RS: Globo, 1978.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Maceió, 2013.

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PIRIPIRI-PI

Antonio Evanildo Bandeira de Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri - Piauí

Bruna Daniella de Sousa de Lima

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri - Piauí

Maria de Jesus Trindade da Silva

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri - Piauí

Evaldo Sales Leal

Cristo Faculdade do Piauí – CHRISFAPI
Piripiri - Piauí

RESUMO: Objetivou-se analisar qual a percepção dos usuários que são atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Piripiri-PI. Tratou-se de uma pesquisa de campo do tipo qualitativa, de abordagem explicativa. Os participantes da pesquisa foram usuários que foram atendidos pelo SAMU e entregues ao Hospital Regional Chagas Rodrigues e que responderam a um questionário com perguntas indutivas com caráter de perguntas abertas. Após análise dos dados, percebeu-se que as principais solicitações foram febre, fator idade (idoso), desmaios, acidente automobilístico, distúrbios endócrinos (diabetes mellitus), hipotensão, fraqueza muscular, mal súbito, dispneia e a

facilidade que o SAMU tem em adentrar ao hospital. Dentre os fatores que levou os usuários a considerar boa a assistência destaca-se a agilidade no serviço, a excelência na qualidade da assistência prestada e o rápido acesso aos serviços de urgência. Estes são alguns dos fatores que levaram aos usuários. E os fatores que levaram a uma má assistência destacou-se a demora da ambulância em chegar ao domicílio do usuário, a triagem realizada pela Regulação de Teresina, o desconhecimento da população acerca dos serviços prestado pelo SAMU, o não cumprimento do protocolo do SAMU por alguns profissionais, a divergência de opiniões entre usuários e médicos reguladores. Em síntese, o estudo se mostrou bastante significativo, pois por mediação dele foi possível demonstrar as percepções dos usuários e este trará contribuições para melhorias na adequação dos serviços diante das necessidades daqueles que o utilizam.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Assistência pré-hospitalar.

PERCEPTION OF USERS RESPONSIBLE
FOR THE MOBILE URGENCY SERVICE AT
THE MUNICIPALITY OF PIRIPIRI-PI

ABSTRACT: The purpose of this study was

to analyze the perception of the users who are assisted by the Mobile Emergency Care Service in the municipality of Piri-piri-PI. It was a field research of the qualitative type, with an explanatory approach. The study participants were users who were attended by the SAMU and delivered to the Regional Hospital Chagas Rodrigues and who answered a questionnaire with inductive questions with the character of open questions. After analyzing the data. The main requests were fever, age (elderly) factor, fainting, automobile accident, endocrine disorders (diabetes mellitus), hypotension, muscle weakness, sudden onset, dyspnea and the ease that SAMU has to enter the hospital. Among the factors that led the users to consider good the assistance stands out the agility in the service, the excellence in the quality of the assistance provided and the fast access to the emergency services. These are some of the factors that led to the users. And the factors that led to poor care were the delay in ambulance to reach the user's home, the screening carried out by the Teresina Regulation, the lack of knowledge of the population about the services provided by SAMU, and the non-compliance of the SAMU protocol. Some professionals, the divergence of opinions between users and medical regulators. In summary, the study was very significant, because through it it was possible to demonstrate the users' perceptions and this one will contribute to improvements in the adequacy of the services to the needs of those who use it.

KEYWORDS: Health Services. Emergency Medical Services. Prehospital Care.

1 | INTRODUÇÃO

A área de Urgência e Emergência configura-se como um componente importante da assistência à saúde. O aumento da demanda por serviços nesta área, nos últimos anos, relaciona-se ao crescimento do número de acidentes e de violência urbana e a escassa estruturação de muitas redes, configurando-se como fatores que têm colaborado decisivamente para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população. Tal situação tem transformado o serviço em um dos mais problemáticos do sistema de saúde (BRASIL, 2006 a).

Atentando-se que causas externas são as de segunda origem de morte no país até evitáveis quando o indivíduo é atendido adequadamente, o Ministério da Saúde (MS) constituiu em 2003 o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para atendimento rápido e precoce ainda no local do ocorrido por profissionais da saúde qualificados e treinados.

O SAMU 192 é composto por profissionais capacitados em técnicas não invasivas de suporte à vida para intervir em Unidades de Suporte Básico (USB), médicos e enfermeiros providos de equipamentos e materiais específicos necessários para a prática de procedimentos invasivos que atuam em Unidades de Suporte Avançado (USA), tendo como objetivo a prestação da assistência em ocorrências de maior gravidade e complexidade. O atendimento de pré-hospitalar móvel (APHM) é vinculado a uma Central Única de Regulação Médica (CURM) das urgências, responsável por

ministrar atendimento eficiente e adequado. Compreende um processo de trabalho por meio do qual garante escuta permanente pelo médico regulador, acolhimento de todos os pedidos, estabelecimento de estimativa inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação (FERREIRA et al., 2017).

Este serviço atende 75% da população brasileira: 149,9 milhões de habitantes distribuídos em 2921 municípios com acesso ao SAMU 192 no território nacional. No Brasil, o MS já habilitou 2.965 unidades móveis, sendo 2.382 USB, 567 USA, 217 Motolâncias, nove Equipes de Embarcação e sete Aeromédicas. Os recursos repassados pelo MS para custeio tiveram aumento significativo de R\$ 432 milhões em 2011 para R\$ 533 milhões em 2012 e, em 2013, a previsão orçamentária final a ser executada na pasta do SAMU 192 foi de R\$ 1 bilhão (CARVALHO, et al., 2015).

O SAMU 192 é um serviço criado pelo Governo Federal para prestação de atendimento médico pré-hospitalar e, dependendo da gravidade, o paciente pode sair do domicílio, via pública ou própria unidade básica de saúde e ser encaminhado diretamente por meio desse serviço para um hospital terciário onde receberá tratamento definitivo. Pacientes adultos, pediátricos, gestantes, que estejam em espaços públicos ou em seus domicílios, o SAMU procura chegar às vítimas nos primeiros minutos após ter ocorrido o incidente.

É acionado pelo telefone 192, ligação gratuita de qualquer telefone fixo ou celular controlado por uma CURM formada por Técnicos de Atendimento em Regulação Médica (TARM) e médicos reguladores que atendem às ligações e, dependendo da necessidade de cada caso, o regulador encaminha ao local solicitado uma ambulância de SBV ou de SAV. O profissional médico é responsável pelo gerenciamento e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utiliza protocolos técnicos, necessitando de informações passadas pelos rádio operadores que atendem às solicitações telefônicas da população e exercem o controle operacional das viaturas que se comunicam com a CRU por meio de rádios (BUENO et al., 2010).

Um estudo realizado em março de 2016 verificou a satisfação dos usuários atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência no município de Caicó (RN), Brasil. O estudo foi realizado com 40 usuários socorridos pelo SAMU no mês de março de 2016 e mostrou que dentre os usuários da pesquisa, 52% eram do sexo masculino e 48% feminino. Em relação à faixa etária, a predominância foi de 20 a 30 anos (37%). Verificou-se que quanto ao SAMU, 60% relataram um serviço bastante eficiente, 35% referem o serviço bom e 3% regular e 2% ruim, não servia de nada, tendo em vista que ao serem chamados para o atendimento não se importavam (FERREIRA et al., 2017).

Quando se fala em avaliação do SAMU pelos usuários, têm-se percepções em duas situações distintas, a primeira diz respeito à sua autonomia em julgar uma situação de urgência e encontrar respaldo em um serviço que, para eles, tem a função de salvar vidas ou evitar que seu quadro de saúde se agrave. E a segunda está relacionada com a organização do SAMU, que vai desde o primeiro atendimento (telefônico) até o

fato de desconhecimento dos critérios utilizados pelo médico regulador (ALVES et al., 2010).

Sendo assim, avaliar a percepção dos usuários atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no município de Piripiri-Pi, contribui para uma reflexão contínua do trabalho que é desenvolvido pelo SAMU- 192. Tem como relevância para a enfermagem entender a percepção de usuários que passam por atendimentos e procedimentos pela equipe do SAMU – Piripiri-Pi. Diante do exposto, questiona-se: Qual a percepção dos usuários que são atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Piripiri-Pi?

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de campo, do tipo qualitativo e explicativo. A coleta de dados foi realizada com 15 participantes, que foram atendidos pelo SAMU e entregues no Hospital Regional Chagas Rodrigues (HRCR), localizado na avenida Dr. Pádua Mendes, centro, número 575, no município de Piripiri-PI. A coleta aconteceu após a liberação das instituições participantes da pesquisa, mediante a Declaração de Autorização da Instituição Coparticipante.

A produção dos dados se deu somente com a autorização dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de uma entrevista semiestruturada contendo perguntas indutivas abertas. As entrevistas foram gravadas e desgravadas com posterior transcrição na íntegra, sendo assim realizada uma análise e interpretação das falas dos participantes de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações.

Os critérios de inclusão foram pacientes atendidos pelo SAMU, que apresentassem condições cognitivas e físicas adequadas para proceder às respostas ao pesquisador, apresentassem idade superior a 18 anos e que aceitassem participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

E como critérios de exclusão foram pacientes que não foram atendidos pelo SAMU, que apresentaram condições cognitivas e físicas inadequadas para proceder às respostas ao pesquisador, idade inferior a 18 anos, e as que não aceitaram participar da pesquisa.

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS, os estudos envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, respeitando ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecedor. Ressalta-se que a presente pesquisa obedeceu aos preceitos ora expostos, bem como os dados somente foram produzidos após o consentimento dos participantes. Reitera-se ainda que os dados serão guardados pelo pesquisador responsável em um local no acervo

da biblioteca da Christus Faculdade do Piauí (CHRISFAPI), e somente foram utilizados em finalidade em que se destina a pesquisa. Ressalta-se ainda que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santo Agostinho sob o número CAAE 64630916.7.0000.5602 e sob o parecer número 1.974.507.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. A presente pesquisa apresentou como possíveis riscos, os psicológicos: modificação nas emoções, stress, de culpa, e riscos sociais: discriminação e estigma como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade, bem como devolução ou comunicação inapropriada de resultados do estudo.

Relata-se que os dados foram produzidos em local que garantiram o anonimato, sigilo privacidade a fim de se reduzirem a possibilidade dos riscos acima mencionados. Os pesquisadores se comprometeram em proporcionar assistência imediata, bem como se responsabilizaram pela assistência integral ao participante da pesquisa, no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Os participantes que caso viessem a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação, previsto ou não no TCLE, teriam direito à indenização por parte dos pesquisadores, porém ressalva-se que não houve nenhum dano durante a realização desta pesquisa.

No benefício à população pode se dar por meio da oferta de novas políticas em saúde provenientes do conhecimento procedente da pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenções no futuro. Assim como também trouxe benefícios para o usuário devido sua grande relevância para a sociedade, pois nela foi analisada a percepção do usuário, acerca da percepção sobre o serviço prestado pelo SAMU.

Por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, ou seja, com atitude científica de busca da compreensão da dinâmica ao ser humano, observando fenômeno, utilizou-se como técnica de análise dos dados a análise de conteúdo por meio de categorização por relevância teórica ou reiteração dos dados, e os resultados foram apresentados pelo uso de observações e citações literais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 15 pacientes, no período de abril e maio de 2018. Os resultados a seguir indicam diferentes percepções sobre condições de urgências interpretadas pelos usuários em que variam de acordo com os agravos de saúde de cada indivíduo e sobre a percepção que cada um tem acerca da assistência prestada pela equipe do SAMU de Piripiri-Pi.

3.1 Como a população considera o atendimento prestado pelo SAMU no momento da ocorrência

A confiabilidade do SAMU e a possível facilidade e presteza na resolução das necessidades dos usuários, a análise da situação que sugere a presença do médico e a oferta de recursos para o atendimento, que se pode citar o pronto acesso a medicamentos, são informações que influenciam os usuários por escolha deste serviço (VERONESE; OLIVEIRA; NAST, 2012).

Houve usuários que consideraram o atendimento prestado pelo SAMU do município bom, assim como também houve os que acreditam que o atendimento prestado aos mesmos pela equipe pode melhorar. A seguir segue os relatos dos usuários que afirmaram que se faz necessário uma melhora na assistência prestada.

“Eu achei que demorou demais, sofri um acidente de moto, estava com muita dor, e quando veio à ambulância foi a UBS, eu estava precisando de um médico, porque fraturei uma costela, mais a Regulação enviou uma básica (PACIENTE 4).”

O padrão de resposta relacionado com a autonomia de cada paciente em decidir sua situação como grave ou não é destaque em cada entrevista, ou seja, para eles a situação deles é classificada como grave, então necessita de uma USA, independente da avaliação do MR. Esse tipo de discordância gera inúmeras discussões, pois muitas vezes nem sempre o que é considerado grave para o paciente está de acordo com os protocolos do SAMU.

A qualidade da gestão e do atendimento prestado pode ser visto por meio de estimativas de satisfação dos usuários, e das suas perspectivas e necessidades sobre o serviço oferecido, num processo mandatário que fornece informações importantes. O retardamento da assistência e o tempo de espera são fatores que mostram significativa opinião que leva a insatisfação por parte dos usuários. Contudo o fácil acesso e o acolhimento simples e completo são, assim, soluções para evitar a insatisfação do usuário que utiliza o serviço de urgência e emergência (LIMA et al., 2015).

“Eu achei regular, porque percebi falta de paciência por parte de alguns profissionais comigo, achei um pouco grosseiros, acho que eles estavam apressados, só sei que deveriam atender de outra forma a gente (PACIENTE 7).”

Um dado que merece destaque na presente pesquisa, foi a existência de relatos de maus tratos (grosseiras) por parte de alguns profissionais, ato este que deve ser coibido, pois se sabe que o atendimento é baseado em protocolos, e para uma assistência ser considerada eficaz, ela precisa ser humanizada e ética.

Em uma pesquisa realizada acerca do acolhimento ofertado por profissionais dos serviços de urgência e emergência destacou-se que apesar das inúmeras carências estruturais encontradas nas emergências do país, existem também as dificuldades mais relatadas por usuários acerca da assistência prestada por profissionais no sistema de rede de urgência e emergência no país, que foi falta de atenção, humanização na assistência, consideração ao paciente e, muitas vezes, instrução dos profissionais,

comprovando que se houver modificação na postura profissional, através de um simples olhar, contato, palavras de ajuda e de orientação, são atitudes que se torna muito mais importante do que um remédio (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

A seguir segue os relatos de usuários que aprovaram a assistência prestada a eles:

“Essa foi à quarta vez que aciono o SAMU, nunca me trataram mal, sempre muito bem, por isso eu considero muito bom o atendimento (PACIENTE 9).”

“A equipe trabalha muito bem, só que demorou um pouco, mais me disseram que é porque a ambulância estava em outra ocorrência (PACIENTE 13).”

Nos meses coincidentes com o da pesquisa, destaca-se que o SAMU realizou inúmeras ocorrências, totalizando assim no mês de fevereiro 146 ocorrências, considerando que as urgências clínicas são as mais realizadas seguidas de acidentes de trânsito. No mês de março, um total de 198 ocorrências, com novamente as urgências clínicas sendo as mais realizadas seguidas dos acidentes de trânsito. No mês de abril, houve 206 ocorrências com as mesmas características dos 02 meses anteriores (SESAM, 2017).

3.2 Percepção dos usuários em relação ao SAMU.

Dentre todas as alternativas que se oferecem no sistema de saúde, a preferência do usuário pelos serviços de urgência está baseada na perspectiva de uma assistência rápida, segura e de maior confiança. Pois o fato dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel proporcionarem avaliação e cuidados na cena, assim como o transporte do paciente aos serviços de urgência, faz com que os usuários os vejam como uma opção de atendimento, com competência para responder às suas solicitações, independentemente da gravidade da situação. Contudo os usuários enxergam o SAMU como um serviço de credibilidade e confiança (ABREUL et al., 2012).

Segue adiante relatos de usuários que apontaram pontos positivos acerca da assistência do SAMU prestado a eles:

“O rápido atendimento prestado, pra mim é um ponto positivo (PACIENTE 2).”

“A excelência na qualidade da assistência, porque fizeram todos os procedimentos comigo, aferiram minha pressão, minha glicemia, temperatura (PACIENTE 5).”

As satisfações dos usuários com o básico das ações realizadas pela equipe do SAMU poderiam ser vistos como motivos para incentivar cada vez mais os profissionais a melhorar a assistência destinada a eles. Pois saber ouvir corretamente a quem se destina o serviço é uma forma de qualificar seu trabalho.

Segue adiante as falas de usuários que elencaram pontos negativos acerca de assistência do SAMU prestado a eles:

“Eu acho que poderia ser mais rápido, porque demorou chegar em minha casa (PACIENTE 1).”

“Eu achei que meu socorro demorou, eles quase não encontraram minha casa, a regulação de Teresina ainda me retornou a ligação pedindo para eu confirmar minha residência porque eles não estavam encontrando, achei isso muito ruim (PACIENTE 5).”

“A burocracia da Regulação de Teresina, eu acho que isso demora muito para socorrer a vítima (PACIENTE 4).”

Alguns caracterizaram como pontos negativos a demora decorrente de haver apenas duas ambulâncias, uma estar em Teresina e só restar uma no município, sendo que essa única que restava se encontrava no momento em outra ocorrência e o usuário ter que esperar, ou seja, isso foi visto como algo desfavorável.

O serviço de APH móvel é ligado a uma Central Única de Regulação Médica (CURM) das urgências que é responsável por fornecer um atendimento eficaz e apropriado. Tal central envolve um método de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo MR, com acolhimento de todas as solicitações, bem como o estabelecimento de uma avaliação adequada da situação de urgência de cada caso, o que vai proporcionar a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação. Faz-se o uso de um código universal (código Q) para este processo de comunicação. Esse código utiliza-se de três letras começando com a letra “Q”. A utilização da linguagem através deste código visa promover a comunicação e o acordo das informações passadas, bem como economizar tempo durante a troca das informações. Então, dessa forma a comunicação é fundamentalmente necessária para a garantia do sucesso no atendimento pré-hospitalar móvel (SANTOS et al., 2012).

3.3 Qualidade da assistência prestada pelo SAMU

Modificações na lógica da assistência dos serviços de saúde para aprimorar a qualidade do atendimento oferecido são cada vez mais imprescindíveis, especialmente nos serviços de urgência e emergência, cujas especificidades levam os profissionais a se posicionar de maneira impessoal. A assistência destinada aos usuários precisa constituir de uma humanização no atendimento o que irá pressupor a garantia de acesso a todas as pessoas. Tal assistência precisa ainda promover uma escuta qualificada dos problemas de saúde dos usuários, com o intuito de ofertar sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela melhor solução do problema do usuário que solicita o serviço (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

A seguir serão mostradas falas de usuários com sugestões apontadas por eles para melhorias relacionadas com a assistência prestada pelo SAMU do município.

“Precisa melhorar na rapidez, chegar mais rápido no local, gostaria que a Regulação voltasse para Piripiri, pois sendo em Teresina eu acho que demora mais o atendimento (PACIENTE 4).”

O diálogo entre regulação / equipe / usuário é um fator essencial para garantir que as ações aconteçam de maneira eficiente e eficaz, devendo ocorrer constantemente com a finalidade de proporcionar informação e o entendimento necessário à condução

das tarefas e, acima de tudo, promover motivação, colaboração e satisfação no trabalho. Diante do fato, ao implementar uma central de regulação na cidade em questão, essa necessidade dos usuários poderia ser sanada aprimorando assim a comunicação entre a equipe e usuários (SILVA et al., 2014).

“Gostaria que mudasse com relação a ser mais humanos, tratar melhor a gente, ser mais flexível, e ter mais paciência (PACIENTE 7).”

Alguns estudos comprovam que a confiança do usuário nos serviços de urgência e emergência, muitas vezes se mostra associada ao desagrado, pois ressalta-se que os usuários têm consigo sua individualidade exposta por meio de suas crenças e valores. Diante do exposto é analisado que, na opinião do usuário, a relação do paciente com o profissional deve se basear em atenção, cuidado, afeto, competência, carinho e agilidade, além de uma boa conversa entre ambos e o mais importante é que o profissional respeite o momento frágil do usuário, a fim de colaborar também para uma assistência de qualidade (LIMA et al., 2015).

Na percepção da maioria dos participantes, a rapidez na assistência deveria ser melhorada pois, a regulação sendo em Teresina dificulta e atrasa o deslocamento da equipe até o usuário. Outros relatam que a equipe pode ser mais flexível com os usuários e ter mais paciência. Outros relatam que pode melhorar trazendo a regulação para cidade de Piri-piri, o que acarretaria maior agilidade. Já alguns relatam que não há necessidade de melhorias, pois a equipe é excelente, perfeita em tudo que faz e não vê nada em que mudar.

4 | CONCLUSÃO

Foi observado por meio desse estudo que os objetivos anteriormente propostos, foram contemplados. Pois foi possível a identificação da percepção dos usuários atendidos pelo SAMU, assim como os principais pontos que levaram a uma boa aceitação e os pontos que levaram a uma má aceitação acerca da assistência prestada pelo SAMU aos usuários no município de Piri-piri-PI.

Diante da forma como os profissionais acolheram os usuários, da proposta de trabalho sugerida pela rede e da grande demanda dos serviços de urgência e emergência, entende-se que estes foram os fatores que refletiram na percepção dos usuários que utilizam o serviço. Notou-se que o transporte dos pacientes e a facilidade de adentrar aos sistemas de saúde mostraram-se como decisivos na perspectiva dos usuários em atender suas demandas.

A agilidade no serviço, a excelência na qualidade da assistência prestada, e o rápido acesso aos serviços de urgência são alguns dos fatores que levaram os usuários a classificar o atendimento como muito bom, conceituando assim como pontos que levaram os usuários a ter uma boa aceitação do atendimento prestado pelo SAMU de Piri-piri-Pi.

A demora da ambulância em chegar ao domicílio do usuário, a triagem realizada pela Regulação de Teresina, o desconhecimento da população acerca dos serviços prestado pelo SAMU, o não cumprimento do protocolo do SAMU por alguns profissionais, a divergência de opiniões entre usuários e médicos reguladores geraram percepções que levaram os usuários a ter uma má percepção do atendimento prestado pelo SAMU de Piripiri-Pi.

Diante dos achados, a pesquisa se finda mostrando que apesar da grande maioria dos usuários acreditarem que o SAMU é um grande serviço, como uma equipe que faz o diferencial na saúde de Piripiri, ainda existem muitos desafios a serem resolvidos. Ainda é necessário esclarecer informações acerca do funcionamento do SAMU, assim como o tempo destinado a cada solicitação, sempre respeitando o princípio da equidade. Essa pesquisa se torna significativa, pois por intermédio dela foi possível elucidar as percepções dos usuários e prestar subsídios para uma melhor adequação dos serviços diante das necessidades daqueles que o utilizam.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.146-152, jun, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21>. Acessado em 10/03/2018.

ALVES, M. et al. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis (SC), v.22, n.1, p.208/215, jan/mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000100025&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado em 17/03/2018.

BUENO, A. A. et al. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 45-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>>. Acessado em: 02/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília (DF), 3 ed, 2006 a. Disponível em: <187.17.2.102/fhs/media/files/samu/politica_nacional_de_atencao_as_urgencias.pdf>. Acessado em 10/05/2018.

CARVALHO, L. L. et al. Perfil do atendimento pré-hospitalar realizado pela motolância em Santa Cruz do Sul: análise do impacto após a implantação do serviço no município. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 1, n. 5, jan./jul 2015. Disponível em: <<http://www.domalberto.edu.br/wp-content/uploads/2017/05/Perfil-do-Atendimento-Pr%C3%A9-Hospitalar-Realizado-pela-Motol%C3%A2ncia-em-Santa-Cruz-do-Sul-An%C3%A1lise-do-Impacto.pdf>>. Acessado em: 02/04/2018.

FERREIRA, M. A. et al. Serviço de atendimento móvel de urgência: satisfação de usuários. **Rev. enferm UFPE on line.** Recife, out., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22489/24269>>.

Acesso em: 02/04/2018.

GUEDES, M. V. C. HENRIQUES, A. C. P. T. LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), v.66, n.1, p.31/37, jan/fev, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000100005> Acessado em 02/04/2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população de 2016**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=220840&idtema=130&search=piailpiripirilestimativa-da-populacao-2016>>. Acessado em: 02/06/2017.

LIMA, C. A. et al. Qualidade dos prontos socorros e pronto atendimentos: a satisfação dos usuários. **Einstein**. Montes Claros (MG), v. 13, n. 4, pag 587/593, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015GS3347.pdf> Acessado em 26/05/2018.

SANTOS, M. C. et al. O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192). **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) v. 33, n. 1, mar, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100010> Acessado em 20/05/2018.

SESAM. Secretaria de Saúde Municipal de Piripiri. Relatório parcial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU-192). Piripiri, 2017.

VERONESE, A. M. OLIVEIRA, D. L. L. C. NAST, K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúcha. Enferm**. Porto Alegre (RS), v.33, n.4, dez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000400018>. Acessado em 18/05/2018.

PERDA AMBÍGUA: O LUTO INCERTO

Winthney Paula Souza Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

Silvina Rodrigues de Oliveira

Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

Mônica dos Santos de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

Jardell Saldanha de Amorim

Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

Rudson Vale Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

Evando Machado Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA

Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Eliane Vanderlei da Silva

Universidade Federal do Piauí - UFPI

são universais e indissociáveis da natureza humana, todos os sujeitos passarão por essa experiência. O sofrimento, a dor e a angústia vivenciados através do luto, são sensações subjetivas, variando bastante em relação aos hábitos, aspectos sociais, culturais, educacionais e religiosos de cada indivíduo. Pauline Boss, apresenta a perda ambígua não somente como a ausência física, também, quando há um afastamento psicológico expresso por patologias ou traumas. **OBJETIVO:** Estudar o processo do luto e perda ambígua para compreensão dos sentimentos ambivalentes oriundos da incerteza da morte por ausência de comprovação física. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o processo de luto em decorrência de perda ambígua. Objetivou-se verificar a incidência de artigos publicados no período de 2010 a 2018. Foram utilizadas as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A ausência e a incerteza oriundas de uma dúvida que impossibilita a confirmação da morte do ente querido dificulta o processo de elaboração do luto e aceitação da perda. O ausente se faz presente, a perda é revivida diariamente, a dor, o pesar e a esperança de que um dia retornará são as sensações mais frequentes por aqueles que estão à espera do retorno do ente querido. Os sentimentos apresentam-se disfuncionais e conflituosos, dificultando o processo de

RESUMO: INTRODUÇÃO: A morte e o luto

elaboração da perda. A teoria do apego proposta por Bowlby aponta que quanto maior o apego, o elo de ligação com objeto/pessoa perdida mais intenso será o sofrimento, a falta de evidências materiais que comprovem a morte acarreta uma incerteza diária e contínua. **CONCLUSÃO:** A incerteza da morte, evidencia dificuldades na aceitação da ausência do ente querido influenciando significativamente nas relações diárias expressando-se em sofrimento e desgaste psíquico acentuados.

PALAVRAS-CHAVE: Morte, Luto Complicado, Perda Ambígua.

1 | INTRODUÇÃO

A Psicologia apresenta a Teoria da Perda Ambígua (P.A) como um dos tipos de perdas que mais causam inquietude e traumas em comparação com as demais situações de perdas vivenciadas ao longo da vida de uma pessoa, não há confirmação, fechamento ou rituais de apoio e, portanto, não há uma resolução verdadeira. Este estudo objetivou verificar características da perda ambígua do luto incerto vivido em diversas situações por caracterizar-se pela ausência física, mas sem comprovação de morte, e com uma presença psíquica permanente bem como, diversos fatores desta perda ambígua, concentrando-se em questões como a esperança e desesperança, presença e ausência, sendo estes, fatores essenciais para novos focos de intervenções transformadoras.

Não se pode analisar o processo de perda apenas da visão humana, já que, quando há o rompimento de um sonho, relacionamento ou a morte de um animal de estimação, o indivíduo passa por mudanças significativas de desligamento ou enfrentamento daquela mudança repentina em sua vida. Para Bowlby, psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico que desenvolveu a Teoria do Apego quanto maior o apego pelo objeto perdido, maior será o seu sofrimento. Assimilando a perspectiva do luto com suas reações em quem o sofre, aferir um valor parece ainda mais laborioso.

Freud (1917) aponta que mesmo após a perda, a existência do objeto perdido se prolonga na psique, havendo uma hipercatexia desse objeto. A partir de cada lembrança trazida, a libido que se ligava ao objeto é superinvestida, contudo a realidade comprova sucessivas vezes que o objeto amado não mais existe, motivando o desligamento da libido. Dado o cumprimento do trabalho do luto, o Eu ficará novamente livre. Freud (1917) afirma que diante do exame da realidade, que comprova que o objeto não mais existe, o Eu precisa fazer a escolha de manter ou não o direcionamento a esse objeto. Em virtude disso, este é convencido pelas forças narcísicas a se manter vivo e, portanto, a romper o vínculo com o objeto amado. Nesse processo, “o luto leva o Eu a renunciar ao objeto, declarando-o morto e oferecendo ao Eu o prêmio de continuar vivo” (Freud, 1917, p. 142). É por meio desse trabalho que a representação do objeto é desinvestida e o sujeito pode encontrar novos substitutos. O teste da realidade atua, nesse sentido, para a preservação do ego. Ainda no texto de 1917, Freud defende que se um objeto não tem para o Eu grande significação,

sua perda não trará sentimentos fortes o bastante para produzir a vivência do luto. Isso explicaria o caráter singular da perda, uma vez que para algumas pessoas esta se coloca como uma vivência muito dolorosa, enquanto para outras não.

Ainda em *Luto e Melancolia* (1917), Freud se propõe distinguir o luto da melancolia, apresentando o primeiro como um trabalho psíquico necessário, enquanto a melancolia estaria caracterizada por um doloroso abatimento psíquico, com perda de interesse pelo mundo externo e da possibilidade de amar, havendo diminuição da autoestima. O que irá estabelecer uma diferenciação entre o luto e o estado de melancolia será esse último aspecto, a diminuição da autoestima, que só se faz presente na melancolia (Freud, 1917). Sobre o ato de recriminar-se presente na melancolia, que pode estar relacionado com a diminuição da autoestima, Freud (1917) aponta que este se justifica em virtude de o sujeito não recriminar a si, mas ao objeto amoroso que foi perdido. Nesse sentido, o empobrecimento do eu pode ser compreendido por uma identificação do sujeito com o objeto perdido, uma vez que o investimento objetal não foi forte o suficiente para deslocar-se para outro objeto, retornando, então, ao próprio sujeito (Freud, 1917). Daí decorre a afirmação freudiana, “a sombra do objeto caiu sobre o Eu” (p. 133), que busca evidenciar o caráter de identificação do Eu com o objeto, presente nos estados de melancolia.

Na atualidade muito se fala sobre pensamentos e conceitos na área da Tanatologia e dos Cuidados Paliativos, ciências essas que tratam dos assuntos da morte e do processo de morrer, visando ampliar as reflexões, análises e discussões já existentes sobre os temas, auxiliando tanto o público leigo como os profissionais de saúde a lidar com a questão da morte e do morrer de forma mais humanizada e próxima, como condições que dizem a respeito a cada ser humano.

No livro sobre a Morte e o Morrer, Elizabeth Kubler-Ross descreve, através de entrevistas com pacientes gravemente doentes e desenganados de um hospital de Chicago, cinco estágios emocionais pelos quais as pessoas passam durante o processo de morrer. Além disso, descreve as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional ao lidar com o paciente, as notícias difíceis e os familiares. Em linguagem simples e clara, ao longo das 278 páginas divididas em doze sessões, encontram-se as discussões sobre o assunto, fartamente ilustradas por entrevistas ocorridas nesses seminários. Na primeira sessão, a autora aponta como as inovações tecnológicas afetavam o manejo com esses pacientes. Embora o medo da morte continuasse universalmente presente, a forma de lidar com ela e com os moribundos tornou-se impessoal e solitária. A urgência em tratar e restaurar a vida restringiu a autonomia dos pacientes.

Na segunda sessão, analisa as atitudes diante da morte e do morrer afirmando que a sociedade é propensa a evitar a morte, mas, sobretudo a evitá-la. Sugere que os profissionais reflitam sobre sua própria morte como aspecto componente e central da vida, auxiliando assim a transmissão de valores humanos aos alunos e facilitando a lida com os pacientes e seus familiares.

Na terceira sessão são exemplificadas as dificuldades dos profissionais, especialmente médicos, sobre falar a verdade ao paciente. A questão não é falar, mas como fazê-lo. Para Ross, a negação dos pacientes está intimamente ligada à do médico. Afirma que a reação do doente diante da condição ameaçadora não depende apenas da transmissão da notícia difícil, mas que a comunicação deveria receber especial atenção na formação médica e na supervisão dos residentes.

No restante do livro as sessões que seguem descrevem os estágios pelos quais o paciente moribundo passa. No primeiro, de negação e isolamento, que geralmente vem com o diagnóstico, o paciente procura provar de todas as formas que houve um engano, necessitando de tempo para absorção da ideia.

Atualmente na sociedade contemporânea é sabido que é tão difícil para o paciente quanto para a família enfrentar o câncer, por se tratar de uma doença que muito afeta o imaginário das pessoas, fazendo com que o doente seja alvo de penúria de todos os que o cercam e por despertar em seus familiares “sentimentos e reações estressantes como frustração, ansiedade, raiva, vergonha, pesar e incerteza”.

Segundo dados do Censo de 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira está envelhecendo. Esse crescimento da população idosa faz com que cresçam os estudos gerontológicos que visam a contribuir para uma compreensão dos variados aspectos que envolvem o envelhecimento. Nesse sentido, o presente artigo traz uma contribuição para a discussão sobre “a morte e o morrer”, no contexto da Gerontologia.

Mucida (2006), em sua literatura apresenta que é importante ressaltar uma das definições de velhice, que segundo a autora, em termos gerais, o envelhecimento é definido como processo que acompanha o sujeito do nascimento até a morte, sendo a velhice um momento específico desse processo, marcado por modificações celulares e reduções e modificações de funções, não implicando necessariamente num acúmulo de doenças. O surgimento de enfermidades não é determinante para definir se um corpo é velho ou não.

As circunstâncias que rodeiam a perda são importantes mediadores da força e do resultado da reação ao luto. Há circunstâncias específicas que podem impedir a pessoa de fazer o luto ou dificultar a pessoa a conduzir o luto para uma conclusão satisfatória. O primeiro fator refere-se à morte incerta. Worden (2009) dá um exemplo: no caso de um soldado desaparecido, a sua mulher não sabe se ele está morto ou vivo e, conseqüentemente, é incapaz de desenvolver um luto adequado.

A morte é conceituada em diversas culturas como uma passagem ou uma simples travessia a qual não somente o sujeito morto perpassa, mas também toda a sua família e os membros que compõem a sociedade a qual ele participava ativamente ou não. Sociedades primitivas cultuam a morte como a travessia para uma vida melhor, tendo em vista o cumprimento do dever da pessoa falecida.

Dentre os estudos conhecidos sobre a temática do luto a teoria do apego de Bowlby é a que oferece uma compreensão teórica aceitável dos sentimentos e

sintomas envolvidos na reação à perda. O luto pode ser assim caracterizado como uma resposta à perda de um objeto valorizado, que pode ser tanto uma pessoa amada quanto bens ou situações. O luto é um processo individual, familiar e social. Ele recai sobre todos os membros da família e do grupo social, afetando-os de diferentes maneiras e recolocando o enlutado no contexto social com um diferente papel a ser desempenhado, quando não ficam claras as fronteiras familiares sobre alguém que está ausente física ou psicologicamente. O divórcio é abordado como uma forma possível de perda ambígua, assim como desaparecimento de pessoas queridas ou a perda das faculdades mentais. Ressaltando a relevância de estudos sobre este tema.

Para Bowlby (1998) o apego é caracterizado como uma forma de acentuar a atenção exigida e manter a atenção da figura ou objeto de desejo, aquela com a qual o indivíduo estabelece um vínculo sendo, habitualmente, a figura materna. Esse comportamento promove o desenvolvimento de laços afetivos estabelecidos inicialmente na infância com os pais e, posteriormente, na vida adulta, com o parceiro e outros adultos. Dentro desse paradigma constitui-se a elaboração do afastamento tendo como pressuposto uma relação fortalecida no afeto.

Dentro do processo de resignificação e perda há vários fatores que indicam as maneiras que o sujeito envolvido no processo irá manejar a situação sem ter prejuízos e perdas significativas na vida, o divórcio é um processo de perda doloroso e com muitas consequências, de formas horizontais pois as consequências envolvem não somente o casal mas os demais envolvidos na relação familiar de ambos os lados. Dentro da teoria do apego o divórcio se enquadra como um luto, que precisa ser trabalhado nas suas bases, familiar, conjugal e profissional.

Segundo Bowlby o comportamento de apego é representado ao longo da vida em toda a construção de repertório de vida de cada pessoa, em situações específicas, como na ausência ou na indisponibilidade da figura de apego. Os padrões que determinam os comportamentos são resultados de experiências com a figura de apego provenientes do desenvolvimento inicial. Ele se inicia em situações nas quais os indivíduos demonstram fadiga extrema, medo ou pela própria ausência da figura discriminada, e se encerra com a presença desta figura ou em um ambiente familiar ou social propício. Assim sendo a figura de apego no caso do processo de divórcio é com o cônjuge que representa a figura do pai ou da mãe na relação figuras essas que trazem a representatividade de figuras de proteção, e quando esse vínculo se rompe, rompe-se simbolicamente o vínculo com as figuras de apego, pai e mãe.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa, realizada com base em referenciais teóricos psicanalíticos. O estudo apresenta o processo de luto em decorrência de perda ambígua, revisitando informações sobre morte, luto, ausência da comprovação material da morte, destacando-se o impacto e consequências

da perda física na vida dos familiares e amigos. Objetivou-se verificar a incidência de artigos publicados no período de 2010 a 2018. Foram utilizadas as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. Os descritores (palavras chaves): luto; morte; luto complicado; perda ambígua e apego. Foram coletados e utilizados 13 artigos para construção desta revisão e a discussão das sessões do livro *Sobre a Morte e o Morrer*. Ressalta-se a escassez de produções científicas sobre a temática.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 A família, a morte e o luto

O luto é um processo normal, saudável e necessário para a cicatrização e elaboração das feridas provocadas a partir da morte do ser amado; consiste em um trabalho subjetivo de estabelecer um novo equilíbrio das referências e representações de espaço, tempo e identidade; tarefa árdua que a pessoa tem que realizar para desinvestir gradualmente a representação saturada do ente amado morto externamente e vivo mentalmente, através de uma dupla reação defensiva: de superinvestimento desesperado na fantasia do ente querido, à custa do desinvestimento nas outras representações do eu (Nasio, 2007).

Dentro do processo de crescimento pessoal e social e pessoal o luto por tratar-se de algo causador de mudanças e crescimento, através de uma angustiante e dolorosa experiência. O processo de perda implica na grande maioria dos casos em uma nova etapa de reorganização processos mentais e sociais do enlutado, ou seja, esta descontinuidade, geradora de stress, exige uma série de mudanças pessoais (comportamentais, cognitivas, emocionais) (Moreira, 2005), que podem fortalecer a pessoa, tornando-a mais adaptativa na forma como lida com futuros eventos adversos.

Nos estudos clínicos de Pauline Boss (2001), tem-se verificado que vários fatores influenciam no modo como uma família vive uma perda ambígua. A família de origem quando esta tem as primeiras experiências sociais; pois é o local onde aprendemos as primeiras normas, os papéis e rituais, incluindo aqueles associados a perdas.

A Escala de Limites Ambíguos busca mensurar individualmente os limites ambíguos de membros da família. Foi elaborada a partir da observação clínica e testada em uma população de famílias de militares que experienciavam perda ambígua de um membro desaparecido no Vietnã. Recentemente, foi testada novamente em uma população civil de famílias de classe-média que tiveram adolescentes que saíram de casa. A Escala mede os limites ambíguos, através de testemunhos pessoais de membros da família sobre a percepção dos indivíduos psicologicamente presentes, mas fisicamente ausentes (como nos casos de divórcio e desaparecimentos), ou fisicamente presentes, mas psicologicamente ausentes (como nos casos de doença crônica). A Escala foi também usada em pesquisas recentes em famílias de pacientes com Alzheimer, estudando os cuidadores e nas famílias divorciadas com posterior

casamento (Boss, 1990).

Para Boss (2001), citando a realidade americana, trabalhos desenvolvidos em associações nacionais, que investem em meios de angariar verbas a fim de investir em projetos que atendam pessoas que sofreram perdas, não atuam necessariamente para modificar a tragédia vivida da própria perda, e, conseqüentemente, ajudar no sofrimento de uma perda semelhante no futuro. O trabalho com enlutados necessita, assim, ser baseado em dados de estudos mais apurados, que tragam a especificidade de variadas formas de perdas e formas relacionadas de abordá-las. Em sociedade, como a nossa, em que se nega a morte, o luto e sua expressão ritual perdem, a cada dia, mais espaço de expressão. Tal fato nos leva a uma questão: se não choramos nossos mortos, quem poderá dizer que os teremos amado?

Ora, não é a ausência do outro que dói, são os efeitos em mim desta ausência. Não sofro com o desaparecimento em mim do outro. Sofro por que a força do meu desejo fica privada de uma de suas fontes, que era o corpo do amado; por que o ritmo simbólico dessa força fica quebrado com o desaparecimento do compasso que os estímulos provenientes daquele corpo escandiam; e depois por que o espelho psíquico que refletia as minhas imagens desmoronou, por falta do apoio vivo em que sua presença se transformara (Nasio, 2007, p. 70)

Freud, em *Luto e Melancolia* (1917 [1915] [1996]), descreve o luto como um trabalho que o ego tem de realizar para adaptar-se à perda do objeto amado, perante a percepção propiciada pelo teste de realidade de que esse foi perdido. A elaboração do luto foi descrita na teoria psicanalítica como um processo de identificação com o objeto perdido, no qual há retirada gradual do investimento libidinal nesse objeto e investimento libidinal em novos objetos. Esse processo não implica o desligamento total do objeto perdido, tendo em vista que a ligação com o objeto interno permanece e é ressignificada durante o trabalho de luto. É esse trabalho de ressignificação, de transformação da relação com o objeto perdido, que permite a elaboração do luto.

Dentro do processo de perda e de luto é visto muitas pessoas envolvidas nessas situações, as quais muitas vezes não conseguem administrar ou vivenciar seja o emprego, a casa, os relacionamentos e até mesmo a própria morte com a noção de finitude completa

As circunstâncias que rodeiam a perda são importantes mediadores da força e do resultado da reação ao luto. Há circunstâncias específicas que podem impedir a pessoa de fazer o luto ou dificultar a pessoa a conduzir o luto para uma conclusão satisfatória. O primeiro factor refere-se à morte incerta. Worden (2009) dá um exemplo: no caso de um soldado desaparecido, a sua mulher não sabe se ele está morto ou vivo e, conseqüentemente, é incapaz de desenvolver um luto adequado.

Como bem apontam Laplanche e Pontalis (2000), o conceito de trabalho de luto é bastante inovador na compreensão do enlutamento. Anteriormente visto, especialmente pelo senso comum, como uma atenuação espontânea e progressiva da dor desencadeada pela perda de um ente querido, é descrito por Freud como um processo elaborativo que depende da atividade do sujeito e pode ser ou não bem-sucedido. É uma forma de elaboração psíquica que consiste na ligação no aparelho

psíquico de impressões traumatizantes, integração de excitações e estabelecimento de conexões associativas entre elas.

Bowlby (1960,1993) define pesar como a aflição experimentada pela pessoa que perde um ente significativo e a sequência de estados subjetivos que acompanham o processo do luto. O luto é considerado o trabalho psíquico de elaboração dessa perda.

4 | CONCLUSÃO

Ao longo da história a família, tem se constituído como um sistema dinâmico, que convive com entradas e saídas de seus membros de formas normativas e não normativas, ocorrem: no casamento, no divórcio e nas separações e nos nascimentos e nas mortes. A ambiguidade da perda será analisada, não só no caso da morte, mas, em diversas outras circunstâncias, todas caracterizando perda significativa e luto, como veremos a seguir. Paradoxalmente, mesmo sendo ambíguo por natureza, como vimos acima, o luto pode se caracterizar como perda ambígua, quando seu processo de elaboração é impedido pela ausência da constatação clara da perda.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. Serviço de Psicologia Médica, Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz.

APEGO E PERDA AMBÍGUA: APONTAMENTOS PARA UMA DISCUSSÃO REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA / V. VI / N. 2 / P. 426 - 449 / SET. 2006 Marla Rejane Pereira de Jesus Aluna de Graduação do Curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie de São Paulo e bolsista FAPESP.

Bowlby, J. (1990). Apego e perda: Apego (A. Cabral, Trad., 2a ed., Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1969).

Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child*,15, 9-52

Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal Study Child*,15, 9-52.

Freud, S. (c1917). Luto e Melancolia, (Sigmund Freud Obras Completas, pp. 127-144). Brasil: Companhia das Letras.

Freud, S. (1917 [1915]) [1996]). Luto e melancolia. In Obras completas. Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2000). Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.

Mucida, A. (2006). O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice. (2ª ed.). Belo Horizonte (MG): Autêntica.

Nasio, J. D. (2007). A dor de amar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Souza, Andressa Mayara Silva; Pontes, Suely Aires. As diversas faces da perda: o luto para a

psicanálise, *Analytica*, São João del-Rei, v. 5, n. 9 , p. 69-85 , julho / dezembro de 016.

Worden, J.W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the mentalhealth* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.

PET-SAÚDE: O IMPACTO DO PROGRAMA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Narjara Fontes Xavier

Médica de Família e Comunidade, Mestranda em Saúde na Amazônia, Universidade Federal do Pará.
Belém-PA, Brasil.

Julius Caesar Mendes Soares Monteiro

Infectologista, Assistente do Complexo Hospitalar UFPA –EBSERH
Belém-PA, Brasil.

Cezar Augusto Muniz Caldas

Reumatologista, Doutorado em Ciências Médicas pela FMUSP, Professor da Universidade Federal do Pará.
Belém-PA, Brasil.

Carla Andrea Avelar Pires

Dermatologista, Doutora em Doenças Tropicais, Professora-Adjunto da Universidade Federal do Pará e Universidade do Estado do Pará,
Belém-PA, Brasil.

RESUMO: Introdução: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), através do Ministério da Saúde e da Educação, visa qualificar e estimular a formação de profissionais que atendam as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A aproximação do estudante de Medicina com a sociedade, pela inserção do mesmo na atenção primária à saúde, através da integralização ensino-serviço-comunidade, é a base do programa,

que também estimula a produção científica e a participação em congressos. **Objetivo:** Avaliar o impacto da vivência no programa PET-Saúde durante a graduação para a formação do profissional médico para o SUS. **Material e Métodos:** Foi realizado estudo observacional, transversal-analítico, com alunos do internato de um curso de graduação em Medicina (N=76), com amostragem por conveniência, utilizando-se questionário socioeducacional e avaliativo sobre o SUS, previamente elaborado para este estudo pelos pesquisadores.. **Resultados:** Houve tendência a maior publicação de artigos científicos pelos participantes do Programa (56,3% vs.31,8%, $p=0,0581$). A média de acertos nas questões de conhecimentos gerais sobre o SUS dos participantes do PET-Saúde foi maior que a dos não participantes ($5,03 \pm 2,31$ vs. $2,61 \pm 2,43$, $p < 0,0001$). Também se obteve maior média de acertos dentre aqueles que relataram interesse em trabalhar no SUS. **Conclusão:** Os alunos participantes do PET-Saúde apresentaram conhecimento superior sobre o SUS em relação aos alunos não participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Estudantes de Medicina. Sistema Único de Saúde. Educação Médica. PET-Saúde.

ABSTRACT: Introdução: The Education Program at Work for Health (PET-Saúde), through the Ministry of Health and Education, aims to qualify and promote the training of professionals that meet the needs of the Unified Health System (SUS). The approach of the medical student with the society, by inserting the same in primary health care, through the service-learning-community integration, is the basis of the program, which also stimulates the scientific production and participation in conferences. Objective: To evaluate the impact of living during graduation in PET-Saúde for the training of medical professionals. Method: observational study with transversal, analytical and individual court, in seventy-six students of a medical school, with convenience sampling, were interviewed using a questionnaire previously prepared by the researchers for this study. Results: There was a tendency toward greater publication of scientific articles by the students participating in the program (56,3% vs. 31,8%, $p=0,0581$). The batting average in general knowledge questions about SUS was higher for students participating in the PET-Saúde than that of non-participants ($5,03 \pm 2,31$ vs. $2,61 \pm 2,43$, $p < 0,0001$). Also highest average was obtained among those who reported interest in working in SUS. Conclusion: Students participating in the PET-Saúde have superior knowledge about SUS when compared to non-participating students.

KEYWORDS: Medical Students. Health System. Medical Education.

1 | INTRODUÇÃO

A Medicina de Família surgiu como um projeto de reforma da prática médica em saúde nos anos 60 nos EUA, posteriormente sendo reconhecido como especialidade. No Brasil, a reforma sanitária na década de 70, também teve esta finalidade, através da ruptura do modelo hegemônico de organização dos serviços de saúde, buscando uma assistência integral ao ser humano, diferentemente da tendência de serviços especializados e hospitalizações^{1,2}.

Paralelamente a estes acontecimentos, surgia o desenvolvimento científico aplicado, com as tecnologias informáticas, fornecendo novos aparelhos que forneciam diagnósticos, procedimentos e tratamentos antes inimagináveis. Esta revolução nas ciências biomédicas impulsionou um mercado altamente especializado, passando o foco das práticas médico-hospitalares para a realização de procedimentos realizados através destas tecnologias, levando a necessidade de atualização permanente nos conteúdos de formação do profissional médico³.

A Medicina de relação médico-paciente, o compreender do paciente como um todo, foi desfavorecida. Desta forma, o ensino médico foi concentrado na departamentalização curricular, consagrando as residências médicas e a formação de especialistas, através da necessidade de treinamento e capacitação³.

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a publicação da Lei nº 8080/90 e a anterior Constituição Federal de 1988, fundamentadas na reforma

sanitária, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecida como estratégia de organização e integração do sistema, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a porta de entrada do mesmo^{4,5}.

O pensamento crítico sobre conceito saúde-doença foi intensificado, entrando em pauta a necessidade de mudança na formação de profissionais de saúde, visto que a lei regulamentadora do SUS visa à formação de profissionais com o perfil adequado ao mesmo. Neste momento entrou em pauta a importância da inserção de acadêmicos em projetos que visem à integralização entre ensino, serviço e comunidade, valorizando a interdisciplinaridade e troca de saberes^{6,7}.

Surge então o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2009, fruto de uma estratégia da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que tem como objetivo a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, trabalhando a qualificação dos futuros profissionais da saúde e inserção destes em trabalhos e vivências do sistema através da já citada integração ensino-serviço-comunidade⁸.

Tendo o conhecimento de todo o processo histórico pelo qual a estrutura curricular do curso de Medicina vem passando na busca por um profissional que atenda cada vez mais as necessidades da sociedade, e pela proposta do PET-Saúde, fez-se necessário esse estudo, objetivando avaliar a importância da vivência durante o curso de Medicina no PET-Saúde para a formação do futuro profissional.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional de corte transversal, analítico e individual, no período de Janeiro a Agosto de 2014. Foram incluídos neste estudo 300 alunos matriculados no projeto pedagógico curricular de 2001 do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA), cursando o quinto (9^o e 10^o semestres) e sexto anos (11^o e 12^o semestres), destes obtivemos um n = 76, amostragem por conveniência. Foram excluídos os questionários preenchidos de maneira incorreta ou com letra ilegível. Os participantes foram orientados sobre os riscos, benefícios e objetivos do estudo. Aqueles que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram convidados a responder o questionário socioeducacional e avaliativo com informações sobre sua formação acadêmica, intenções de trabalho e conhecimentos básicos sobre o funcionamento do SUS, principalmente no que tange a Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu após o aceite institucional e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA (parecer n° 505.690 de 17/12/2013).

Realizou-se análise descritiva dos dados apresentando-se frequências absolutas, relativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão (DP)).

Realizaram-se, também, análises inferenciais segundo as características de

normalidade dos dados. Utilizaram-se os testes: t de student para dados quantitativos com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para os dados com distribuição anormal. Para os dados qualitativos, de acordo com suas características, foram utilizados os testes do Qui-quadrado com/sem correção de Yates ou teste G com correção de Williams. Para a realização das análises, foram utilizados os programas Epi Info 7 e BioEstat 5.3, sendo estabelecido o nível alfa $< 5\%$ para rejeição da hipótese de nulidade.

3 | RESULTADOS

Foram analisados 76 questionários, dos quais, 38 (50,0%) eram do sexo feminino, sendo que 32 (42,1%) foram participantes do programa PET-Saúde durante o curso de Medicina. Dentre os participantes do programa PET-Saúde, 26 participaram como voluntários e 17 como bolsistas, sendo que 11 foram participantes de ambas as categorias.

A Tabela 1 analisa a participação em atividades voluntárias extracurriculares durante a graduação, o que não demonstrou significância estatística sobre os grupos estudados.

Participação em atividades extracurriculares	Participação no PET		Geral
	Sim	Não	
Não	04 (12,5%)	06 (13,6%)	10 (13,1%)
Sim, até 3 vezes	14 (43,75%)	16 (36,4%)	30 (39,5%)
Sempre que possível	14 (43,75%)	22 (50%)	36 (47,4%)
Total	32 (100%)	44 (100%)	76 (100%)

Tabela 1. Participação em atividades acadêmicas extracurriculares voluntárias no decorrer da graduação de Medicina da Universidade Federal do Pará, 2014.

Nota: Teste G com correção de Williams; $P = 0,8145$.

Considerando a publicação de artigos científicos, verificou-se que a maioria dos alunos do PET-Saúde publicaram durante a graduação, o mesmo não pode ser observado no grupo dos não participantes do programa (Tabela 2).

Perguntas	Participação no PET		p
	Sim	Não	
Publicação de artigos			0,0581*
Sim	18 (56,3%)	14 (31,8%)	
Não	14 (43,7%)	30 (68,2%)	
Total	32 (100%)	44 (100%)	

Tabela 2. Ocorrência de publicação de artigos científicos por participantes do PET vs. não participantes, na Universidade Federal do Pará, 2014.

Com relação a apresentações de trabalhos em congressos, os alunos participantes do PET-Saúde foram mais participativos em relação aos alunos que não participaram do programa, tanto no nível regional, mas, especialmente, no nível nacional (Tabela 3).

Perguntas	Participação no PET		p
	Sim	Não	
Apresentação de trabalho em congresso regional			0,3553*
Sim	27 (84,4%)	32 (72,7%)	
Não	5 (15,6%)	12 (27,3%)	
Total	32 (100%)	44 (100%)	
Apresentação de trabalho em congresso nacional			0,1366*
Sim	23 (71,9%)	21 (47,7%)	
Não	9 (28,1%)	23 (52,3%)	
Total	32 (100%)	44 (100,0%)	

Tabela 3. Ocorrência de apresentações de trabalhos em congressos por participantes do PET vs. não participantes, na Universidade Federal do Pará, 2014.

Quanto ao interesse em trabalhar no SUS não houve divergência estatisticamente significativa entre os grupos de participantes e não participantes do PET-Saúde (Tabela 4).

Variáveis	Participação no PET		Geral
	Sim	Não	
Interesse em trabalhar no SUS*			
Sem interesse	0 (0%)	4 (9,1%)	4 (5,3%)
Médico da Estratégia Saúde da Família	4 (12,5%)	4 (9,1%)	8 (10,5%)
Especialista da sua área de atuação	18 (56,25%)	21 (47,7%)	39 (51,3%)
Plantonistas nos serviços de Urgência e Emergência	2 (6,25%)	7 (15,9%)	9 (11,8%)
PROVAB	08 (25%)	08 (18,2%)	16 (21,1%)
Total	32 (100%)	44 (100%)	76 (100%)
Motivação para trabalhar no SUS**			
Sem interesse	01 (3,125%)	04 (9,1%)	05 (6,6%)
Estabilidade Financeira	02 (6,25%)	04 (9,1%)	06 (7,9%)
Gosto pela assistência básica à saúde	08 (25%)	04 (9,1%)	12 (15,8%)
Prestar serviço a população de modo geral	16 (50%)	28 (63,6%)	44 (57,9%)
Adquirir pontuação para provas de residência	04 (12,5%)	04 (9,1%)	08 (10,5%)
Outros	01 (3,125%)	0 (0%)	01 (1,3%)
Total	32 (100%)	44 (100%)	76 (100%)

Tabela 4. Interesses e motivações quanto ao trabalho no SUS por alunos de Medicina da Universidade Federal do Pará, 2014.

Nota: *Teste G com correção de Williams; P = 0,1742; **Teste G com correção de Williams; P = 0,3249.

Foram realizados 11 questionamentos que abordavam o nível de conhecimento sobre o SUS, sendo a média de acertos maior entre os participantes do PET-Saúde, em relação aos não participantes ($5,03 \pm 2,31$ vs. $2,61 \pm 2,43$ acertos, $p < 0,0001$). A Tabela 5 apresenta os questionamentos e percentuais de acerto em cada grupo, demonstrando que apenas nos questionamentos “Em média qual a cobertura populacional de uma ESF?”, “O que é a ficha A?” e “O que é prevenção quaternária?”, não houve significância estatística.

Perguntas	Participantes						Não Participantes						P
	Certo		Errado		Sem resposta		Certo		Errado		Sem resposta		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Quais os profissionais que compõem uma equipe completa da ESF?	12	37,5%	20	62,5%	00	0%	07	16%	33	75%	04	9%	0,0225*
Em média qual a cobertura populacional de uma ESF?	10	31,25%	12	37,5%	10	31,25%	06	13,6%	26	59,1%	12	27,3%	0,1024**
Cite cinco programas trabalhados dentro da ESF.	14	43,75%	14	43,75%	04	12,5%	07	16%	15	34%	22	50%	0,0013**
O que é HIPERDIA?	29	90,5%	03	9,5%	00	0%	31	70,5%	07	16%	06	13,6%	0,0224*
O que é o SIAB?	20	62,5%	01	3,2%	11	34,3%	12	27,3%	04	9,1%	28	63,6%	0,0104*
O que é a ficha A?	12	37,5%	03	9,5%	17	53%	09	20,5%	02	4,5%	33	75%	0,1574*
O que é o NASF?	13	40,5%	03	9,5%	16	50%	05	11,4%	10	22,7	29	65,9%	0,0099*
O que é o CAPS?	24	75%	06	18,75%	02	6,25%	14	31,8%	21	47,7%	09	20,5%	0,0010*
Quais os tipos de CAPS?	01	3%	28	87,5%	03	9,5%	02	4,5%	20	45,5%	22	50%	0,0007*
O que é prevenção quaternária?	12	37,5%	08	25%	12	37,5%	08	18,1%	09	20,5%	27	61,4%	0,0883**
Quais os princípios do SUS?	14	43,75%	17	53%	01	3,2%	14	31,8%	20	45,5%	10	22,7%	0,0360*

Tabela 5. Avaliação do conhecimento sobre o SUS nos alunos de Medicina participantes e não participantes do PET-Saúde da Universidade Federal do Pará, 2014.

* Teste G corrigido por Williams; ** Teste do Qui-quadrado;

4 | DISCUSSÃO

Este estudo constatou diferenças entre os alunos participantes do Programa PET-Saúde e os não participantes, especialmente demonstrando um melhor nível de conhecimento sobre o SUS entre os participantes.

Segundo a Portaria Interministerial N° 421, de 3 de março de 2010, o PET-Saúde

tem como pressuposto a educação pelo trabalho dirigido aos estudantes do curso de graduação e pós graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, cujo fio condutor é a integração ensino-serviço-comunidade através da iniciação ao trabalho e, principalmente, a inserção na realidade dos serviços como fonte de pesquisa e produção de conhecimento nas instituições de ensino. Neste sentido, ao abordar o interesse dos entrevistados em trabalhar no SUS, encontrou-se um percentual de 5,3% que não tem interesse em trabalhar no mesmo, dado próximo do encontrado em outro estudo, no qual 8,5% dos alunos relatam interesse apenas no setor privado. Porém, embora a maioria demonstre interesse em trabalhar no SUS (94,7%), apenas 10,5% almeja a permanência na Estratégia de Saúde da Família. Tendo em vista que 51,3% pretendem trabalhar na atenção secundária (especialistas em sua área de atuação) e 21,1% temporariamente na atenção primária (Programa de Valorização da Atenção Básica, PROVAB), percebe-se que o estigma da prática médico-curativa individual ainda predomina nos anseios profissionais dos novos médicos^{9,10}.

Um estudo realizado em Botucatu cita a falta de enfoque na Atenção Primária a Saúde durante a graduação como fator de alta relevância para a o desconhecimento da abrangência da especialidade em Medicina da Família, ressaltando que uma experiência longitudinal na rede de saúde (maiores que um ano) e estágios obrigatórios na especialidade tem uma correlação direta com a escolha pela APS. Dentre os fatores desestimulantes, destacam-se a carência de conhecimento sobre o assunto e imagens negativas da especialização adquiridas durante a graduação e fortemente influenciadas pelas instituições de ensino, sendo considerado um trabalho de menor valor e prestígio comparado a outras especialidades médicas¹¹.

Segundo o Projeto Político-Pedagógico 2001 da Faculdade de Medicina da UFPA e a sua Estrutura Curricular, são oferecidas 560 horas/aulas nos dois primeiros anos do curso, distribuídas nas disciplinas Saúde Coletiva I, II e III e Atenção Integral a Saúde I e II. Outras 352 horas/aulas são disponibilizadas no Internato Rotatório de Medicina Social, que é subdividido em dois módulos correspondentes à Medicina de Família e Comunidade I e II. De acordo com a conclusão e aprovação nas matérias espera-se que o aluno conheça e compreenda o SUS, sua estrutura e funcionamento¹².

Tendo como o pressuposto a pesquisa e produção de conhecimentos que faz parte das atividades obrigatórias dos alunos participantes do PET-Saúde, foi observada uma tendência à maior publicação de artigos em revistas científicas por parte dos alunos participantes do Programa em relação aos não participantes. Tendência que também foi observada, na apresentação de trabalhos em congressos regionais e nacionais na área de saúde.

Talvez a maior tendência à publicação de artigos e à participação expressiva em eventos no grupo de alunos que participaram do PET-Saúde, se deva ao grande estímulo à produção acadêmica que está intrincada no Programa, de modo que os alunos são tutorados por professores universitários, que têm como uma de suas funções, estimular que o produto do trabalho desenvolvido nos cenários de prática

sejam consolidados e apresentados em forma de resumos quantitativos e qualitativos, artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso, fortalecendo o tripé ensino-pesquisa-extensão, preconizados pelo programa⁹.

A Faculdade de Medicina da UFPA já vem buscando essa mudança no ensino, através do novo Projeto Político Pedagógico, instituído em 2010, alinhando as Diretrizes Curriculares e voltados às necessidades de saúde da população amazônica. Neste novo contexto, é esperado que os alunos, já no primeiro ano do curso, conheçam e possam analisar de forma crítica e construtiva os cenários de prática, conhecer o sistema de saúde brasileiro, em especial seu funcionamento no Estado do Pará, e identificar problemas de saúde da população e os principais grupos de risco¹³.

Na nova estrutura curricular a disciplina Atenção Integral a Saúde é inserida do primeiro semestre ao oitavo semestre e é neste âmbito que é vivenciado o ensino sobre o SUS, Medicina da Família e parte de disciplinas como Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Geriatria, porém todas voltadas para atenção integral e direcionadas a Estratégia Saúde da Família. São oferecidas 440 horas/aulas nesta disciplina além das 592 horas/aulas em Medicina de Família e Comunidade em regime de Internato. Com essas mudanças a Faculdade de Medicina vem buscando formar profissionais mais motivados e interessados em exercer sua profissão na realidade do SUS e especialmente voltados para o contexto de saúde da região amazônica¹³.

O conhecimento sobre o SUS é fundamental, não apenas para o médico que almeje trabalhar neste, pois, por este ser o sistema de saúde brasileiro, mesmo no serviço privado o médico encontra situações em que precisa de conhecimento sobre o serviço público, como no diagnóstico de doenças que exigem notificações compulsórias, no tratamento de doenças realizadas pelo SUS, como Tuberculose e Hanseníase, além da própria residência médica que, na sua maioria, é realizada no âmbito do SUS¹⁴.

5 | CONCLUSÃO

O PET impacta favoravelmente no sentido dos objetivos de estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, com destaque para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado à realidade do SUS dentro das diversas realidades da população brasileira, qualificando assim a atenção à saúde em todo o país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito **sobre produção de mitos** na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p. 2234-49, dez. 2010.

ALMEIDA, J.P. e DIAS, J.P. Conhecimento dos estudantes de medicina de uma faculdade do nordeste brasileiro sobre o Sistema Único de Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.2, p.482-501 abr./ jun. 2012.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 29, n.2, p. 136-146, ago. 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/> acesso em 08 set. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso De Graduação Em Medicina**. Brasília: MEC, 2001. p.01-04. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/> acesso em: 28 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012

_____. Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de Março de 2010a. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05. Mar. 2010. Disponível em: <http://www.prosaude.org/> acesso em: 08 set. 2014.

_____. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: pesquisa.in.gov.br/imprensa/. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010b. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 de nov. 2010. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/portaria_594_de_29_11_2010.pdf. Acesso em: 12 set. 2014.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, p. 133–142, ago. 2001.

CAMPOS, M.A.F. et. at. Percepção dos Alunos de Medicina sobre a formação em Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.01, p.83-9, 2008.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V., A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n02, p.477-502, abr. 2012.

COSTA, N. M. S. C. Docência no Ensino Médico : por que É Tão Difícil Mudar? **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 01, p. 21–30, jan. 2007.

CUNHA, M.S. et. al. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n04, p.1007-1028, jul. 2008.

FAUSTO M.C.R. E MATTA G.C. Atenção Primária a Saúde. In: CORBO A.D. et. al. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 43-64.

FERNANDES, A.J.C. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro**: Breve análise sobre o movimento pela Reforma que deu origem ao Sistema Único de Saúde- SUS. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Sociologia) – Universidade de Brasília, 2011.

GONÇALVES R.J. et. al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. V.33, n03, p. 393-403, mar. 2009.

OLIVEIRA, M.C. et. al. PET-Saúde: (In)formar e Fazer como Processo de Aprendizagem em Serviços de Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 1, p. 105-11, 2012.

PEREIRA, J.G.; FRACOLLI, L.A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da Vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.17, n.02, fev. 2009.

PAGLIOSA, F.L; ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, fev. 2008.

PAIM, J.S., **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Bahia, 2007. Tese (Doutorado em Saúde) – Universidade Federal da Bahia, 2007.

PET-Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 agos. 2013.

RUAS, R.; COMINI, G.M., Aprendizagem e desenvolvimento de competências: articulando teoria e prática em programas de pós-graduação em formação gerencial. **Cad. EPABE.BR.**, v.05, n. spe., jan. 2007.

SANTOS, B. R. L.; THIESEN, F. V. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde fortalecendo a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde. **Revista Ciência & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 1, jun. 2010.

SANTOS, R.M. et al. Contribuições do PET para a formação de profissionais de saúde: a experiência do PET-SAÚDE/VS. **Saúde em Debate**. v. 35, n. 91, p. 577-586, out./dez. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Projeto Político-Pedagógico do curso de Medicina**. 2001, Pará.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Projeto Político-Pedagógico do curso de Medicina**. 2010, Pará.

PET-SAÚDE/GRADUASUS: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM FISIOTERAPIA

Natanny Caetano da Silva

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás

Tamine Vitória Pereira Moraes

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás

Leandra Aparecida Leal

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás

Daisy de Araújo Vilela

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás

Patrícia Leão Da Silva Agostinho

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás.

Ana Lúcia Rezende Souza

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,
Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás.

Thaís Rocha Assis

Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí,

Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde, Curso de Fisioterapia
Jataí – Goiás.

RESUMO: A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em conjunto com as mudanças demográficas e epidemiológicas produziram a necessidade da modificação na formação profissional, de modo a fortalecer o sistema e corresponder as demandas da população. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) tem como objetivo auxiliar neste processo, sendo o fio condutor da integração ensino-serviço-comunidade. Em 2016, os cursos de Fisioterapia e Medicina da Universidade Federal de Goiás – Regional Jataí foram contemplados com o edital PET-Saúde/GraduaSUS e desenvolveram atividades individuais e integradoras. Desta forma, o presente trabalho trata-se de um relato de experiência que objetivou apresentar as contribuições e influências do PET-Saúde para a formação acadêmica dos participantes. O relato foi realizado utilizando-se as percepções dos acadêmicos petianos e os registros das atas das reuniões do PET-Saúde. O programa promoveu principalmente a ampliação da visão dos acadêmicos a respeito de sua futura profissão, enfatizando sua essencialidade na atenção básica; permitiu o diagnóstico

de problemas de saúde do município, bem como a refletir sobre suas possíveis resolutividades; conhecer o ambiente de trabalho e trabalhadores do SUS; possibilitou ainda o conhecimento das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e de Sistemas de Informação em Saúde. O Programa PET contribuiu positivamente para a formação dos acadêmicos estimulando a atuação em todos os níveis de atenção à saúde com um olhar crítico frente a saúde local tornando-se um pilar no fortalecimento do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Programa PET. Trabalho Pela Saúde. Sistema Único de Saúde. Interdisciplinaridade. Educação.

ABSTRACT: The creation of the Unified Health System (UHS) together with the demographic and epidemiological changes produced the need for a change in professional training, in order to strengthen the system and respond to the demands of the population. The Health Education Program (HEP-Health) aims to help in this process, being the guiding thread of teaching-service-community integration. In 2016, the Physiotherapy and Medicine courses of the Federal University of Goiás - Jataí Regional were awarded with the HEP-Health / GraduaSUS edict and developed individual and integrative activities. In this way, the present work is an experience report that aimed to present the contributions and influences of the HEP-Health to the academic formation of the participants. The report was made using the perceptions of the Pe- teran academics and the records of the minutes of the HEP-Health meetings. The program promoted mainly the broadening of the view of the academics regarding their future profession, emphasizing its essentiality in basic attention; allowed the diagnosis of health problems of the municipality, as well as to reflect on their possible resolutions; to know the working environment and workers of UHS; made possible the knowledge of the New National Curricular Guidelines and of Health Information Systems. The HEP Program contributed positively to the training of the academics stimulating the action in all the levels of attention to health with a critical look at the local health becoming a pillar in strengthening SUS.

KEYWORDS: HEP program. Work for Health. Unified Health System. Interdisciplinarity. Education

1 | INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) gerou profundas transformações nas práticas de saúde provocando a intensificação nas discussões a respeito da importância do aumento do conhecimento no processo de formação e desenvolvimento profissional (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Além disso, as próprias mudanças demográficas e epidemiológicas da sociedade atual têm exigido a formação de novos profissionais (COSTA; BORGES, 2015), de modo que a pressão e as demandas da população tem influenciado diretamente nas ações de saúde (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

O trabalho em saúde tem sido um dos pilares para o fortalecimento do SUS, pois

percebeu-se que é essencial não apenas aumentar o número de profissionais, mas sim garantir que os mesmos estejam aptos para atender as demandas da população (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Para isto, algumas estratégias e programas foram criadas pelo Ministério da Saúde como: os pólos de educação permanente; a certificação dos hospitais de ensino; o AprenderSUS; o VerSUS; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Estes programas surgem como incentivo à superação do tradicional modelo de formação em saúde, dando relevância aos processos sociais e econômicos da população, visando ampliar o entendimento sobre o conceito de saúde; fortalecer a articulação dos serviços públicos de saúde e ações de prevenção e promoção da saúde; modificar as pesquisas tornando o seu foco a produção de conhecimento voltado para o fortalecimento do SUS; incorporar novas estratégias pedagógicas e fortalecer a atenção básica como importante espaço de formação (COSTA; BORGES, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o PET-Saúde foi regulamentado em março de 2010 pela Portaria Interministerial nº 421 com objetivo de fortalecer áreas estratégicas do SUS, conforme suas estratégias e princípios. Este programa apresenta como desígnio a educação pelo trabalho, sendo o fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde.

Em abril de 2016 a Regional Jataí da Universidade Federal de Goiás teve sua proposta contemplada com 14 bolsas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde através do Edital nº 13/SGTES/MS, de 28 de setembro de 2015, referente a seleção para o PET-Saúde/GraduaSUS 2016/2017, os cursos selecionados foram Fisioterapia e Medicina (BRASIL, 2016).

Diante de todo conhecimento adquirido, participantes do projeto se uniram para relatar sua percepção inicial sobre a contribuição do PET-Saúde para formação enquanto discentes de fisioterapia.

2 | OBJETIVOS

Relatar as contribuições e influências do PET-Saúde/GraduaSUS para a formação acadêmica dos participantes, através de conhecimentos adquiridos nas reuniões do grupo da Fisioterapia.

3 | METODOLOGIA

O programa PET-Saúde/GraduaSUS 2016/2017 envolveu atividades individuais

e integradoras dos cursos de Fisioterapia e Medicina. O grupo do curso de medicina era formado por 3 tutoras, 3 preceptores e 4 discentes, totalizando 10 integrantes. A equipe do curso de fisioterapia era composta por 4 tutoras, 4 preceptores e 6 discentes, caracterizando um total de 14 indivíduos.

A seleção dos universitários do Grupo de Fisioterapia foi realizada por meio de um Edital que disponibilizou 6 vagas, sendo duas para bolsistas e quatro para voluntários, o processo seletivo ocorreu nos dias 25 e 26 de abril de 2016 e foi dividido em 3 etapas, sendo a primeira etapa eliminatória e as demais classificatórias, a 1ª consistiu em uma produção de texto, a 2ª com duas questões referentes a metodologias científicas e por último a análise da média global e currículo lattes. O resultado final foi divulgado no dia 29 de abril de 2016.

A primeira reunião ocorreu com fins informativos no dia 17 de maio do mesmo ano, e nesta foram expostos os objetivos e ações a serem desenvolvidos pelo programa. Posteriormente, foram realizadas reuniões e oficina interdisciplinares.

As reuniões do grupo da Fisioterapia ocorreram com a presença de todos os membros do grupo, tendo um presidente e um secretário responsável por confeccionar a ata. As datas das reuniões eram pré-definidas durante as reuniões prévias, sempre às terças-feiras às 17:30 horas na Clínica Escola de Fisioterapia, localizada no Campus Jatobá sito à Rodovia BR 364 – Km 192 Parque Industrial.

Este presente estudo trata-se de um relato de experiência, trazendo percepções individuais dos participantes complementadas e contextualizadas com a análise documental das atas de todas as reuniões. Assim como em Souza, Kantorski & Luis (2011) análise documental consistiu na verificação e apreciação de documentos com uma finalidade específica, preconizando a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os objetivos gerais do PET-Saúde/GraduaSUS foram: 1. Reestruturar a matriz curricular do Curso de Fisioterapia baseando-se na realidade da saúde municipal; 2. Vincular a Clínica Escola de Fisioterapia ao SUS; 3. Integralizar ensino-serviço-comunidade embasado nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); 4. Promover discussões para fomentar mudanças nas metodologias de ensino-aprendizagem das disciplinas práticas do curso. Diante disto, foram criadas metas para conclusão desses objetivos, divididas em dois anos.

As primeiras reuniões tiveram como tema principal o diagnóstico da realidade dos locais que necessitam do serviço em Fisioterapia objetivando a construção de propostas de implementação de serviços de Fisioterapia em locais de maior necessidade. Para realização deste diagnóstico os alunos tiveram que se informar sobre os sistemas de

informação em saúde e cada um deles construiu seu próprio instrumento de avaliação para diagnóstico de saúde do município de Jataí, posteriormente as informações mais relevantes foram selecionadas para compor o instrumento final.

O instrumento era composto por duas partes, a primeira formada por dados demográficos e a segunda com dados referentes a cada nível de complexidade do SUS. Foram promovidas também rodas de conversa para discutir sobre as demandas encontradas entre os preceptores, petianos, os gestores e os profissionais do SUS e discussões com os professores sobre as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

O programa PET-Saúde promoveu para seus componentes a ampliação da visão a respeito de sua futura profissão, permitindo-os refletir sobre a situação do município e poder encontrar resolutividade de problemas através da Fisioterapia, visto que o fisioterapeuta é um dos profissionais que podem compor o Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Rezende et al. (2009), defendem que para que haja a inserção do fisioterapeuta na atenção básica é necessário refletir sobre o seu papel e criar pontos de interseção de suas atividades com as outras profissões, sendo necessário reconsiderar a formação dos profissionais que inúmeras vezes apenas repetem as práticas sem refletir sobre o seu papel e desenvolvimento político, econômico e cultural na sociedade.

As experiências e conhecimentos compartilhados com profissionais do sistema único aproximaram os discentes da realidade vivenciadas pelos fisioterapeutas e permitiu conhecer o ambiente de trabalho do SUS, adquirir novos conhecimentos, produzir trabalhos científicos com os profissionais que atuam na saúde do município, valorizando o trabalho em equipe e, sobretudo, reconhecendo a importância da inserção do fisioterapeuta na atenção básica a saúde.

A maioria dos alunos não tinham conhecimento sobre os sistemas de informação em saúde, nem mesmo conhecimento sobre as novas DCNs assim como sobre o VERSUS. As reuniões do PET-Saúde proporcionaram informações sobre esses, além de permitir conhecimentos sobre base de dados, estatística e pesquisa em saúde.

As trocas de experiências realizadas nas oficinas possibilitaram o aprofundamento e qualificação das discussões sobre o papel e a inserção do fisioterapeuta na saúde coletiva, especialmente no que relaciona-se a atenção primária à saúde. Com isso, houve discussões para reestruturação de algumas estratégias e ações em nível acadêmico, principalmente as relacionadas com conteúdo, inclusão de mais atividades práticas, abordagens metodológicas diversificadas e ampliação de carga horária do estágio curricular.

Durante as reuniões os alunos puderam expor quais as necessidades e dificuldades que eles encontram na formação, os profissionais também expuseram as dificuldades que encontram na atuação. O papel das tutoras foi de extrema importância para direcionar as discussões e ações do grupo, contribuindo tanto na visão dos acadêmicos como na dos profissionais.

Através do PET os alunos participaram da discussão sobre eventuais mudanças na matriz curricular do curso e também ocorreram discussões acerca da formação dos futuros profissionais da área, ressaltando a importância da formação generalista, crítico e reflexivo, assim como consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002). Costa e Borges (2015), relataram que entre os principais desafios para a formação profissional estão: pequena aproximação dos profissionais com a realidade da população; dificuldade na concepção do pensamento crítico; centralização nas habilidades específicas da sua própria categoria profissional; grande influência do mercado de trabalho na ordenação dos processos formativos; tendências pedagógicas tradicionais que reproduzem modelos assistenciais tradicionais.

Consideramos que esta experiência serviu como política indutora para o aprimoramento da formação, pois foram feitos o reconhecimento do SUS como local de prática e aprendizado, sensibilizando os setores da UFG e dos serviços municipais de saúde a respeito de sua responsabilidade pelas demandas que surgem e na integração do ensino com o serviço.

5 | CONCLUSÃO

O programa PET-Saúde/GraduaSUS contribuiu para a formação dos graduandos visando a atuação em todos os níveis de atenção à saúde, desenvolvendo nos mesmos um olhar crítico frente a saúde local, localizando problemas e criando estratégias para solucioná-los, articulando pesquisa, ensino e extensão e preparando seus componentes para o mercado de trabalho e principalmente para atuar na saúde pública. Os benefícios proporcionados são imensuráveis, tornando os estudantes problematizadores e reconhecedores da importância da inserção da fisioterapia na atenção básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Portaria nº 165, de 4 de abril de 2016. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde -PET-Saúde/Gradua SUS -2016/2017. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília (64): 40-41, 2016. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Você sabe o que é o PET-Saúde?** Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/485-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/pet-saude/l1-pet-saude/19999-pet-saude>>. Acesso em: 06/09/2016.

BRASIL. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, São Paulo, 1(1):19-27, 2011.

COSTA, M. V.; BORGES, F. A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, 19(1):753-763, 2015.

REZENDE, M.; MOREIRA, M. R.; AMÂNCIO FILHO, A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):1403-1410, 2009.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 21(4):1-7, 2017.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, 25(2):221-228, 2011.

POLÍTICAS DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL: NÚMEROS DE UM HOSPITAL ESCOLA

Laryssa de Col Dalazoana Baier

Universidade Estadual de Ponta Grossa,
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Ponta Grossa – Paraná

Ana Paula Xavier Ravelli

Universidade Estadual de Ponta Grossa,
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Ponta Grossa – Paraná

Suellen Vienscoski

Universidade Estadual de Ponta Grossa,
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Ponta Grossa – Paraná

Regiane Hoedtke

Hospital Universitário dos Campos Gerais,
Maternidade
Ponta Grossa – Paraná

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

Universidade Estadual de Ponta Grossa,
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública
Ponta Grossa – Paraná

RESUMO: Estudar a importância do parto normal e humanizado é essencial para se averiguar as particularidades do cenário contemporâneo, inclusive no que se refere a cuidados neonatais e perinatais. A partir dessa perspectiva, esse trabalho buscou identificar políticas de incentivo ao parto normal por intermédio de relato de experiência em um Hospital Escola, na cidade de Ponta Grossa.

Esse relato de experiência, com análise documental de registros bibliográficos e de dados advindos dos arquivos e publicações do projeto CEPP, foi utilizado como fonte de investigação das ações de incentivo ao parto humanizado. Os resultados demonstraram que o CEPP e a maternidade HU/UEPG têm vivido intensamente experiências para melhoria da qualidade da atenção ao binômio mãe-filho. Neste contexto, notou-se que os procedimentos e atendimentos obstétricos aumentaram, mas, os partos vaginais com métodos de amparo e respeito à mãe também cresceram, assim como aumentou o engajamento da equipe extensionista, de residentes e profissionais, superando dificuldades

PALAVRAS-CHAVES: Parto Humanizado. Mortalidade Perinatal. Incentivo. Cesariana.

ABSTRACT: Studying the importance of normal and humanized delivery is essential to ascertain the particularities of the contemporary scenario, including in regard to neonatal and perinatal care. From this perspective, this work sought to identify policies to encourage normal birth by means of an experience report in a School Hospital, in the city of Ponta Grossa. This experience report, with documentary analysis of bibliographic records and data from the archives and publications of the CEPP project, was used as a research source of actions to encourage

humanized childbirth. The results showed that the CEPP and HU / UEPG maternity have experienced intensely experiences to improve the quality of attention to the mother-child binomial. In this context, it was noted that obstetric procedures and care increased, but vaginal births with methods of protection and respect for the mother also increased, as did the extension team's engagement of residents and professionals, overcoming difficulties

KEYWORDS: Humanized childbirth. Perinatal mortality. Incentive.

1 | INTRODUÇÃO

O parto é um evento que passou por diferentes concepções no decorrer da história brasileira e internacional, sendo tratado como um processo de transformação do olhar sobre a mulher (VENDRUSCOLO; KRUEL, 2016). Quando ainda colônia, o Brasil tinha grande participação de parteiras, as mortes perinatais eram elevadas e pouco se sabe sobre suas causas pois há incompletude dos laudos ou inexistência documental.

Até o século XVII, o parto foi assunto exclusivamente direcionado à mulher, com características de espetáculo, e diversos parentes assistiam. Se houvessem médicos na cidade, eram chamados somente em emergências, mas com limitação ao poder de decisão da mulher (VENDRUSCOLO; KRUEL, 2016).

Maldonado (2002) complementa que esse processo histórico começou a ser alterado com a existência do fórceps, instrumento capaz de realizar a extração de bebês em partos mais complexos e com grau de risco maior. O saber feminino começou a ser desconstruído e deu espaço para o cirurgião. Ainda com o surgimento da cesariana, no século XVII, Vendruscolo e Krueel (2016) enaltecem que havia preferência por partos de fórceps, pois apresentavam menores taxas de mortalidade.

No século XIX, a popularização do uso da anestesia se faz presente no Brasil, o que dá maior confiabilidade para a cesariana. «O parto, aos poucos, passou a ser realizado no hospital, [...] destituiu a mulher de seus direitos, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde aconteceria o parto e quem a acompanharia durante esse processo» (VENDRUSCOLO; KRUEL, 2016, p.98).

Já no século XX, ocorre intensificação na medicalização do corpo feminino, que passa a ser objeto de diferentes estudos científicos. Surgiu, gradativamente, a obstetrícia moderna, amparada por estudos de mortalidade infantil e perinatal em diferentes circunstâncias, realizados gradativamente. Na segunda metade do século XX, Maldonado (2002) reitera que houve aumento das cesarianas no Brasil, visto que a prática era considerada menos dolorosa do que o parto normal.

Mesmo assim, a partir de recomendação da OMS, em 1999, citada por Maldonado (2002), a assistência obstétrica modifica o olhar sobre o profissional da saúde e a parturiente, acentuando o parto humanizado. Entretanto, é no século XXI que esse modelo de parto se torna mais popular, visto que seu acompanhamento profissional é

intenso e a possibilidade de orientação diversificada.

Segundo Vendruscolo e Kruehl (2016), é a partir da OMS e das diretrizes por ela colocadas, na década de 80 do século passado, para a assistência obstétrica que o parto normal passa a ser estimulado nos hospitais, maternidades e unidades de saúde. Mesmo assim, nem todas as pacientes são orientadas a realizarem essa prática, ainda havendo também as que preferem a cesariana.

Para Domingues et al. (2014), um em cada três partos realizados nos Estados Unidos constituem-se de cesarianas. A pesquisadora afirma que tal percentual aumenta significativamente desde 1996. Em 2014, a autora apontou que o número de cesáreas chegou a 32,9%, mas, com estados específicos apresentando dados alarmantes, como é o caso do Alasca, com cerca de 40% de partos em cesariana.

A pesquisadora ainda utiliza dados da OMS para afirmar que Oceania (31,1%) e Europa (25%) possuem índices semelhantes aos do Estados Unidos, mas com elevação mais lenta. Por fim, aponta que a América Latina possui taxas elevadas de cesarianas, com cerca de 40%, o que é significativamente preocupante. Essa mudança é explicada pelas alterações no comportamento da população, no aumento de mulheres sem filhos ou idosas, questões ligadas à obesidade, alterações nas atividades profissionais, temor de processos contra médicos, dentre outras.

Na pesquisa “Nascer no Brasil”, revelou-se que 52% dos partos eram cesarianas, sendo 46% no Setor Público e 88% no Setor Privado. Os dados apresentam realidade diferente da apresentada pelas pesquisas de Corrêa (2014) em relação a Estados Unidos e Europa. Em primeiro lugar, porque o próprio setor público brasileiro realiza número expressivo de cesarianas. Em segundo lugar, porque os números saltam significativamente em casos relacionados à saúde privada.

Segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil” o setor público fez mais cesarianas na região Norte e Centro-Oeste, representando entre 40 e 50% das mulheres. A região com menor quantidade de cesárias no setor público foi a Sudeste, com números abaixo dos 35%. No setor privado, as regiões que mais foram afetadas pela opção de cesariana foram a Nordeste e a Centro-Oeste, com números entre 90 e 95%.

A pesquisa “Nascer no Brasil” também concluiu que o estudo é fator determinante pela opção de cesariana, de modo que 92,6% das mulheres que optaram por esse tipo de parto possuem ensino superior ou pós-graduação. Quanto ao número de filhos, o estudo demonstra que 92,3% das primíparas que fazem cesariana, utilizam o setor privado. No caso de parturientes com um ou dois partos anteriores, a taxa de busca pelo setor privado cai para 87,4%, enquanto que, no setor público, há queda para 38%. Por fim, quanto a parturientes com três ou mais partos anteriores que frequentam o setor privado, 87,9% procuram cesarianas. Dessa maneira, confirma-se novamente a busca pelo setor privado como preponderante entre as mulheres com melhor condição socioeconômica.

Vargens et. al. (2017) salientam que a assistência humanizada vem sendo utilizada, desde o início do século XXI, como forma de tornar o parto mais facilitado,

para a gestante. Para eles, os cuidados da enfermeira obstétrica demandam excelência e compromisso, de modo que cada parte passa a ser analisado em sua singularidade. Nessa linha de pensamento, é essencial verificar como a prática intervencionista recai sobre a profissão e quais benefícios podem ser trazidos para a profissão.

Em seguida, os autores ressaltam que houve uma análise histórica para compreender o papel das enfermeiras no processo de humanização do parto e concluem que a situação nem sempre foi humanizada. Aliás, esse conceito é mais difundido a partir da década de 1980 e, desde então, suas matrizes teóricas vêm crescendo no Brasil. Para Vargens et. al. (2017), o parto é um ato altamente medicalizado, o que influi sobre a autoridade do corpo da mulher. Dentro da ótica de humanização, a medicação é reduzida e o estímulo para o parto natural é aguçado.

A situação é mostrada de forma problemática, para os autores, ao verificarem que a medicalização do parto e a falta de um procedimento de humanização podem ter contribuído para a causa de mortes no parto. Seguindo dados de 2015, salientam que houve aumento no número de mortes, de modo que a cada 100 mulheres parturientes, 62 morrem nos hospitais.

Além disso há uma série de procedimentos invasivos, para a mulher, que acabam causando traumas e dificultando o parto. Assim, uma proposta de humanização pode ser bem aceita, pois se propõe a resolver estes problemas e averiguar as condições pelas quais as mulheres se encontram. O parto humanizado, para os autores, é uma forma de conceber tal momento como natural e, portanto, fisiológico. Assim, o acompanhamento, acolhimento e assistência posterior são alguns elementos essenciais para se pensar no parto humanizado.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL,2017), deve-se estimular, promover e proteger o parto normal, modificar práticas clínicas, padronizar as condutas profissionais, reduzir intervenções desnecessárias, difundir práticas com base em evidências favoráveis ao parto normal e recomendar ações sem substituir o julgamento do profissional e da família. As Diretrizes orientam a respeito da assistência ao parto, cuidados gerais no trabalho de parto, alívio da dor, cuidados maternos no pós-parto, assistência ao recém-nascido, dentre outros aspectos.

O Programa de Humanização do Parto (BRASIL,2002) corrobora para que esforços conduzam às reduções da morbimortalidade materna, neonatal e perinatal. Sua estruturação baseia-se no direito da gestante a atendimento de qualidade, no acesso à maternidade que a atenderá, na assistência ao parto e na assistência neonatal do recém-nascido. Também detalha-se, no Programa, o cadastramento da gestante, a forma de assistência pré-natal, o parto, os incentivos financeiros, dentre outros aspectos. Assim, sua validade é significativa para possibilitar um parto humanizado embasado teoricamente, com recursos práticos e qualidade no atendimento.

Dentre os projetos que podem ser estimulados para redução da mortalidade perinatal, destaca-se a Rede Cegonha (BRASIL, 2008). Tal projeto se edifica como uma estratégia para gerenciar cuidados para a gestante, desde o pré-natal até a infância,

com planejamento e objetivo de melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2008).

A Agência Nacional de Saúde também preconiza o estímulo ao Parto Normal, afirmando que não há justificativas clínicas para taxas de cesarianas tão altas. O documento também salienta que a cesariana traz riscos desnecessários para a mulher. O projeto visa melhoria de atenção ao parto e propõe a redução dos riscos para aprimoramento da saúde do paciente. Sua ação visa coordenar articulações com hospitais, analisar indicadores, capacitar profissionais para ação eficaz, dentre outros aspectos.

Um dos espaços que se dedicam ao parto normal humanizado é a Maternidade do Hospital Universitário dos Campos Gerais (HU). Esta instituição está ligada à Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Desde 2006, docentes e acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem têm potencializado a formação e assistência ao parto e puerpério por meio do projeto de extensão Consulta de Enfermagem no Pré-natal e Pós-parto (CEPP). Este manuscrito se propõe a relatar a experiência do CEPP na maternidade do HU/UEPG e os resultados alcançados.

2 | MÉTODO

O método consiste em relato de experiência, com análise documental de registros bibliográficos e de dados advindos dos arquivos e publicações do projeto CEPP. Também foram coletadas informações sobre estatísticas vitais disponíveis no TABNET, do portal da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, além de informações demográficas sobre o município onde o projeto é desenvolvido.

Os dados do projeto CEPP foram coletados semanalmente por meio de questionário, aplicado às mulheres internadas na maternidade no puerpério do HU/UEPG. De outro modo, os registros documentais apresentados no presente relato de experiência são argumentados sob as diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto.

3 | A EXPERIÊNCIA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA

No ano de 2006, foi criado o projeto CEPP para promover educação em saúde a gestantes e puérperas da cidade de Ponta Grossa. As atividades do CEPP, atualmente, acontecem ao longo das semanas do calendário letivo anual no HU/UEPG. O projeto foi criado para preencher a lacuna que havia na atenção à puérpera nas unidades básicas de saúde da época. Posteriormente, o CEPP agregou as atividades educativas no pré-natal e tem vasta história de atuação intensa no município, contribuição na formação continuada de profissionais e acadêmicos, assim como algumas premiações. Tal fato é resultado de sua contribuição social para o município e região.

Ponta Grossa é um município de médio porte do estado do Paraná, com

população estimada em 348.043 mil habitantes, no ano de 2018. Localizada a aproximadamente a 100km de distância da capital Curitiba, possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado (IDH=0,763). Segundo dados de 2015, cerca de 98% das crianças com idade entre 6 e 14 anos escolarizadas (BRASIL, 2018).

Em relação às estatísticas vitais, em números absolutos, no ano de 2018 o município perdeu 69 crianças com menos de um ano de vida. Destes óbitos, 23 nasceram de parto vaginal e 45 de parto cesárea. O coeficiente de mortalidade infantil neste mesmo ano foi de 12,98/1.000 nascidos vivos. No ano de 2018 aconteceram 2618 partos. Destes, 1834 foram vaginais e 874 cesáreas. (PARANÁ, 2018). Portanto, tais dados demonstram que as cesáreas diminuíram e os partos vaginais aumentaram.

Nos dias atuais, a cidade de Ponta Grossa dispõe de três maternidades, sendo que apenas uma realiza atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde. Esta maternidade faz parte do complexo de saúde do Hospital Universitário dos Campos Gerais, sob a gestão da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HU/UEPG). A maternidade nasceu da demanda da sociedade pontagrossense, aliada ao compromisso ético e laboral do HU/UEPG, após o encerramento das atividades de uma maternidade na cidade, no ano de 2016.

Assim, a maternidade HU/UEPG foi inaugurada no primeiro dia do mês de junho do ano de 2016. Nesta ocasião, foi pactuado o atendimento às gestantes de risco gestacional habitual e/ou intermediário de Ponta Grossa e outros três municípios da região (Ipiranga, Ivaí e Palmeira) - além das gestantes de outras localidades, que eram encaminhadas após contato médico ou via central de leitos do estado.

A maternidade HU/UEPG conta com 41 leitos para internação e, no ano de 2018, houve nova pactuação entre o hospital, a regional de saúde, e os municípios no entorno de Ponta Grossa. A maternidade passou a receber as gestantes de oito municípios: Ponta Grossa, Ipiranga, Ivaí, Arapoti, Carambeí, Piraí do Sul, São João do Triunfo e Sengés. Esta pactuação pode envolver o atendimento a gestantes de risco gestacional habitual e/ou intermediário, de acordo com o município atendido.

Nos primeiros seis meses de funcionamento da maternidade (01/06 a 31/12/2016), foram realizados 5.049 atendimentos no Pronto Atendimento de Obstetrícia do HU/UEPG. Houve 1.590 internações, 1.321 procedimentos no Centro Obstétrico e 1.130 nascimentos. Destes nascimentos, apenas 5 foram a óbito.

No ano de 2017, a maternidade passou a contar com residentes do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica, fato que contribuiu para o trabalho intenso de conquista de espaços de discussão, melhoria da estrutura, bem como para solidificar a rede de relações e comunicação profissional-gestor, profissional-profissional e profissional-mãe/familiares. Naquela época, a maternidade ampliou seus atendimentos no Pronto Atendimento de Obstetrícia para 13.986, realizou 3687 internações, e nasceram vivos 2.624 bebês.

Além dos enfermeiros residentes em obstetrícia, a maternidade HU/UEPG conta na atualidade com 15 enfermeiros, 2 médicos obstetras plantonistas, 1 médico obstetra

de rotina para visitas diárias, 1 pediatra plantonista para a sala de parto e 1 pediatra rotineiro para a unidade de neonatologia/berçário e alojamento conjunto.

Na perspectiva de consolidar na maternidade o ideário de Parto Humanizado, há ainda uma grande equipe multiprofissional composta por profissionais de carreira e residentes dos programas de residências multiprofissionais. Compõem esta equipe: profissionais do serviço social, psicólogos, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e educadores físicos. Tais profissionais executam ações uni e interprofissional relacionadas ao pré-parto, parto e pós-parto.

Em 2018, verificou-se a formação de quase a totalidade das enfermeiras de carreira em obstetrícia (n=13). As que ainda não se especializaram, estão buscando a oportunidade para fazê-lo. Neste mesmo ano, os atendimentos no Pronto Atendimento de Obstetrícia foram ampliados para 14.121, as internações cresceram para 3.590, o Centro Obstétrico realizou 3.042 procedimentos, e nasceram vivas 2603 crianças.

Concernente aos partos, no Gráfico 1, observa-se o crescimento acelerado do número de partos realizados nos quase quatro anos de existência da maternidade HU/UEPG. Porém, destaca-se o decréscimo dos partos do tipo cesárea, a fim de atender as perspectivas internacionais para priorização do parto via vaginal.

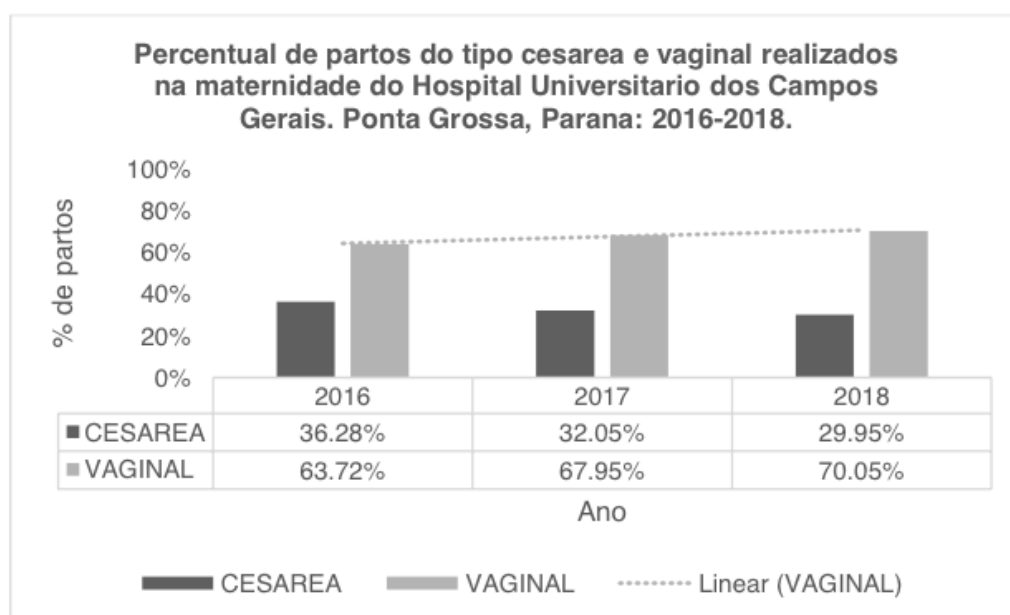


Gráfico 1- Percentual de partos do tipo cesárea e vaginal realizados na maternidade do Hospital Universitário dos Campos Gerais. Ponta Grossa, Paraná: 2016-2018.

O crescimento do percentual de partos vaginais retrata o esforço contínuo, neste curto período histórico da maternidade, de toda a equipe multiprofissional e de gestão. O foco é para que o parto seja um evento natural e mais próximo da vida das famílias, vivenciado com afetividade, respeito, amorosidade, tolerância, solidariedade e, baseado nas melhores evidências científicas.

As perspectivas para o futuro envolvem a manutenção das conquistas já alcançadas, redução mais significativa da proporção de partos do tipo cesáreo

e sensibilização contínua de médicos e demais profissionais da equipe para a humanização do parto.

A maternidade HU/UEPG, com recursos estaduais, está em construção de instalações que poderão abrigar mais leitos para internações. Também poderá realizar mais atendimentos e procedimentos e terá duas piscinas para parto, assim como intervenções não-medicamentosas no pré-parto. Além disso, poderá atender as gestantes de alto risco gestacional de Ponta Grossa, as quais ainda são atendidas fora do município de domicílio ou em instituição privada local, conveniada ao SUS.

4 | O PROJETO CEPP E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

No contexto de humanização da atenção à gestante e puérpera, o projeto CEPP que já tinha atuação intensa antes da criação da maternidade HU/UEPG, foi agregado nas atividades da maternidade.

Dentro do projeto CEPP, acadêmicos de enfermagem orientados pelo corpo docente aproximam-se das gestantes para apresentar as possibilidades de parto, trocar experiências, ouvir as angústias das mães e apresentar evidências de que o parto vaginal pode ser uma opção para proteção do bebê e da mãe, assim como uma forma natural de receber a criança.

O projeto beneficia a comunidade com atividades extensionistas extra-muros da instituição, mas com foco principal na gestante e parturiente que é recebida no HU/UEPG.

Nos encontros entre os membros do CEPP e as gestantes/puérperas, além das atividades educativas, é aplicado um questionário para diagnóstico e acompanhamento da situação de saúde materna dos sujeitos atendidos.

Em doze anos de vivência extensionista, há registros documentais de 1444 atendimentos realizados tanto na maternidade HU/UEPG (a partir de 2016), quanto em outros espaços. Quando questionadas sobre o tipo de parto realizado, 611 mães confirmaram ter realizado parto vaginal. Logo, percebe-se que, na totalidade dos anos de seguimento do projeto, o percentual de cesáreas ainda se manteve elevado na população atendida pelo CEPP (42%), como expressão da historicidade local e nacional de hipervalorização do parto cirúrgico.

No entanto, há que se verificar que no último ano de registro do projeto (2018), entre 98 atendimentos, 22 apenas foram relatos de cesáreas. O percentual de 78% de mulheres atendidas com relato de partos vaginais indica uma mudança cultural e o reflexo do esforço conjunto das atividades educativas do CEPP, somadas à conjuntura de ações da maternidade HU/UEPG.

5 | A EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES DO CEPP E MATERNIDADE HU/UEPG E AS RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA O PARTO SEGURO E HUMANIZADO

No ano de 2018, a OMS publicou 56 recomendações para que o parto seja uma experiência segura (WHO, 2018). Considera-se que, dos 140 milhões de partos que acontecem mundialmente ano após ano, a grande maioria se dá entre mães de baixo risco para complicações. Assim, o evento do parto deve ser um fenômeno natural e bem acompanhado. Não há porque medicalizar e tornar as cesáreas, sem indicação precisa, uma rotina de escolha em detrimento ao parto vaginal. No entanto, a OMS indica que as cesáreas são seguras e excelentes, desde que bem indicadas.

Além disso, o OMS inclui nestas recomendações que os partos envolvam um cuidado respeitoso da maternidade, efetiva comunicação profissional-gestante/familiares e possibilidade de acompanhante no trabalho de parto. Diante do aumento preocupante dos partos cirúrgicos no mundo, é indicado que também se respeite a vontade da gestante em ter um parto totalmente natural, para que faça a escolha da melhor posição para gerir sua dor.

Assim, o CEPP e a maternidade do HU/UEPG como um todo, dentro das políticas internacionais, nacionais e estaduais (que enfatizam a humanização dos serviços e as práticas mais próximas da vida das pessoas), têm buscado atender as diretrizes propostas pela OMS, pelo Ministério da Saúde e pela ANS. Através de educação permanente profissional, sensibilização da equipe, a maternidade do HU/UEPG tem propiciado a proatividade das puérperas e seus acompanhantes, a fim de alcançar a naturalidade do processo de cuidar.

Um exemplo a ser citado é de que toda gestante tem a oportunidade de conhecer a maternidade e conversar com a equipe antes do parto, em uma consulta que ocorre a partir de 37 semanas gestacionais, realizada com agendamento prévio. De outro modo, a maternidade disponibiliza métodos não farmacológicos para controle da dor, tais como massagens, atividades programadas pelos educadores físicos, o uso de banquinhos, bolas e banhos quentes, dentre outros. A qualquer gestante é garantido o direito a ter um acompanhante ao longo do trabalho de parto.

A alimentação também tem sido permitida as mães no pré-parto, assim como o envolvimento de doulas foi incorporado desde 2017. As mães, portanto, podem também escolher estar com sua doula como acompanhante. Esse trabalho com as doulas foi reforçado em dois cursos de formação ofertados pelos residentes em enfermagem obstétrica à comunidade.

6 | CONCLUSÃO

O parto é um evento natural da vida da mulher que precede o desenvolvimento de

tecnologias, mas que as acolhe desde que bem indicadas no tempo e na relação risco/benefício. O CEPP e a maternidade HU/UEPG têm vivido intensamente experiências para melhoria da qualidade da atenção ao binômio mãe-filho. Neste contexto, notou-se que os procedimentos e atendimentos obstétricos aumentaram, mas os partos vaginais com métodos de amparo e respeito à mãe também cresceram.

Os desafios são muitos, mas o engajamento da equipe extensionista, de residentes e profissionais, têm superado as dificuldades. Espera-se que este seja apenas o prefácio da história de uma maternidade responsável e respeitosa que continuará sendo referência para sua região na formação profissional e na qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** (IBGE). Panorama de Ponta Grossa. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Ministério da Educação. Secretaria Executiva. Brasília. DF. 2002.

BRASIL. **Programa Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. Brasília. 2008.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

BRASIL. **Programa Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

PARANA. Secretaria Estadual de Saúde. **Sistema de Informações sobre mortalidade e nascidos vivos** [Internet]. Disponível em: <http://www.tabnet.sesa.pr.gov.br/>

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Sciential Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO MANEJO DE UM CASO CLÍNICO COMPLEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kezia Cristina Batista dos Santos

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Tamires Barradas Cavalcante

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Gabriela Sellen Campos Ribeiro

São Luís – Maranhão

Adrielly Haiany Coimbra Feitosa

São Luís – Maranhão

Mirtes Valéria Sarmiento Paiva

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

RESUMO: Objetivou-se relatar a experiência da realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe da residência multiprofissional em saúde a uma paciente portadora de doença de *Behçet* dentro contexto hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado na Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), no mês de novembro de 2017. Participaram do PTS: a paciente, sua mãe e a equipe multiprofissional. Realizaram-se reuniões e

rodas de conversas com discussões pautadas no referencial do PTS sustentado pelos princípios da Clínica Ampliada, onde foram levantadas as necessidades de saúde da paciente e cuidadora resultando na elaboração do plano de intervenções baseado nas necessidades de saúde, sociais e político-programáticas do caso. Verificou-se a construção de uma nova forma de trabalho em equipe que possibilitou a articulação e interação de diferentes saberes, criação de vínculo e escuta qualificada, além de permitir o diálogo direto entre a paciente, cuidadora e toda equipe multiprofissional. A comunicação estabelecida entre os profissionais possibilitou a reavaliação constante das ações propostas no plano de intervenções. O PTS mostrou-se uma importante ferramenta do cuidado, com foco na humanização e acolhimento, fortalecimento de vínculo terapêutico e corresponsabilização tendo como base a figura do usuário sob uma dimensão biopsicossocial proporcionando uma assistência integral e de qualidade. O valor desta experiência favorece a práxis dos profissionais em formação, conferindo experiência de vivência terapêutica multi/interdisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de assistência ao paciente, Assistência à saúde, Enfermagem.

ABSTRACT: The objective of this study was to report the experience of the realization of the Unique Therapeutic Project (PTS) by the

multiprofessional health residency team to a patient with Behçet's disease in a hospital setting. This is a descriptive study of the type of experience performed at the Adult Clinical Care Unit of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HUUFMA), in November 2017. Participants in the PTS were: the patient, her mother and the multiprofessional team. Meetings and discussions were held with discussions based on the PTS framework supported by the principles of the Expanded Clinic, where the health needs of the patient and caregiver were raised, resulting in the elaboration of the intervention plan based on health, social and political-programmatic of the case. The construction of a new form of teamwork has enabled the articulation and interaction of different knowledge, bonding and qualified listening, as well as allowing direct dialogue between the patient, caregiver and the multiprofessional team. The communication established among the professionals allowed the constant reassessment of the actions proposed in the intervention plan. The PTS has proved to be an important tool of care, focused on humanization and fostering, strengthening of therapeutic bond and co-responsibility based on the figure of the user under a biopsychosocial dimension providing integral and quality assistance. The value of this experience favors the praxis of the professionals in training, conferring experience of multi/interdisciplinary therapeutic experience.

KEYWORDS: Patient Care Team, Delivery of Health Care, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite multissistêmica que pode ser definida na fronteira entre a doença autoimune e autoinflamatória (FERRÃO et al., 2015). As causas da DB permanecem desconhecidas. Vários agentes têm sido apontados na literatura incluindo agentes infecciosos, mecanismos imunológicos e genéticos (FERNANDES et al., 2017; OZEN; EROGLU, 2013).

Classicamente, a DB tem um pico de incidência na terceira e quarta décadas de vida, sendo rara em crianças ou em adultos com mais de 50 anos (FERRÃO et al., 2015; MIRANDA; MONTEIRO; BARRETO, 2012). É especialmente prevalente na região do Mediterrâneo e do Extremo Oriente. Indivíduos da raça negra não são afetados (MIRANDA; MONTEIRO; BARRETO, 2012). Há uma predominância do sexo masculino na DB, que pode atingir uma relação de 7:1, sendo menos evidente noutros estudos (FERNANDES et al., 2017; SAADOUN; WECHSLE, 2012).

O diagnóstico de DB é clínico, não havendo qualquer exame analítico, imagiológico ou histológico patognomônico (FERRÃO et al., 2015), o que pode gerar atraso no diagnóstico e implementação de tratamento oportuno (MIRANDA; MONTEIRO; BARRETO, 2012). Apresenta-se com formas clínicas muito variadas, que têm níveis de gravidade muito diferentes. As lesões mucocutâneas, habitualmente presentes logo no início da DB, são manifestações características da doença (úlceras orais e genitais, pseudofoliculite, eritema nodoso), que em conjunto com as lesões oculares e

articulares representam os sinais mais frequentes das séries publicadas (FERRÃO et al., 2015; FERNANDES et al., 2017; MIRANDA; MONTEIRO; BARRETO, 2012).

A terapêutica a utilizar depende da manifestação clínica e vai desde o simples tratamento tópico à imunossupressão profunda (FERRÃO et al., 2015; FERNANDES et al., 2017). As úlceras genitais e orais são em geral adequadamente tratadas com corticosteroides tópicos. Nos períodos de exacerbação das lesões mucocutâneas, corticosteroides sistêmicos podem ser empregados. As formas vasculares, normalmente respondem a corticosteroides sem a necessidade de imunossupressores na prevenção de recidivas. Associam-se antiagregantes plaquetários. Aneurismas com risco de sangramento podem exigir intervenção cirúrgica (MIRANDA; MONTEIRO; BARRETO, 2012; NEVES; MORAIS; GONÇALVES, 2006).

A DB é uma doença crônica, de curso incerto, com uma evolução entre surtos e remissões, e de prognóstico muito variável entre os doentes (FERNANDES et al., 2017). Deste modo, é necessário o planejamento do cuidado de forma sistematizada e integral para potencializar a capacidade de resposta do serviço de saúde às necessidades individuais e das famílias com doenças crônico-degenerativas e sindrômicas. O plano de cuidado deve ser concebido de forma multidisciplinar, em equipe, na qual cada profissional de saúde deverá desenvolver ações complementares, de forma a favorecer o cuidado integral (ASSEGA et al., 2015).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) vem discutindo estratégias terapêuticas afim de aprimorar a produção de saúde e de assistência reorganizando as relações humanas e promover mudanças no modelo de atenção/gestão de casos clínicos complexos (ASSEGA et al., 2015; LIMA; MOURA; CAVALCANTE, 2017).

Assim, surge o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ferramenta que auxilia a transição da clínica tradicional médico-biologicista para a clínica ampliada humanizada, articulando a tríade equipe-usuário-família bem como construindo estratégias que visam à produção do cuidado e a assistência integral ao usuário (LIMA; MOURA; CAVALCANTE, 2017). Caracteriza-se como 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. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2007).

Devido à natureza crônica da DB, marcada por remissões e exacerbações, somado ao fato de que até o presente momento não existe cura, a não ser o tratamento paliativo e preventivo, considera-se como desafio atual não somente manter a sobrevivência dos indivíduos portadores da doença, mas também, oferecer intervenções multiprofissionais no intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento e as complicações clínicas.

Tendo em vista a importância do PTS na prestação de um cuidado humanizado e integral, complexidade envolvida no caso e por ser uma proposta de mudança na práxis cotidiana do cuidado à saúde no cenário estudado, objetivou-se, neste estudo,

relatar a experiência da realização do PTS pela equipe da residência multiprofissional em saúde a uma paciente portadora de DB dentro contexto hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Este estudo resultou de uma atividade teórico-prática proposta pela disciplina “interdisciplinaridade” do programa de residência multiprofissional em saúde de um hospital universitário do nordeste brasileiro, realizada no segundo semestre de 2017, propondo a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em uma atividade de campo.

Trata-se de um relato de experiência com análise reflexiva. A escolha do caso clínico se deu mediante discussão em grupo, após visita beira leito, quanto aos critérios de maior risco e vulnerabilidade biopsicossocial. O caso a ser discutido neste estudo é proveniente da Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto da instituição. Participaram do estudo: a paciente portadora de DB, sua mãe e a equipe multiprofissional composta por 12 profissionais residentes das áreas de Enfermagem, Assistência Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmácia e seus preceptores.

A metodologia empregada na produção deste relato é o PTS pautado pelos princípios da Clínica Ampliada. O PTS, é constituído de quatro momentos, descritos a seguir: 1. Diagnóstico, que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário, devendo tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social; 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, momento em que se definem as tarefas de cada um com clareza; 4. Reavaliação, etapa em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2007).

Realizaram-se reuniões e rodas de conversas em equipe multi e interdisciplinar, que consistiram na discussão sobre dados sociodemográficos e clínicos da paciente, elaboração gráfica de arranjo familiar (familiograma), histórico da paciente e ações clínicas já realizadas pelos diversos profissionais, avaliação das vulnerabilidades, pactuação dos objetivos e elaboração de um plano de intervenção baseado nas necessidades de saúde, sociais e político-programáticas do caso. A reavaliação do plano ocorreu a cada 7 dias nas primeiras 3 semanas e a cada 15 dias nos 2 meses subsequentes até a alta domiciliar da paciente.

As reuniões foram realizadas junto aos profissionais da Unidade de Cuidados Clínicos do Adulto do referido hospital (profissionais residentes e preceptores) com

repassa e discussão das intervenções e do plano de cuidado para a equipe assistencial do setor. Os encontros aconteceram nas quartas-feiras, no período da tarde, durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após seleção da paciente, iniciou-se a construção do PTS. Os resultados são apresentados nos quatro momentos descritos a seguir:

Primeiro Momento: Diagnóstico

Neste primeiro momento, foi realizado o diagnóstico situacional e biopsicossocial da usuária a partir de uma abordagem multiprofissional, com acolhimento e escuta qualificada à cuidadora, frente a impossibilidade de comunicação direta com a paciente, em virtude de seu quadro clínico. Identificou-se as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades da paciente e cuidadora; além das intervenções já realizadas e respectivos resultados.

De acordo com a Política Nacional HumanizaSus, tanto o usuário hospitalizado como seus familiares também devem ser inteirados sobre o planejamento da equipe com intuito de promover condições de co-elaboração no PTS (BRASIL, 2007). A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do PTS convida a equipe de saúde a entender as situações percebidas como de difícil resolução e que esbarram nos limites da Clínica Tradicional, sendo necessário, uma anamnese aprofundada, com as perguntas da anamnese tradicional, mas dando espaço para as ideias e as palavras do usuário (LIMA; MOURA; CAVALCANTE, 2017).

Os diagnósticos desenvolvidos foram transcritos para um livro de registro designado para o caso. Ressalta-se, que tais diagnósticos não são “fechados” ou “concretos”, mas sim flexíveis e passíveis de modificações de acordo com a melhora ou piora (diagnósticos biológicos); resolução ou não (diagnósticos psicossociais), conforme avaliação da equipe.

Segundo Momento: Definição de Metas

No segundo momento, definição de metas, são definidas as questões sobre as quais se pretende intervir, norteadas pela inserção social, ampliação de autonomia e ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo (BRASIL, 2007).

Nesta etapa de desenvolvimento do PTS, a interação de áreas é permeada pelo exercício do diálogo, considerando a negociação das diferentes opiniões profissionais que buscam a solução do problema e a melhor assistência ao usuário, em que cada profissional contribui com seu conhecimento na resolução da problemática, podendo assim gerar resultados satisfatórios (ASSEGA, et al., 2015).

Debateram-se o caso de maneira interdisciplinar, mesmo que algumas profissões exercessem um protagonismo maior quando comparado às outras em determinados momentos. Cada profissional, em sua área de atuação, propôs metas e firmou prazos para execução das mesmas, em que todos puderam participar na elaboração de tais intervenções adotadas.

Após elaboração dos diagnósticos, foram traçadas propostas de curto, médio e longo prazo culminando no plano de intervenções relativo ao caso, apresentado à cuidadora. A mesma mostrou-se receptiva e prestativa, participando conjuntamente com a equipe no planejamento e execução das ações. Foram observadas as preferências e sugestões da cuidadora em relação às condutas e tratamento prescritos.

Durante as reuniões que contaram com a participação da cuidadora, assim como nos atendimentos à paciente, preconizou-se o estabelecimento e manutenção de vínculo terapêutico e escuta qualificada, visando a aproximação da equipe com usuária/família.

Terceiro Momento: Divisão de Responsabilidades

Neste momento, divisão de responsabilidades, define-se um profissional de referência que articula e cuida do PTS. Podendo ser qualquer profissional da equipe de saúde. Geralmente é o profissional de referência com quem o usuário tem melhor vínculo. Ele coordena o PTS, suas tarefas, metas, prazos e reavaliação do processo tanto com o usuário e familiares, quanto com equipes e outros parceiros envolvidos (BRASIL, 2007).

Selecionou-se o enfermeiro de referência que acompanhava o caso como profissional de referência (coordenação) do PTS, por manter melhor vínculo e proximidade com a paciente e cuidadora/família. Por conseguinte, dividiu-se as responsabilidades para execução do PTS, buscando sempre compartilhar os mesmos objetivos entre os membros da equipe multiprofissional de modo que as ações estivessem sincronizadas. Procedeu-se a execução do plano de intervenções, em consonância com os planos de cuidados assistenciais de cada profissional firmados e descritos no livro do caso, com posterior reavaliação.

Quarto Momento: Reavaliação

Na quarta etapa, foram revistos os prazos, expectativas, tarefas, metas, objetivos e resultados em equipe. Após discussão e reavaliação do plano pontuaram-se as principais variáveis que singularizavam o caso: a dificuldade do manejo da DB com relação aos recursos e informação à família e a qualidade e eficiência do sistema de saúde para contemplar de fato as necessidades da paciente e cuidadora.

Durante a execução do plano de intervenções, evidenciou-se a manutenção de estabilidade do quadro clínico da paciente, que permanecia internada na unidade pela demanda estrutural e assistencial prestada. Foi levantada a possibilidade de alta para

internação domiciliar com o apoio do Programa Melhor em Casa, após treinamento e capacitação da cuidadora quanto aos cuidados necessários e adequação de infraestrutura do domicílio para assistência à paciente. Foram realizadas articulações com a rede de apoio externa ao hospital, contemplando serviços de saúde (Programa Melhor em Casa, unidade básica próxima a residência da paciente) e assistência social (Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Serviço de Previdência Social).

A proposta da construção do PTS, juntamente com a usuária/família, assumiu um papel relevante durante todo processo, o qual foi elaborado com base nas necessidades de biopsicossociais e programáticas encontradas. Pode-se analisar a singularidade do caso, visualizando sua integralidade, potencialidades, modo de vida e suas relações, além dos diversos fatores que a DB implica na vida da paciente e sua cuidadora (físicos, econômicos, sociais e emocionais), contemplando as necessidades expostas e traçando possíveis intervenções no processo de promoção e cuidar à saúde.

Ressalta-se, a importância de discussão das dificuldades encontradas na realização do PTS, tais como: pouca adesão de alguns profissionais do serviço nas fases de construção do PTS e interação insuficiente destes com o restante da equipe assistencial em virtude da grande demanda de outros atendimentos e da rotatividade de profissionais entre serviços. Novos arranjos e esforços devem ser feitos, com a finalidade de reformular o processo de trabalho em equipe tendo em vista a incorporação desta ferramenta no cotidiano de trabalho e conscientizá-los sobre a importância do PTS para prestação de uma assistência holística, individualizada e humanizada.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PTS mostrou-se uma importante ferramenta do cuidado, com foco na humanização e acolhimento, fortalecimento de vínculo terapêutico e corresponsabilização tendo como base a figura da usuária e de sua cuidadora sob uma dimensão biopsicossocial, proporcionando uma assistência integral e de qualidade. Verificou-se que a proposta do PTS para este caso contribuiu positivamente para a identificação das necessidades de saúde da paciente e família, planejamento e implementação de intervenções direcionadas, bem como a viabilização do seguimento dos cuidados em saúde pós-alta. O valor desta experiência favoreceu a práxis dos profissionais em formação, conferindo experiência de vivência terapêutica inter/transdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ASSEGA, M. L. et al. **Projeto terapêutico singular e equipe multiprofissional no manejo de um caso clínico complexo**: relato de experiência. Rev enferm UFPE on line. v. 9, n. 4, p. 7482-7488, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13608/16440>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.

FERNANDES, H. et al. **Doença de Behçet**: um desafio diagnóstico numa adolescente. *Nascer e Crescer*. v. 26, n. 4, p. 240-242, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542017000400006>. Acesso em: 22 jul. 2018.

FERRÃO, C. et al. **A nossa regra de ouro na doença de Behçet**: tratar a manifestação clínica. *Arq. Med.* v. 29, n. 3, p. 75-79, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000300003>. Acesso em: 22 jul. 2018.

LIMA, C. V. C.; MOURA, M. S. R.; CAVALCANTE, M. V. S. **Projeto terapêutico singular como abordagem multiprofissional no hospital**. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*. v. 2, n. 2, p. 472-482, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3018>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MIRANDA, C. A. F. C.; MONTEIRO, O. J. A.; BARRETO, J. N. C. M. **Comprometimento arterial na síndrome de Behçet**. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*. v. 14, n. 3, p. 105-107, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/5974>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

NEVES, F. S.; MORAES, J. C. B.; GONÇALVES, C. R. **Síndrome de Behçet**: à procura de evidências. *Rev Bras Reumatol*. v. 46(suppl 1), p. 21-29, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042006000700005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jul. 2018.

OZEN, S.; EROGLU, F. K. **Pediatric-onset Behçet disease**. *Curr Opin Rheumatol*. v. 25, n. 5, p. 636-642, 2013. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23872902>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SAADOUN, D.; WECHSLER, B. **Behcet's disease**. *Orphanet journal of rare diseases*. v. 7, n. 1, p. 1-6, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472229/pdf/1750-1172-7-20.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS DO PACIENTE COM ESTOMIA INTESTINAL DE ELIMINAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Maria Mileny Alves da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Renata Kelly dos Santos e Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Gabriela Araújo Rocha

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

David de Sousa Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Ana Karoline Lima de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Denival Nascimento Vieira Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Maria da Glória Sobreiro Ramos

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

João Matheus Ferreira do Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Zeila Ribeiro Braz

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Camila Karenine Leal Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –

Piauí. Departamento de Enfermagem

Maria Luziene de Sousa Gomes

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará.
Departamento de Enfermagem

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

RESUMO: A estomia intestinal de eliminação consiste na abertura cirúrgica no abdome visando a exteriorização de uma parte do intestino para a eliminação de fezes. Vinculado a isso, as alterações que precedem esse procedimento não são apenas fisiológicas, envolvendo implicações e expondo a necessidade da aprimoração na prestação de assistência ao paciente. Objetivou-se realizar uma reflexão acerca dos direitos do paciente com estomia no contexto do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio da leitura dos estudos coletados das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Medical LiteratureAnalysisandRetrieval System Online (MEDLINE). Para isso, utilizou-se como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 2009-2019, com texto disponível na íntegra e nos idiomas inglês e

português. Ademais, fez-se uso de documentos publicados oficialmente pelo Ministério da Saúde, a fim de fornecer maior embasamento teórico para a reflexão junto ao contexto do Sistema Único de Saúde. Assim, a amostra deste estudo foi composta por 5 artigos e 17 documentos reguladores. Após a análise das portarias, decretos e leis, examinou-se os principais direitos incorporados a esses pacientes e, além disso, com a leitura de artigos, observou-se a escassa produção científica sobre a temática. Infere-se, portanto, que a obtenção de todas essas garantias advém de anos de esforço e observa-se que ainda há lacunas concernentes à assistência holística ao usuário. Também nota-se a escassez de produções sobre essa temática, sugerindo, assim, que este contexto seja aprofundado e enriquecido.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos do paciente, estomia, SUS

REFLECTION ON THE RIGHTS OF THE PATIENT WITH INTESTINAL ESTOMIA OF ELIMINATION IN THE CONTEXT OF SUS

ABSTRACT: The intestinal stoma has a surgical opening in the abdomen aiming an exteriorization of a part of the intestine for a stool elimination. Linked to this, since the changes that precede the rule are not physiological, with implications and exponentiation in the improvement of the care of the patient. The objective was to carry out an investigation about the rights of the patient with stoma in the context of SUS. This is an integrative review of the literature, carried out by reading the studies of the databases of the Virtual Health Library (VHL), the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the Online Medical Literature Analysis and Recovery System (MEDLINE). To do so, use the following categories of scientific data from 2009-2019, with full text available in English and Portuguese. In addition, an official document was made by the Ministry of Health, in order to provide a more theoretical basis for a reflection along with the Unified Health System. Thus, from the study was made by 5 articles and 17 regulatory documents. After the analysis of portaries, decrees and laws, exams-the rights rights incorporate the patients and, in addition, with a reading reading articles, told a scientific production about the thematic. Before the study, it is inferred that a survey of all the guarantees of years of validity and observation is made by gaps in relation to the user's holistic assistance. It is also a shortage of productions on this subject, suggesting, therefore, that this context is deepened and enriched with more productions.

KEYWORDS: Patient's rights, stomies, SUS

1 | INTRODUÇÃO

As estomias intestinais de eliminação consistem na exteriorização de uma porção do intestino por meio de abertura cirúrgica na parede abdominal, possibilitando a eliminação de fezes. Em indivíduos adultos, as principais causas determinantes para a realização de uma estomia são: câncer de cólon e reto, traumas, e doenças

inflamatória do intestino, tais como retocolite ulcerativa e doença de Crohn (BRASIL, 2009).

A confecção de uma estomia intestinal resulta em alterações fisiológicas e anatômicas consideráveis relacionadas à perda do controle dos esfíncteres que, sem a possibilidade de contenção pelo paciente estomizado (MEDEIROS et al, 2017), geram medo e insegurança pelos sons e odores provocados, interpretados como transgressão de limites corporais (MAURICIO; SOUZA; LISBOA, 2013). Assim, esse procedimento está atrelado a uma série de implicações no cotidiano do paciente, envolvendo questões físicas, emocionais, psicológicas e sociais, expondo a necessidade de se aprimorar a multidisciplinaridade na prestação de assistência ao paciente.

As alterações causadas pela estomia excedem a fisiologia gastrointestinal, em que a pessoa é exposta a um conjunto de fatores que podem comprometer seu bem-estar psicológico e relacionamentos interpessoais. Tais fatores podem afetar negativamente a autoestima, resultando em mudanças em âmbito familiar, profissional e emocional, tendendo ao afastamento da sua rede de apoio e prejudicando seu estado mental e bem-estar sociocultural (BATISTA, 2014).

Orientar quanto às complicações periestomais, realização do autocuidado, vínculo integrador e promotor da reinserção social e tornar conhecida a oferta dos serviços de saúde ao estomizado fazem parte do papel do enfermeiro na assistência a essas pessoas e constitui elementos fundamentais para a qualidade do cuidado (BRITO et al., 2018). Nesse ínterim, a disponibilidade de profissionais aptos para prestar assistência integral se faz necessária para alcançar a reabilitação satisfatória dos mesmos. Ademais, o amparo deve estender-se à família do paciente, visando prepará-la para lidar com as implicações da estomia no cotidiano dos envolvidos (SILVA et al, 2017).

No contexto das políticas públicas de saúde em âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS-, voltadas às pessoas vivendo com estomias, fez-se nesse estudo uma análise retrospectiva do arcabouço legal voltado à incorporação de direitos dos usuários do SUS vivendo com estomia de eliminação intestinal. Dessa forma, este estudo possui caráter relevante, pois pode proporcionar aos pacientes estomizados o conhecimento dos seus direitos dentro SUS, contribuindo, dessa forma, para que o tratamento seja qualificado, permitindo uma boa qualidade de vida, recuperação rápida e sem complicações.

Nesse sentido, o objetivo desta revisão foi de realizar uma reflexão acerca dos direitos do paciente com estomia no contexto do SUS, com base na literatura científica disponível atualmente.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura de natureza qualitativa. A revisão integrativa constitui um recurso pertinente à tomada de decisão a favor

das melhores práticas clínicas, a partir deste, é possível sintetizar o conhecimento produzido sobre uma temática específica, apontando lacunas que devem ser sanadas com estudos futuros. Refere-se como método valioso para a enfermagem, em especial para profissionais que não dispõem de muito tempo para leitura de múltiplos estudos (BOTELHO, CUNHA, MARCELO, 2011).

Assim, as etapas contempladas no processo de revisão foram: 1. Definição do objetivo do estudo, partindo do pressuposto de que o tema deve ser de relevância para o conhecimento científico da saúde, principalmente para a enfermagem; 2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão a serem aplicados aos estudos; 3. Delineamento das informações de interesse que serão extraídas dos estudos selecionados, provocando um refinamento nos resultados encontrados; 4. Avaliação dos estudos na íntegra; 5. Interpretação dos achados; e, 6. Apresentação da revisão com o conteúdo mais relevante sintetizado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

O estudo se desenvolveu a fim de atender a seguinte questão de pesquisa: “Qual o estado da arte sobre a expressão dos direitos do paciente com estomia no contexto do Sistema Único de Saúde?”. A elaboração da questão se deu por meio da estratégia PICO, visando a dissolução detalhada dos problemas encontrados na prática assistencial e a sua adequada organização, como é recomendado pela Prática Baseada em Evidência (PBE) (SANTOS, PIMENTA NOBRE, 2007), (quadro 1).

Descrição	PICO	Componentes	Descritores (Decs-BVS*)
População	P	Artigos e publicações ministeriais	-
Interesse	I	Direitos dos pacientes estomizados	Direitos do Paciente; Estomia; Políticas de Saúde
Contexto	Co	Sistema Único de Saúde	Sistema Único de Saúde e

Quadro 1 - Pergunta de pesquisa, segundo a estratégia Problema, Intervenção, Controle e Outcomes, resultados esperados - PICO, Brasil, 2019.

Legenda: Descritores em Ciências e Saúde (DECs) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os estudos foram coletados das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), através do cruzamento dos Descritores em Ciências e Saúde (DECs): Direitos do Paciente, Estomia, Sistema Único de Saúde e Políticas de Saúde, intercalados pelo operador booleano AND e inserido nos idiomas inglês e português, segundo a base pesquisada.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 2009-2019, com texto disponível na íntegra e nos idiomas inglês e português. Ademais, foram utilizados documentos publicados oficialmente pelo Ministério da Saúde, a fim de fornecer maior embasamento teórico para a reflexão junto ao contexto do Sistema

Único de Saúde. Assim, a amostra deste estudo foi composta por 5 artigos e 17 documentos reguladores ofertados pelo Ministério da Saúde.

Após a análise das portarias, decretos e leis direcionados às pessoas vivendo com estomia de eliminação intestinal no contexto das políticas públicas de saúde em âmbito SUS, fez-se uma leitura pormenorizada desse arcabouço legal, a fim de examinar os principais direitos incorporados a partir da homologação de cada ato legislativo.

3 | RESULTADOS

A análise das portarias, decretos e leis direcionados às pessoas vivendo com estomia de eliminação intestinal no contexto das políticas públicas de saúde em âmbito SUS é apresentada no Quadro 1, sendo organizados conforme ordem cronológica.

Legislação e Data de publicação	Disposições
Portaria MS Nº 116 de 09 de setembro de 1993.	Refere-se a concessão das órteses e próteses ambulatoriais, a adaptação e treinamento do paciente será realizada, essa portaria enfatiza a disponibilização de bolsas de estomias.
Declaração dos Direitos da Pessoa com Estomia, 1993.	Apresenta as necessidades especiais desse grupo específico e os cuidados que eles requerem. Eles precisam receber as informações e cuidados que os capacitem a viver uma vida autônoma e independente e participar de todos os processos decisórios.
Portaria MS Nº 146 de 14 de outubro de 1993.	Estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial, a partir da Portaria MS Nº 116 de setembro de 1993. A coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, constantes da referida portaria, ficará sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, através de coordenação técnica designada pelo gestor local.
Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.	Regulamenta a lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.
Decreto Nº 5.296 de 2 de Dezembro de 2004.	Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
Política Nacional das Pessoas com Estomias (SOBEST E ABRASO - 2005).	Possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida deste segmento da população, amparadas na defesa do preceito constitucional da saúde como direito de todos e dever do estado.
Lei 11.506, de 19 de julho de 2007.	Institui a data de 16 de novembro como o Dia Nacional do Ostomizados.
Portaria GM nº 2.848 de 06 de novembro de 2007	Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009	Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Portaria nº 620, de 12 de novembro de 2010	Inclui na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações utilizada no SCNES, a CBO 2235-C3 - Enfermeiro Estomaterapeuta.
Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012	Torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde.
Lei nº 13.031 de 24 de setembro de 2014	Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado símbolo nacional de pessoa ostomizada.
Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014	Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Quadro 1: Trajetória histórica da legislação referente aos direitos dos estomizados. Picos, 2019.

Além dessa análise legislativa no contexto do SUS brasileiro, para compor a revisão integrativa, foram incluídos 5 artigos, dos quais observou-se que duas publicações aconteceram em 2017, uma em 2014, uma em 2013 e outra em 2009, revelando a escassa produção científica sobre a temática. Quanto ao método adotado, observou-se estudos qualitativos (n=4; 80%) e quantitativo (n= 1; 20%), conforme disposto no quadro 2.

Nº	Título do artigo	Autores; Ano; País	Método	Resultados
1	Avaliação da implantação do serviço de atenção à saúde das pessoas estomizadas	MORAES, et al, 2017. Brasil.	Pesquisa avaliativa, estudo seccional.	Foram analisados dados sobre estrutura e processo dos serviços de saúde, onde foi possível observar que apenas 11% atingiram o grau de implantação total; com 42% implantação satisfatória; incipientes 36% e 11% classificaram-se como não implantados. Como relação a organização do programa, a estrutura foi melhor avaliada que o processo, evidenciou-se a ausência de capacitação e orientação dos profissionais, atendimento em grupo, organização da demanda de assistência, bem como, a escassez de enfermeiro qualificado.
2	Dinâmica Sócio-Familiar com pacientes portadores ostomia intestinal definitiva	CETOLIN, et al, 2013. Brasil.	Pesquisa qualitativa.	O amparo da família torna-se indispensável para os pacientes ostomizados, pois através do suporte ofertado, é possível promover uma nova identidade para os portadores, proporcionando conseqüentemente, uma melhoria da autoestima e reinserção social.

3	Pacto em defesa da saúde:divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação	KOERICH, et al, 2009. Brasil.	Pesquisa-ação, com abordagem Qualitativo-construtivista.	Discutiu a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com pacientes e familiares que buscaram atendimento em serviço público. Inferiu-se que a carta dos direitos dos usuários do SUS se coloca como um dispositivo importante para o cidadão conhecer os seus direitos de acesso ao sistema de saúde, com ênfase no direito ao acesso e no atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4	Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal.	OLIVEIRA, et al; 2014. Brasil.	Pesquisa qualitativa.	Dos dados emergiram três categorias: Relação com a doença e seus tratamentos; Impacto frente ao tratamento e à reabilitação e Redes de apoio. Reafirmou a representação da doença associada à finitude. Para amenizar as angústias e o sofrimento os cuidadores familiares buscam apoio, principalmente na espiritualidade.
5	Cuidado integral à pessoa estomizada na atenção básica - conhecimento e atuação do enfermeiro.	OLIVEIRA, L. N; LOPES, A. P. A. T; DECESARO, M. N. 2017. Brasil	Pesquisa qualitativa	Acredita-se que a realização de cursos de capacitação do enfermeiro de todas as UBS poderia contribuir na atuação direcionada ao cuidado, melhorando a qualidade da assistência prestada ao doente, e isso refletiria no processo adaptativo e na qualidade de vida dos estomizados e de suas famílias.

Quadro 2: Caracterização dos artigos quanto ao título, autor/ano/país de publicação, método e resultados Picos, 2019.

4 | DISCUSSÃO

Com as crescentes discussões acerca do Sistema Único de Saúde, a temática da humanização e da priorização das necessidades de saúde dos indivíduos, em especial os grupos vulneráveis, é de cunho histórico e vem ganhando destaque. Um documento que consolidou isto foi a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, instituída pela Portaria nº 1.820/ 2009, que se caracteriza por ser um aparato ao cidadão, para que este conheça sobre seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente no seu país. (KOERICH et al, 2009).

Trazendo esse contexto para a realidade do paciente estomizado, que é usuário dos serviços do SUS, observa-se que a Carta também o contempla em suas entrelinhas, principalmente no tocante de que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, a direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema e atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (KOERICH et al, 2009).

É necessário que os profissionais de saúde sejam adequadamente capacitados para assumir as suas funções, propiciando assistência de qualidade à pessoa com estomia e aos seus familiares. Conhecer as vivências do cuidador familiar permite analisar as políticas públicas relacionadas à pessoa com estomia e concluir que existem falhas no processo de assistência em saúde, em suma, são dificuldades do profissional de saúde em lidar com as singularidades da pessoa com estomia e de seu familiar. De forma tal, que seja implementado uma formação de profissionais de

saúde para a valorização não só do conhecimento científico, mas, sobretudo para a compreensão das necessidades do ser humano diante do processo de adoecimento e de todos que se encontram a ele vinculados (OLIVEIRA et al, 2014).

Diante dos pontos supracitados, convém destacar a importância do amparo familiar durante todo esse processo, pois a mesma será uma base de sustentação e apoio que o ostomizado precisará frequentemente para auxiliá-lo, pois o mesmo estará enfrentando as transformações resultantes da estomia e a perda de um sistema que irá privá-lo do controle fecal e de eliminações de gases (CETOLIN et al, 2013).

O Decreto nº 3.298/1999 (BRASIL, 1999), assegura o pleno exercício dos direitos individuais sociais das pessoas portadoras de deficiência, possibilitando legalmente um amparo quanto à concessão de bolsas coletoras e materiais auxiliares, dado que tais equipamentos proporcionam um atendimento completo das necessidades e aumentam a possibilidade de independência e inclusão dos pacientes com estomia.

Já o Decreto 5.296/2004 (BRASIL, 2004) caracteriza os pacientes estomizados como deficientes físicos, possibilitando assim, que os mesmos estejam respaldados por leis que regulamentam os direitos das pessoas com deficiência, tendo como exemplo, o auxílio financeiro mensal pago para o para o paciente que possui dificuldade financeira ou é dependente do sustento de outros familiares. Diante deste cenário de avanços nos direitos dos pacientes estomizados, ressalta-se a conquista social, através do reconhecimento desta condição, por meio da Lei 11.506/2007 (BRASIL, 2007), que estabelece como a data de 16 de novembro de cada ano como o dia Nacional dos Ostomizados.

A formulação da Política Nacional Das Pessoas Com Estomias (SOBEST/ABRASO,2005), representa uma importante conquista para consolidação dos direitos das pessoas com estomias, com base no disposto na Norma Operacional da Atenção à saúde – NOAS-SUS 01/2001, aprovado pela Portaria GM/MS Nº 95, de 26/2001 (BRASIL, 2001). A partir disso, há a possibilidade de garantir às pessoas com estomas, uma atenção integral em todos os níveis de complexidade, somando ao amparo da organização e implementação de serviços especializadas, que possibilitaram o autocuidado e reabilitação física e psicossocial da pessoa com estoma, propiciando desta forma, uma melhoria da qualidade de vida.

Na portaria GM nº 2.848/2007 (BRASIL, 2007), que publica acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, estabelece que a gestão dessa tabela é de responsabilidade exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde, na qual foi aprovado a respeito da estrutura organizacional e o detalhamento completo dos procedimentos da tabela, seus medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, dentre estes os equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas estomizadas.

De acordo com Moraes et al (2017) a atual conjuntura está para além das condições estruturais, enfatizando a presença de profissionais de saúde para a realização da

assistência nos serviços acarretando na garantia do acesso e da qualidade do cuidado de que necessitam as pessoas estomizadas.

Um grande marco, que merece representatividade na trajetória histórica dos direitos dos estomizados é a Portaria 400/2009. Há aproximadamente 10 anos vem considerando a necessidade de garantir às pessoas vivendo com estomia a atenção integral à saúde. Para tal, exige um complexo rearranjo de recursos humanos e financeiros (BRASIL, 2009).

Também foram abordados e definidos os fluxos de referência e contrarreferência, citando a Atenção Básica como porta de entrada e os Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas, aqui destacando que as ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações nas estomias devem ser realizadas na atenção primária, responsável pelo apoio matricial (BRASIL, 2009).

Ainda no âmbito da Atenção Básica, a regulamentação permitiu que o paciente estomizado tivesse direito a um cuidado continuado composto por intervenções realizadas pelos profissionais de saúde com o intuito de orientar o auto cuidado a fim de prevenir complicações. Já a nível de ambulatórios de hospital geral e especializado, policlínicas, unidades ambulatoriais de especialidades e reabilitação física, a legislação priorizou o desenvolvimento da assistência por uma equipe multiprofissional com equipamentos e instalações físicas adequadas. (OLIVEIRA; LOPES; DECESARO, 2017; ALENCAR et al., 2016).

A portaria nº 400/2009 também se encarrega de classificar o serviço prestado nomeadamente às Pessoas Estomizadas I e II, em que ambas deverão realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

Um avanço significativo foi alcançado com a especificação de atividades voltadas ao atendimento individual e coletivo da pessoa vivendo com estomias a saber: consulta de enfermagem, consulta médica e consulta de serviço social, orientação, atividades educativas em saúde e de vida diária, orientação à família, atividades enfocando a inclusão da pessoa com estoma na família e na sociedade, planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para distribuição e atividades de orientação aos profissionais da atenção básica (BRASIL, 2009).

A assistência prestada deve ser especializada e holística, o que envolve a educação em saúde para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família e as específicas relacionadas à estomia e pele periestomia, incluindo a prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

As principais dificuldades para a implementação e efetivação como diretrizes se dão no sentido de se atribuir, aos profissionais desses serviços, competências clínicas para que possam prestar uma assistência com vistas à integralidade do cuidado e à

construção da rede de serviços para assegurar o acesso aos beneficiários do SUS (MORAES et al, 2017).

Visando essa assistência integral, a Portaria 620/2010 (BRASIL, 2010), considerou a necessidade de identificar nos sistemas do SUS a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da área de saúde ainda não contemplados na Tabela de 2002. Assim, em seu artigo 1º inclui em um dos profissionais o enfermeiro estomaterapeuta. Esses enfermeiros prestam assistência às pessoas com estomias nos aspectos preventivos, terapêuticos e de reabilitação em busca da melhoria da qualidade de vida”.

Para isso, a Portaria de número 793/2012 (BRASIL, 2012), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, aborda em seu arcabouço um importante direito ao usuário do sistema que necessita de reabilitação, com demandas temporárias ou permanentes, progressivas ou não, citando atenção às pessoas que possuem necessidades especiais, como estomizados. Além disso, menciona a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio do Centro Especializado em Reabilitação. Essa inclusão amplia a diversidade dos serviços prestados.

Dando seguimento ao corpo legislativo que institui os direitos ao cidadão estomizado, em 2012, a Lei 12.738 torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. Ademais, enfatiza que é de responsabilidade das operadoras privadas que fornecem assistência privada oferecê-los para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

Já em 2014 por meio da Lei nº 13.031, foi criado o símbolo nacional da pessoa vivendo com estomias para a adequada identificação do serviço capacitado para a assistência a pessoas com ostomia. A partir desta, é obrigatória a colocação do símbolo em todos os locais que possibilitem acesso, circulação e utilização por pessoas com estomias, inclusive nos banheiros públicos e privados.

Devido ao aumento do câncer colorretal, a Portaria nº 140/2014 (BRASIL, 2014) aborda os critérios estruturais e organizacionais para o estabelecimento de saúde ser habilitado em atenção especializada na oncologia. Para ser credenciado e habilitado o estabelecimento de saúde deve obedecer dentre outros critérios: ter equipe multiprofissional e multidisciplinar que contemple atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, que contenha uma série de atividades, dentre as quais estão os cuidados de pessoas com estomias.

Para Moraes et al (2017) mesmo as diretrizes implementadas tenham representado um progresso no que se refere à assistência às pessoas estomizadas no Brasil, ainda não se é evidenciado os avanços nesse cenário, o que conseqüentemente retrocede os serviços que deveriam ser assegurados pelas Portarias MS n. 116/93, pelo Programa de Órtese e Prótese eram feitas as distribuições de dispositivos e bolsas coletoras nos centros de saúde especializada.

Durante a trajetória histórica da garantia de direitos dos estomizados intestinais, é notório que ocorreu de forma paulatina e gradual, sempre com acréscimos de benefícios. Torna-se primordial que haja uma ampla divulgação ao público-alvo desses direitos, para que possam reivindicar e ter cada vez mais autonomia no manejo da condição clínica.

É intrínseco também aos profissionais que prestam os cuidados a estes clientes, que prezem por cumprir e respeitar o que é preconizado na legislação, não somente com a assistência em si, mas como também com escuta qualificada e acolhimento, fazendo cumprir o princípio da integralidade. Ademais, espera-se que a gestão responsável por oferecer os insumos também exerçam seu encargo com totalidade.

Diante deste cenário, várias foram as conquistas legais por meio das portarias, leis e decretos supracitados, mas o que se percebe na prática é a não funcionalidade de alguns serviços voltados para os pacientes estomizados, destacando-se como exemplo, os serviços especializados que são regulamentados através da portaria 400/2009 (Programa de Atenção aos Clientes Ostomizados), que dispõe sobre o atendimento deste pacientes, somando ao fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes. O programa em questão apresenta-se muito aquém do esperado, através da compras de material insuficiente para a demanda estimada, somando distribuição irregular e atendimento dos estomizados por profissionais que pouco conhecem dessa problemática de saúde. O programa, apesar de ser louvável, é ainda pouco resolutivo e contabiliza poucos ganhos, devido aos obstáculos apresentados pelos gestores das unidades de saúde para adequação às determinações legais. (MAURICIO; SOUZA, 2016).

5 | CONCLUSÃO

A partir da trajetória histórica construída acerca dos direitos dos estomizados, infere-se que a obtenção de todas essas garantias advém de anos de esforços, com acréscimos na legislação vigente, que busca incorporar as necessidades destes indivíduos. Observa-se, entretanto, que ainda há lacunas concernentes à assistência holística do usuário, de suas necessidades biopsicossociais, da inserção da família no plano terapêutico, na atenção a reabilitação e promoção da qualidade de vida de estomizados, sendo necessário a integralidade no processo de assistência a esta população. Portanto, nota-se que a forma como tais pacientes estão contemplados no contexto do SUS, ainda é incipiente.

Ademais, aponta-se como limitações deste estudo a escassez de outras produções inteiradas sobre esta temática. Assim, sugere-se que este contexto seja aprofundado e enriquecido com mais produções de outros autores, aumentando a gama de informações.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, D. C. et al. **Reflexão sobre a trajetória política de estomizados no Brasil**. Revista Interdisciplinar. v. 9, n. 1, p. 2034-240, jan-mar 2016.
- BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A; MARCELO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista eletrônica Gestão e Sociedade**, v.5, n.11, p.121-136, 2011.
- _____. Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. [Internet]. **Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. [Internet]. **Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Lei Nº 11.506, de 19 de julho de 2007. **Institui a data de 16 de novembro como o Dia Nacional dos Ostomizados**. [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11506.htm>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Lei Nº 12.738, de 30 de novembro de 2012. **Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde**. [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12738.htm>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Lei Nº 13.031, de 24 de setembro de 2014. **Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de local ou serviço habilitado ao uso por pessoas com ostomia, denominado Símbolo Nacional de Pessoa Ostomizada**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. Seção 1. [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13031.htm>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.848, de 06 de novembro de 2007. [Internet]. **Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 06 nov. 2007, Seção 1, p.54. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS Nº 146, de 14 de outubro de 1993. **Estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial**. [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 19 out. 1993, Seção 1, p.155. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html>. Acesso em: março de 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº400 de 16 de novembro de 2009. **Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências** [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2009. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em 21/03/ 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 116, de 9 de setembro de 1993. **Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único**. [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 15 set. 1993, Seção 1, p.137. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014. **Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia (...)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 02 abr. 2014, Seção 1, p.60-66. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html>. Acesso em: março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: março de 2019.

_____. Ministério da Saúde Portaria Nº 620, de 12 de novembro de 2010. **Inclui, na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações utilizada no SCNES, (...) e 2235-C3 - ENFERMEIRO ESTOMOTERAPEUTA**. [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, Seção 1, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0620_12_11_2010.html>. Acesso em: março de 2019.

BRITO, L. E. Ó. et al. Papel do enfermeiro na assistência às pessoas **estomizadas intestinais: revisão integrativa**. Rev Enferm UFPI. v. 7, n. 4, p. 56-60, 2018.

CETOLIN, S. F. et al. **Dinâmica sócio-familiar com pacientes portadores de ostomia intestinal definitiva**. ArqBrasCirDig, v. 26, n. 3, p. 170-172, 2013.

COELHO, A. M. S. et al. **Autocuidado de pacientes com colostomia, pele periestomal e bolsa coletora**. Rev. Enferm. UFPE [on line]. Recife, v. 09, n. 10, p. 9528-9534, 2015.

KOERICH, M. S. et al. **Pacto em Defesa da Saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação**. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 30, n.4, p. 677-684, dez. 2009.

MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V.; LISBOA, M. T. L. **O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma**. In: Esc. Anna Nery. v. 17, n. 03, p. 416-422, 2013.

MAURICIO, V. C.; SOUZA, N. V. D. O. **Conhecimento de Pessoas Estomizadas Acerca dos Aspectos Legais Relacionados à Inclusão Laboral**. Revista Estima, v. 13, n. 4, 2016.

MEDEIROS, L. P. **Nursinginterventionactivities “care for ostomy” atividades da intervenção de enfermagem “cuidados com a ostomia” actividades de laintervención de enfermería “cuidados con ostomia journalofnursing**. Rev. enferm. UFPE [online]. Recife, v. 11, n. 12, p. 5417-26, 2017.

MENDONÇA, S. N. et al. **Orientações de enfermagem e implicações para a qualidade de vida de pessoas estomizadas**. Rev: enferm. UFPE [online]. Recife, v. 09, n. 01, p. 296-304, 2015.

MORAES, J. T. et al. **Avaliação da implantação do serviço de atenção à saúde das pessoas estomizadas**. Rev. Min. Enferm. 2017.

OLIVEIRA, G. S. et al. **Vivências do cuidador familiar de uma pessoa com estomia intestinal por câncer colorretal**. Rev Rene. v. 15, n.1, p. 108-115, 2014.

OLIVEIRA, L. N; LOPES, A. P. A. T; DECESARO, M. N. **Cuidado integral à pessoa estomizada na atenção básica - conhecimento e atuação do enfermeiro**. Rev. Cienc. Cuid. Saude. v. 16, n. 3, 2017.

SILVA, N. M. et al. **Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, 2017.

SILVA, N. M. et al. **Depressão em adultos com câncer**. Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José, v. 2, n. 1, p. 2-14, 2014.

Sociedade Brasileira De Estomaterapia (SOBEST) e Associação Brasileira De Ostomizados (ABRASCO). Proposta de portaria ministerial, 2005. **Propõe uma Política Nacional das Pessoas com Estomas**. São Paulo, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA-SOBEST. **Declaração dos Direitos da Pessoa com Estomia**. 1993. [Internet]. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/36>>. Acesso em: março de 2019.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: DIFICULDADE DA EQUIPE DE SAÚDE FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Amanda Ribeiro Figueiredo

Especialista em enfermagem obstétrica pela Faculdade INESP – Instituto Nacional de Ensino e pesquisa. Campina Grande- PB

Ingryd Karollyne Vilar Ferreira

Mestranda em Enfermagem pela UFPB, Especialista em Urgência e Emergência e UTI. Campina Grande – PB

Alberiza Veras de Albuquerque

Especialista em Saúde da Família e coletiva Pela FIP- Faculdade Integrada de Patos. Campina Grande- PB

Bruna Teles dos Santos Motta

Especialista em enfermagem obstétrica pela Faculdade INESP – Instituto Nacional de Ensino e pesquisa. Campina Grande- PB

Silvio Conceição Silva

Pós Graduando em Urgência e Emergência e UTI pela FIP- Faculdades Integrada de Patos. Campina Grande- PB

Marilene Dos Santos Farias

Pós graduanda em em Urgência e Emergência e UTI e Obstetricia pela faculdade Mauricio de Nassau. Campina Grande - PB

Iago Colaço de Souza

Especialista em enfermagem obstétrica pela Faculdade INESP – Instituto Nacional de Ensino e pesquisa. Campina Grande- PB

Jennifer Oliveira de Araújo

Especialista em Estratégia de saúde da família pela Faculdade Montenegro e Especialista em Urgência e Emergência pela FIP- Faculdade

Integrada de Patos. Campina Grande- PB

Jamile Cavalcante da Silva

Especialista em enfermagem obstétrica pela Faculdade INESP – Instituto Nacional de Ensino e pesquisa. Campina Grande- PB

Ítalo Colaço de Souza

Acadêmico do curso Bacharel em enfermagem pela Unifacisa. Campina Grande- PB

Aleksandra Pereira Costa

Mestre em enfermagem pela UFPB- Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande- PB

RESUMO: As emergências obstétricas ocorrem quando há o risco iminente de vida à mãe ou ao feto, dessarte são necessárias intervenções. Com os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência devidamente capacitados e habilitados quanto às necessidades maternas durante uma urgência obstétrica, muito poderá ser feito durante o percurso da usuária até a maternidade. A pesquisa objetivou detectar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, para atendimento das emergências obstétricas. A pesquisa é tipo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizado no SAMU da cidade de Campina Grande-Pb, nos meses de agosto e setembro de 2015. Participaram da amostra de 16 profissionais de saúde. Resultou em duas categorias, I)

“Capacitações Periódicas” e II) Poder de reconhecimento das emergências obstétricas fragilizados. A fragilidade que diz respeito aos conceitos de emergências obstétricas é também um dos fatores que fotografa a realidade do cenário obstétrico atual.

ABSTRACT: Emergência; Enfermagem; Obstetrícia

MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE: DIFFICULTIES OF THE HEALTH TEAM ON OBSTETRIC EMERGENCIES

ABSTRACT: Obstetric emergencies occur when there is an imminent risk of life to the mother or the fetus, therefore interventions are necessary. With the professionals of the Mobile Emergency Care Service properly trained and qualified regarding maternal needs during an obstetric emergency, much can be done during the course of the user until the maternity. The research aimed to detect the difficulties encountered by the health professionals of the Mobile Emergency Care Service to attend obstetric emergencies. The research is a descriptive, exploratory qualitative approach, carried out in the SAMU of the city of Campina Grande-Pb, in the months of August and September of 2015. Participated in the sample of 16 health professionals. It resulted in two categories, I) “Periodic Training” and II) Power to recognize fragile obstetric emergencies. The fragility that refers to the concepts of obstetric emergencies is also one of the factors that photographs the reality of the current obstetric scenario.

KEYWORDS: Emergency; Nursing; Obstetrics

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem como principal objetivo ampliar e melhorar o acesso para usuários em situações de urgência e emergência, de forma rápida, humanizada e oportuna. Entretanto, para que isso aconteça de forma satisfatória, é necessário que todos os pontos de atenção à saúde trabalhem de forma interligada (BRASIL, 2013).

A fim de melhorar o acesso da população aos serviços foi criada a política de atenção às urgências a princípio normatizada pela portaria do Gabinete Ministerial (GM) do Ministério da Saúde (MS) n. 1.863, de 29 de setembro de 2003 e o seu primeiro componente a ser implantado foi o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), que foi instituído com objetivo de diminuir a mortalidade no Brasil por motivos de urgências e emergências, sendo estas de todas as especializações clínicas como, por exemplo, traumatológicas, cardíacas, obstétricas, psiquiátricas, neurológicas, entre outras.

Neste sentido é importante que os profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar tenham uma base de conhecimentos variada, sendo necessário um curso básico de atendimento pré-hospitalar (APH), além de treinamento inicial, cursos atualizados, experiência em campo, experiência em uma condição específica e

capacidade de realizar procedimentos que sejam necessários em cada paciente de acordo com suas necessidades (PHTLS, 2011).

Partindo do pressuposto que urgências são definidas como situações que colocam a vida de uma pessoa em risco, se não houver intervenções em seu quadro. Tratando-se de urgências obstétricas, encontram-se em risco as vidas de dois seres: a mãe e o filho. Segundo Bastos (2006), as complicações ginecológicas e obstétricas não precisam, frequentemente, de tratamentos de urgência, mas episódios podem ocorrer e os profissionais de saúde precisam adotar, em resposta, medidas terapêuticas em um curto intervalo de tempo. Portanto, se faz necessário capacitar e habilitar os profissionais do SAMU para reconhecer e intervir, de forma rápida e eficaz, nas emergências obstétricas.

Estando os profissionais do SAMU devidamente capacitados e orientados quanto às necessidades maternas durante uma urgência obstétrica, muito mais poderá ser feito durante o percurso da usuária até a maternidade de referência da cidade, levando em consideração que, na maioria das urgências obstétricas, se fazem necessárias intervenções imediatas.

Neste sentido, esta pesquisa é de fundamental importância para buscar ações que tragam a diminuição do índice de mortalidade materna e neonatal, pois busca o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, capacitando-os para intervir de maneira correta e de forma imediata frente a este tipo de ocorrência.

Diante desta problemática, surgem as seguintes indagações: Os profissionais de saúde do SAMU estão preparados para o atendimento frente às emergências obstétricas? Os profissionais do SAMU receberam alguma capacitação nessa área?

Para responder a esse questionamento, pode ser considerado como objetivo deste trabalho, a princípio, investigar se os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) estão preparados para atendimentos frente a emergências obstétricas.

De modo específico, são ainda objetivos deste trabalho: traçar o perfil sociodemográfico dos participantes; detectar se os profissionais do SAMU receberam alguma capacitação frente às emergências obstétricas; Perceber se os profissionais tem dificuldade em reconhecer uma situação de emergência obstétrica.

METODOLOGIA

A pesquisa classifica-se como descritiva e exploratória com uma abordagem qualitativa, pois buscou interpretar, de forma subjetiva, a opinião dos profissionais de saúde do SAMU com o intuito de responder aos objetivos propostos. Realizada nos meses de setembro e outubro de 2015 no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da cidade de Campina Grande – PB. Constituíram o universo da pesquisa todos os profissionais de saúde do SAMU, perfazendo um total de quarenta e seis

médicos, quarenta enfermeiros, vinte e um técnicos de enfermagem e trinta e cinco condutores socorristas, sua amostra foi construída por dois (2) médicos, seis (6) enfermeiros, dois (2) condutores socorristas e quatro (4) técnicos de enfermagem. Amostra ficou restita a 14 profissionais por saturação decrépitas de respostas. Os dados foram colhidos a partir de entrevistas realizadas com os participantes, sob o auxílio de um gravador mp3 e os dados foram apreciados, utilizando análise de conteúdo que, para Bardin (2010). Para operacionalização desta, esta foi encaminhada para o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regula pesquisas realizadas diretamente ou indiretamente com seres humanos. Após a sua aprovação sob a CAAE. N° 45624115.30000.5175 foi iniciado a pesquisa em campo.

RESULTADOS

Fizeram parte da amostra da pesquisa quatorze profissionais: 8 (oito) do sexo masculino e 6 (seis) do sexo feminino, dos quais 6 (seis) eram enfermeiros, 2 (dois) eram médicos, 4 (quatro) eram técnicos de enfermagem e 2 (dois) eram condutores socorristas, com idade media de 32 (trinta e dois) anos, a menor idade sendo 27 (vinte e sete) anos e a maior 40 (quarenta) anos.

Na tentativa de entender e aprender com os 14 (quatorze) depoimentos, foram feitas incansáveis leituras. Em relação à atuação dos profissionais de saúde frente às emergências obstétricas surgiram duas categorias a serem discutidas a seguir:

Categoria I: capacitações periódicas

É possível notar, através dos relatos dos profissionais de saúde, que são realizadas capacitações periódicas no setor. Existe um Núcleo de Educação Permanente (NEP) no serviço que escolhe temas a serem destacados, porém, não existe a capacitação voltada exclusivamente para emergências obstétricas, como demonstra os discursos abaixo:

“É, especificamente emergências obstétricas não! A gente tem uma capacitação que engloba todos os assuntos, que acontecem no SAMU, psiquiátricas, e clínicas, e obstétricas se incluem, mas especificamente não, mas a gente tem a capacitação. (E3).”

“[...] voltadas somente para emergências obstétricas não... Eles dão um curso geral, ai nesse curso tem algumas emergências obstétricas, dão ênfase a algumas emergências obstétricas, mas emergências obstétricas têm não. (E5).”

“Não, não oferece, houve a semana de palestra que foi promovida pela equipe de enfermagem em prol de uma ex funcionaria que precisou de ajuda financeira e uma das palestras Dr. Henrique ministrou sobre trauma na gestante. (M7).”

“[...] Obstétrica? Não... nesse que a gente fez do Oswaldo Cruz tem, teve um módulo que era obstetrícia, mas especificamente não, até agora não. (T11).”

Categoria II: poder de reconhecimento de situações de emergências obstétricas

fragilizado

No momento em que foi feito o seguinte questionamento: “para você, como profissional de saúde, o que são consideradas emergências obstétricas?” percebeu-se a fragilidade voltada ao conceito e à restrição de patologias nos discursos, como pode ser visto abaixo:

“[...] tem acidente, gestante que tá dirigindo sem cinto, por casa que a barriga tá grande... Perto da direção, aí afeta o menino, tem um aborto, o pessoal jovem, usuário de droga. Faz isso tudin aí causa uma emergência. (E1).”

“É abortamento, trabalho de parto prematuro, trabalho de parto normal também. (E3).”

“[...] Pré-eclampsia, eclampsia, trabalho de parto prematuro, o próprio trabalho de parto, praticamente isso, né? Também abortamento e também o trauma. (M7).”

“[...] Assim, eu digo pela experiência que a gente tem aqui, parto de alto risco, a gente pega muito, num é... acontece muito, é partos prematuros, é o que mais tem acontecido no nosso dia a dia, esses estilos de partos. (T9).”

DISCURSSÃO

Seidletal (2014), em sua pesquisa, diz que oferecer capacitação aos profissionais no serviço em que trabalham constitui uma ferramenta potente na gestão, contribuindo não apenas para a satisfação profissional, mas também para maior qualificação do trabalho.

De acordo com Lima (2014), em pesquisa realizada no estado de Pernambuco, as temáticas são escolhidas pelos gestores e pelas equipes de educação em saúde conforme as dificuldades das equipes, a demanda e também os problemas de saúde que emergem da análise dos indicadores.

Sendo assim, se fazem necessárias capacitações voltadas exclusivamente para as emergências obstétricas, pois, ainda que existam evoluções no âmbito da saúde, a mortalidade materna continua em alta. Segundo dados do MS no Brasil, no ano de 2013 morreram 1.686 mulheres em estado gravídico. Na Paraíba, esse número, no mesmo período, chegou a cerca de 40 mulheres, além de três óbitos maternos tardios, sendo um destes na cidade de Campina Grande (DATASUS 2011).

É importante que, durante o atendimento, sejam reconhecidos os sinais de alerta para uma possível complicação, de modo que a equipe possa intervir da melhor maneira, minimizando possíveis danos à saúde da mulher e do feto. Por outro

lado, nos dizeres de Madeira e Oliveira (2011), reconhecer os sinais e sintomas das mulheres, bem como os seus sentimentos é importante para livra-las de intervenções desnecessárias, em coerência com as normatizações atuais direcionadas à saúde da gestante.

Sabe-se que as emergências obstétricas vão além dos partos em geral, podendo ser consideradas como qualquer agravo que cause risco para a vida da mãe ou do feto. Conforme o MS (2012), as mortalidades maternas são subnotificadas por vários motivos, entre eles a existência de cemitérios clandestinos, partos domiciliares e também o difícil acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, são propostas algumas medidas para a solução desse problema, como planejamento familiar, pré-natal de boa qualidade e também assistências a urgências e emergências maternas.

Entretanto, também o reconhecimento das patologias no momento da emergência é essencial para tratamento da causa, evitando agravos e até a morte. Sendo assim, o conhecimento das patologias na gestante se faz essencial para diminuir a mortalidade materna decorrente de causas não especificadas. Segundo o DATASUS (2013), aconteceram 58 óbitos por causas não identificadas no Brasil no ano de 2013, dentre os quais 21 foram na Região Nordeste.

Constatando, deste modo, a fragilidade do conhecimento dos profissionais quanto à emergência materna a partir da limitação nos discursos referentes aos conceitos sobre o assunto, mostra-se necessária uma capacitação mais profunda para um atendimento pleno, rápido e de qualidade.

CONCLUSÃO

Após a realização da pesquisa evidenciou-se que os profissionais do SAMU recebem capacitações periódicas e pontuais em todos os temas que estão dentro da rotina profissional, porém não recebem capacitação específica para atendimento de urgência e emergência obstétricas.

Sendo assim, é de suma importância que os atores desta pesquisa busquem qualificação fora do ambiente de trabalho, empenhando-se para serem os melhores no que fazem e, desta maneira, trazer subsídios científicos para realização de procedimentos seguros e específicos com a gestante durante o percurso até a referência.

A fragilidade no que diz respeito aos conceitos de emergências obstétricas é também um dos fatores que fotografa a realidade do cenário obstétrico atual, mostrando, mais uma vez, a importância de capacitações.

Alguns profissionais de saúde relataram que, durante as ocorrências com gestantes, os procedimentos realizados são os mesmos de qualquer outra ocorrência, abstraindo, assim, um pouco das particularidades das gestantes, o que pode gerar a ignorância de sinais que podem ser primordiais para a realização de um diagnóstico

ou mesmo na intervenção imediata, quando necessária.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. K. et al. Percepção de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 33, n. 2, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200021&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. In: **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 62, n. 2, Brasília – DF, 2009, p. 278 - 282. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200017>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa: LDA, 2010.

BASTOS, C. A. **Ginecologia**. 11. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. . **Diário Oficial [da] União**. Brasília - DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS: mortalidade materna e neonatal**. Brasília – DF, 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/#>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS: Mortalidade Materna**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Força Nacional do SUS**. Brasília – DF, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/salU7>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: Manual técnico**. 5. ed. Brasília – DF, 2012. Disponível em: <<http://migre.me/samkA>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasília – DF, 2014. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 1. ed. Brasília – DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011. Inclui na Tabela de Procedimentos do SUS o procedimento Acolhimento com Classificação de Risco. **Diário Oficial [da] União**. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades. **Diário Oficial [da] União**. Brasília - DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção as urgências e emergências no sistema único de saúde**. 1. ed. Brasília - DF, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/samhJ>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CRESWELL, W. J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3. ed. São Paulo: Artemed, 2010.

CUNHA, G. A. et al. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**, PHTLS. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FRACOLLI, A. L.; GOMES, P. F. M.; GRYSHECK, L. P. F. L. A percepção de gestores municipais sobre ações de promoção de saúde: em foco Agentes comunitário de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, vol. 23, n. 3, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300919&lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. **Estimativa da População de Campina Grande em 2015**. Brasília – DF, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

LACERDA, R. M. et al. atendimentos a saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, vol. 15, n. 2, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009&lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2015.

MADEIRA, F. M. A.; OLIVEIRA, J. V. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Ana Nery**, vol. 15, n. 1, p. 103 – 109, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100015&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2015.

MESQUITA FILHO, M.; JORGE, M H. P. M. Características da morbidade por causas externas em serviços de urgência. **Ver. Bras. Epidemiol.**, vol. 10, n. 4, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-790x2007000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MINAYO, S. C. M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde soc.**, vol. 19, n. 1, São Paulo, 2010, p. 147 - 158. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100012>>. Acesso em: 13 out. 2015.

SERVIÇOS DE SAÚDE E A INCLUSÃO MASCULINA: VIVÊNCIAS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM MALFORMAÇÃO FETAL NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL

Géssica Martins Mororó

Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rio de Janeiro/RJ

Aline de Carvalho Martins

Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rio de Janeiro/RJ

RESUMO: Este estudo objetiva elencar desejos e experiências paternos nos serviços de saúde durante o pré-natal de seus filhos com malformação fetal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, baseada na técnica da análise do discurso. Os resultados apontaram dificuldades paternas na assimilação das informações, reprodução do entendimento da mulher como elemento central nos serviços de saúde; satisfação com o atendimento nas unidades especializadas e preferência em participar das atividades que interajam com o bebê e/ou que os capacitem para as atividades paternas. Conclui-se que a inclusão dos pais nos serviços de pré-natal contribui para um cuidado de paternidade cuidadoso e efetivo.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidado Pré-Natal; Paternidade; Anormalidades Congênitas

INTRODUÇÃO

Serviços de pré-natal, historicamente foram pensados para o público feminino. O

homem-pai e os profissionais de saúde nem sempre conseguem enxergar neste espaço um local para atendimento também masculino, onde as dúvidas e preocupações paternas possam ser esclarecidas (MARTINS et al, 2018).

Convergem para isso dois fenômenos: o primeiro é o fato da gestação se desenvolver no corpo feminino (PICCININI et al, 2004), o que pode gerar nos homens dificuldade para criação de vínculos com a criança durante o período gestacional (MALDONADO et al, 1997). O segundo é a formação em saúde, que historicamente vem se focando na intervenção sobre o corpo biológico (que neste caso está vinculado ao feminino), em detrimento de uma concepção mais ampla de saúde. Assim, os serviços e profissionais de saúde refletem de maneira mais ou menos conscientes, estas trajetórias em suas abordagens cotidianas.

Em muitas unidades de saúde durante a realização do pré-natal, os homens vivenciam experiências de exclusão no atendimento (MARTINS et al, 2018, LAMY, 2012) através de práticas institucionais que os deixam nas salas de espera durante as atividades. Os homens “esperam do lado de fora ou porque são formalmente excluídos ou porque não são incentivados a participar” (LAMY, 2012, p. 01).

O profissional de saúde é um agente

fundamental deste processo e é preciso sensibilizá-los pois estes nem sempre valorizam “a participação do pai no pré-natal, parto e consultas pediátricas, muitas vezes impossibilitando a sua presença nesses momentos” (RIBEIRO et al, 2015, p. 3595). Este fato acaba afastando os homens desse ambiente e influenciando negativamente no envolvimento masculino com as questões relacionadas à gestação e à saúde da criança. A consequência é o inegável impacto do afastamento na relação futura deste homem com seu filho.

Estas dificuldades são adensadas quando esse filho possui um diagnóstico de malformação fetal, onde a criação de vínculos se torna mais difícil, pois a condição de saúde da criança tem um impacto negativo para a masculinidade do homem (SÁ & RABINOVICH, 2006, apud FLEIX & FARIAS, 2017; HENN & SIFUENTES, 2012; SANTOS e BONILHA, 2000).

A forma que os pais recebem o diagnóstico de malformação fetal poderá ser influenciada por diversos fatores, como escolaridade, religiosidade, vínculos prévios com a mãe do seu filho e também a atuação dos profissionais de saúde. Santos et al (2011) em seu estudo acerca da vivência dos pais de uma criança com malformação fetal identificou que os profissionais de saúde não transmitiram com clareza o diagnóstico de malformação fetal e em alguns momentos, os profissionais de saúde designavam a terceiros a responsabilidade de informar aos pais a doença do filho.

Não se deve unicamente responsabilizar o profissional por estas práticas. Muitas delas refletem uma formação onde estas questões são silenciadas ou constituem práticas de auto-proteção frente à um contexto adverso e à falta de apoio para a saúde do trabalhador nas mais diversas unidades de saúde.

PETEAN & PINA NETO (1998, p.289) pontuam alguns questionamentos que perpassam o cotidiano dos profissionais de saúde acerca de como comunicar os pais sobre a malformação do filho, tais como: “Como falar aos pais? O que contar? Quando contar?” Para os autores a maioria dos profissionais não estão preparados para lidar com essas situações, “sentem-se ansiosos, experimentam um desconforto, um sentimento de impotência, ao terem que comunicar a notícia aos pais” (PETEAN & PINA NETO, 1998, p.289).

Uma das maneiras de lidar com estas dificuldades têm sido o apelo à utilização de termos técnicos, tão fortemente aprendido nas unidades de ensino. O vocabulário utilizado pelos profissionais de saúde também pode influenciar no pouco entendimento acerca da malformação pelos pais, “o uso de terminologias científicas são fatores que dificultam a compreensão exata das informações” (SANTOS et al, 2011, p.494), criando esperanças que, na maioria das vezes, não serão correspondidas.

(...) a forma como a notícia da malformação é transmitida aos pais é diversificada, podendo desencadear reações diversas e comprometer as ações necessárias para seu bom desencadeamento. Portanto, torna-se importante que os profissionais de saúde, ao informar o diagnóstico, o transmitam de maneira adequada, com informações claras e objetivas, utilizando linguagem acessível que propicie aos pais condições de discutir suas dúvidas. (SANTOS et al, 2011, p.494).

Se o serviço, por vezes se organiza para produzir o distanciamento destes homens, também é possível, de forma inversa, realizar atividades que possam aproximar o homem de seu bebê ainda durante o período pré-natal. Estudos científicos comprovam que a participação do homem-pai no pré-natal é uma oportunidade para a criação precoce de vínculo entre pai e criança, capaz de previne violência doméstica e abandono familiar (FONSECA et al, 2007).

Incentivar a criação do vínculo paterno desde do pré-natal traz benefícios para os homens, para as crianças e para a mulher (MARTINS et al, 2009). A literatura científica aponta que a presença dos pais é importante para a criança,

1) os pais são importantes para o desenvolvimento intelectual e emocional das crianças; 2) pais importam durante todo o crescimento da criança, e não apenas nos primeiros anos de vida; 3) pais podem ter importância distinta para meninos e meninas em algumas famílias e em algumas partes do mundo; 4) pais têm um papel importante no cuidado e para o desenvolvimento da criança em si, além de terem um papel importante a cumprir como corresponsáveis em conjunto com as mães e outros/as cuidadores(as); homens mudam de diversas maneiras, biologicamente e psicologicamente, quando desenvolvem papéis de cuidadores. Em suma, os pais influenciam o desenvolvimento dos seus filhos e filhas e estes influenciam o desenvolvimento dos seus pais. (INSTITUTO PROMUNDO, 2016, p.112).

Conhecer as demandas masculinas, os interesses e as motivações paternas durante o período pré-natal pode ajudar os mesmos a desenvolver melhores vínculos com seus filhos (questão especialmente importante no contexto de uma malformação fetal) e também estimular a participação masculina de forma mais sistemática nos cuidados com a sua própria saúde.

Considerando as questões acima, o objetivo deste artigo é elencar desejos e experiências paternos nos serviços de saúde durante o pré-natal de seus filhos com malformação fetal.

Os homens e os serviços de saúde

No ano de 2008 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008). Trata-se de um marco no enfrentamento desta questão. Se a saúde da mulher já era incorporada há muitos anos nos serviços de saúde (originalmente sob a perspectiva materno-infantil, mas a partir dos anos 80, de forma estruturada pelo viés de gênero e ancorada nas necessidades específicas do público feminino), a questão da saúde do homem só se estruturou mais recentemente, superando a inserção pulverizada nos programas específicos que existia até então.

Observa-se que mesmo após a implementação da PNAISH, os homens ainda possuem resistências as práticas de cuidado e de autocuidado, historicamente associadas ao sexo feminino e incompatíveis com o ideário latino-americano de masculinidade (CORTEZ et al, 2016).

A imagem do homem como um sujeito que possui necessidade de cuidados para si ainda não está totalmente introjetada nos serviços de saúde, o que explicaria a ausência deste homem neste espaço e as dificuldades que o mesmo possui em se

inserir nos atendimentos voltados a saúde se seus filhos, especialmente no período pré-natal (CASTRO et al, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem encontra-se estruturada em diferentes pilares a saber: redução das violências, doenças crônicas, alcoolismo, hipertensão e paternidade, o que prevê a inclusão do homem tanto como um ser que precisa de cuidados, quanto como um sujeito capaz de cuidar.

Nos limites deste texto, nos deteremos no pilar da paternidade, buscando refletir como esta relação pode ser otimizada e potencializada nos serviços de saúde, em especial durante o pré-natal. Cabe destaque ao fato da paternidade ser abordada para além das obrigações legais, ou seja, “a paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança” (PNAISH, 2008, p. 28).

É necessário pensar estratégias para romper com a ideologia de que o homem é considerado menos central do que a mulher nos serviços de pré-natais. Tomeleri et al. (2007) aponta três fatores que contribuem para que o homem-pai não acompanhe a mulher nas consultas de pré-natal, a saber:

- a) inexistência de legislação específica que ampare a liberação do homem para acompanhamento da esposa na assistência pré-natal; b) a equipe de saúde muitas vezes não incentiva e nem cria estratégias que favoreçam esta participação; c) o homem ainda possui reservas quanto à sua participação efetiva no processo de gestação do filho (TOMELETRI et al, 2007, p.502).

Para Henz et al (2017) os serviços de saúde são preparados para acolher a gestante, e apesar da participação do homem-pai ser considerada importante, ainda não é incentivada pelos profissionais de saúde. A exclusão do homem-pai pode ser analisada nos serviços públicos através da “pouca infraestrutura física, ausência de capacitações e descrédito dos profissionais sobre esse público em relação aos homens de classes mais baixas” (HENZ, et al, 2017, p.53).

No que tange especificamente à atuação dos profissionais de saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pontua em seus princípios e diretrizes, a importância da capacitação técnica dos profissionais de saúde para prestar atendimento aos homens. Assim, como estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável, vínculos e cuidados infantis.

É importante pensar a paternidade como uma estratégia de benefícios para a saúde da criança, capaz de aumentar a sua rede de proteção familiar, contribuir para a divisão dos cuidados, das responsabilidades e diminuir as assimetrias de gênero em vigor.

É preciso transformar as unidades de saúde em espaços onde os homens se sintam notados e acolhidos, os serviços de pré-natal podem constituir um bom

momento para isso, pois possuem alta adesão nos serviços de saúde, sendo um período propício para a construção de vínculos através de ações educativas.

Propostas como o Programa de Pré-natal do Parceiro, preconizam que o casal seja vinculado a rotina do pré-natal, ofertando para o companheiro testes rápidos, exames de rotina, atualização do cartão de vacina, além de incentivar a participação nas atividades educativas, nas consultas, exames e a participação no momento do parto, com indicação de vinculação do homem às ações de saúde da unidade básica de saúde, caso seus exames apontem esta indicação (BRASIL, 2016).

Trata-se de um período bastante específico, pois a confirmação da gravidez pode atuar como um catalizador de alteração do padrão de auto-cuidado masculino e também de promoção do cuidado com o filho desde o período intra-útero. Cria-se assim um contexto capaz de romper com as práticas de promoção ao cuidado infantil fundamentalmente centradas no período pós nascimento.

A valorização e incorporação do pai no pré-natal partem da premissa que promover vínculos é mais fácil e mais efetivo que reconstruir relações estagnadas. Esse fato é especialmente importante nas crianças com malformação fetal, uma vez que estas estão expostas a vínculos mais frágeis de paternidade.

Assim, conhecer as vivências concretas destes homens ajuda a conhecer as práticas que estão sendo oferecidas atualmente e em que sentido as mesmas valorizam o protagonismo destes homens e podem promover relações de maior cuidado com seus filhos, especialmente em contextos mais adversos, como a possibilidade ou confirmação da malformação fetal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com homens, no período gestacional de seus filhos com o intuito de conhecer as vivências e expectativas desses homens no serviço de Pré-Natal.

A pesquisa foi realizada no ambulatório de Pré-Natal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). A escolha por esse campo é por ser uma unidade de referência do Ministério Saúde para o atendimento de gestação de risco fetal.

O Rio de Janeiro, em virtude da sua condição de metrópole, apresenta questões recorrentemente enfrentadas por outras capitais, de modo que os resultados desta pesquisa podem ser utilizados para inspirar soluções para questões semelhantes em outras grandes cidades brasileiras.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do referido Instituto e obteve aprovação recebendo o número CAAE 75566517.0.0000.5269. De acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Participaram desse estudo homens adultos cujas mães de seus filhos estivessem gestantes e fossem atendidas no ambulatório de Pré-Natal do Instituto Nacional de

Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

Como critérios de exclusão, optamos por não incorporar neste estudo pais de fetos com situações incompatíveis com a vida, a partir do entendimento de que sua participação na pesquisa poderia gerar prejuízos futuros. Foram excluídos ainda, aqueles homens cujas gestantes afirmaram não desenvolver relações paternas com o feto, considerando que a pesquisa destina-se a avaliar a vivência daqueles que têm interação com a criança. Também excluíram-se os adolescentes por considerar que esse público necessita de uma pesquisa específica que os contemplem em suas especificidades, considerando a sua condição de pessoa em desenvolvimento.

Foram entrevistados 11 pais. A definição deste número deu-se a partir da técnica de saturação de informação (BAUER & AARTS, 2004; GASKELL, 2004), na qual as entrevistas foram encerradas quando deixaram de produzir dados novos.

O material foi transcrito e revisto a fim de constituir o do *corpus* da pesquisa (BAUER & AARTS, 2004). Para garantir a fidedignidade dos dados, este material foi submetido à revisão pela entrevistadora.

A transcrição fidedigna foi submetida à técnica da Análise do Discurso, na modalidade temática (BARDIN, 1979), com o intuito de identificar valores e informações presentes a partir dos conteúdos tratados.

O *corpus* da pesquisa foi submetido às distintas fases de análise preconizadas por Bardin (1979), a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento/análise dos dados obtidos.

A sistematização do material incorporou um novo diálogo com a literatura sobre o tema, visando registrar as aproximações dos resultados deste estudo com outros semelhantes sobre o tema.

RESULTADOS

Nome fictício	Idade	Idade Gestacional	Religião	Cor	Ocupação	Renda Individual	Escolaridade	Malformação do bebê
Pai 1	28	7 meses	Evangélico	Morena	Mestre de obra	R\$ 2.000	Fundamental completo	Malformação sistema nervoso central + fenda palatina
Pai 2	27	8 meses	Evangélico	Negro	Eletricista	R\$ 1.500	Médio completo	Translucência nuca + Hígroma Cístico
Pai 3	37	Não sabia	Nenhuma	Negro	Motoboy	R\$ 1.800	Médio Incompleto	Microcefalia
Pai 4	29	9 meses	Evangélico	Negro	Técnico em GNV	R\$ 3.000	Médio completo	Encurtamento dos ósseos
Pai 5	18	8 meses	Evangélico	Pardo		R\$ 1.200	Médio completo	Mielomeningocele
Pai 6	30	8 meses	Nenhuma	Pardo	Operador de Roçadeira	R\$ 1.400	Fundamental incompleto	Malformação da bexiga

Pai 7	38	9 meses	Católico	Branco	Gerente de loja	R\$ 1.000	Superior completo	Translucência Nucal alterada
Pai 8	35	35 semanas	Evangélico	Pardo	Desempregado	R\$ 0,00	Fundamental Incompleto	Mielomeningocele +Espinha bífida
Pai 9	38	34 semanas	Católico	Branco	Porteiro	R\$ 1.600	Médio completo	Síndrome de Arnold-Chiari II
Pai 10	43	6 meses	Evangélico	Pardo	Desempregado	R\$ 0,00	Médio Completo	Translucência Nucal
Pai 11	49	27 semanas	Nenhuma	Negro	Advogado	R\$ 5.500	Doutorado	Onfalocele + malformação cardíaca

Tabela 1 - Perfil dos pais-homens entrevistados

Fonte: elaboração das autoras

Observando o perfil dos pais entrevistados encontramos as seguintes particularidades: a idade dos pais variou entre 18 a 49 anos. A renda individual variou de nenhuma a R\$ 5.500 reais. Chama a atenção que, dentre os que recebem remuneração, a menor renda é de um pai que possui ensino superior e que não trabalha na área que se formou. Dois pais afirmaram estar desempregados, no momento. A maior parte dos pais que participaram da pesquisa se consideram negros ou pardos. A maioria possui ensino médio completo. Somente dois pais possuem ensino superior completo e um deles possui doutorado. Em relação a religião a maioria alegou ser evangélico. Três pais afirmaram não possuir religião. Quanto à idade gestacional da parceira, verificou-se que esta variou entre seis a nove meses. Cabe destaque ao fato de que alguns pais informam a idade gestacional de seus filhos, por semanas, considerando as informações recebidas no âmbito hospitalar. Outros referiram-se à idade gestacional de seus filhos em meses, fazendo uma referência à cultura popular. Optamos por preservar a forma original que estes homens se referiam, como uma forma de respeito à sua expressão.

Considerando os objetivos deste artigo, estamos analisando as respostas referentes às seguintes perguntas: Os profissionais de saúde conversam com você de forma fácil e tranquila? Você acha que o pai é tratado nos serviços de saúde do mesmo modo que a mãe? Você passou por alguma atividade ou abordagem de algum profissional que você considerou inadequada? Existe algum serviço que você gostaria de ter tido e não lhe foi oferecido?

Após analisar as entrevistas encontramos as categorias que serão abordadas a seguir:

O acesso à informação do quadro de saúde da criança através do profissional

Nesta categoria surgiram relatos que versavam sobre a dificuldade que os pais possuem em realmente entender as explicações que lhes foram dadas pelos profissionais de saúde. A linguagem técnica é, de fato, uma ferramenta dificultadora do entendimento. Esta realidade recebe ainda o agravante relatado pelos homens de

que a centralidade da informação é geralmente trabalhada junto às mães.

(...) eu acho que eu sou até mais claro que eles [os profissionais], eu pergunto várias vezes: -O que tá acontecendo? Como é essa situação? Eles me respondem; eu tô bem por dentro da situação. (pai 1).

Na verdade esse profissional é meio escasso. Não é porque eu estou aqui na sua frente, mas aqui o modo de comunicação, o modo que os profissionais te abordam é surreal não tenho o que falar. Não é à toa que um dos melhores hospitais é aqui para cuidar nesse caso de gravidez de risco. Agora em outros [hospitais], te largam. (pai 3).

(...) os nomes são bem complicados...Você fala "TN". Siglas e eu já me acostumei na parte com outras siglas, que eu estou escutando é nome para tudo quanto é lado. (pai 7)

(...) Até o tipo da palavra que a gente não conhece... muito cálculo... é coisinha assim que eles não tem como explicar a gente. Como a gente já tinha uma noção mais ou menos a gente já ia perguntando ao médico o que seria, se teria problema, o que era Mielo, o que ocasionava, qual a experiência de grau... então a gente teve a explicação correta (...) aqui eu fui bem tratado. (Pai 8)

Esses relatos vão ao encontro da discussão científica sobre a forma que os pais recebem o diagnóstico de malformação fetal. Autores como Santos et al (2011) e PETEAN & PINA NETO (1998) associam o uso do vocabulário científico pelos profissionais de saúde a dificuldades que estes possuem em lidar com essas situações.

O uso da linguagem inadequada, com palavras que não são do uso habitual do vocabulário dos pais, e o uso de terminologias científicas são fatores que dificultam a compreensão exata das informações. Na maioria das vezes, o entendimento errôneo das informações faz com que os pais criem expectativas que não vão se confirmar, gerando, assim, ansiedade e angústia, dificultando ainda mais a compreensão das informações (SANTOS, et al, 2011, p.494).

É necessário que os profissionais de saúde utilizem uma linguagem mais acessível para conversar com os pais, sendo mais objetivos e mais claros, para que os pais possam entender as informações e consigam esclarecer todas as suas dúvidas. Também, de acordo com os relatos paternos, é preciso enfatizar a necessidade de repetição das informações, pois verificou-se que há um processo de assimilação das informações recebidas, que não se esgotam em um único atendimento.

As especificidades do tratamento paterno

Quando perguntados se existe diferença do tratamento do pai e da mãe pelo profissional e saúde, verifica-se que, embora muitas vezes os homens se vejam tratados de maneira diferente das mulheres, eles se mostram satisfeitos com o fato de vê-las bem atendidas e já se sentem felizes com o fato de serem eles mesmos tratados com cordialidade, de forma educada e atenta, ainda que seu conteúdo não seja plenamente assimilado. Contribui para esta satisfação as experiências (pessoais ou de terceiros) de maus tratos que muitos usuários vivenciam no SUS. Em um contexto de falta de atendimento e de maus tratos em alguns setores da saúde pública, qualquer

tratamento mais respeitoso tende a ser efetivamente comemorado.

Por outro lado, há também que se ressaltar que os próprios homens reproduzem o entendimento de que a gravidez se dá no corpo da mulher e por isso ela é o elemento central desta relação, sendo o pai somente uma figura acessória, que não necessita do mesmo investimento.

(...) eu procuro interagir. Eles [profissionais] falam, mas também dando importância a você que tá acompanhando. Tipo assim, eu acho legal isso, eles estão falando tá ali, falando com ela e fica tipo o esposo de acompanhante. (...) eu acho que o tratamento vai ser diferente porque o diferencial é que quem vai estar sendo tratada é a esposa e a mulher no caso é uma gravidez. O pai - tipo assim- eu acho que não sei como explicar essa diferença, mas eu acho que a diferença é sempre essa: eles sempre vão tratar [diferente] porque a gente só tava para acompanhar. Mas -tipo assim- eu acho que cabe o pai também se prontificar a perguntar a cada detalhe que tá acontecendo porque -tipo assim- a gente tá ali. Se você também não abrir a boca, você não vai saber de nada. Então acho importante você também interagir, ficar por dentro da coisa (pai 2)

Olha eu vou ser sincero vou ser sincero para você, Tá tratando bem ela, tá me tratando bem também (pai 4)

Então, ele pode até ser tratado diferente, mas nada assim tão grave. A diferença é assim ela carrega o filho e eu não. Ela deva ser tratada, talvez, um pouco melhor que eu ou mais aconchegante para ela que para mim, entendeu? Ser mais confortável para ela que para mim. (Pai 5)

O pré-natal é mais para mãe, né? Para homem não tem muita coisa a se fazer é mais é para mãe. Eu acho que para nós, homens, tá bom. A gente não tem que reclamar, tem que pensar é no bem para nossos filhos e a nossa mulher sendo bem tratada. Tá bom, não tem o que reclamar, o serviço está sendo bem feito. (Pai 6)

Tanto eu como a minha esposa foi bem tratada. Eu até estranhei a diferença do hospital da nossa cidade porque aqui para você ter uma informação, você é bem recebido. (...) os atendentes do hospital onde a gente reside é como se eles fossem dono de tudo, (...) E muita das vezes a gente não tem a resposta que precisa, e aqui desde o dia que a gente veio todos os setores que a gente passou a gente não teve constrangimento. (Pai 8)

Nesse estudo identificou-se que os pais nos serviços de pré-natal foram tratados de forma diferente das mulheres. Cortez et al (2016) em seu estudo realizado com profissionais de saúde verificou que, nos serviços de saúde, os profissionais de saúde não enxergam o pai como sendo prioridade no atendimento. Oliveira et al (2009, p.77) constatou em seu estudo que “durante o pré-natal percebe-se que o profissional de saúde vai concentrando as consultas na mulher grávida e na criança, tornando o homem um mero expectador”. O que fortalece a ideia de que os serviços de pré-natal, historicamente, estão centralizados na figura da mulher e na criança (BRAZELTON, 1969; WINICOTT, 1966, 1967; KALUS E KENNEL, 1993, 2000).

Cabrita et al (2012), Martins et al (2018), apontam em seus estudos que os pais não reconhecem o pré-natal como sendo um ambiente voltado para os homens. Colaboram para esse pensamento as já citadas atitudes dos profissionais e a estrutura dos serviços. (MARTINS et al, 2018; FIGUEIREDO et al, 2011).

É preciso, estar atento às mudanças desta lógica e acolher os homens nos serviços de pré-natais, pois segundo Cavalcante (2007) quando os homens percebem que nos atendimentos de pré-natais o cerne dos profissionais de saúde é a mulher, eles desistem de acompanhá-la.

Expectativas dos pais sobre os serviços

Os homens tendem a se mostrar satisfeitos com o serviço nas unidades especializadas. Quando indagados se existia algum serviço que eles gostariam de ter tido e não lhes foi oferecido, a maioria negou. Dos que afirmaram que tiveram expectativas não atendidas, colocaram demandas sobre a demora no acesso aos níveis hierárquicos de saúde compatíveis com as necessidades do seu filho. De fato, a precariedade do sistema público de saúde brasileiro – em franco processo de desmonte na atualidade – cria implicações no acesso que tendem a ser mais estressantes, proporcionalmente à gravidade do fato e ao contexto de malformação. Neste momento, a principal estratégia de resolução, ainda se firma no “conhecimento”, no “jeitinho” e na “indicação”. A lógica do direito e do acesso não se manifestou diretamente junto a estes homens.

Outro dado relevante é que alguns homens expressaram a expectativa de um atendimento psicológico para eles próprios, que não lhes foi oferecida, mas que era desejada por eles neste momento.

Quando eu estava lá na [primeiro local de atendimento] descobriram esse problema. Teve um certo... como é que eu vou dizer? Eu não sei se foi má vontade... não sei explicar, mas uma dificuldade de encaminhar logo para cá. Não sei porquê. [Tem], muita gente também, né? Só isso. Aí ela teve que comunicar outras pessoas para fazer o encaminhamento para cá. Aí fala com Fulano, fala de Ciclano... Aí finalmente! Mas foi um curto intervalo de tempo. (Pai 4)

No momento só essa consulta com médico [pediatra] para poder esclarecer qualquer dúvida sobre a má formação, para conversar sobre a situação até depois [sobre] os cuidados que teria com a criança depois de nascimento. (Pai 9)

Para mim o que me deixou desconfortável foi o tempo que a gente levou para vir [para a unidade terciária]. A doutora de lá atitude dela foi assim : - você tem que ir para o Fernandes Figueira. Aí tudo bem, a gente começa a pensar: - Vamos para o Fernandes Figueira. Mas a moça da secretaria falou assim para a gente: - enquanto não sai no Fernandes Figueira, você vai ter que continuar aqui, porque algum médico tem que te assistir. Lá em Duque de Caxias aí eu fui com ela. Nesse dia chegamos lá e a Doutora falou: - eu não tenho o que fazer por que tem que ser feito lá no Fernandes Figueira. Isso aqui já está encaminhado [...] é como se eu descobrisse que aqui tem um problema e quero ficar livre desse problema. Já não é mais a minha parte. Então foi desagradável. (Pai 10)

Aqui é um hospital de referência para fetos e para mãe nessas condições, então um serviço que poderia ter era orientação psicológica. Por que ofereceram para ela, mas eu não me lembro se a doutora falou que a orientação psicológica também fosse para o homem. (...) Talvez seja isso como é um Instituto de referência e geralmente é para tratar realmente de fetos com problema, então acho que deveria ter um pouco mais de cuidado nesse sentido. (Pai 11)

A Atenção Básica, como, primeiro nível de atenção é responsável por referenciar os usuários para acessar os serviços especializados, conforme previsto pela Constituição Federal de 1988 e demais orientações legais no âmbito da política de saúde brasileira.

Art. 2. §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017).

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS; b) Gerir a referência e contra referência em outros pontos de atenção; e c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território. (anexo 2 – A atenção básica na rede de atenção à saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

Contudo, segundo o Ministério da Saúde, o acesso aos serviços especializados é marcado por diversos obstáculos.

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos, em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares. Os gargalos, anteriormente mencionados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.4).

Essa dificuldade de acesso a atenção especializada apareceram no presente estudo como uma das principais preocupações dos homens-pais. Realmente, em um contexto de desmonte dos direitos sociais a população usuária do Sistema Único de Saúde tende a sofrer com o estresse provocado pela burocratização, pela referência equivocada, que prejudica e aumenta a demora no acesso ao serviço de saúde.

Associado a isso, observa-se que os usuários conseguem acessar o serviço especializado através de suas relações pessoais, transformando um caráter de direito do acesso às políticas sociais em “ajuda”. Parece que a ideologia do acesso à política pública como um favor (MARTINS, 2012), continua em voga no Brasil e o fato de conseguir atendimento – por qualquer via que seja - já é motivo para agradecimento e comemoração. Nesse contexto adverso, os homens estão tão gratos de receber o atendimento para suas mulheres, que eles anulam suas demandas, sua individualidade e suas necessidades. Sendo necessário agradecer e não questionar o atendimento ofertado.

As atividades de maior interesse

Os homens afirmaram gostar de participar das atividades, em especial aquelas que envolvessem um maior contato/interação com o bebê ou que os capacitassem para o exercício das atividades paternas.

Os grupos de pré-natal e a ultrassonografia foram, indubitavelmente, as atividades preferidas deles.

A ultra. Porque você tem um contato mais direto com bebê. Eu falo assim... A gente precisa ter uma máquina de raio-x aqui para ficar vendo o neném toda hora e -tipo assim- tu tens um contato, tu vê que tá tudo bem, ouve o coração... Aí pergunta: -Como é que está o coração? E -tipo assim- eu acho muito legal a parte da ultra, entendeu? E eu pergunto como é que tá? e ouvindo um eco com ela e ouvi o coraçãozinho. E vi como era que estava o coraçãozinho. Entendeu? Aí a gente vê assim –“caraca tá 130! Pode acontecer alguma coisa grave!” Mas graças a Deus está tudo bem Entendeu. (Pai 2)

Na verdade foi a visita eu gostei muito de visitar [a maternidade] e também no caso, essa palestra (...) foi bem interessante, tirou bastante dúvida. (Pai 3)

A ultra, você ver... Mostra mais ou menos rostinho da criança. (Pai 4).

O que eu mais gostei de fazer foi a ultrassom. (Pai 6)

De todo o acompanhamento, pô teve logo no início que teve a palestra também que mostra toda a estrutura [da maternidade]. Assim... eu gostei muito de conhecer os andares, aí vai passeando com cada pessoa e vai mostrando: -“Oh essa pessoa aqui, vai fazer isso”. Tirei a dúvida ali, da parte de estrutura em geral, o que é a mãe vai precisar, e aí foi. Sei lá... parece que ali já fiquei mais à vontade, parece até que tá dentro de casa, porque se você não apresentasse, tu ia ficar perdido sem saber para onde ir. (Pai 7)

Dá ultrassonografia, né? Porque tu vê teu filho lá, você vê toda hora, o bracinho mexendo, a ultrassonografia com certeza é a melhor. Só de ver ele. (Pai 10)

A participação do homem-pai nos exames de ultrassonografias é um momento especial, visto que é uma das etapas mais esperadas e pode contribuir para a criação de vínculos entre pai-filho (CARDOSO et al, 2018; BRANCO et al, 2009).

Também a possibilidade de ouvir os batimentos cardíacos do bebê permite que as informações de som e imagem se somem para produzir a ideia do filho real, e mesmo que o lugar de gestação seja a barriga da mãe, ao pai é permitido a sensação de gestar (CARDOSO et al, 2018, p.859).

As vivências de experiências visuais efetivamente contribuem para que materialidade da criança, proporcionando aos homens elementos reais para que eles acreditem na existência da criança (MARTINS et al, 2018).

Quanto às outras atividades avaliadas pelos homens como interessantes, cabe destaque aos grupos de orientação quanto à gravidez e preparação para o parto e cuidados com o recém-nascido, além da visita ao espaço físico da maternidade.

Martins et al, (2018) verificaram que os homens se sentem agradecidos e recompensados em participar das atividades propostas pelo pré-natal avaliando que esta capacitação é útil no sentido de qualifica-los para as mudanças que ocorrem na gestação, diminuindo, assim a sua ansiedade. Oliveira et al (2009) reforça a importância da presença masculina nos grupos de pré-natal, ressaltando as vantagens que esta vivência proporciona.

A participação do homem/pai em grupos favorece o conhecimento do “novo”, proporcionando-lhe tranquilidade para que assim, ele possa transmitir segurança à mulher no processo de nascimento; tornando a experiência menos traumatizante quanto mais o homem participa da gravidez e se informa sobre o assunto, mais ele estará preparado para acompanhar na sala de parto, favorece o vínculo afetivo entre o casal e existe uma maior possibilidade dos homens/pais acompanharem as consultas mensais dos seus filhos até por volta dos dois anos de vida. (OLIVEIRA et al, 2009, p.77).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de pai, vem sendo repensado atualmente e ganha significados diferentes do tradicional. Hoje coexistem movimentos distintos na sociedade buscando novas formas de paternidade. Estas novas formas do cuidado infantil, vão desde as reivindicações para que a paternidade seja sinônimo de participação, cuidado, afeto e responsabilidades, quanto aquelas que apesar de buscar uma maior interação entre pais e filhos, mas buscam articulá-los com os privilégios tradicionais de gênero e uma inserção seletiva dos cuidados masculinos, junto à sua prole. Nesta perspectiva, os homens se voltariam mais para as atividades de lazer e interação com os filhos que fossem desejadas por eles, restando à mulher assumir as tarefas repetitivas de cuidado diário e higiene, bem como o desgaste das atividades educativas e de correção da criança.

Os profissionais de saúde podem contribuir para a promoção de um cuidado de paternidade afetivo, cuidadoso e efetivo, a partir de ações que incluam o homem-pai no pré-natal. Cabe destaque para o desenvolvimento de atividades e espaços voltados para os homens e a sua inclusão nos atendimentos, com dedicação voltada especificamente para eles.

A capacitação dos homens para os cuidados infantis, sua participação ativa nas consultas e nos momentos significativos da vida da criança (como o parto, primeiro banho), contribui para um aumento do vínculo e do cuidado futuro com a criança. Trata-se de uma atenção à saúde baseada no princípio da integralidade, superando as concepções biomédicas da gestação e do parto.

Esta ação demanda formação, capacitação e disponibilidade do profissional de saúde para mais esta demanda de trabalho. E estas ações se vinculam às políticas sociais e medidas institucionais que reconheçam o pai como um ator, independente da vontade individual de cada profissional.

Construir uma nova filosofia de atuação que tenha como foco os desdobramentos extra-hospitalares das atividades realizadas no interior de uma unidade de saúde, parece ser um desafio para os dias de hoje. Tratam-se de ações com um impacto futuro inegável tanto para a saúde da criança quanto para demais dimensões de sua vida.

Desse modo, dois desafios se mostraram muito presentes nos discursos dos pais:

conseguir um profissional de saúde que entendendo a importância dos homens no processo gestacional, volte-se para ele com uma postura acolhedora e uma linguagem acessível. Se esta ação já é importante para qualquer homem, tende a ser ainda mais importante junto àqueles que possuem filhos com malformação à medida que existem maiores dúvidas quanto ao futuro desta criança e também ansiedades deste próprio homem que são desconhecidas pelos profissionais e pelos serviços.

O segundo desafio, ultrapassa as condutas individuais e diz respeito ao acesso facilitado aos níveis mais altos de complexidade destas gestantes. Nestes casos, a demora pelo atendimento especializado gera tensões e angústias que dificultam uma interação positiva com o bebê, tão necessária no contexto de malformação.

Oferecer um atendimento profissional acessível e cuidadoso, promover a capacitação para o cuidado e garantir a captação o mais precocemente possível aos níveis de maior complexidade contribui para superação do quadro atual em que os homens tendem a anular suas demandas, sua individualidade e suas necessidades, e nem sempre se permitem viver o momento gravidez como atores que também são centrais.

REFERÊNCIAS

BRANCO, V.M.C, Carvalho M.L.M, Coutinho AP, Sicuro A. **Unidade de saúde parceira do pai**. Rio de Janeiro (RJ): Secretaria Municipal de Saúde, p.24, 2009.

BRASIL. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.204, 2013.

BRAZELTON, T. Berry **Infants and mothers: differences in development** with a foreword by Jerome S. Bruner. New York: Dell Publishing Company, 296 pp, 1969.

CABRITA, B.A.C. et al. **A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas**. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, 2645-2654, 2012.

CARDOSO, V.E.P.S.et al. **A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante**. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):856-862.

CARVALHO, Q.C.M. et al. **Malformação congênita: significado da experiência para os pais**. Maringá. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 5, n. 3, p. 389-397, set./dez. 2006.

CAVALCANTE, Miriam A. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CORTEZ, Mirian Beccheri, et al. **Profissionais de saúde e o (não) atendimento ao homem-pai: análise em representações sociais**. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 21, n. 1 p. 53-63, jan./mar. 2016.

FELIX, Vanessa P.S. R. & FARIAS, Aponira M. Microcefalia: **O Filho Real e As Mudanças Na Dinâmica Familiar Sob a Perspectiva Do Pai**. II Congresso Brasileiro de Ciência da Saúde. Campina Grande- PB. 2017.

FIGUEIREDO, Márcio G.A.V; MARQUES, Alessandro C. PRÉ-NATAL: Experiências vivenciadas pelo pai. *Coagitare Enfermagem*, v. 16, n. 4, dez. 2011.

FONSECA, P; TABORDA, J. - **Paternidade: passado, presente e futuro**. Atlas psico: A Revista do Psicólogo. Nº 5, p. 14-23, 2007.

FREITAS, W. M. F.; et al. **Sentir- se pai: a vivência masculina sob o olhar do gênero**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, 2007.

HENN, C. G., & SIFUENTES, M. **Paternidade e Necessidades Especiais. Revisão Sistemática da Literatura**. *Paidéia*, 22(51), 131-139. 2012.

HENZ, Gabriela S. et al. **A inclusão paterna durante o pré-natal**. *Revista de enfermagem e Atenção à Saúde*. Jan/Jun 6(1):52-66, 2017.

INSTITUTO PRO MUNDO. **Situação da paternidade no Brasil**. 1ª Edição. Rio de Janeiro. 2016.

KLAUS, M. H. & KENNEL, J. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

KLAUS, M. H. & KENNEL, J. H. **Pais/bebê a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

LAMY, Zeni C. Editorial **Reflexões sobre o apoio paterno: profissionais e serviços de saúde contribuem para seu desenvolvimento?** *Revista Paul Pediatr* 30(3):304-5, 2012;

LUCCA, S.A, & PETEA, E.B.L. **Paternidade: vivências de pais de meninos diagnosticados com distrofia muscular de Duchenne**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10):3081-3089, 2016.

MALDONADO, M.T. & DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos**. São Paulo: Integrare; 2010.

MARTINS, A.C. **Paternidade: repercussões e desafios para a saúde. Caderno Pós Ciências Sociais** (UFMA) (Cessou em 2005. Cont. 1983-4527 *Revista Pós Ciências Sociais* (UFMA)), v. 11, p. 59-73, 2009.

MARTINS, A.C. **Paternidade: significados e dilemas presentes entre homens em um hospital pediátrico no Rio de Janeiro** .01. ed. Novas Edições Acadêmicas, v. 01, p. 68, 2014.

MARTINS, A.C. et al. **Paternidade na gestação e parturição: uma revisão integrativa**. *Revista família, ciclos de vida e saúde no contexto social*, 2018.

MARTINS, A.C. **Risco Social: terminologia adequada para a proteção social e garantia de direitos?**. Em *Pauta*. *Revista de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. n. 29, v.10, p. 85-99, 2012.

OLIVEIRA, Sheyla C. et al. **A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal**. *Coagitare Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 1, maio 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos: relatório de um grupo de consulta**. Washington (US): OPAS; 1984.

PETEAN, E. & PINA NETO, J. de. **Investigações em aconselhamento genético: impacto da**

primeira notícia – a reação dos pais a deficiência . Medicina, Ribeirão Preto, 31: 288-295, abr./jun. 1998

PICCININI, Cesar A. et al. **O Envolvimento Paterno durante a Gestação**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 17(3): 303-314, 2004.

RIBEIRO, Cláudia R. et al. **Paternidade e parentalidade como problemas de saúde diante dos rearranjos de gênero**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3589-3598, nov. 2015.

SANTO, L.C.E & BONILHA, A. L.L. **Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de Seu Filho**. Revista gaúcha de Enfermagem., Porto Alegre, v.21, n.2, p.87-109, jul. 2000.

SANTO, Lilian C.E. BONILHA, Ana L.L. **Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho**. R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.21, n.2, p.87-109, jul. 2000.

SANTOS, S. R. et al. **A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas**. Reme – Revista Mineira de Enfermagem.;15(4): 491-497, out./dez., 2011.

SANTOS, Shirley R. et al. **A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas**. Reme – Rev. Min. Enferm.;15(4): 491-497, out./dez., 2011.

TOMELERI, K., et al. **“Eu vi meu filho nascer”**: vivência dos pais na sala de parto. Rev Gaúcha Enferm., 28(4):497–504, 2007.

WINNICOTT, D. W. **A mãe dedicada comum**. In D. Winnicott. Os bebês e suas mães (pp.1-12). (J. L. Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (2002a). (Trabalho original publicado em 1966).

WINNICOTT, D. W. **O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil**. In D. Winnicott, O brincar e a realidade (J. O. de A. Abreu & V. Nobre, trads., pp. 153-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1967) (1975e).

ZAMPIERI, Maria de Fátima M. et al. **O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 14, n. 3, p. 483-93, set. 2012.

SISTEMA AGROFLORESTAL EM UNIDADES DE AGRICULTURA FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE TOMÉ-AÇU, PA: ESTUDO DE CASO

Thaise Cristina Dos Santos Padilha

Graduada; Universidade Federal Rural da Amazônia/UFRA; Paragominas, PA

Edilaine Borges Dias

Estudante de graduação; Universidade Federal Rural da Amazônia/UFRA; Paragominas, PA

Lyssa Martins de Souza

Graduada; Universidade Federal Rural da Amazônia/UFRA; Paragominas, PA

Walmer Bruno Rocha Martins

Professor Substituto do Curso de graduação em Engenharia Florestal da Universidade Federal Rural da Amazônia/UFRA; Paragominas, PA

Paula Cristiane Trindade

Professora Substituta do Curso de graduação em Engenharia Florestal da Universidade Federal Rural da Amazônia/UFRA; Paragominas, PA

RESUMO: Os sistemas agroflorestais é uma das alternativas utilizadas por agricultores através da agricultura familiar na tentativa de se obter rendas em vários produtos em ciclos de culturas anuais, perenes e semi perenes o ano todo. Este estudo foi realizado nos dias 15 e 16 de abril de 2016, no município de Tomé-Açu – PA. em duas propriedades a primeira visita foi na área de um agricultor familiar, a segunda visita na cooperativa agrícola mista de Tomé-Açu, a CAMTA. O município situa-se a 90 km a Sul-Leste de Moju, é formada por japoneses

onde predomina o SAF's a diversidade de culturas, é segredo para manter a economia, 250 famílias plantam pimenta do reino, banana e cacau consorciados. Em 1997 deu-se origem a cooperativa construíram uma fábrica de sucos, que recebem todas as frutas possíveis. Com isso foram feitos investimentos também em espécies florestais, como mogno africano, andiroba e outros. Com esses incentivos e parcerias com a CAMTA, a produção de polpas para sucos vem crescendo internacionalmente, fazendo assim crescer a produção e renda não só da cooperativa, como também do pequeno agricultor.

PALAVRAS-CHAVE: Agroecossistemas amazônicos; transição agroecológica; sustentabilidade.

ABSTRACT: Agroforestry systems are one of the alternatives used by farmers through family farming in an attempt to obtain incomes in various products in annual, perennial and semi-perennial crop cycles throughout the year. This experience report was held on April 15 and 16, 2016, in the municipality of Tomé-Açu - PA. In two properties the first visit was in the area of a family farmer, the second visit to the mixed agricultural cooperative of Tomé-Açu, CAMTA. The municipality is located 90 km south-east of Moju, is formed by Japanese where the SAF predominates the diversity of cultures, it is

a secret to keep the economy, 250 families plant black pepper, banana and cocoa consortium. In 1997 gave rise to the cooperative built a juice factory, which receive all possible fruits. With this, investments were also made in forest species such as African mahogany, andiroba and others. With these incentives and partnerships with CAMTA, pulp production for juices has grown internationally, thus increasing production and income not only for the cooperative, but also for the small farmer.

KEYWORDS: Amazon agroecosystems; agroecological transition; sustainability.

1 | INTRODUÇÃO

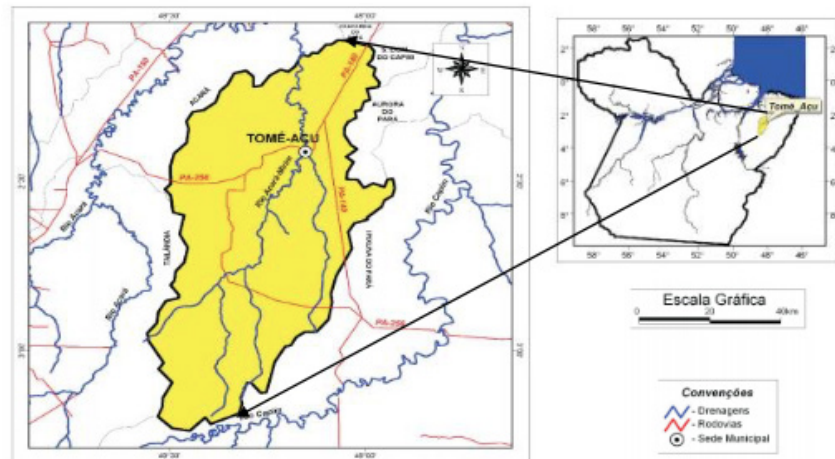
No setor agrícola, terra e trabalho são os fatores básicos de produção (Santos; Guerreiro, 2005) e o aumento da produtividade desses fatores promove crescimento econômico. Mas a otimização do agroecossistemas como um todo, promove além de benefícios econômicos, benefícios ambientais e sociais. A questão ambiental é hoje um desafio que se coloca a todos, professores, pesquisadores, estudantes, homens, mulheres, crianças e idosos, enfim, a todos os cidadãos que vivem e participam do destino de um mesmo planeta, o Planeta Terra.

Os sistemas agroflorestais (SAFs) vêm se apresentando como uma alternativa aos modelos de cultivos convencionais por uma série de razões, entre elas, a sustentabilidade dos processos biológicos agregados à possibilidade de maior dinamização da produção, diversificação de mão de obra e agregação de valor ao produto agrícola (Sattler, 2012).

A cidade de Tomé-açu na região Norte do Estado do Pará é formada por japoneses onde predomina o sistema agroflorestal (SAF's) a diversidade de culturas, é o segredo para manter a economia, 250 famílias plantam pimenta com banana e cacau em consórcio. Em 97 construíram uma fábrica de sucos, que recebem todas as frutas possíveis. Onde atualmente tem o nome de Cooperativa agrícola mista de Tomé-Açu (CAMTA). O objetivo através do estudo de caso é caracterizar a soberania alimentar e nutricional de agricultores que trabalham na diversificação dos seus sistemas produtivos

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A entrevista ao agricultor agroecológico foi realizada com auxílio de um questionário semiestruturado, nos dias 15 e 16 de abril de 2016, em duas propriedades a primeira visita foi na área de um agricultor familiar localizado nessa região e a segunda na cooperativa agrícola mista CAMTA, situados no município de Tomé-Açu - PA. Situado a 13 metros de altitude, as coordenadas geográficas do município Latitude: 2° 24' 53" Sul Longitude: 48° 8' 60" Oeste.



Durante a entrevista foi realizado uma caminhada transversal na unidade produtiva do agricultor que também é cooperado da CAMTA. Ao longo da entrevista obteve-se uma linha do tempo do sistema produtivo que compôs o diagnóstico rural participativo individual (DRP).

3 | RESULTADOS

Na propriedade do agricultor localizada no município de Tomé-Açu – Pará realiza-se plantio em sistemas consorciados (SAF's) há aproximadamente 25 anos, que tornou-se uma das unidades referência nesse tipo de sistema agroflorestal, começou com o plantio de castanha do Brasil a partir do sétimo ano. Conseguem colher quatro variedades plantadas em consorcio entre espécies frutíferas e espécies florestais. No terceiro mês obteve resultado de 70 ha, sendo 33 ha plantando, iniciou com aproximadamente 0,3025 há, após o plantio misto favorável com pimenta do reino. O Pará é o estado que se destaca pela produção de pimenta do reino, condimento culinário característico da culinária paraense, o que é de grande importância para o resgate de cultura da culinária paraense.

A mão de obra familiar é limitada, há apenas o agricultor para o trabalho no sistema, com eventuais contratações de mão-de-obra temporária. O produto principal no sistema é o cupuaçu de onde se obtêm melhor retorno economicamente, é vendido cerca de 15000/ha kg de cupuaçu sendo vendido o fruto para comercialização e processamento da CAMTA (Cooperativa Agrícola Mista de Tomé – Açu). O agricultor durante a entrevista relatou que as políticas públicas visam uma valorizam da cultura do dendê, por agregar assistência técnica e financiamento e está dentro do plano do Zoneamento econômico ecológico para a região. Há ainda questão a melhorar no sistema, como a substituição do corte e queima, pois ainda não possui alternativas de sistema. Utiliza de técnicas naturais como a ciclagem de biomassa no sistema, a biomassa melhora o solo da sua área produtiva, 70% volta e 30% é subsistência, segundo o agricultor. Utiliza-se também a casca do cupuaçu, assim como a biomassa dentro do cacau.

Sobre o plantio de cupuaçu é realizado o enxertado, o cupuaçu enxertado produz mais e a sua produção de massa é melhor, possui um consórcio de cupuaçu e pimenta (carimbo), onde essas variedades se completam, de acordo com a observação dos experimentos realizados pelo agricultor o cupuaçu em consorcio de quatro anos tem um sabor mais adocicado. Além do cupuaçu outras espécies como o ipê com dois anos realiza-se a técnica de enxertia, faz uma fenda de auxílio do enraizamento na hora da enxertia.

Antes do plantio é realizado análise de solo e correção com calcário, para produzir em consórcio, espécies como: açaí, cupuaçu, mogno, faveira, cumaru, banana, bacuri e pimenta.

Na cultura da pimenta do reino bragantina com um ano produz-se num espaçamento de 1,80 m x 1,80 m. O agricultor produz pimenta do reino, cujo o rendimento desta cultura assemelha-se ao do cupuaçu 15000kg/há. No Pará, a cultura da pimenta-do-reino gera cerca de 50 milhões de dólares ao ano e emprega cerca de 70 mil a 80 mil pessoas, no período da safra (IBGE, 2014). Ainda de acordo com dados do IBGE (2014) em 2013 a somatória da produção de pimenta do reino das cinco principais cidades resultou em quase 12 mil toneladas da cultura. Sobre o controle de pragas é controlado através de técnicas de controle biológico.

Segundo (ARCE, LONG 2000), os SAF's encontrados na região de Tomé-Açu, em estabelecimentos de agricultores familiares, sobressair dos sistemas praticados por outros produtores locais, devido a introdução de conhecimento, tecnologia e/ou processos, passíveis de serem reproduzidos por esses pequenos produtores, conseguindo rentabilidade, assemelhando-se com as chamadas "Ilhas de Eficiência", sendo ainda possíveis de sofrerem adaptações com o decorrer do tempo, conforme a mudanças no contexto socioeconômico do município. Os cultivos são formados por: cultivos de pimenta-do-reino, cacau, açaí, e cupuaçu, combinados entre si ou com espécies florestais, apresentando características específicas, onde há introdução de espécies de uso múltiplos em substituição a cultura da pimenta decadentes, (Homma; Barros, 2008).

Os sistemas agroflorestais é uma das alternativas utilizadas por agricultores através da Agricultura Familiar na tentativa de se obter rendas em vários produtos em ciclos de culturas anuais, perenes e semiperenes o ano todo, além de contribuir para o meio ambiente de forma sustentável onde se planta espécies agronômicas e florestais para um equilíbrio dos ecossistemas, não havendo a implantação apenas de uma única cultura o chamado monocultivo.

REFERÊNCIAS

ARCE, A; LONG, N. Anthropology development and modernities: exploring discourses, countertendencies and violence. London: Routledge, 2000.

BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra. 8º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

COOPERATIVA Agrícola Mista de Tomé- Açú. Disponível em <<http://camta.lwsite.com.br/>>. Acesso em: 28/09/2016.

HOMMA, A. K. O.; BARROS, A. L. Sistemas agroflorestais: um contexto teórico para a Amazônia. In: ENCONTRO DE GEOGRAFIA FÍSICA DA AMAZÔNIA: geografia física e os recursos naturais da Amazônia, 2. 2008, Belém. Anais..., Belém, 2008. P. 1 – 4. 1 CD ROM.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Tome-Açu/Pa. 2014. Disponível em <http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php?lang=_EN&codmun=150800&search=para%7Ctome-acu%7Cinphographics:-history> Acesso em: 11-10-2016.

NILZA, A. P.; THEREZINHA X. B.; LUCIANA G. C. C. Boletim agrometeorológico de 2008 para Tomé-Açu, PA // Belém, PA. Embrapa Amazônia Oriental, 2009.

ODUM, E.P. Fundamentos de Ecologia. 6.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

SANTOS, M.J.; Guerreiro, E. (2005) Produtividade do trabalho e da terra na agropecuária paranaense. Publicatio UEPG, vol. 13, No. 2, pp. 59-78.

SATTLER, M. A. Sustentabilidade de sistemas agroflorestais na região do caparaó – ES. Tese (Doutorado - Produção Vegetal) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências e Tecnologias Agropecuárias. Campos dos Goytacazes, RJ, 2013.

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA ASSOCIADO AO *BULLYING*

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos
Laurinete Lopes Ferreira Torres
Rafael Mondego Fontenele
Hariane Freitas Rocha Almeida
Cianna Nunes Rodrigues
Francisca Maria Ferreira Noronha
Isabela Bastos Jácome De Souza
Débora Luana Ribeiro Pessoa

RESUMO: A adolescência é uma fase de transição para a vida adulta em que ocorrem diversas alterações biológicas, psicológicas e sociais na vida do indivíduo. O suicídio resulta de um ato premeditado, principiado e levado a cabo por uma pessoa com conhecimento pleno ou expectativa de um resultado fatal que na adolescência, pode estar relacionado com as incertezas que surgem neste período da vida. Este estudo objetivou identificar evidências na literatura acerca do suicídio na adolescência associado ao *Bullying*. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada de acordo com seis passos operacionais: identificação do problema; elaboração da pergunta norteadora; definição de critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados em bases científicas; seleção dos artigos; análise e interpretação dos resultados. Foram realizadas buscas nas bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME) e Scientific Electronic

Library Online (SCIELO). Foram incluídos trabalhos com o texto completo em inglês e em português, com temas que abordam “Suicídio na Adolescência” publicados no período de 2006 a 2016. Os resultados apontaram que a maioria das ocorrências de suicídio estavam ligadas a questões de gênero e que são mistas para meninos e meninas. Houve ainda uma relação do suicídio com a depressão, sugerindo que estados depressivos podem desencadear a ideação pelo ato suicida. Contudo, concluiu-se que diante do que fora exposto os adolescentes envolvidos no *Bullying* são mais propensos a sofrer depressão e recorrer ao suicídio. Sendo assim, são necessárias intervenções em pacientes adolescentes em todas as esferas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência. Suicídio. Tentativa de Suicídio.

SUICIDE IN ADOLESCENCE ASSOCIATED WITH BULLYING

ABSTRACT: Adolescence is a transition phase into adulthood in which various biological, psychological and social changes occur in the individual's life. Suicide results from a premeditated act, begun and carried out by a person with full knowledge or expectation of a fatal outcome that in adolescence may be related to the uncertainties that arise in this

period of life. This study aimed to identify evidence in the literature about suicide in adolescence associated with Bullying. It was an integrative review of the literature, carried out according to six operational steps: identification of the problem; guiding question; definition of inclusion and exclusion criteria; collection of data on scientific bases; selection of articles; analysis and interpretation of results. We searched the databases: PUBMED, Virtual Health Library (BIREME) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). We included papers with the full text in English and Portuguese, with themes that address “Suicide in Adolescence” published between 2006 and 2016. The results indicated that the majority of suicide cases were linked to gender issues and are mixed for boys and girls. There was also a link between suicide and depression, suggesting that depressive states may trigger suicidal ideation. However, it was concluded that adolescents involved in Bullying were more likely to suffer from depression and suicide. Therefore, interventions in adolescent patients are necessary in all health spheres.

KEYWORDS: Adolescence. Suicide. Suicide Attempt.

INTRODUÇÃO

O suicídio resulta de um ato premeditado, principiado e concretizado por uma pessoa com conhecimento pleno ou expectativa de um resultado fatal. A Organização Mundial da saúde traz que o suicídio se constitui, atualmente, em um problema de saúde pública mundial estando entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos (SOUSA et al., 2015).

A adolescência é o período situado entre a infância e a idade adulta, sendo um estágio de início e duração variáveis. Cronologicamente, segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é delimitada entre os 10 e 19 anos. Todavia, o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos (SOUSA et al., 2015).

A adolescência refere-se a uma fase de grande inquietação e oscilação emocional face às transformações que ocorrem (caso da puberdade), às tarefas que exigem atenção e empenho, às grandes dúvidas e certezas que emergem, tantas vezes desproporcionadas ou contrapostas. Com efeito, é neste momento que questões como o sentido da vida, a morte, a imortalidade e o suicídio assumem a maior relevância (MENDONÇA, 2015).

Didaticamente, pode-se dividir a adolescência em três fases: a primeira fase de 12 a 15 anos, ou também denominada de pré-adolescência, quando ocorrem mudanças físicas, sentimentos de solidão e certo isolamento. A segunda fase entre 15 e 18 anos, denominada de adolescência propriamente dita. E finalmente, a terceira e última fase da adolescência que ocorre entre os 18 e 21 anos, também designada de pós-adolescência (MENDONÇA, 2015).

O suicídio é um problema de saúde pública em países de alta renda e um

problema emergente em países de baixa e média renda. Trata-se de uma significativa causa de morte no mundo, especialmente entre os jovens. Mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo a cada ano. Isso corresponde a uma morte a cada 40 segundos. O número de vidas que se perdem a cada ano por suicídio supera o número de mortes por homicídios e guerras juntos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2016).

Existem diversos fatores de risco e de proteção para o suicídio na adolescência. O principal fator de risco é a presença de perturbação mental que é responsável por 90% dos casos de suicídio estando nesse momento, 60% destes indivíduos apresentam-se deprimidos. Além das perturbações mentais, existem também fatores de risco genéticos e neurobiológicos (MENDONÇA, 2015). Os fatores de risco, na maioria, são semelhantes quer nos adolescentes quer nos adultos, destacando-se o comportamento de impulsividade/agressividade, contudo, diferem em alguns aspectos característicos da idade, como o *Bullying* ou o contágio efeito *Werther* (MENDONÇA, 2015; SILVA et al., 2016).

Os estudos de revisão da literatura permitem a síntese da produção científica a respeito de temas diversos, neste estudo abordado sobre o suicídio na adolescência, bem como sua associação com o *Bullying*. Considerando que este tem um importante valor preditivo para o ato suicida, a questão norteadora dessa pesquisa foi: A ocorrência de *Bullying* leva o adolescente a cometer suicídio? Sendo assim, este estudo teve por objetivo identificar evidências na literatura acerca do suicídio na adolescência associado ao *Bullying*.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão integrativa da literatura realizada a partir de seis etapas. A primeira etapa compreendeu a elaboração de uma pergunta central. Para a construção da questão, optou-se por utilizar a Estratégica de PICO.

Esta estratégia proposta por Richardson e Marphy (1998) garante uma boa formulação da pergunta clínica e pode ser empregada em diversas metodologias, compreendendo em quatro etapas: definição do paciente ou grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde, a definição da intervenção de interesse que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, a definição de uma intervenção padrão, a mais utilizada ou nenhuma intervenção e o desfecho com os resultados esperados.

Na primeira, a pergunta foi definida: quais são as evidências científicas nacionais e internacionais publicadas nos últimos 10 anos que contribuem para o conhecimento de fatores que culminam com o suicídio (ou tentativa de suicídio) relacionado ao *Bullying* na adolescência?

Na segunda etapa houve a definição dos descritores. Com base no conhecimento básico sobre o tema, foi realizada uma busca a partir dos Descritores em Ciência

da Saúde (DeCS) no portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) para a procura e definição do descritor exato, considerando a definição do descritor na BVS para que não houvesse confundimento. Os descritores utilizados para a construção deste estudo foram: Suicídio, Tentativa de Suicídio, e Adolescente. Na terceira etapa houve a seleção dos artigos, a partir das bases Scielo e PubMed.

Na quarta etapa foram definidas as estratégias de busca em que se utilizaram os descritores *MeSH (Medical Subject Head Medical Subject Headings)* e *DeCS (Descritores de Ciências da Saúde)* dos termos “adolescente”, “suicídio” e “tentativa de suicídio”, no idioma inglês e português com a combinação do booleano “AND”, adaptados a cada uma das bases de dados e em três etapas: inicialmente, realizou-se a busca pelos descritores “*Nursing*” AND “*Suicide*”; seguindo dos descritores “*Bullying*” AND “*Suicide*”; e por fim, “*Suicide attempted*” AND “*Adolescent*” AND “*Suicide*”.

Na quinta etapa ocorreu a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos nacionais e internacionais, publicados em português e inglês entre os anos de 2006 a 2016, textos completos disponíveis nas bases de dados indexadas e publicações que retratam a questão de adolescentes e fatores para suicídio ou tentativa de suicídio em indivíduos com idade compreendida entre 10 a 18 anos.

A Figura 1 materializa a trajetória de busca através das combinações de descritores em ciências da saúde nas bases de dados científicos. Inicialmente, após a identificação dos estudos, fora realizada a leitura dos títulos dos artigos e aqueles que superficialmente se encaixavam no objetivo do presente estudo, passaram para a etapa seguinte com a leitura minuciosa dos resumos das pesquisas encontradas. Os estudos cujos títulos se apresentaram pertinentes ao objeto de pesquisa anteriormente descrito, foram lidos na íntegra, para que se pudesse aproximar os resultados obtidos com o objetivo proposto.

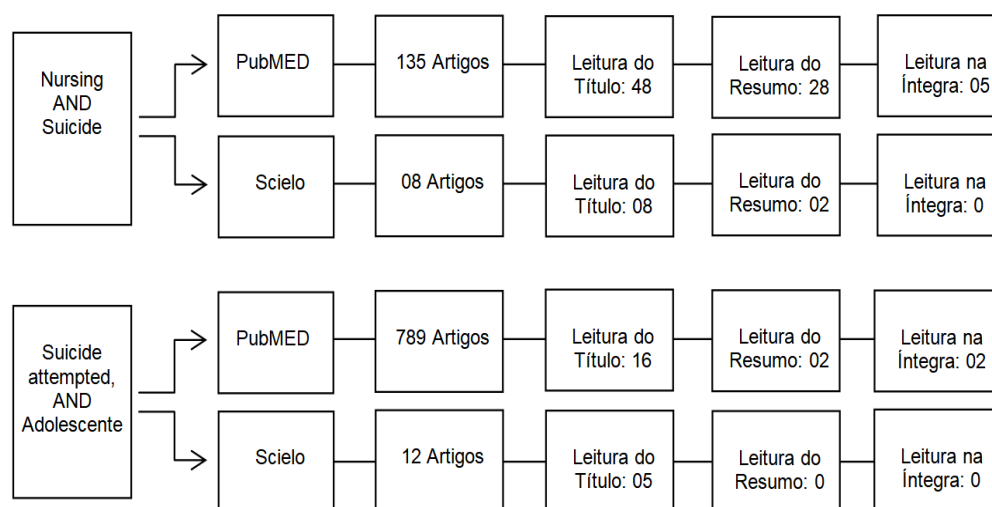


FIGURA 1 - Percurso de seleção das produções científicas entre 2006 e 2016.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de julho e agosto de 2017. A partir da busca nas bases selecionadas, identificou-se o total de 944 artigos no idioma inglês e português a partir da combinação dos descritores *Nursing AND Suicide* foram identificados 135 artigos na PubMed e oito artigos na *Scielo*, após filtro com critérios de inclusão e exclusão, desta combinação restaram cinco artigos. A partir da combinação dos descritores *Suicide attempted AND Adolescente*, foram obtidos um total de 789 artigos na PubMed e 12 artigos na *Scielo* cujo total fora de apenas dois artigos com esta combinação.

A amostra final para a construção do *corpus* deste estudo foi de duas publicações nacionais e cinco internacionais, sendo duas na *Scielo* e cinco na PubMed, respectivamente. Prosseguiu-se então à sexta etapa, apresentando a revisão integrativa, juntamente com a discussão do tema e síntese do conhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos estão apresentados no Quadro 1 e são identificados segundo autor, título e ano, seguidos do objetivo principal e dos principais resultados encontrados na pesquisa.

Nº	Autor/Título Ano	Objetivos	Principais Resultados
E1	Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. 2015.	Realizar uma meta-análise para estimar a associação entre envolvimento do Bullying e ideação e comportamentos suicidas.	Os resultados demonstraram que o envolvimento no Bullying em qualquer capacidade está associado à ideação e comportamento suicida. Os resultados indicaram ainda, que cada um dos preditores estava associado ao risco de ideação e comportamento suicida. Houve heterogeneidade significativa em cada análise. A perpetuação do Bullying e os tamanhos de efeitos comportamentais suicidas foram moderados pelo país de origem do estudo; O status de intimidação / vítima e os resultados da ideação suicida foram moderados pelo método de avaliação do Bullying.
E2	Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, Stylianidis S, Mavreas V. The association between Bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. 2011.	Testar a associação entre o comportamento do Bullying e os estágios iniciais da ideação suicida em uma amostra de adolescentes gregos e examinar isto é independente da presença de morbidade psiquiátrica, inclusive sintomas sub-limiar.	As vítimas do comportamento de bullying são mais propensas a expressar ideação suicida. Em contraste, ser um perpetrador (“bullying outros”) não foi associado a este tipo de ideação após o ajuste. Essas descobertas foram semelhantes em meninos e meninas, apesar do impacto populacional da vitimização na prevalência de ideação suicida fosse potencialmente maior para os meninos.

E3	Hong L, Guo L, Wu H, et al. Bullying, Depression, and Suicidal Ideation Among Adolescents in the Fujian Province of China. 2016.	Avaliar a associação do Bullying com ideação suicida entre adolescentes e investigamos se essa associação variou em relação à presença de depressão.	Observou-se uma associação independente de Bullying com risco aumentado de ideação suicida entre estudantes adolescentes e essa associação foi afetada pela depressão. Estudos prospectivos devem ser realizados para confirmar esses achados.
E4	Souza ACG, Barbosa GC, Moreno V. Suicídio na adolescência: revisão de literatura. 2015	Conhecer a produção científica a respeito da temática do suicídio e adolescência	A revisão constatou que quanto ao perfil socioeconômico a maioria dos adolescentes que tentam suicídio são brancos, solteiros, do sexo feminino, com baixo poder econômico e aproximadamente 50% frequentam escolas e a maioria dos atendimentos aos adolescentes que tentaram suicídio ocorreu no período da noite. Constatando-se que a influência sociocultural é importante para o jovem, tanto no enfrentamento dos problemas quanto no desfecho destes, podendo motivar o suicídio.
E5	Alavi N, Roberts N, Sutton C, Axas N, Repetti L. Bullying Victimization (Being Bullied) Among Adolescents Referred for Urgent Psychiatric Consultation: Prevalence and Association With Suicidality.	Examinar a prevalência de vitimização do Bullying em adolescentes encaminhados para consulta psiquiátrica urgente, estudar a associação entre intimidação e suicídio e examinar a relação entre diferentes tipos de Bullying e suicídio.	Avitimização do Bullying, especialmente o cyberbullying, está associada ao aumento do risco de ideação suicida entre adolescentes encaminhados para avaliação de risco psiquiátrico. A prevalência de vitimização do Bullying foi de 48,5%. Houve uma associação significativa entre ser intimidado e ideação suicida, e entre sexo e ideação suicida. As vítimas do cyberbullying relataram mais ideias suicidas do que aquelas que sofreram agressão física ou verbal.
E6	King CA, Horwitz A, Berona J, Jiang Q. Acutely Suicidal Adolescents Who Engage in Bullying Behavior: 1-Year Trajectories. 2013	Examinar as associações entre comportamentos de Bullying e trajetórias de ideação e comportamento suicida e comprometimento funcional geral	Os adolescentes que conheciam os critérios do grupo de perpetradores de Bullying foram caracterizados por ideação suicida mais grave e níveis mais altos de fatores de risco proximais para o suicídio. O comportamento de Bullying não foi estável ao longo do tempo, mas foi associado ao aumento do risco de suicídio quando presente.
E7	Kuczynski E. Suicídio na infância e adolescência. 2014	Abordar aspectos históricos e epidemiológicos do suicídio na infância e na adolescência.	Apesar de não haver necessariamente um desejo suicida explícito relacionado às mortes de adolescentes, o envolvimento em condutas de risco define atitudes parassuicidas aliadas a um descaso e uma desvalorização da vida, quer pela concomitância de transtornos do humor, quer pela existência de estressores ambientais associados a uma ausência (objetiva ou subjetiva) de perspectivas de futuro. Ainda não há uma estrutura de saúde preparada para atender a esta demanda crescente em serviços de Emergência e de Saúde Mental.

QUADRO 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo autor, título, ano,

As publicações selecionadas nesta pesquisa foram identificadas em periódicos da área de Saúde e Psicologia. Em relação à natureza metodológica, cinco estudos foram do tipo quantitativo, enquanto um foi qualitativo e um foi do tipo revisão da literatura. Para melhor agrupamento das ideias, os resultados foram divididos em dois subtítulos: o impacto do *Bullying* na adolescência e o comportamento suicida como consequência do *Bullying* físico e *Bullying* Cibernético.

O impacto do *Bullying* na adolescência

O impacto do *Bullying* em todas as formas sobre a saúde mental e a segurança dos adolescentes é de particular interesse, especialmente na sequência de novos métodos de *Bullying* que vitimam os jovens através da tecnologia (VAN GELL et al., 2014). Os estudos de Kuczynsk (2014) e Holt et al., (2015), relatam que a maioria dos adolescentes que se suicidam são resultados relativos às diferenças de gênero: alguns estudos sugerem maior risco de suicídio para meninas vítimas de *Bullying* e outros indicam maior risco para os meninos vítimas de *Bullying*. Uma associação positiva entre *Bullying* e comportamentos internalizantes foi encontrada quando a medida incluía indicadores comportamentais de agressão. Tanto para o *Bullying* quanto para o suicídio, as estimativas de prevalência indicaram que as diferenças de gênero persistem (HOLT et al., 2015).

Os resultados indicaram que cada um dos preditores estava associado ao risco de ideação e comportamento suicida e que os resultados demonstraram que o envolvimento no *Bullying* em qualquer capacidade está associado à ideação e comportamento suicida (HOLT et al., 2015).

Este trabalho evidenciou que as três formas de envolvimento no *Bullying* (perpetração, vitimização e ambos) associaram-se de forma independente a um risco aumentado de ideação suicida. Além disso, houve uma interação significativa entre depressão e *Bullying*, sugerindo que a depressão pode modificar a influência do *Bullying* na ideação suicida e que a ideação suicida está associada à depressão em adolescentes, e os adolescentes envolvidos no *Bullying* são mais propensos a sofrer depressão (HOLT et al., 2015).

Comportamento suicida como consequência do *Bullying* físico e *Bullying* cibernético

O papel da violência física e psicológica, associado ao uso de substâncias como comportamentos mediadores oferece uma explicação de como os comportamentos de risco podem aumentar a probabilidade de comportamento suicida de um adolescente através da habituação à dor física e à ansiedade psicológica. A associação direta de cada comportamento de risco (uso de substâncias, comportamento violento, comportamento

sexual inseguro) com comportamento suicida também ressalta a importância de reduzir os comportamentos de risco (VAN GEEL et al., 2014; KUCZYNSK, 2014).

No presente estudo, verificaram-se evidências crescentes de que a vitimização por *Bullying* pode ter numerosas consequências para a saúde mental, em longo prazo, incluindo raiva, tristeza, ansiedade, depressão, automutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio (ALAVI et al., 2015). Em outro estudo, foi confirmado o efeito confuso da morbidade psiquiátrica, especialmente para a categoria “*bullying* outros”. Após medidas de controle para a erradicação do *bullying* nas escolas, os alunos que intimidaram os outros não mostraram mais um risco aumentado de denunciar ideação suicida (SKAPINAKIS et al., 2011).

Segundo os estudos de Kuczynsk (2014) e Hong et al., (2016), o *bullying* é definido pelo uso de força ou coerção para afetar negativamente aos demais, envolvendo um desequilíbrio do poder social, físico e/ou emocional, e atos danosos voluntários e repetitivos. Pode ser persistentemente dirigido a um alvo baseado na raça, cor, peso, origem, grupo étnico, religião, crença, deficiência, orientação sexual, gênero, aparência física, sexo, ou outras características que distingam o eleito no grupo. Não está limitado a, mas prevalece entre crianças e adolescentes. Assume várias formas: verbal, física, relacional/social e eletrônica, sendo o último mais conhecido como *cyberbullying*.

Associados a isto é importante destacar que o perfil do adolescente que tenta suicídio não apresenta grande desconexão entres os estudos (SOUSA et al., 2015; VAN GEELL et al., 2014; KING et al., 2013). A influência sociocultural é importante para o jovem, tanto no enfrentamento dos problemas quanto no desfecho destes, podendo motivar o suicídio e que o preconceito e o tabu envolvendo suicídio faz com que seja difícil acessar os jovens e também as suas famílias, tornando o suicídio um importante fator de saúde pública.

CONCLUSÃO

Os estudos apontam que há uma relação entre a prática do *bullying* com a ocorrência do suicídio na adolescência e que, a prática do chamado *cyberbullying*, vem ganhando destaque nos últimos anos e tornando-se um problema de saúde pública.

Os adolescentes envolvidos no *bullying* estão mais propensos a sofrer depressão e, outros agravos de origem psíquica que podem sucessivamente levar às ideações suicidas e ao suicídio propriamente dito.

Diante disso, esta revisão forneceu um panorama do conhecimento técnico e profissional sobre o tema, cuja contribuição possa induzir outros estudos sobre diferentes atores sociais, que estejam empenhados no enfrentamento do suicídio na adolescência, bem como o fortalecimento de programas já existentes, com intervenções direcionadas ao *bullying*, com atenção especial ao *cyberbullying*, prática com extrema relevância ao presente estudo, tratando-se de tipos de violência entre usuários de

redes sociais.

Concluiu-se que estados depressivos podem favorecer o comportamento suicida na adolescência, pelo fato de que nesta fase da vida, corpo e mente dos adolescentes estão passando por frequentes modificações emocionais que podem favorecer o autoextermínio.

A relação do suicídio com o *bullying* foi mais evidente entre meninas, porém aparece em ambos os sexos. Contudo, a ocorrência de suicídio em meninos, geralmente esteve relacionada a questões de gênero como orientação sexual.

Sugere-se a realização de mais estudos sobre a associação entre prática de bullying e suicídio na adolescência com o objetivo de chamar a atenção para a implementação de políticas de conscientização nas escolas, ambiente em que a prevalência do *bullying* se apresentou em maior evidência.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade CEUMA pelo incentivo à iniciação em pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

- ALAVI, N; ROBERTS, N; SUTTON, C; AXAS, N; REPETI, L.. Bullying victimization (being bullied) among adolescents referred for urgent psychiatric consultation: prevalence and association with suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 60, n. 10, p. 427-431, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26720189>. Acesso em 05 de nov 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371506001003>.
- HOLT, M. K; ALANA, M; VIVOLO-KANTOR, M. P. H; CHES, J. R. P; HOLLAND, KM et al.. Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, p. peds. 2014-1864, 2015. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/2/e496>. Acesso em: 09 de nov de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>.
- HONG, L; LAN, G; WU, H; LI, P; XU, Y et al. Bullying, depression, and suicidal ideation among adolescents in the fujian province of china: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, v. 95, n. 5, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748877> Acesso em 09 de nov 2018. DOI: <http://doi.org/10.1097/MD.0000000000002530>.
- KING, C. A; HORWITZ, A; BERONA, J; JIANG. Acutely suicidal adolescents who engage in bullying behavior: 1-year trajectories. *Journal of Adolescent health*, v. 53, n. 1, p. S43-S50, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23790201>. Acesso em 08 de nov de 2018. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.016>.
- KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 246-252, 2014. ISSN 0103-6564. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300246&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 09 de nov 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140005>.
- MENDONÇA, F. V. M. Suicídio na adolescência. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Mestrado Integrado em Medicina. [Dissertação], Portugal, 2015. Artigo de Revisão. *Área Científica de Pesquisa*, v. 1, mar, 2015 Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30460/1/Suic%C3%ADdo%20na%20Adolesc%C3%A7%C3%A3o%20-%20Artigo%20de%20Revis%C3%A3o%20>

-%2003.15%20-%20FI%C3%A1vio%20Mendon%C3%A7a.pdf. Acesso em 9 de nov de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS lança nova publicação com estratégias das Américas para a prevenção do suicídio. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5222:opas-lanca-nova-publicacao-com-estrategias-das-americas-para-a-prevencao-do-suicidio&Itemid=839.

RICHARDSON, W. S; MURPHY, A. L. Ask, and ye shall retrieve. **Evidence-Based Medicine**, v. 3, n. 4, p. 100, 1998. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/1904db39a486cf128775f4cc4c9e9621/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2041037>. Acesso em 9 de nov de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebm.1998.3.100>.

SILVA, L. L. T; ALVIM, C. G. G; COSTA, C. C; RAMOS, T. M; COSTA, E. E. O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/767>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.767>.

SKPINAKIS, P; BELLOS, S; GKATSA, T; MAGKLARA, K; LEWIS, G et al. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. **BMC psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 22, 2011. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-22>. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-22>.

SOUSA, A. C. G; BARBOSA, G. C; MORENO, V. Suicídio na adolescência: revisão de literatura. **Revista Uningá**, p. 95-98, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140721/ISSN1807-5053-2015-43-95-98.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

VAN GEEL, M; VEDDER, P; TANILON, J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. **JAMA pediatrics**, v. 168, n. 5, p. 435-442, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24615300>. Acesso em 8 de nov de 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>.

VULNERABILIDADE DE CAMPO MOURÃO - PR AOS EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS EM ANOS DE EL NIÑO, LA NIÑA OSCILAÇÃO SUL

Danieli De Fatima Ramos

Pós-Graduanda pela Universidade Estadual do Paraná – Campus de Campo Mourão. E-mail: danigeografia2012@yahoo.com.br

Katiúscia Naiara Ariozi Lima

Pós-Graduanda pela Universidade Estadual do Paraná – Campus de Campo Mourão. E-mail: kati_ariozi@hotmail.com

Victor Da Assunção Borsato

Pós - Doutor em Geografia e professor adjunto do colegiado de Geografia da Universidade Estadual do Paraná – Campus de Campo Mourão. E-mail: victorborsato@yahoo.com.br

RESUMO: Estudos sobre eventos climáticos extremos mostram-se necessários para uma melhor compreensão do clima local. Para o Sul do Brasil, os fenômenos do El Niño e La Niña trazem profundas alterações nos estados do tempo. Por isso traçou-se como objetivos relacionar os eventos extremos de vento e chuva como a vulnerabilidade das edificações para a cidade de Campo Mourão, nos bairros Vila Cândida, Jardim Pio XII, Comunidade São Francisco e Conjunto Habitacional Milton Luiz Pereira Cohapar, com os fenômenos La Niña, El Niño Oscilação Sul. Verificar a participação do sistema atmosférico na estação da primavera devido o maior índice de ocorrências tempestuosas, pois, é a estação

mais bordejada por massas de ares úmidas e de alta pressão. Levantar, por meios de jornais os eventos extremos para região de Campo Mourão, para os dias que foram intensos fez-se um levantamento, por meio da leitura das cartas sinóticas e das imagens de satélites, das participações dos sistemas atmosféricos. Considerando que a região de Campo Mourão pode ser assolada por eventos extremos, como ventos intensos e granizo. A pesquisa também fez um levantamento in locus para verificar e por meio de observações se as edificações estão preparada estruturalmente para, no caso de evento extremo atingir a cidade. Para investigar a estrutura das edificações nos bairros foi elaborada uma investigação da vulnerabilidade das edificações e da vegetação arbustiva, as quais possam tombar em caso de eventos climáticos intensos, em que foram considerados dois elementos climatológicos do tempo, a chuva e o vento, nessa dinâmica também foram considerados os registros de fenômenos ocorridos em Campo Mourão no período, investigado por meio de notícias, publicadas pela mídia ou institutos meteorológicos. Com os resultados analisados, foi diagnosticado que a vulnerabilidade das edificações mostram-se frágeis em suas coberturas feitas de fibrocimento 3 mm, estruturas de madeiras e também das árvores de médio e grande porte que estão localizadas próximas às edificações.

Quanto à relação entre o fenômeno o El Niño pode mudar a dinâmica das massas de ares e esses intensificar ou não os eventos.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade; eventos extremos; sistemas atmosféricos.

VULNERABILITY OF CAMPO MOURÃO - PR TO EXTREME WEATHER EVENTS IN YEARS OF EL NIÑO, LA NIÑA SOUTHERN OSCILLATION

ABSTRACT: Studies of extreme weather events are necessary for a better understanding of the local climate. For the South of Brazil, the phenomena of El Niño and La Niña bring profound changes in the states of time. the extreme events of wind and rain as the vulnerability of the buildings to the city of Campo Mourão, in the neighborhoods Vila Cândida, Jardim Pio XII, São Francisco Community and Housing Set Milton Luiz Pereira Cohapar, with the phenomena La Niña, El Niño Southern Oscillation. To verify the participation of the atmospheric system in the spring season due to the higher rate of stormy occurrences, since it is the season more bordered by masses of moist and high pressure air. Rising, by means of newspapers the extreme events for the region of Campo Mourão, for the days that were intense there was a survey, by means of the reading of the synoptic charts and the satellite images, of the participations of the s Considering that the Campo Mourão region can be devastated by extreme events, such as intense winds and hail. The survey also did a survey in locus to verify and by means of observations if the buildings are prepared structurally for, in case extreme event reaches the city. In order to investigate the structure of buildings in the neighborhoods, an investigation was made of the vulnerability of buildings and shrub vegetation, which may fall in the event of intense climatic events, in which two climatological elements of weather, rain and wind were considered in this dynamic we also considered the records of phenomena that occurred in Campo Mourão in the period, investigated by means of news, published by the media or meteorological institutes. With the results analyzed, it was diagnosed that the vulnerability of the buildings are fragile in their coverings made of fiber cement 3 mm, timber structures and also the medium and large trees that are located near the buildings. As for the relationship between the phenomenon El Niño can change the dynamics of the masses of air and those intensify or not the events.

KEYWORDS: Vulnerability; Extreme events; Atmospheric systems.

INTRODUÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida para contribuir com os estudos relacionados ao Clima e suas dinâmicas que atuam na mesorregião Centro Ocidental Paranaense na microrregião de Campo Mourão em específico para os Bairros Vila Cândida, Jardim Pio XII, Comunidade São Francisco e Conjunto Habitacional Milton Luiz Pereira Cohapar. A escolha dessa área de estudo se deu devido às visitas *in loco* nos bairros, onde existe uma ampla fragilidade nas edificações, construídas em madeira e com

cobertura de fibra cimento, além da vegetação arbustiva de grande e médio porte próximo às edificações. Logo, contribuindo para futuros estudos de planejamentos para áreas urbanas de Campo Mourão.

A primeira parte dessa pesquisa buscou compreender as relações entre a Climatologia, massas de ares e os fenômenos La Niña, El Niño e Oscilação Sul atuante na região Sul do Brasil. Assim balizou analisar os fenômenos da La Niña e El Niño para a estação da primavera no recorte temporário de 1994 – 2014, relacionando-os com os eventos climáticos extremos e a dinâmica das massas de ares que ocorreram no período relacionado nos bairros Vila Cândida, Jardim Pio XII, Comunidade São Francisco e Conjunto Habitacional Milton Luiz Pereira Cohapar do município de Campo Mourão - PR. Sabe-se que os fenômenos El Niño e La Niña alteram a dinâmica climática do Sul do Brasil, conseqüentemente, alteram também no município de Campo Mourão.

A segunda parte da pesquisa buscou dados para compreensão de como atuam e influenciam as massas de ares no Sul do Brasil, e assim foi possível identificar no período de 21 anos as massas que atuaram nas primaveras e como se desenvolveu o estado do tempo.

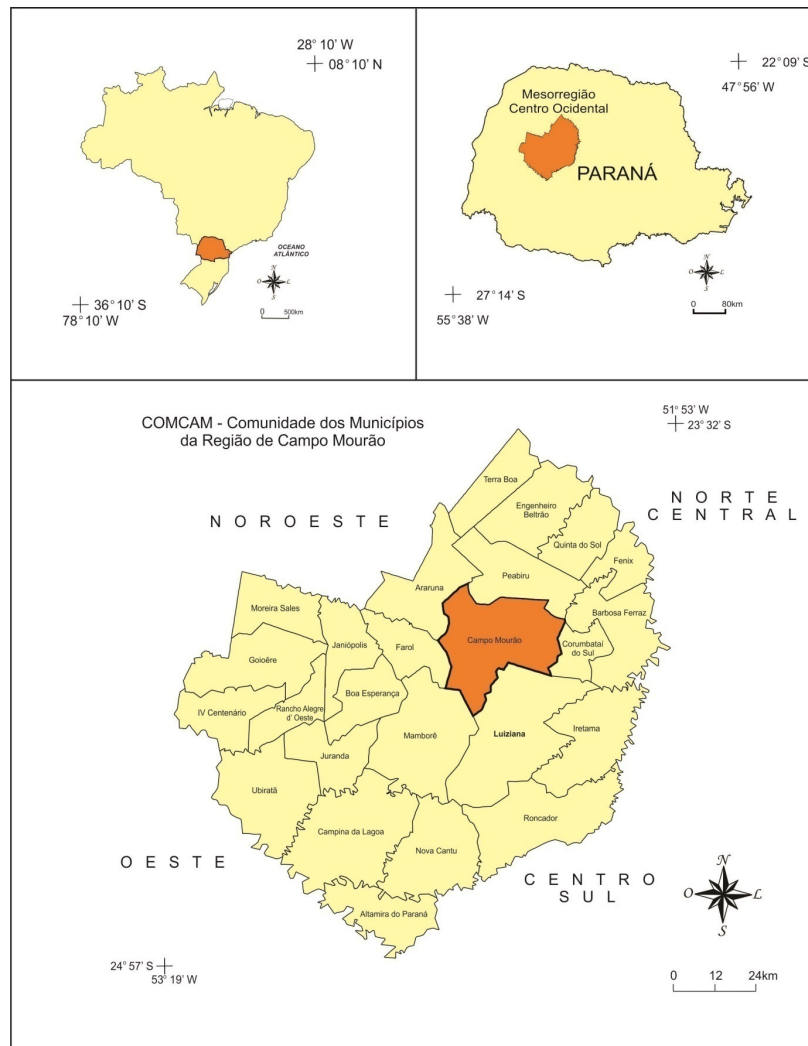
A terceira parte da pesquisa descreve como os fenômenos El Niño e La Niña, suas características e como são importantes para o clima e o estado do tempo, na microrregião de Campo Mourão.

Com os dados pesquisados sobre esse fenômeno tem-se a gênese da variabilidade pluviométrica, alternada com episódios de concentração de chuvas (El Niño), que podem comprometer as atividades econômicas e sociais da população geral da região, como enchentes, destelhamentos, deslizamentos de encostas, abastecimento de água potável e energia elétrica. Para a cidade de Campo Mourão, o principal problema é a vulnerabilidade das edificações a eventos intensos.

Considerando que o aprofundamento dessa discussão, abordará aspectos socioeconômicos dos bairros em questão. Toda atividade humana que se desenvolve em um determinado espaço geográfico, sofre também as influências das forças atmosféricas. Assim essa pesquisa buscará, por meio das análises dos dados correspondentes, respostas para eventos extremos.

Localização da Área de Estudo

O recorte dessa pesquisa ocorreu na cidade de Campo Mourão, sendo ela, um dos mais importantes centros regionais do Estado do Paraná, considerando as atividades econômicas da região. A microrregião de Campo Mourão polariza a Mesorregião Centro Ocidental Paranaense que está localizada ao Sul do Brasil. (Mapa 01).



FONTES: BASE DIGITAL DO PARANÁ (2001)
 IBGE - ATLAS GEOGRÁFICO ESCOLAR (2007)
 IPARDES
 Org. por: Leticia, S. D. do Nascimento

Mapa 01- Localização da área de estudo. Mesorregião Ocidental Paranaense com destaque para o município de Campo Mourão e a asa Oeste.

A microrregião de Campo Mourão é constituída por quatorze municípios: Araruna, Barbosa Ferraz, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Iretama, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol, Roncador, Terra Boa. (IPARDES, 2012). Campo Mourão é cidade sede dessas microrregiões, com distância de 447,18km da capital do Estado do Paraná, na posição geográfica latitude $24^{\circ} 02' 44''$ S e Longitude $52^{\circ} 22' 59''$ W com altitude de 585 metros do nível do mar (IPARDES, 2017) (Figura 01).

A escolha desse recorte espacial se deu devido aos conhecimentos prévios do bairro, sendo essa, uma das áreas de risco do município de Campo Mourão, possui um contingente de edificações simples estando algumas construídas próximas a várzeas, que estão ligadas ao rio Km 119. Além disso, devido aos relatos dos veículos de comunicação, sobre eventos noticiados, os quais mostram que para essa região do Paraná é comum eventos ou episódios de chuva intensa com rajadas de ventos e queda de granizo.

MATERIAIS E MÉTODOS

A dinâmica dos sistemas atmosféricos do Estado do Paraná foi estudada na perspectiva da Climatologia Geográfica para a estação da primavera. Estação mais sujeitas a eventos extremos. Adotou-se a concepção dinâmica de clima, proposta por Sorre (1951). O estudo da dinâmica dos sistemas atmosféricos permite verificar a gênese do fenômeno atmosférico. A dinâmica da circulação foi investigada na escala sinótica e analisada também para a escala local. Para cada episódio tempestuoso foi analisado, por meio das cartas sinóticas, o estado do tempo por sete dias, sendo três dias antes e três dias depois.

Os sistemas atmosféricos considerados foram aqueles que atuaram na região, ou seja: Sistema Frontal (SF), Massa Tropical Continental (mTc), Massa Tropical Atlântica (mTa), Massa Polar Atlântica (mPa), Massa Equatorial Continental (mEc). (VIANELLO 2000; VAREJÃO-SILVA 2000; FERREIRA 1989; BISCARO 2007.

Na sequência, em planilhas do excel® foram registrados as participações dos sistemas atmosféricos, sendo atribuídos (24) para o dia em que um único sistema atuou na região e, às vezes, (12) para cada um, quando a região esteve sob a confluência de dois sistemas, ou valores diferentes, a julgar pelo tempo de participação.

No terceiro momento, foram realizadas vistas nos bairros, em que foram observadas as edificações (aparências externas) e, sobretudo, a vegetação do seu entorno. Considerando que as árvores próximas as edificações ameaçam a segurança dos moradores, sabendo-se que a região esta na rota das tempestades que assolam a região.

Na terceira etapa, com imagens do *software Google Earth Pro®*, levantaram-se, a vegetação arbustiva da área de estudo e a vulnerabilidade das edificações, considerando as características das coberturas em fibrocimento de 3 mm.

Na quarta etapa, foi utilizado o site de busca (*Google*), buscaram-se manchetes dos jornais locais e estadual que noticiaram eventos extremos com danos à região, para o período de 1994 a 2014.

Considerando-se que, a ocorrência de episodio de chuvas, ventos e granizos podem causar danos à agricultura a cidades atingidas e inclusive com possibilidades de quedas de torres de transmissão de energia elétrica. Como noticiou o G1 Paraná

em 02 de outubro de 2010.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisaram-se os 21 anos e nesse período somaram-se 14 episódios de eventos intensos, sendo que, 1994 á 2007 não encontrados relatos de eventos intensos. Depois desse ano, foram encontrados 8 notícias, sendo que sete foram ocorridas na estação da primavera.

Para os sete episódios registrados foram verificados o El Niño e La Niña, sendo que alguns dos impactos desses fenômenos tendem a ser opostos um do outro, porém, nem sempre uma região afetada pelo El Niño apresenta impactos significativos no tempo e clima (CPTC, 2016). Assim foram verificados se houve participação total desses fenômenos, além de averiguar a atuação das massas de ares ocorridos nos episódios estudados durante a estação da primavera.

Para esse período foi considerado que os subsistemas, ou seja, nas palavras de Barry e Chorley (2009) uma ligação de fluxos de massa, calor e momento que formam um todo muito complexo, têm seu tempo de evolução de aproximadamente sete dias. Dessa forma, foi possível acompanhar o estado do tempo e os sistemas atmosféricos, da gênese à dissipação (Tabela 01).

ANOS	FENÔMENOS	EPISÓDIOS	CARACTERÍSTICAS
2008	La Niña (M)	Primeiro 06/08 2008	Sistema de baixa pressão/ SF (mPa e mTc)
2009	El Niño (M)	Segundo 14/10/2009	Ciclogênese (mPa)
2010	El Niño (M)	Terceiro 30/10/2010	SF/Ciclogênese ¹ (mPa)
2011	La Niña (M)	Quarto 18/08/2011	Ciclogênese (mPa)
2012	La Niña (F)	Quinto 01/10/2012	Sistema de baixa pressão (mPa)
2013	Neutro (N)	Sexto 23/09/2013	Sistema de baixa pressão/ elevado gradiente de pressão (mPa)
2014	Neutro (N)	Sétimo 24/09/2014	SF/ sistema de baixa pressão (mPa e mTc)

Tabela 01: Dados com a relação dos anos estudados, os eventos para esses anos (Neutro/ El Niño/ La Niña), número de episódios e as características da gênese dos episódios.

Segundo o INMET (2016), o ano de 2008, 2011 e 2012 foi de manifestação do fenômeno La Niña, os anos de 2009 e 2010 foram de El Niño e 2013 e 2014 ocorreu um equilíbrio entre a temperatura no Oceano Pacífico Equatorial, como consequência a não manifestação dos fenômenos, justificando assim como neutros.

Estudaram-se a participação das massas de ares nos estados do tempo para estação da primavera na série histórica 1994 á 2014. Por uma questão de brevidade,

1. A ciclogênese é a denominação dada à evolução de um sistema frontal (SF).

os resultados foram organizados no Quadro 02. Os valores numéricos correspondem às horas de participação dos sistemas atmosféricos no estado do tempo em Campo Mourão.

ESTAÇÃO PRIMAVERA 1994 á 2014						
Ano	SF(h)	mPa(h)	mTa(h)	mTc(h)	mEc(h)	Fenômenos
1994	48	144	12	132	120	El Niño (F)
1995	60	108	24	96	96	La Niña (F)
1996	60	120	48	108	264	La Niña (F)
1997	60	108	60	96	12	El Niño (Fo)
1998	48	288	24	72	120	El Niño (Fo)
1999	36	276	60	60	48	La Niña (M)
2000	96	132	48	216	60	La Niña (F)
2001	84	156	36	204	24	La Niña (F)
2002	96	36	60	240	48	El Niño (M)
2003	84	336	12	60	156	El Niño (M)
2004	122	288	12	120	12	El Niño (F)
2005	72	156	0	60	144	El Niño (F)
2006	84	288	24	192	108	El Niño (F)
2007	36	276	0	48	48	El Niño (F)
2008	24	156	0	156	72	La Niña (M)
2009	120	168	0	168	24	El Niño (M)
2010	72	168	0	192	24	El Niño (M)
2011	120	228	0	108	24	La Niña (M)
2012	24	216	0	72	0	La Niña (F)
2013	132	216	12	144	0	Neutro (N)
2014	60	156	24	48	0	Neutro (N)

Quadro 02: Participação dos sistemas atmosféricos em horas para a estação da primavera de 1994 a 2014. Na coluna fenômenos estão destacados os anos de El Niño e La Niña, com a seguinte observação: (F) para fraco, (M) para moderado, (Fo) para forte e (N) para neutro.

Para os eventos selecionados analisaram-se um período de 7 dias, sendo três antes e três após e mais o dia do evento. Cujo objetivo foi analisado o sistema da gênese à dissipação.

Houve casos em que o sistema frontal estacionou sobre a faixa da região e por isso a análise foi estendida por mais dias.

No ano de 1994 durante o período analisado de 20 de novembro até 17 de dezembro, ocorreu o episódio de evento extremo mais significativo da estação, sendo que em 23 de novembro registraram-se ventos superiores a 4,3 m/s.

Segundo Nimer (1966) a mTc, adquire maior importância durante o verão,

ou melhor, dos fins da primavera ao início do outono. Segundo o mesmo autor, é constituída por circulação ciclônica na superfície, de forte convergência. Entretanto, sua baixa umidade, aliada à forte subsidência da alta superior, dificulta a formação de nuvens de convecção e trovoadas, sendo, portanto, responsável por tempo quente e seco. (NIMER, 1966).

Para os anos de 2008 e 2009 a mPa e a mTc atuaram na mesma proporção durante essa estação, ou seja, foram duas primaveras que se dividiram em dias com tempo seco e quente, pois, a massa Tropical continental é um sistema de baixa pressão, tem o seu centro de origem na região do Chaco, no Paraguai, em uma zona de alta temperatura e pouca umidade (MONTEIRO, 1968). Por essas razões, a mTc é uma massa de ar quente e de pouca umidade. No Brasil, ela atua na região Centro-Oeste, no oeste das regiões Sul e Sudeste. Com o envelhecimento da mPa e o seu deslocamento para o interior do Atlântico, a mTc se expande a partir do seu centro de origem e proporciona dias ensolarados, temperatura elevada e pouca chuva, já que o forte aquecimento da superfície gera sistemas convectivos locais esparsos (BORSATO, 2006).

Na análise dos anos estudados, interpretou-se que os fenômenos do El Niño e La Niña não caracterizaram a formação dos eventos extremos ocorridos no período da pesquisa.

CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos mencionados durante toda a pesquisa, percebe-se que a climatologia como disciplina geográfica vem em muito contribuir com análises de grande importância, seja ela para uso acadêmico ou uso da população fora das academias de estudo.

Os eventos extremos ocorridos durante os períodos estudados mostraram a fragilidade e a vulnerabilidade dos bairros pesquisados na cidade de Campo Mourão – PR, em que, leva-se em consideração o fato do município estar localizado em uma zona de transição climática, e totalmente suscetível à ocorrência de ventos intensos, chuvas torrenciais, precipitação de granizo entre outros.

Assim, a partir das análises feitas, descobriu-se que os fenômenos do El Niño e La Niña não tiveram participação significativa nos eventos extremos ocorridos e que prejudicaram a infraestrutura e árvores da área de estudo, e que a atuação das massas de ares foi de extrema importância para a refletirmos sobre os acontecimentos.

REFERÊNCIAS

BARRY, R.G; CHORLEY, R.J. **Atmosfera, Tempo e Clima**. 9ªEd. Bookman Editora. Porto Alegre – RS, 2009.

BISCARO, G. A. **Meteorologia agrícola básica**, 1ª edição, UNIGRAF - Gráfica e Editora União Ltda. Cassilândia - Mato Grosso do Sul, 2007, 87p.

BORSATO, V. A. **A participação dos sistemas atmosféricos atuantes na bacia do Auto Rio Paraná no período de 1980 a 2003**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Ambientais) – Nupélia, UEM, Maringá.

BORSATO, V. da A. **A dinâmica climática do Brasil e massas de ares**. Curitiba, PR: CVC, 2016.

CPTEC. INPE., CLIMANÁLISE. Boletim de Monitoramento Climático e Análise Climática. Edição mensal Disponível em <<http://www.cptec.inpe.br/products/climanalise/capa1.html>>. Acessado em 24/06/2016.

FERREIRA, C.C. **Ciclogêneses e ciclones extratropicais na Região Sul-Sudeste do Brasil e suas influências no tempo**, INPE-4812-TDL/359, 1989. 93p.

GARCIA, M. R. **A influência termo-pluviométrico na produção de grãos acima do trópico de capricórnio no estado do Paraná**. Maringá, 2004. 97p. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidades Estadual de Maringá.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410430>>. Acesso: 19/06/2016.

INMET - Instituto Nacional de Meteorologia. Disponível em < <http://www.inmet.gov.br/portal/>>. Acesso em: 19/06/2016.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico. Disponível em: < <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87300&btOk=ok>>. Acesso: 11/02/2017.

MAR-MIL. MARINHA DO BRASIL. **Ministério da Defesa**. Disponível em: <<http://www.mar.mil.br/dhn/chm/meteo/prev/cartas.htm>>. Acesso em: 16/04/201

NIMER, E. **Circulação atmosférica do Brasil (comentários): contribuição ao estudo da climatologia do Brasil**. *Revista Brasileira de Geografia*, Rio de Janeiro: IBGE, p. 232-250, set./1966.

PÉDELABORDE, P. **Introduction a l'étude scientifique du climat**. Paris: Sedes, 1970. Presidente Prudente (Brasil) e Rennes (França). *Revista franco-brasileira de Geografia*, 2009, nº 7.

SORRE, M. Le Climat. In: Sorre, M. **Les Fondements de la Géographie Humaine**. Paris: Armand Colin, 1951. Chap. 5, p.13-43.

VAREJÃO-SILVA M. A., **Meteorologia e Climatologia**. Instituto Nacional de Meteorologia Brasília, DF, 2000 p 515.

VIANELLO, R. L., **Meteorologia básica e aplicações**. Universidade Federal de Viçosa. Editora UFV 2000. p 450

ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL: A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES

Sinara de Lima Souza

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS. Feira de Santana – Bahia

Paulo Amaro dos Santos Neto

Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Ex-bolsista do PET Saúde Mental.

Catarina Luiza Garrido de Andrade Macedo

Graduada em psicologia pela Faculdade de Tecnologia e Ciência Salvador- Bahia, especialista na Clínica Psicanalítica Infantil pela FBDC e em Teorias Psicanalíticas pelo IDEP. Atualmente é docente e articuladora de estágio da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e psicóloga do CAPS Infanto-juvenil Osvaldo Brasileiro Franco de Feira de Santana.

Amanda de Souza Rios

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Atuou como voluntária no PET- Saúde Mental.

Lais Queiroz Oliveira Marques

Graduada em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Ex-bolsista do PET Saúde Mental.

Rosely Cabral de Carvalho

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Titular da Universidade Estadual de Feira

de Santana (UEFS). Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS. Feira de Santana - Bahia

RESUMO: **Objetivos:** Compreender como os familiares dos usuários percebem o acolhimento realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do interior da Bahia e descrever a influência do acolhimento na adesão ao tratamento. **Método:** pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Participantes: nove familiares de usuários acompanhados no grupo de crianças com transtorno do espectro autista. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo foi feita pela decomposição do material coletado em partes, categorização, realização de inferências e interpretação. **Resultados:** Os familiares percebem o acolhimento como dar carinho, amor, suporte e ajudar nas necessidades, que se estabelece na relação com a equipe de saúde. O acolhimento e estabelecimento de vínculo estão estreitamente relacionados a adesão ao projeto terapêutico singular. **Considerações finais:** Destacamos a necessidade do envolvimento dos familiares no cuidado prestado, regularidade das oficinas terapêuticas e intensificação das discussões acerca da reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial no município.

ABSTRACT: Objectives: To comprehend how family members of healthcare users perceive embracement in a Children and Adolescent's Psychosocial Attention Center in the state of Bahia and describe its influence on treatment compliance. **Methods:** descriptive research with a qualitative approach. **Participants:** nine family members of participants of the group for children with autism spectrum disorder. Data was collected through semi-structured interviews. Content analysis was done by decomposing collected informations in parts, then categorizing, inferring and interpreting them. **Results:** Family members perceive embracement as offering care, love, support and helping with needs, by which a bond is made with the healthcare team. Embracement and bond making are closely related to compliance to a personalized therapeutic project. **Conclusions:** The need for family involvement is noteworthy for health care, group therapy regular attendance and intensified discussions towards restructuring of the city's Psychosocial Care Service.

KEYWORDS: Mental Health. Family. Reception.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram firmados os princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção e, com ele, uma concepção de saúde que não se reduz a ausência de doença. Neste sentido, Merhy (2005), refere que no processo de trabalho em saúde, lançamos mão de tecnologia leve, leve-dura e tecnologia dura. Nessa perspectiva, a política vigente entende humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores, sujeitos implicados no processo de produção de saúde, trabalhando com a subjetividade, a história de vida e o meio coletivo de cada sujeito. O acolhimento é um processo de práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador e da equipe pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída, fazendo uso de uma escuta qualificada para análise da demanda, garantindo uma atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação das redes de serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010).

O movimento da reforma psiquiátrica revelou a necessidade de transformações na atenção à saúde mental, fazendo parte das mesmas, o estímulo a família a participar do cuidado junto ao serviço de saúde, visto que passou de um modelo biomédico, asilar e excludente do usuário no cuidado para um modelo de reinserção social e reconhecimento dos direitos humanos dos usuários com transtornos psíquicos, a assistência integral e, portanto, o acolhimento passou a ser uma necessidade neste tipo de atenção. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, centralizam as transformações na área e condensam trabalhadores que pleiteiam por inovações no modo de cuidar (BRASIL, 2004).

A adequação do acolhimento em saúde às necessidades dos usuários oferece

uma melhoria na relação entre os trabalhadores das equipes de saúde, os cidadãos que fazem uso desta, qualificando o serviço através da comunicação e fortalecimento do vínculo entre estes atores. Entretanto, se configura como uma conquista recente, reconhecida apenas com a reinserção dos portadores de transtornos mentais no ambiente comunitário. Teve início um deslocamento do olhar da patologia para o sujeito portador desta, sem, no entanto, ignorar a mesma (JORGE ET AL 2011), Trata-se de um processo lento e não linear de desconstrução de crenças em relação à saúde mental e na forma de pensar o cuidado (MINOYA; MINOZO, 2015).

Constitui-se, portanto, em uma ação coletiva, criando uma rede de cuidado interna, que pode sustentar um acolher mais participativo, compartilhado, integral. Partimos do pressuposto de que a partir do momento em que o usuário/ responsável se insere no ambiente do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), passa a ser acolhido pela equipe, e diversos componentes individuais, interpessoais e temporais podem afetar as percepções sobre o acolhimento e, por conseguinte, suas opiniões e crenças sobre o serviço oferecido.

Em particular, no que diz respeito ao CAPSi, é preciso considerar que o acolhimento deve abranger o familiar/responsável e a criança atendida. Diante da pequena produção acerca do tema e a sua relevância no campo da saúde mental, o presente estudo pretende ampliar essa discussão, focando as especificidades do cuidado a as famílias de crianças com transtornos mentais.

Os objetivos foram descrever como os familiares dos usuários percebem o acolhimento realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil do interior da Bahia e delinear a influência do acolhimento na adesão ao tratamento.

2 | MÉTODO

Realizamos uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo, pelo objeto de estudo consistir em algo subjetivo e, portanto, imensurável. Segundo Minayo (2006), esse tipo de estudo trabalha os valores, crenças, percepções e representações.

O estudo foi realizado em um CAPS Infanto-Juvenil (CAPSi) do interior da Bahia, que atende crianças e adolescentes que possuem prejuízos psíquicos que possam afetar diretamente sua inclusão escolar, social e familiar. Conta com uma equipe multiprofissional composta de médicos, enfermeiros, psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, fonoaudiólogo, educador físico, técnico em enfermagem e equipe apoio técnico.

Os participantes do estudo foram os familiares dos usuários do CAPSi, acompanhados regularmente no grupo de transtorno do espectro do autismo (TEA). O TEA se constitui em um transtorno do desenvolvimento. Os portadores podem apresentar comprometimentos de maior ou menor complexidade que se apresentam como capacidade limitada de se relacionar, pouco contato visual direto e poucas

expressões faciais a outras pessoas. Engloba as seguintes patologias: autismo, síndrome de Asperger e transtornos globais do desenvolvimento sem especificação (BRASIL, 2014).

A opção em trabalharmos com os familiares foi devido ao fato dos usuários serem menores de idade e comparecerem ao serviço em companhia de um adulto que detém o poder de decisão e estabelece os contatos com os profissionais. Além disso, entendemos que a percepção do familiar poderia revelar o acolhimento a eles mesmos e também à criança pela qual é responsável.

Constituíram-se participantes do estudo nove familiares responsáveis por crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi. Destes, dois foram do sexo masculino e sete do sexo feminino, sendo todos mães ou pais dos usuários atendidos. Quanto ao período de acompanhamento no CAPSi, variou de 01 a 05 anos.

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia (CEP-UEFS), CAAE: 24291013.1.0000.0053. Após a aceitação foi apresentado aos familiares o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e firmado por ambas as partes, de acordo com a Resolução 466/12 (BRASIL, 2013). De modo a preservar a identidade das crianças, familiares e trabalhadores, seus nomes reais foram substituídos por nomes fictícios e pela identificação E, seguido da numeração de 1 a 9.

A coleta ocorreu através da técnica da entrevista semiestruturada, realizada mediante o convite ao responsável para participar do estudo. As questões norteadoras foram: O que você entende por acolhimento? Conte-me como foi a sua chegada ao CAPSi? A criança ou adolescente recebeu atenção por qual (ais) profissional (ais) de saúde do CAPSi no primeiro atendimento? Atualmente qual (ais) profissionais estão acompanhando à sua criança/adolescente no CAPSi? Fale sobre o atendimento recebido. A coleta foi encerrada a partir da saturação dos sentidos, quando não mais foram encontrados novos achados nas entrevistas subsequentes (FONTANELA, RICAS, TURATO, 2008).

A organização dos dados foi realizada através da transcrição das entrevistas, distribuídos em categorias, descrição do resultado, realização de inferências e interpretação dos resultados obtidos, tendo como embasamento a proposição de Gomes (2007).

3 | RESULTADOS

A partir da análise dos dados coletados, pudemos caracterizar os participantes do estudo e foram construídas duas categorias: **A percepção do acolhimento pelos familiares e Acolhimento, vínculo e adesão: uma combinação necessária.**

Na primeira categoria emergiram as seguintes percepções do acolhimento: dar carinho e amor; dar suporte a uma pessoa; ajudar; te chamando, te dando atenção,

explicando tudo como é.

Na segunda categoria, destacamos a seguintes subcategorias: acolhimento enquanto promotor de vínculo, o diálogo necessário e relevância da equipe multidisciplinar.

4 | DISCUSSÃO

No que se refere à maioria das acompanhantes serem mulheres, constatamos a função da mulher enquanto cuidadora prevalece na conjuntura atual, apesar de sofrer influências de diversos fatores. A mulher carrega culturalmente, historicamente e como condição de gênero o papel de cuidadora. Carvalho et al (2008) apontam que as mães assumem geralmente maior responsabilidade pelo cuidado das crianças pequenas, enquanto os pais se responsabilizam por outras esferas. Para além do domicílio, Passos (2010), refere que as mulheres são, na maioria das vezes, contactadas para acompanharem os usuários em consultas em serviços de saúde mental.

Outro achado interessante foi a presença maior de usuários que passaram a ser atendidos no ano anterior à realização da pesquisa no CAPSi. Período este, que coincidiu com a veiculação de uma telenovela que retratou a vida de uma personagem portadora de autismo. As telenovelas têm sua relevância dado seu alcance e influência, não havendo barreiras como alfabetização ou necessidade de pagamentos regulares. As histórias fictícias possuem papel transformador na sociedade, sendo que os temas tratados modificam os comportamentos e valores dos telespectadores. (Reis, Souza e Lavinsky 2004). Com a maior visibilidade promovida pela mídia, a questão do autismo pode ser relacionada com as vivências em seus ambientes familiares, e assim os sujeitos sentiram a necessidade de buscar maior entendimento sobre o assunto, enxergando o CAPS i como local capaz de atender sua demanda.

A televisão se constitui em um instrumento de comunicação que, supostamente, atinge a todos. Contudo, Bourdieu (1997) levanta dúvidas acerca de como o discurso referente aos temas abordados será construído e se o mesmo será compreendido por todos igualmente. Apesar de as pessoas que sofrem com distúrbios mentais terem sido historicamente estigmatizadas e perseguidas por sua condição, nesta pesquisa, notamos uma interferência positiva das telenovelas no alcance das informações aos cuidadores.

Em relação à prevalência do autismo 55,5% foram do sexo masculino e 44,5% foram do sexo feminino. No tocante a essa proporção, Assumpção Júnior e Pimentel (2000) referem que a mesma é de 2 a 3 homens com autismo para 1 mulher. Entretanto, ao analisar as etiologias prováveis não foi encontrado número de patologias vinculadas especificamente ao cromossoma X, que justificasse essa diversidade. Ressaltamos que, ao realizarmos o levantamento de 950 prontuários de usuários que estavam em atendimento, 20 destes tinham diagnóstico de autismo, sendo 80% do sexo masculino

e 20% do sexo feminino e corroborando com o que dizem os autores supracitados.

A percepção do acolhimento pelos usuários

O acolhimento, no processo de atenção da saúde envolve uma ação subjetiva, de sentimentos, emoções e sensações dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p18), o acolhimento visto enquanto uma ação técnico-assistencial permite a análise do processo de saúde, tendo como objeto as relações entre os sujeitos envolvidos e pressupõe “a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde”.

Uma abordagem mais complexa de acolhimento proposta por Oliveira e outros (2010), discorre que acolhimento é um vínculo de solidariedade e compromisso entre os trabalhadores de saúde e a população, de aproximação e disponibilidade de colocar-se no lugar do outro e promover um diálogo aberto e com o usuário, assim o acolhimento é visualizado para além de uma técnica da gestão em saúde. Sobre esta questão, Merhy (p.6, s/d) ratifica que:

Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

Diante disso, observamos que a percepção de acolhimento dos usuários tem maior consonância com a compreensão desses autores. Pois, a percepção mais presente nas falas dos participantes foi de acolhimento como sinônimo de dar atenção. Sendo que essa atenção envolve dar carinho e amor: *Carinho, dar carinho, dar amor. O carinho que eles dá a Pedro, o tratamento, toda vez que tem, trata bem, todo mundo gosta dele aqui, é isso. (E1)*

Diante da pluralidade de perspectivas sobre o acolhimento, pudemos notar que não há um denominador comum em sua conceituação, mas um conjunto de fatores que se relacionam, havendo consenso que o acolhimento não é um fato isolado, determinado por tempo ou espaço, e que este abrange todos os profissionais e suas interações com os pacientes, a estrutura do sistema de saúde e a capacidade de atender à demanda apresentada pela população. Partindo desse entendimento, acolher também foi percebido como ajudar, dar suporte e apoio: *Acolhimento é quando alguém dá suporte a uma pessoa, deixa eu ver[...], é quando uma pessoa ajuda alguém, o que ela necessita ali e pra ajudar nas necessidades que a pessoa, sei lá, tá passando por alguma necessidade e precisa de apoio, ser acolhido (E2).*

Fortalecendo a ideia de que acolher se articula com subjetividades, emergiram

também as percepções de acolhimento como tratar bem, explicar e orientar. Ou seja, fazer com que os indivíduos se sintam compreendidos, tenham suas demandas satisfeitas e nesse processo, sintam-se aliviados nas suas tensões por terem sido bem recebidos e apoiados: *A pessoa lhe acolher, te chamando, te dando atenção, explicando tudo como é... então acho que é um acolhimento. (E3)*

A partir dessa colocação, pudemos inferir que quando a pessoa é chamada pelo nome e recebe a atenção desejada, conseqüentemente ela se sente acolhida. É importante destacarmos que nas instituições de saúde, muitas vezes ao nos reportamos aos pais/acompanhantes de crianças não nos dirigimos aos mesmos pelo seu nome. Ele passa a ser reconhecido na instituição como a mãe de [...], o pai de [...] ou ainda o avô/avó de [...]. Deste modo minimizamos estas pessoas a um dos seus diversos papéis sociais.

Percebemos que os usuários do serviço de saúde conceituam o acolhimento de forma pessoal e voltada para o tratamento recebido pelos trabalhadores.

Acolhimento, vínculo e adesão: uma combinação necessária.

O vínculo e o grau de envolvimento entre o usuário e o profissional se traduz em um usuário engajado. Dessa forma o cuidador, quando inserido no contexto no qual ocorre o tratamento, passa a perceber-se como integrante do grupo, possibilitando o surgimento de uma relação positiva com a equipe. Além da interação entre cuidador e profissional, os participantes destacaram a influência do vínculo estabelecido entre a criança e a equipe na adesão ao tratamento: *Meu filho aqui é bem atendido, principalmente na recepção, essa moça que fica aí na frente. É lógico! Quatro anos que conhece a criança, já conhece a criança na palma da mão, assim, pisa no batente ela já conhece a criança. (E 4)*

Outra questão relevante que emergiu nas falas dos participantes foi a presença do diálogo. Porém, revelaram que este prevalece principalmente, entre o cuidador e o profissional de referência [...] *eu gosto muito dela! Daqui eu gosto mais dela, porque ela é assistente social de Lucas, que me atende, conversa mais comigo, liga para mim quando tem algum encontro[...]. (E5)*. Entretanto, consideramos importante que toda a equipe mantenha a comunicação com o cuidador e não apenas o profissional de referência, pois assim será garantida uma assistência integral e de qualidade. Além disso, também influencia na criação de vínculo com a equipe e o serviço; oportuniza o esclarecimento de dúvidas e passagem de orientações. A lógica de atendimento do CAPSi é multiprofissional e interdisciplinar e dessa forma:

[...] fornece o passaporte para um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais. Essa linha de ação faz o serviço caminhar na direção da integralidade, afastando-se da assistência reducionista que desconsidera a subjetividade e/ou variáveis sociais. (VASCONCELOS, 2010, p. 13-14)

Outros participantes revelam que a presença de uma equipe multiprofissional

influencia positivamente na adesão [...] *ai ela ia precisar de uma equipe com vários profissionais, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e por ai vai; então aqui no CAPS i tem uma equipe, [...].* (E5)

Assim, quando há a identificação de uma equipe multidisciplinar o usuário percebe como algo favorável à sua permanência no serviço. Portanto, quando há presença de uma equipe de saúde completa, a qualidade e organização do serviço são reforçados, podendo levar à permanência do usuário, diminuindo índices de abandono (SOUZA et al, 2009): [...] *mas quando chegamos aqui gostamos logo do atendimento, que tava funcionando bem. E até hoje a gente continua aqui [...]. Meu filho aqui é bem atendido, principalmente na recepção, essa moça que fica ai na frente, ela é sorridente, recebe a gente bem. Se fosse para dar uma nota de 0 a 10, 10 na certa, dava tranquilamente.* (Entrevista 4)

O usuário quando satisfeito com o atendimento ofertado, estabelece vínculos. Barros, Rocha e Helena (2008) discorrem que a questão da satisfação do usuário, como por exemplo, com o atendimento, é um fator influente na adesão. *Eu sou satisfeita no atendimento, eu acho que já melhorou bastante do que era, tá bem melhor hoje, quando a gente chegou não tinha quase nada, assim era também por falta de recursos, depende de tudo né? [...]* (E3)

A melhoria do serviço também foi apontada como influenciador na adesão, seja na estrutura ou no comportamento. Os participantes também apontaram como contribuição à adesão a presença de bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho -PROPET-Saúde Mental, em particular com os cuidados voltados para a família ou cuidador das crianças: *Ai eu acho que hoje melhorou bastante o atendimento; vocês já chegaram também, o pessoal do PET né? Que sempre tem atendimento com a gente, uma vez na semana né? Que faz o atendimento, e eu sei que melhorou bastante* (E3).

Além dos aspectos favoráveis algumas abordagens e atitudes por parte da equipe têm repercutido negativamente na adesão. Considerando que o desenvolvimento infantil pode ser caracterizado como um processo que transcorre por vários aspectos, entre eles, físicos, comportamental, cognitivo, social e afetivo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005); entendemos que os CAPS ocupam um papel de destaque no desenvolvimento, crescimento e estímulo as práticas e saberes, além da terapia medicamentosa e o cuidado e influenciam também na inserção social da criança. Sendo assim, as oficinas terapêuticas são utilizadas como métodos efetivos na ampliação de conhecimento e habilidades na criança servindo como um dos principais métodos empregados no trabalho do CAPSi.

Na realização deste estudo, verificamos que os acompanhantes reconhecem a importância das oficinas no tratamento dos seus filhos. Contudo, revelaram também a sua insatisfação quanto à descontinuidade das mesmas, demonstrando que tal mudança tem desmotivado a adesão e provocado a involução das habilidades e interação social adquiridas pelas crianças: *Eu acho que devia melhorar mais, devia botar mais horários de oficina e devia começar logo, porque ano passado foi começar*

acho que no mês de novembro e parou pras férias e até agora não começou. (E 1)

Os cuidadores reconhecem a importância de atividades, como as oficinas. Porém, a ausência destas oficinas repercute na adesão e continuidade do tratamento, assim como a não inclusão dos cuidadores nestas atividades, visto que segundo Silva, Silva e Macena (2012) os pais são elementos participativos fundamentais no desenvolvimento infantil e estimulação precoce.

Assim, observamos através dos relatos dos cuidadores que esse aspecto é importante, porém ainda não faz parte totalmente da realidade do serviço: *O Pedro é bom, agora assim, não tenho o acompanhamento dela [se referindo a outra profissional] aqui na sala com a Virginia, eu fico lá fora esperando, mas pra mim seria bom acompanhar pra fazer em casa, eu acho que seria melhor, porque eu não vejo nada que ela faz, aí seria bom eu ver o que ela faz, pra eu ver e fazer em casa(E7).*

Essa colocação demonstra que existe uma necessidade de criação de momentos específicos com os cuidadores, com vistas a instrumentalizá-los para o cuidado com autonomia e também para que os mesmos se sintam coparticipantes do processo. Entendemos que a participação do familiar concomitante ao atendimento, em algumas situações, pode comprometer a interação profissional-criança. Contudo, essa decisão requer uma ponderação entre os benefícios e dificuldades. Pois, sabemos que cada criança, independente do diagnóstico se constitui em um indivíduo singular, assim como todo familiar também possui suas singularidades. Sendo assim, na elaboração do plano terapêutico, compete aos profissionais observarem tais questões para definirem a melhor conduta. É necessário, portanto, que o CAPSi se constitua em

um espaço de acolhimento que atenda as diferenças e se configure como espaço de potência para que a família possa se tornar ponte para construção dos seus próprios projetos e de proteção social, mesmo em meio a um cenário pouco favorável” (JUDI, SILVA MILEK, SIMONATO, 2014, p.92).

Outro aspecto desfavorável apontado foi relacionado atendimento realizado pelo médico, onde a consulta se baseia apenas no ato da renovação de receita. Sabemos que essa situação pode gerar além da descontinuidade do tratamento, divergências no mesmo, desconhecimento do estado saúde-doença da criança ou adolescente, entre outros. O usuário necessita ser visto na sua integralidade, e o diálogo quando utilizado como instrumento terapêutico, proporciona a resolutividade dessas reais necessidades. Pois,

cada consulta é uma nova relação que se estabelece, mas que habilidades são esperadas do médico como detentor do saber. A ele cabe o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença (CAPRARA; RODRIGUES ,2004, p. 145).

O tratamento do autismo envolve o uso de medicamentos de forma profilática, voltada para os sintomas da doença, neste caso, sendo mais comum o tratamento da agressão, automutilação, crises de ira e convulsões, estando em foco o grupo de fármacos denominados antipsicóticos típicos ou AAPs no tratamento dos principais

sintomas de agressividade (NIKOLOV; JONKER; SCAHILL, 2006). Sendo assim, a prescrição dos mesmos deve ser antecedida por um diagnóstico rigoroso para discernir exatamente se o paciente infantil sofre de um distúrbio psíquico, e perceber a qual espectro do transtorno ele pertence.

Em casos extremos, medicamentos podem ser prescritos de modo a evitar os comportamentos mais graves, porém não há um tratamento padronizado. Dessa forma, a opção terapêutica depende das condições clínicas e uso da terapêutica, comorbidade(s), idade e de outras interações medicamentosas (BRASIL, 2000), denotando assim a influência que este tipo de tratamento pode ter sobre o estado geral do paciente.

Além dessas questões, a falta de medicamentos foi abordada como fator que influencia na adesão e na regularidade: *[...]e eu fui até a menina que era pra pegar o remédio, como aqui tá em falta de remédio, nunca tem o remédio[...]* (E8). O fornecimento de medicamentos é um dilema enfrentado na área da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, visto que a quantidade de profissionais farmacêuticos na rede pública é insuficiente para garantir não só o acesso ao medicamento conforme a demanda, mas que os mesmos sejam utilizados de forma correta e racionalmente.

Diante disso, a efetiva realização de todos os processos da assistência farmacêutica contribuirá para que o medicamento não falte na unidade de saúde. Quanto à dispensação é importante que ocorra o acolhimento do paciente nos diversos momentos do atendimento nas farmácias, desde seu primeiro contato com o profissional até o seguimento de seu tratamento medicamentoso.

O farmacêutico evitará que situações como a seguinte aconteçam: *Mas só que a menina da farmácia [...] veio com ironia comigo. Aí, eu acho que né assim que trata a pessoa [...] se ela fez isso comigo, deve ter feito com outras pessoas também que vêm, né? Vêm aqui atrás de um acolhimento. Do acolhimento, do atendimento... E essa coisa mesmo.* (E8)

A falta de articulação entre os profissionais também foi identificado nos discursos dos participantes. *A única coisa que eu tenho aqui que eu sempre falo, até em casa, é em relação a eles dar uma posição do que meu filho tinha. Um fala uma coisa, outro fala outra. Eles nunca chegaram pra mim pra dizer que Laerte era autista. Eu achava que ele tinha até outra doença, mais grave e tudo mais. Mas com o tempo eu mesma fui descobrindo que meu filho era autista* (E9).

O fato de um serviço de saúde ser composto por diversos profissionais deixa evidente que o trabalho deve ser realizado de forma coletiva, para que assim o projeto terapêutico de cada usuário seja desenvolvido em comum. Quando há ausência ou falha na interação da equipe, e isso é percebido pelos usuários e pode influenciar na adesão dos mesmos. Assim, é necessário que os profissionais “articulem os distintos saberes no interior das próprias intervenções que executam” (SILVA; TRAD, 2005, p.29). Pois, a troca de informações entre a equipe garante uma assistência integral e de boa qualidade.

Em relação ao diagnóstico, Rodrigues e Brognoli (2104) comentam que nas práticas tradicionais de cuidado em saúde vemos uma constante preocupação com o estabelecimento preciso de um diagnóstico no menor tempo possível. Se tal urgência pode ser valiosa em algumas situações, quando se trata do cuidado em saúde mental, não podemos repetir indevidamente tal posição. Sendo assim, é preciso que em diálogo com a família, haja o esclarecimento necessário para que a família compreenda o porquê de não se definir prontamente o diagnóstico.

A interação equipe e família, segundo Lima, Brêda e Albuquerque (2013) os serviços de saúde carecem de espaços, sobretudo um lugar destinado a grupos terapêuticos com enfoque na discussão de casos, para que haja uma troca de experiências, pois os erros e acertos servem de aprendizado àqueles que participam desse tipo de estratégia, permitindo que a família perceba que sua vida não é necessariamente a continuidade da dificuldade que o outro enfrenta.

Em contrapartida, compreendemos que a interação entre os profissionais pode ser prejudicada pela alta demanda de usuários, o que faz parte da realidade do serviço onde o estudo foi desenvolvido. Colomé, Lima e Davis (2008, p.260) ressaltam que “a articulação das ações da equipe fica prejudicada pela excessiva demanda de usuários” pelo atendimento. Os autores ainda dizem que a grande demanda resulta em sobrecarga de trabalho com conseqüente falta de tempo dos profissionais para se reunir e interagir.

Desta forma, compreendemos que seja necessária uma avaliação por parte dos gestores em relação a desproporção existente entre a quantidade de profissionais versus a quantidade de pacientes. Sobre essa questão, é importante ressaltar que Feira de Santana se constitui uma cidade pólo, que por estar na gestão plena de saúde, atende a população do município e os distritos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo nos levaram ao entendimento de que os responsáveis pelas crianças e adolescentes atendidos no CAPSi percebem o acolhimento como dar carinho, amor, dar suporte, ajudar nas necessidades e dar atenção. Diante desses resultados, notamos que o acolhimento para estes participantes se estabelece no âmbito das relações com os trabalhadores do serviço.

Apesar da subjetividade que permeia o objeto estudado, essa percepção influencia diretamente na dinâmica do serviço de maneira positiva para alguns participantes da pesquisa, mas também influenciando negativamente na adesão ao tratamento de alguns. Destacaram aspectos que na sua perspectiva foram relevantes para a adesão ao plano terapêutico, tais como a presença de uma equipe multiprofissional, ser bem atendido na chegada ao CAPSi, melhora do serviço, existência de diálogo entre cuidador e profissional, satisfação no atendimento, existência de vínculo com a

criança e o trabalho dos bolsistas do PRÓ-PET Saúde mental.

Contudo, algumas questões emergiram como elementos dificultadores à adesão. Tais como: descontinuidade das oficinas, pouca participação do familiar no Projeto Terapêutico Singular, atendimento precário pelo profissional médico, falhas no fornecimento de medicamentos e acolhimento de profissionais responsáveis pela dispensação dos mesmos e falta de articulação entre os membros da equipe.

A nossa vivência enquanto tutora do PRÓ-PET Saúde mental associada aos achados do estudo, nos permitiu inferir acerca de algumas questões que permeiam a relação usuário-família-equipe que podem ser discutidas e solucionadas. Entre elas, a necessidade da avaliação, por parte do gestor, em relação à desproporção entre a quantidade de profissionais e clientela assistida, o que remete na verificação da necessidade de criação de mais um CAPSi, considerando que a instituição atende a população infantil do município e os distritos.

Além disso, verificamos que se faz necessário que a equipe aprimore a cooperação e o suporte oferecido à família e crie oportunidades para o diálogo. Constatamos também a necessidade da realização de sessões científicas, promoção de cursos de capacitação e atualização, visto que, muitos profissionais não dispõem de formação específica para atuar em CAPSi.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco Baptista; PIMENTEL, Ana Cristina M. Autismo Infantil. **Revista Brasileira Psiquiátrica**. 2000, vol. 22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3795.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; CARVALHO, Fábio Bruno ; FERIGATO ,Sabrina Helena; MIRANDA , Iara Monteiro Smeke . Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(2):162-168. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/162-168.pdf>. Acesso em 25 jul. 2017.

BARROS, Ana Carolina Morábito de; ROCHA, Michele Birckholz; HELENA, Ernani Tiaraju de Santa. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n. 1, p. 54-62, 2008.

BOURDIEU, Pierre. **Sobre a televisão** (seguido de a influência do jornalismo e os Jogos Olímpicos). Maria Lúcia Machado (trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRASIL, H. H. A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22. p. 40-41, 2000.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

_____. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010b.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, Ana Maria Almeida; CALVACANTE, Vanessa Ribeiro Simon; ALMEIDA, Maria Alice de; BASTOS, Ana Cecília de Souza Bastos. Mulheres e cuidados: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? **Paidéia**. v. 18, n. 41, p. 431-444, 2008.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4.ED. SÃO PAULO: CORTEZ, 2000.

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; DAVIS, Roberta. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre os profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

JURDI, Andrea Perosa Saigh; MILEK, Glenda; SIMONATO, Mariana Pereira; Silva, BAPTISTA, Carla Cilene. oficina de atividades para acompanhantes em um serviço de saúde mental infantil - intervenções da terapia ocupacional **Rev. ter. ocup**; 25(1): 88-93, jan.-abr. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-746386>>.

JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

LIMA, Cristiene Barbosa; BRÊDA, Mércia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos. Acolhimento ao familiar da pessoa em sofrimento psíquico nos estudos de enfermagem. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, 26(4): 571-580, out./dez., 2013. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?bh13144>. Acesso em: 25 maio 2017.

MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz;

CERQUEIRA, Maria Paula. **Da repetição a diferença**: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. [s.d]. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merch/capitulos-21.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

MILHOMEM, Maria Aparecida das Graças Corrêa; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre – RS, p. 272-279, jun. 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932015000401340&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.

NIKOLOV, R.; JONKER, J.; SCAHILL, L. Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 28. p. 39-46, 2006.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de; FIORIN, Bruno Henrique; SANTOS, Marcos Vinicius Ferreira dos; GOMES, Maria José. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Espírito Santo, vol. 12.2, p. 46-51, 2010.

PASSOS, Rachel Gouveia. “De quem é a responsabilidade pelo cuidado?” O papel das mulheres no processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico. **Revista Saúde e Direitos Humanos**, n.7, 2010.

REIS, Mateus Esdras Carmo dos; SOUZA, Mariluce Karla Bonfim de; LAVINSKY, Andréa Evangelista. Telenovela Brasileira: um meio de veiculação de questões de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 3. n. 3. Maringá, set./dez. 2004, p. 303-310.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.6, n.13, p.61-74, 2014. Disponível em <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3323>. Acesso: 25 maio 2017.

SILVA, Ieda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bonfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004 / fev. 2005.

SILVA, Jeverson Barbosa; SILVA, Priscilla Maria de Castro; MACENA, Fabiana Xavier da Silva. **Repercussões da oficina de intervenção precoce em um CAPS infantil: percepção dos pais**. Campina Grande – PB, [2012]. Disponível em: <<http://189.59.9.179/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I32909.E10.T6319.D6AP.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

SOUZA, Pedro Miguel Lopes de; SANTOS, Isabel Margarida Silva Costa dos. Caracterização da Síndrome Autista. **O portal dos psicólogos**. 2005. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0259.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2014.

SOUZA, Márcia São Pedro Leal et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 997-1005, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600011&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Fev. 2019. Epub Dec 18, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020090005000085>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto AIDPI**. Washighton, D.C.: OPAS, 2005. Série OPS/FCH/CA, p. 5-16.

VASCONCELOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1- 16, 2010.

PRINCIPAIS MICOSES SUPERFICIAIS E SEUS RESPECTIVOS AGENTES ETIOLÓGICOS PRESENTES NO BRASIL

Amanda Torres Nunes

Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada a Saúde, UNINOVAFAPI, Coordenação de Biomedicina, Teresina-PI

Isabele Castro de Aguiar

Graduanda em Biomedicina, UNINOVAFAPI, Coordenação de Biomedicina, Teresina-PI

Mayara Carvalho Ramos

Graduanda em Biomedicina, UNINOVAFAPI, Coordenação de Biomedicina, Teresina-PI

Antonio Francisco Ferreira da Silva Júnior

Graduanda em Biomedicina, UNINOVAFAPI, Coordenação de Biomedicina, Teresina-PI

RESUMO: As micoses superficiais são infecções fúngicas superficiais com incidência crescente. Essas podem ser decorrentes de fungos filamentosos queratinofílicos ou por leveduras comensais. O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, baseado em artigos publicados de 2006 a 2015 referentes ao tema: micoses superficiais. Nas micoses superficiais a pele, unhas e cabelos são agredidos, dando origem a enfermidades conhecidas como dermatofitose, pitiríase versicolor, candidíase cutânea entre outras. Nota-se que tais enfermidades são mais frequentes na região nordeste, uma vez que as altas temperaturas e situações de aglomerado facilitam sua transmissão.

PALAVRAS-CHAVES: Micoses, Dermatofitoses, Infecções Fúngicas.

MAJOR SURFACE MYCOSES AND THEIR RESPECTIVE ETIOLOGIC AGENTS PRESENT IN BRAZIL

ABSTRACT: Superficial mycoses are surface fungal infections with increasing incidence. These may be due to keratinophilic filamentous fungi or commensal yeasts. The present article deals with a bibliographic review, based on articles published from 2006 to 2015 on the topic: superficial mycoses. In the superficial mycoses the skin, nails and hair are attacked, giving rise to diseases known as dermatophytosis, pityriasis versicolor, cutaneous candidiasis among others. It is noted that such diseases are more frequent in the northeast region, since the high temperatures and situations of agglomeration facilitate their transmission.

KEYWORDS: Mycoses, Dermatophytosis, Fungal Infections.

1 | INTRODUÇÃO

As micoses superficiais são infecções fúngicas superficiais com incidência crescente. Estima-se que cerca de 20% a 25% da população mundial apresentará tal enfermidade

em algum momento, tornando-a de grande importância para a saúde pública (OLIVEIRA *et al*, 2006). Essas podem ser decorrentes de fungos filamentosos queratinofílicos (dermatofitos) dos gêneros *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton* ou por leveduras comensais do gênero *Malassezia* (pitiríase versicolor) e *Candida* (ROTTA *et al*, 2012).

As micoses superficiais são classificadas em estritas e cutâneas, onde as estritas são infecções causadas por fungos, encontradas principalmente, nas camadas superficiais da pele e seus anexos. Por sua vez, as micoses superficiais cutâneas têm a capacidade de digerir estruturas queratinizadas da epiderme, unhas e cabelos, desencadeando ou não resposta inflamatória no hospedeiro. (SOUZA, PAULA, SOUTO, 2014)

Segundo Rocha (2011) dentre as doenças de infecções mais aparente na prática clínica dermatológicas constam as infecções fúngica. Estas podem ser de origem antropofílica, zoofílica ou geofílica. Onde as antropofílicas estão unicamente relacionadas com o homem, e raramente infectam outros animais. As zoofílicas, por sua vez, infectam frequentemente os animais, podendo ocasionalmente infectar o homem, e as geofílicas encontram-se no solo, associados a material queratinizado em decomposição, podendo infectar tanto animais como seres humanos.

A ocorrência de micoses superficiais e cutânea resulta de vários fatores, tais como as condições climáticas, principalmente, o clima tropical, clima esse favorável ao desenvolvimento dos fungos, sudorese, contato prolongado com animais de estimação como cães e gatos, uma vez que são vistos como reservatórios para certos dermatofitos, além de água contaminada em piscinas (PEREIRA *et al*, 2014).

De acordo com Carrão (2014), essas infecções fúngicas são cosmopolitas que afetam cerca de 25% da população mundial, é considerada como o terceiro distúrbio de pele em crianças menores de 12 anos e na população adulta fica em segunda posição. A prevalência consiste mais em crianças por conta de sua pele ser frágil e delicada e sua estrutura ser imatura, estando, assim, mais susceptíveis a tal infecção. Porém, não se tem ideia da extensão do problema, pois essas infecções não constituem doenças de notificação compulsória.

O presente trabalho tem como objetivo salientar as principais micoses superficiais bem como seus respectivos agentes etiológicos presentes no Brasil.

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa configura-se como uma pesquisa bibliográfica, baseado em uma seleção de dezesseis (16) artigos ligados ao tema: Micoses superficiais. Para tanto, utilizou-se artigos publicados de 2004 a 2015 publicados em português, inglês ou espanhol. Entre as bases de dados utilizadas podemos citar: Scielo, Lilacs, CAPES, Bireme. A partir desses, palavras chaves como: Micoses Superficiais, dermatofitos,

tinea; facilitaram a filtragem dos artigos atendendo, assim, aos critérios supracitados.

3 | DISCUSSÃO

Ao passar dos anos, a ocorrência de infecções causadas por fungos tem aumentado no Brasil, podendo infectar o organismo de diversas formas. No entanto, a presença da microbiota bacteriana residente e as defesas imunitárias do organismo impedem essas de se disseminarem. As micoses, como são conhecidas, podem ser superficiais ou profundas. Nas superficiais, a pele, unhas e cabelos são agredidos, dando origem a enfermidades conhecidas como dermatofitose, pitiríase versicolor, candidíase cutânea e outras. Já nas micoses profundas são acometidos os órgãos internos (SOMENZI, RIBEIRO E MENEZES, 2006).

A região nordeste por ter um clima quente e úmido, torna-se o lugar com maior incidência para o desenvolvimento destes microrganismos, como dermatofitoses e pitiríase versicolor (ARAÚJO *et al*, 2010).

As dermatofitoses são causadas por fungos que alimentam-se da queratina presente na pele, unhas e cabelos. Os fungos mais prevalentes nessas micoses são dos gêneros *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*. São micoses conhecidas como tineas. Essas micoses superficiais podem ser ocasionadas por fungos antropofílicos, zoofílicos e geofílicos, sendo sua transmissão através do contato com o homem, animais e terra respectivamente. A contaminação pode ocorrer sem o contato direto, através dos artrósporos, escamas de pele e pelos (CRIADO *et al*; 2011).

Entre as dermatofitoses tem-se a tinea capitis, a qual se caracteriza pela quebra de cabelos perto da pele, deixando áreas tonsuradas ou com alopecia definitiva. Essa micose é decorrente da presença de fungos dos gêneros *Trichophyton* e *Microsporum* no folículo piloso do pelo e ao redor da pele. É a maior causa de micoses superficiais em crianças em idade escolar (DIAS *et al*, 2013).

Outro exemplo de dermatomicose é a tinea nigra, a qual é vista como rara e assintomática da camada córnea causada pelo fungo demácio *Hortaea werneckii*, que se manifesta em indivíduos de ambos os sexos comprometendo qualquer faixa etária, sendo em sua maioria em indivíduos do sexo feminino. Tal infecção evidencia-se por máculas pigmentadas marrons ou pretas encontradas, principalmente, nas palmas das mãos e plantas dos pés. No seu relato de caso Mendes *et al* (2015), evidenciou que uma menina de 4 anos de raça branca natural e procedente do Rio de Janeiro que possuía manchas eritematosas acastanhadas típicas de tinea nigra.

A tinea corporis é uma infecção fúngica superficial da pele que acomete o couro cabeludo, barba, pés ou mãos, no entanto, não lesiona tecidos e órgãos mais profundos em pessoas com sistema imunológico normais. Manifesta-se clinicamente como uma área elevada com uma borda escamosa e avançada. As lesões podem mostrar anéis concêntricos com placas vermelhas no centro; estes podem clarear à medida que

a lesão se espalha, deixando uma área de hipopigmentação central que quer dizer perda da cor da pele (EL-GOHARY *et al*, 2012).

Onicomiose ou tinea unguium é a infecção fúngica da lâmina ungueal, sendo sua prevalência 2 a 9% na população geral. Podem ser ocasionadas por fungos dermatófitos (como *Trichophyton rubrum* em 71% dos casos e *Trichophyton mentagrophytes* em 20% dos casos), leveduras (sendo a mais freqüente a *Candida albicans*) e por fungos filamentosos não dermatófitos. Sua presença muitas vezes é subjugada, uma vez que é vista apenas como questões estéticas. No entanto, apresenta incontáveis impactos na vida dos portadores (CHIACCHIO *et al*, 2013).

A Candidíase ou candidose é uma micose causada por leveduras do gênero *Cândida*, é sabido que essa levedura faz-se presente na microbiota humana, vista como uma micose oportunista, pode ser de caráter leve ou grave, aguda ou crônica, superficial ou profunda, podendo mostra-se em amplo espectro clínico. Espécies do gênero *Cândida* são frequentemente encontradas como sapróbios colonizando superfícies de certas membranas e mucosas no homem. Uma variedade de fatores locais e sistêmicos predispõe a infecções fúngicas superficiais. A candidíase cutânea ocorre com mais frequência em condições de umidade, temperatura e pH propícias, susceptíveis as dobras da pele (axilas, virilha, sulco interglúteo, prega submamária e em pessoas obesas), embaixo das fraldas de recém-nascidos, e em climas tropicais ou durante meses de verão (BARBEDO *et al*, 2012)

Segundo Moraes, Cunha e Frota (2010), a pitiríase versicolor é uma infecção fúngica ocasionada por leveduras do gênero *Malassezia*, as quais são lipofílicas. É uma micose superficial crônica normalmente não assintomática, mas podem ocorrer várias recidivas. Provocam lesões arredondadas ou ovaladas podendo ser isoladas ou se intercalarem, sendo separadas por áreas de pele sadia. Apresentam cor amarelada ou parda, descamando com o atrito.

4 | CONCLUSÃO

As micoses superficiais mais freqüentes no Brasil são tinea capitis, tinea corporis, tinea nigra, tinea unguium, candidíase cutânea e pitiríase versicolor. Tal fato pode ser explicado devido às altas temperaturas e umidade relativa do Brasil, principalmente na região nordeste, o que possibilita condições favoráveis à dispersão e ao desenvolvimento de fungos. Outras causas podem ser identificadas como fatores sociodemográficos, contato prolongado com animais e fômites contaminados, além de condições de higiene pessoal precária.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G.M.L; ARAÚJO N.D; FARIAS, R.P; CAVALCANTI, F.C.N; LIMA, M.L.F; BRAZ, R.A.F.S. Micoses Superficiais na Paraíba: análise comparativa e revisão literária. **Anais Brasileiro de**

Dermatologia. João Pessoa, v. 85, n. 6, p.943-6, 2010.

BARBEDO, L.S; BRITO, S.C.P; KEGELE, F.C.O; CORDEIRO, J.A; OLIVEIRA, J.C; SGARBI, D.B.G. Etiologia dos casos de candidíase cutânea atendidos no serviço de micologia da Universidade Federal Fluminenses, Brasil. **Revista de La Sociedad Venezolana de Microbiología.** v. 33, p. 53-59, 2012.

CARRÃO, V.C.P. Relação entre os níveis de sudorese e a presença de dermatófitos. **CespuRepository.** 2014.

CHIACCHIO, N.D; SUAREZ, M.V; MADEIRA, C.L; LOUREIRO, W.R. Estudo observacional e descritivo da epidemiologia e abordagem terapêutica da onicomicose em consultórios de dermatologia no Brasil. **Anais Brasileiro de Dermatologia.** Rio de Janeiro, v. 88, p. 1-12, 2013.

CRIADO, P.R; OLIVEIRA, C.B; DANTAS, K.C; TAKIGUTI, F.A; BENINI, L.V; VASCONCELLOS, C. Micose superficiais e os elementos da resposta imune. **Anais Brasileiro de Dermatologia.** Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, 2011.

DIAS, M.F.R.G; QUARESMA-SANTOS, M.V.P; BERNARDES-FILHO, F; AMORIM, A.G.F; SCHECHTMAN, R.C; AZULAY, D.R. Atualização sobre terapia para micose superficiais: artigo de revisão parte I. **Anais Brasileiro de Dermatologia.** Rio de Janeiro, v. 88, n. 5, 2013.

EL-GOHARY, M.; BURGESS, H; DONEY, L; JOHNSON, E; STUART, B; MOORE, M; HEARN, P; LITTLE, P. Tratamentos antifúngicos tópicos para tineacurris e tineacorporis. **Cochrane SkinGroup.** 2012.

MENDES, T. D; DALL-ANTONIA, M; GATTI, R.F; SANTOS, T.A.L; SEGRE, N. F; MEOTTI, C.D. Dermatoscopia de tinha negra palmar com reação inflamatória localizada. **Revista Brasileira Medica de Dermatologia e Cosmiatria.** Rio de Janeiro, v. 72, n. 3, p. 23-25, 2015.

MORAIS, P.M; CUNHA, M.G.S; FROTA, M.Z.M. Aspectos clínicos de pacientes com pitíriase versicolor atendidos em um centro de referência em Dermatologia Tropical na cidade de Manaus (AM), Brasil. **Anais Brasileiro de Dermatologia.** Manaus, v. 85, n. 6, p. 797-803, 2010.

OLIVEIRA, J.A.A; BARROS, J.A; CORTEZ, A.C.A; OLIVEIRA, J.S.R.L. Micose superficiais na cidade de Manaus, AM, entre março e novembro/2003. **Anais Brasileiro de Dermatologia.** Manaus, v. 81, n. 3, p. 238-43, 2006.

PEREIRA, C.A; SOUSA, N.M; FRANCO, P.I.R; REIS, A.F; BARBOSA, M.S. Análise das principais micose encontradas na rotina de um laboratório de análises clínicas na cidade de Jataí, estado de Goiás, Brasil. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia.** v. 9, n.1, p. 108-114, 2014.

ROCHA, J; DUARTE, M.L; OLIVEIRA, P; BRITO, C. Dermatofitias no Distrito de Braga- Estudo Retrospectivo dos últimos 11 anos (1999-2009). **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia.** v. 69, n. 1, p. 69-78, 2011.

ROTTA, I; OTUKI, M.F; SANCHES, A.C.C; CORRER, C.J. Eficácia de antifúngicos tópicos em diferentes dermatomycoses: uma revisão sistemática com metanálise. **Revista da Associação Médica Brasileira.** São Paulo, v. 58, n. 3, 2012.

SOMENZI, C.C; RIBEIRO, T.S; MENEZES, A. Características Particulares da Micrologia Clínica e o Diagnóstico Laboratorial de Micose Ssuperficiais. **NewsLab.** Santos, edição 77, 2006.

SOUZA, T.S; PAULA, N.C.R; SOUTO, R.C.F. PREVALÊNCIA DE Micose Superficiais diagnosticadas em um laboratório de análises clínicas em Goiânia, Goiás. **Revista Estudos.** Goiânia, v. 41, n. 4, p. 855-868, 2014.

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Elizama Costa dos Santos Sousa

Enfermeira Mestranda na Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina-PI

Graziele de Sousa Costa

Enfermeira Residente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Piauí

Samantha Vieira da Silva

Enfermeira, Especialista Unidade Terapia Intensiva pela (UninovaFapi), Teresina-PI

Valder Oliveira Sabóia Neto

Enfermeiro pela Faculdade (Aiança), Teresina-PI

Julianna Thamires da Conceição

Enfermeira pela Faculdade de Ensino Superior de Floriano, Floriano-PI

Samuel Oliveira da Vera

Enfermeiro Obstetra pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina-PI

Renata da Rocha Albuquerque

Acadêmica de enfermagem (UNINASSAU), Parnaíba-PI⁷; Pâmela Suelem Nascimento Vieira, Enfermeira Obstetra (UFPI), Teresina-PI

RESUMO: A assistência domiciliar é uma etapa intermediária entre a alta hospitalar e a alta definitiva. É um conceito moderno de tratamento que adapta a residência do cliente para receber equipamentos hospitalares, o que garante o melhor conforto ao paciente, fundamental para sua recuperação. O objetivo deste estudo buscou analisar, por meio da literatura científica,

a caracterização da assistência domiciliar prestada pelo enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção domiciliar. Trata-se de uma revisão literatura de publicações científicas. A etapa de levantamento dos artigos ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. Foram utilizados para a coleta de dados, os seguintes descritores: Atenção Domiciliar, Enfermagem, Assistência. Como critérios de inclusão foram definidos para a seleção artigos publicados em português, artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa, e artigos publicados e indexados nos últimos 6 anos (2010 a 2016). Concluiu-se que o trabalho da enfermagem na atenção domiciliar é de grande relevância, seja com a educação em saúde de cuidadores e familiares como no empoderamento do indivíduo a cerca do seu tratamento, através do vínculo e da longitudinalidade assistencial, estando mais próxima da família identificando suas fragilidades e vulnerabilidades, muitas vezes aliviando o sofrimento através dos cuidados paliativos, dando conforto aos pacientes e seus familiares, orientando e prevenindo infecções.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar, Enfermagem, Assistência.

ABSTRACT: Home care is an intermediate step between hospital discharge and permanent discharge. It is a modern concept of treatment

that adapts the residence of the client to receive hospital equipment, which guarantees the best comfort to the patient, fundamental for its recovery. The objective of this study was to analyze, through the scientific literature, the characterization of home care provided by the nurse of the family health strategy in home care. This is a literature review of scientific publications. The articles were collected in January and February 2017. The following descriptors were used for data collection: Home Care, Nursing, Care. Inclusion criteria were defined for the selection of articles published in Portuguese, articles in full that portrayed the theme related to the integrative review, and articles published and indexed in the last 6 years (2010 to 2016). It was concluded that the nursing work in the Home care is of great relevance, be it with the health education of caregivers and family members, as well as the empowerment of the individual about their treatment, through the linkage and longitudinal care, being closer to the family identifying their fragilities and vulnerabilities, often relieving Suffering through palliative care, giving comfort to patients and their families, guiding and preventing infections.

KEYWORDS: Home Care, Nursing, Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada pela PORTARIA N° 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, determinando a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A atenção básica é definida por um agrupamento de ações de saúde, que assiste o campo individual e coletivo, protegendo e promovendo a saúde em suas várias vertentes, resguardando através de políticas públicas dos possíveis agravos existentes, diagnosticando as patologias e seus determinantes e condicionantes, utilizando a terapêutica, a reabilitação, atenuando os danos e a preservação da saúde com o propósito de ampliar o cuidado integral que venha surtir efeito na situação de saúde e autonomia das pessoas. (BRASIL, 2012)

Os cuidados primários de saúde são cuidados primordiais de saúde fundamentados em técnicas e tecnologias práticas, respaldadas cientificamente e aceitas pela sociedade, de alcance universal, por meio de ampla participação e custo acessíveis onde a população possa manter as etapas do seu desenvolvimento. Integrando o sistema de saúde do país, do qual desenvolve a função central e primordial, possibilitando o desenvolvimento global da comunidade. Possibilita o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, onde os cuidados são levados o mais próximo da vida das pessoas com o maior grau de capilaridade, por se constituir a porta de entrada preferencial do sistema único de saúde. (OPAS/OMS, 1978)

Um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo abrange o cuidado integral do indivíduo e coletividade. É realizado através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias por meio da participação e democratização popular, trabalho

multiprofissional destinado à área adscrita, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a identidade cultural e social desta população. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, resolvendo os problemas de maior ocorrência assim como identificando os novos casos que surgem dentro de um território. Deve ser o contato preferencial à saúde por conhecer o indivíduo em sua logitudinalidade. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (BRASIL, 2006)

A assistência domiciliar de uma região adscrita deve estar embasada num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MINISTRY OF HEALTH, 1920)

A assistência domiciliar é uma forma inovadora de tratamento que permite a recuperação do paciente em seu seio familiar prevenindo e diminuindo o risco de infecções assim como proporcionando um bem-estar mental do assistido pela modalidade, garante o melhor conforto ao paciente. O atendimento domiciliar da modalidade AD1 equivale ao prestado estratégia saúde da família favorecendo a recuperação evitando a exposição aos agentes físicos externos. Favorecendo a autonomia do paciente, quanto aos benefícios para a família, este conjunto de fatores certamente dará a ela maior segurança e participação no cuidado terapêutico adequado, dando maior proximidade. No que diz respeito aos hospitais, existe uma diminuição da permanência dos doentes que podem ser assistido no domicílio e conseqüente aumento da disponibilidade dos leitos oferecidos para aqueles que realmente necessitam de uma assistência no ambiente hospitalar (AGUIAR et al. 2001)

Na atenção básica várias ações devem ser realizadas pela equipe no domicílio, cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado. É desse recorte de cuidados no domicílio de que trata este material e que a Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, classifica como modalidade AD1 de atenção domiciliar, isto é, aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica – eAB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar (compostos por equipes especializadas –

EMAD e EMAP – cujo público-alvo é somente os pacientes em AD). (BRASIL, 2012)

Conforme a RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014, compreende-se por atenção domiciliar no que se refere a cuidados de enfermagem as ações executadas no domicílio do indivíduo que proporcionem à promoção de sua saúde, à prevenção de possíveis agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos para amenizar o sofrimento. A atenção domiciliar de enfermagem deve ser desenvolvida de forma Sistematizada, sendo pautados por normas, rotinas, protocolos validados e constantemente revisados, com a instrumentalização do Processo de Enfermagem, de acordo com as etapas previstas na Resolução COFEN nº 358/2009. (COFEN,2014).

A relevância do presente estudo justifica-se da crescente necessidade em se estudar as atribuições e competências que o enfermeiro desempenha em seu trabalho dentro de equipes multiprofissionais e interdisciplinares na atenção domiciliar, além da importância em sobre discutir o atual panorama da atenção domiciliar, visto que é uma emergente modalidade de assistência que já é importante componente da atenção à saúde e que vem ganhando maior relevância nos últimos anos, frente a atual transição demográfica e epidemiológica da população.

Dessa maneira, esse estudo objetiva, de uma maneira geral, relatar as ações e atribuições desenvolvidas pelo enfermeiro para a promoção e reabilitação da saúde dos assistidos pelo Programa de Atenção Domiciliar tendo em vista que essa modalidade de assistência tem um papel preponderante nesse âmbito, sendo justificada pelo elevado grau de humanização que pode propiciar, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados.

A incorporação de mais saberes e práticas de cuidado ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, bem como a articulação dessa tarefa aos demais serviços, contribuem de modo significativo para ampliar a integralidade da atenção. Portanto, com o intuito de contribuir para que enfermeiros possam atuar nessa estratégia assistencial, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de fornecer subsídios para organização de programas de cuidado de enfermagem domiciliar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literatura de publicações científicas. Este tipo de revisão é definida como uma pesquisa desenvolvida a partir do registro disponível, proveniente de pesquisas anteriores, constituída principalmente de livros, artigos e teses. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das publicações veiculadas em artigos científicos disponíveis online, no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEnf (Banco de Dados da Enfermagem). A etapa de levantamento dos artigos ocorreu nos

meses de Janeiro e Fevereiro de 2017. Foram utilizados para a coleta de dados, os seguintes descritores: Atenção Domiciliar, Enfermagem, Assistência. Como critérios de inclusão foram definidos para a seleção artigos publicados em português, artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa, e artigos publicados e indexados nos últimos 6 anos (2010 a 2016).

Assim, foram adotados como critérios de exclusão os estudos publicados anteriormente ao período determinado para o estudo, os estudos que não estavam em português, não indexados nas bases de dados selecionadas ou em forma de teses, dissertações e monografias. Foram encontrados 100 artigos (somente com o descritor), 20 (em língua estrangeira), 80 (português), 19 (critérios de inclusão), 7 (repetidos), (não se encaixaram na temática) e 8 (arquivo inválido), e foram efetivamente utilizados 14 artigos, conforme a qualidade e relevância com o tema proposto. A análise desses 14 artigos, seguiu as fases indicadas como: identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação, a identificação é definida como etapa de reconhecimento do assunto pertinente ao tema em estudo. A localização é a fase onde são identificadas as fichas bibliográficas nos arquivos, a compilação é caracterizada pela junção sistemática do material contido em livros, revistas, publicações avulsas ou trabalhos mimeografados, que pode ser obtida através de xérox ou microfimes, enquanto fichamento é a etapa que permite a ordenação do assunto em fichas contendo dados com o máximo de exatidão e cuidado relacionados às fontes de referência.

A análise e a interpretação das publicações foram iniciadas após uma análise/ leitura criteriosa dos artigos selecionados e fichamentos dos mesmos, os conteúdos dos artigos foram categorizados e discutidos conforme os objetivos da pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise dos artigos e considerando o objetivo deste estudo, observa-se que, para a realização dos cuidados em domicílio, a maioria dos autores aponta a atenção domiciliar como um instrumento de deshospitalização e inserção do cliente ao ambiente familiar. Ressalta-se, uma gama de cuidados vinculados ao enfermeiro e destinados ao paciente acamado; idoso e com algum tipo de limitação que impossibilite o deslocamento do mesmo até a unidade básica de saúde assim, após a leitura, foi possível identificar varias características e cuidados que o enfermeiro exerce entre a estratégia e a assistência em domicilio.

Nos artigos analisados três pesquisas ressaltam a importância que o enfermeiro exerce na atenção domiciliar a saúde do idoso tanto no aspecto de estimular a autonomia, como no cuidado aos portadores de doenças crônicas principalmente a hipertensão arterial, através da promoção e educação em saúde, estimulando seus familiares e cuidadores a adotarem hábitos saudáveis.

Conforme a pesquisa de Ribeiro e Pires (2011) as ações de enfermagem

influenciam na qualidade de vida de uma pessoa, ao oferecer cuidados que devem gerar um bem estar, tanto para o enfermeiro, quanto para o idoso, sendo fundamentados na percepção, capacitação e transmissão de conhecimentos para ambos. Os enfermeiros afirmaram realizar a avaliação dos idosos utilizando as escalas de avaliação funcional na rotina do atendimento. Pode-se, portanto, considerar satisfatórios os procedimentos utilizados para identificação da autonomia dos idosos sob sua responsabilidade.

Fortalecendo a afirmação anterior o estudo de Fonseca (2015) relata em sua análise destaca que o enfermeiro da ESF desempenha diversas atividades de cuidado ao idoso, que variam desde a consulta de enfermagem nos serviços de saúde até o atendimento no domicílio, o enfermeiro tem atribuições de extremo valor, tais como o conhecimento para realizar a consulta de enfermagem onde indaga fatores de risco e hábitos de vida, aferir a pressão arterial, orientar sobre a doença e o uso regular de medicamentos.

Durante as consultas de enfermagem com o paciente idoso no ambiente domiciliar, entende-se a importância do enfermeiro como educador na promoção da saúde, uma vez que é o profissional que possui conhecimentos e habilidades para realizar uma análise detalhada das condições do cliente idoso e do seu cuidador, atentar para as fragilidades e especificidades destes indivíduos, a fim de antecipar-se e intervir em possíveis complicações, para evitar que o estado de saúde piore e, assim, assegurar a qualidade de vida dos clientes. (KLAKONSKI, MENDES, SADE e LUCCAS, 2015)

O artigo da Revista O Mundo da Saúde de São Paulo reflete que o cuidado deve ser desempenhado pela equipe como um todo, não centrado na figura do médico pois todos os profissionais que integram o cuidado, são fatores primordiais para o sucesso do tratamento, no que tange aos cuidados paliativos inclui a sensibilidade, capacidade de se colocar no lugar do outro e na situação vivenciada, em todos os aspectos do sofrimento.

A importância da Atenção Primária está vinculada ao retorno da pessoa para casa diante da inexistência de tratamento curativo no hospital. No contexto domiciliar, a equipe de Atenção Primária seria responsável pelo suporte ao paciente e à família, de maneira a garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte, O trabalho na Saúde da Família deve ser assentado na equipe e não no médico. A equipe é responsável pela atenção integral de um conjunto de pessoas que vivem num mesmo território (COMBINATO; MARTINS, 2012).

Os artigos publicados pelas revistas: Gaúcha de Enfermagem, Carpe Diem, Ciência Cuidado Saúde e O mundo da Saúde, atribuem a enfermagem no âmbito da atenção domiciliar um importante instrumento na prevenção e vinculação familiar, por esta mais próxima dos fatores determinantes e condicionantes para o desenvolvimento de uma possível patologia antes que ela se estabeleça. O cuidado do enfermeiro favorece a recuperação do paciente que é assistido holisticamente, através do cuidado e da proximidade da vida das pessoas.

A enfermeira na ESF é responsável por realizar a assistência integral (promoção

e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) dos indivíduos e famílias na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio. O domicílio é considerado um espaço de interação entre a enfermeira, a equipe de enfermagem e a família, onde o cuidado domiciliar tem como principal objetivo proporcionar a análise e revisão do desenvolvimento do processo saúde e doença. Na avaliação das demandas de visita domiciliária, as enfermeiras procuram acolher as necessidades dos usuários da ESF, identificando como as principais demandas de atendimento os indivíduos com doenças crônicas, acamados, com dificuldade de locomoção e idosos. Ao realizar a VD, o foco do cuidado é o acompanhamento clínico e as atividades de educação junto aos cuidadores (LIONELLO, DURO CLM, SILVA, 2012).

Durante a VD o enfermeiro presta um cuidado gerando uma oportunidade de aprendizagem e reflexão. Instrumento eficaz e que favorece uma assistência humanizada, permitindo a sua inserção no seio familiar, além de incluir cuidados de diversos níveis de complexidade, podendo ser indicado para pacientes em todas as fases da vida. Salienta-se que muitas vezes o que incomoda as pessoas de uma família não é uma patologia, mas a solidão, o desemprego, falta de dinheiro para comprar comida ou medicamento. Quiçá, as ações educativas que o enfermeiro possa despertar na população a consciência de suas necessidades e o desejo de mudanças para alcançar uma vida de melhor qualidade (MARTINS; PEREIRA; SOUSA, 2013).

O enfermeiro aparece nas falas como o profissional que mais interage com o paciente e sua família. Apesar de ser uma característica da profissão, essa proximidade deveria ser a meta do agir profissional dos trabalhadores da saúde de maneira geral, visando a favorecer uma efetiva construção de vínculo com os usuários. Os familiares cuidadores relataram ser possível determinar a identidade do enfermeiro pela sua capacidade de comunicação com a equipe e com a própria família assistida, como também pela sua forma particular de cuidar e ensinar a cuidar, que, além do mais, confere-lhe o papel de potencializar a construção da autonomia do cuidador domiciliar. (SILVA et al., 2010)

Os resultados demonstram que de uma forma geral os usuários estão satisfeitos com atenção domiciliar dos profissionais da ESF e com a atenção domiciliar do enfermeiro, trazendo benefícios à assistência da família, como a redução de custos, a aproximação com o indivíduo e sua família, a escuta atenta, o conhecimento de suas realidades e a identificação dos riscos no domicílio (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015).

A pesquisa divulgada pela Revista Mineira de Enfermagem, trás um aspecto de relevância na atenção prestada pelo enfermeiro à prevenção de infecção no ambiente domiciliar, os profissionais devem estar em constante aprendizado e inovação, desempenhando ações que envolva medidas preventivas e educativas, que engloba desde orientações sobre biossegurança e prevenção de acidentes, até medidas de isolamento, cuidados com limpeza e desinfecção de artigos de assistência à saúde e

ambiente.

A competência citada ressalta a necessidade de o enfermeiro reconhecer o seu papel de líder da equipe de enfermagem ou mesmo da equipe de saúde que realiza a atenção domiciliar, ao ser capaz de supervisionar o cuidado realizado pelos técnicos em enfermagem no sentido de garantir a qualidade da assistência prestada no domicílio. É preciso, também, que a equipe de saúde, juntamente com esses profissionais, reconheça os riscos de infecção no domicílio, prevenindo e controlando a transmissão de agentes infecciosos por meio da manutenção da qualidade dos artigos utilizados na prestação dos serviços de saúde, entre outras providências.

A assistência desempenhada pelo enfermeiro a puerperal permite estabelecer condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, protegendo a mulher e melhorando os resultados perinatais, avaliar as condições psicológicas no âmbito domiciliar a qual a puerpera e a criança se encontra como mostra duas pesquisas realizadas no Rio Grande do Norte e na Paraíba.

No que diz respeito ao cuidado à mulher na ESF, o enfermeiro presta assistência a esse grupo com atribuições relativas ao pré-natal, ao controle do câncer cérvico-uterino e de mamas, ao planejamento familiar bem como ao período pós-parto. Dessa feita, tem como meio, suas ações desenvolvidas no ambiente das unidades de saúde e do domicílio, por meio da visita domiciliar (VD). Essa atividade se apresenta como meio de viabilizar a continuação da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Nessa abordagem, convém lembrar que o término do acompanhamento de uma gestante se dá com a consulta de revisão de parto que deve acontecer nas USF e nas residências por meio da VD. (MAZZO; BRITO; SANTOS. 2014).

Portanto, a assistência domiciliar puerperal foi direcionada em dois eixos de cuidado, um a puérpera e o outro ao RN, em ambos foram realizadas ações comuns em todas as visitas. Essas foram desenvolvidas através de avaliação, exame físico e orientações. Nesse contexto, após a alta hospitalar, a Estratégia Saúde da Família atua na assistência domiciliar prosseguindo os cuidados a puérpera e ao recém-nascido por meio da visita domiciliar, a qual consiste em uma das atribuições das equipes de Saúde da Família (ROCHA; CORDEIRO, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quatorze pesquisas demonstraram o quanto o trabalho da enfermagem na atenção domiciliar é de grande relevância, seja com a educação em saúde de cuidadores e familiares como no empoderamento do indivíduo a cerca do seu tratamento, através do vínculo e da longitudinalidade assistencial, estando mais próxima da família identificando suas fragilidades e vulnerabilidades, muitas vezes aliviando o sofrimento através dos cuidados paliativos, dando conforto aos pacientes e seus familiares, orientando e prevenindo infecções. O que se pôde perceber é que o enfermeiro da

estratégia saúde da família executa varias tarefas tanto frente à estratégia como no domicilio, fazendo buscas ativas e executando as visitas domiciliares, buscando esta mais próxima da população da área adstrita, todos estes fatores faz com que o processo de enfermagem tenha êxito na qualidade de vida das pessoas assistidas.

Um importante aspecto evidenciado na análise das pesquisas foi a possibilidade de interação entre família e profissional, o que permite uma confiança e, com isto, o paciente expõe melhor seus problemas, ocorrendo uma troca de saberes que muitas vezes, na unidade de saúde não é possível, diferentemente na visita que já é um meio facilitador. O enfermeiro é o profissional que coordena uma equipe de enfermagem orienta o ACS a identificar situações que ofereçam riscos a saúde da população e esse treinamento é de fundamental importância para o sucesso da promoção em saúde, sendo essencial que tenha uma boa formação, com conceitos definidos e que tenha clareza no entendimento quanto à realização e desenvolvimento das metas alcançadas.

A atenção domiciliar deve ser realizada por profissionais capacitados e empáticos com o objetivo de resolver os problemas de sua área de abrangência, promovendo a saúde e prevenindo doenças, resultando, assim, em diminuições de internações e, conseqüentemente, numa melhora da qualidade de vida da população em que o programa está inserido. O enfermeiro, ao adentrar o domicilio, deve promover ações direcionadas as principais as necessidades de saúde, atendendo a singularidade que cada pessoa trás consigo, adotando estratégias, individuais e em consonância com a ESF facilitando o cuidado domiciliar. O enfermeiro deve manter uma postura acolhedora e utilizar escuta qualificada, respeitando as diferenças de cada individuo.

Evidencia-se, ainda, que os enfermeiros atuantes nos programas têm características próprias, o que personaliza sua atuação profissional. Outro ponto marcante é a capacidade que o enfermeiro tem de estabelecer vínculo por sua proximidade com a comunidade. Desta forma, acredita-se que o conteúdo deste trabalho de pesquisa é de grande importância para os profissionais da área da saúde, dando subsídio para uma reflexão de suas ações e contribui para a agregação de mais conhecimentos. Deixando evidenciada a necessidade de programas que invistam em educação continuada, objetivando a qualificação profissional, alcançando a excelência.

REFERENCIAL

Aguiar, A. o. A. et al. **2001 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR PRIVADO**. Acesso em: 23 de jan. .2017. Disponível em: <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=76204&popup=1>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**. Disponível em: . Acesso em: 21. Jan. 2017.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 4 set. 2006.

Combinato, D.S.; Martins, S.T.F. **(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde**. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):433-441. Acesso em: 1. Jan.2017.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Resolução COFEN Nº 0464/2014. Normatização da atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar**. Acesso em: 23.Jan.2017.

Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. **Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense**. Revista da Enfermagem Atual, Rio de Janeiro 2001;1(4):35-8.

Gomes, M. F. P.; Fracolli, L.P.; Machado, B. C. **Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família**. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2015;39(4):470-475. Disponível em:< DOI: 10.15343/0104-7809.20153904470475>. Acesso em: 15. Jan.2017.

Klakonski; Mendes, Sade; Luccas. **Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura**. Saúde e Pesquisa, v. 8, Edição Especial, p. 161-171, 2015 - ISSN 2176-9206 (on-line). Acesso em: 3.Jan.2017.

Fonseca, W. S. **O enfermeiro da estratégia saúde da família no cuidado ao idoso hipertenso**. Revista eletrônica estágio saúde. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index> - ISSN1983-1617>. (on line). Acesso em: 21. Jan.2017.

Lima, A. N.; Silva, L.; Bousso, R.S. **A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.889-897, 2010 8. Acesso em: 25. Jan. 2017.

Martins, G. S.; Pereira, F. C. C. ; Sousa, I. C. A. A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO PARA HUMANIZAÇÃO: REVISANDO A LITERATURA. Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 11, n. 11, 2013. ISSN: 2237-8586. Acesso em: 20. Jan. 2017.

Mazzo, M. H. S. N.; Brito, R. S.; Santos, F. P. S. **Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):663-7. Acesso em:10. Jan. 2017.

Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. **O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária**. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):103-110. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=isso>.Acesso em 9. Jan. 2017.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 25 set. 2006.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978**. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2004.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Departamento de Saúde Pública Secretaria Municipal de Saúde. **PRÉ-PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR PARA O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº11, DE 26 DE JANEIRO DE 2006.

Paz AA, Santos BRL. **PROGRAMAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAR**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003 set/out;56(5):538-541. Acesso em: 24. Jan. 2017.

Ribeiro, A. P. **Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011. Acesso em: 4. Jan.2017.

ROCHA, M. G.; CORDEIRO, R. C. **Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 483-493, 2015. Acesso em : 22. Jan.2017.

Silva MCLSR, Silva L, Bousso RS. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura**. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1250-5 www.ee.usp.br/reeusp/.

Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. **Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92.<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.

Silva LK, Sena RR, Silva PM, Souza CG, Martins ACS. **Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação**. Cienc Cuid Saude 2014 Jul/Set; 13(3):503-510. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i3.19227.

Santos, D. K. A. **A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros**. Cogitare Enferm. 2011 Jul/Set; 16(3):492-7. Acesso em: 5. Jan.2017.

Santos BRL, Eidt OR, Paskulin LMG, Sagebin HV, Witt RR. **O domicílio como espaço do cuidado**. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 199820-25 set; Salvador (BA), Brasil. Salvador (BA): ABEn; 1999.446 p. il. p. 121-32.

SILVA, L. **O processo de conviver com um idoso dependente sob a perspectiva do grupo familiar**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Silva DC, Santos JLG, Guerra ST, Barrios SG, Prochnow AG. **O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores**. Cienc Cuid Saúde 2010 Jul/Set; 9(3):471-478. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8478. acesso em: 12. Jan.2017.

Sossai LCF, Pinto IC. **A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades**. Ciênc Cuid Saúde. 2010;9(3):569-576. Acesso em: 3. Jan.2017.

Yuaso DR, Sguizzalto GT. **Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso no município de Garulhos**. In: Duarte YAO, Diogo MJE, organizadores. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. 630 p. p. 565-73.

Valle, A. R. M. C.; Andrade, D. **Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção**. REME • Rev Min Enferm. 2015 abr/jun; 19(2): 67-72. Disponivem em: DOI: 10.5935/1415-2762.20150026. Acesso em: 21. Jan. 201

Vieira, H. F. et al. **Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática**. FIEP BULLETIN - Volume 85 - Special Edition - ARTICLE I - 2015 (<http://www.fiepbulletin.net>). Acesso em: 2. Jan.2017.

HIDROCARBONETOS AROMÁTICOS POLICÍCLICOS NOS ALIMENTOS E SEU EFEITO TÓXICO: UMA REVISÃO

Bewlthiane Maria dos Santos Carvalho

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Antônio Jason Gonçalves da Costa

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Fernanda Maria de Carvalho Ribeiro

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Bárbara Karoline Rêgo Beserra Alves

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Leandra Caline dos Santos

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Francisca Camila Batista Lima

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Carlos Eduardo Pires da Silva

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Leyla Lumara Cabral Soares Pimentel

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Priscila da Silva

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Tamires Claudete dos Santos Pereira

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Tamires Amaro Rodrigues

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

Stella Regina Arcanjo Medeiros

Universidade Federal do Piauí
Picos-Piauí

RESUMO: Com o decorrer do processo de industrialização, a utilização de novas fontes de matérias-primas e de novos processos fabricação proporcionaram a liberação de diversos compostos no meio ambiente. Alguns deles demonstram alta capacidade de poluir diferentes ambientes como também a biota que os compõem, trazendo sérios malefícios. Os Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPAs) por sua facilidade em se difundir por diversos ambientes, estando presente no ar e acumulando-se no solo, na água, nos tecidos de vegetais, animais e no homem é apontado como um potencial agente carcinogênico. É observado a presença desses compostos em alimentos, como carnes, leites e derivados, óleos e gorduras, vegetais, cereais e a água onde diversos estudos relatam a relação entre HPAs e vários problemas de saúde no ser humano. Diante disso, essa revisão avaliou os níveis dessa substância encontrada em diversos alimentos e correlacionou sua toxicidade para os seres humanos. Os resultados mostram

taxas significativas de HPAs em alimentos tanto de origem vegetal como animal além de bebidas que tem um alto consumo e foi observado a relação dessas substâncias com o aparecimento de câncer e de vários outros distúrbios

PALAVRAS-CHAVES: Hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, Alimentos, Carcinogênese.

AROMATIC POLYCHYCLIC HYDROCARBONS IN FOODS AND ITS TOXIC EFFECT: A REVIEW

ABSTRACT: With the industrialization process, the use of new sources of raw materials and new manufacturing processes has led to the release of several compounds into the environment. Some of them demonstrate high capacity to pollute different environments as well as a biota that compose them, bringing serious harm. Aromatic Polycarbonic Hydrocarbons (PAHs), for their ease in diffusing through various environments, being present non-air and accumulating without soil, in the water, in the tissues of plants, animals and in man is pointed as a potential carcinogenic agent. It is observed the presence of compounds in foods such as meats, milks and derivatives, oils and fats, vegetables, cereals and water, among several studies report the relationship between PAHs and various non-human health problems. Therefore, this review evaluated the levels of the substance found in several foods and correlated toxicity to humans. The results show significant rates of PAHs in foods of both plant and animal origin as well as drinks that have a high consumption and the relationship with substances for the appearance of cancer and several other endocrine-metabolic disorders besides food consumption was observed. Type of antioxidant product and the effect of inhibiting PAHs in the body. With this, we see as please, more great ideas about a presence of components, without environment, without food and even more studies that show the effects that can be used.

KEYWORDS: Polycyclic aromatic hydrocarbons, Food, Carcinogenesis.

1 | INTRODUÇÃO

Com o processo de industrialização observado no final do século XIX e por todo o século XX, levou-se com que a sociedade tivesse uma grande demanda e consequente oferta de novos materiais ou produtos químicos, tendo como consequência a emissão no meio ambiente de grandes quantidades de diversos compostos, provenientes da indústria e demais atividades relacionadas com o desenvolvimento humano (ALMEIDA et al., 2007).

Os Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPAs) são compostos formados durante o processo de pirólise (queima incompleta) de materiais orgânicos. Sua formação pode ocorrer de forma natural, como em erupções vulcânicas, incêndios florestais, e por atividades antropogênicas como a queima de madeira, carvão, petróleo, gás, geração de energia, aquecimento e processamento em altas temperaturas.

Englobam mais de cem compostos diferentes, constituídos exclusivamente por carbono e hidrogênio, arranjados estruturalmente em dois ou mais anéis condensados, cada um contendo 4 ou 5 átomos de carbono, podendo apresentar ramificações de cadeias hidrocarbônicas abertas (GIRELI et al., 2014; LUZ et al., 2016).

Durante o processo de combustão da matéria orgânica (sendo esta constituída principalmente por carbono e hidrogênio), ocorre a reação de com o oxigênio do ambiente, produzindo dióxido de carbono e água. Contudo, não havendo oxigênio suficiente para a combustão completa, há o processo de formação de outros subprodutos, como monóxido de carbono, HPAs, e radicais livres condensados. As principais formas de emissão de tais substâncias pelo homem, ocorre por meio da queima de combustíveis fósseis por automóveis, produção de energia em usinas termelétricas, incineração de lixo e em menor quantidade pelas emissões domésticas (preparações de carnes como churrasco, aquecimento de embalagens plásticas) (SANTOS; GALCERAN, 2002; PANDEY, KIM; BROWN, 2011).

Os HPAs são facilmente transportados pelo ambiente, principalmente pelo o ar, percorrendo longas distâncias tornando-se amplamente distribuídos. Nos alimentos é possível encontrar significativas concentrações desses compostos (em escala de $\mu\text{g}/\text{Kg}$) tanto em sua forma crua quanto sob processamento térmico. Os principais alimentos fontes de HPAs são cereais, carnes (especialmente o churrasco) leite e derivados, peixes, moluscos e demais frutos do mar provenientes próximos de áreas urbanas ou com crônica descarga dessas substâncias. Além disso, há a presença de HPAs em bebidas alcoólicas como cachaça, uísque e rum como também no chá-mate e no café em pó (JONES; DE VOOGT, 1999).

Quando presente nos alimentos, os HPAs atravessam a barreira intestinal, atingindo o tecido hepático. Os compostos formados por dois ou três anéis benzênicos, não considerados propriamente como mutagênicos, porém apresentam-se tóxicos aos sistemas imunológico e endócrino e o desenvolvimento fetal. HPAs formados por 4 anéis benzênicos são em sua grande maioria carcinogênicos, tal como o benzo(a)pireno [B(a)P], que possuem potencial efeito mutagênico para uma série de organismos vivos como invertebrados, mamíferos e o próprio homem. Para ter efeito mutagênico, é necessário que tais compostos sejam metabolizados por uma série de enzimas após sua absorção pelas células, dentre elas o citocromo P-450 que realiza reações de oxidação. O B(a)P é convertido em um composto denominado benzo(a)pireno-diolepoxido (oxa-ciclo-propoano) sendo que tal molécula, assim como os epóxidos(éter cíclico composto de três átomos que forma um anel tenso) apresenta expressiva reatividade, proporcionando reações covalentes com as bases nucleofílicas do DNA (por meio do ataque ao nitrogênio do grupo amina da base guanina) causando transformações no material genético tendo como consequência o possível efeito carcinogênico (GARCIA-FALCON, CANCHO-GRANDE, SIMAL- GANDARA, 2015).

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a presença dos hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs) como fonte de contaminação dos

alimentos e do meio ambiente e o seu efeito tóxico ao organismo de diferentes seres vivos incluindo o homem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a presença de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos nos alimentos, no meio ambiente e seu efeito tóxico. Foi realizado uma pesquisa de artigos nas bases de dados SciELO, Lilacs, Science Direct e Scopus utilizando a seguinte associação de descritores: “Polycyclic Aromatic Hydrocarbons” and “Foods”, “Polycyclic Aromatic Hydrocarbons” and “Carcinogenesis”. Os critérios de inclusão foram texto disponível na íntegra sobre a presença de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos nos alimentos e seu efeito tóxico. Foram excluídas as publicações duplicadas e que não atendessem a temática da pesquisa.

Após o processo de busca, leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 24 artigos.

3 | RESULTADOS

Hidrocarbonetos aromáticos policíclicos nos alimentos:

A presença de HPAs nos alimentos, deve-se pela utilização de substâncias oriundas do petróleo, no maquinário industrial e no processo de fabricação de embalagens na indústria alimentícia, além disso pode haver a contaminação de lavouras agrícolas por esses compostos já que os mesmos podem se acumular no solo, água, na superfície dos vegetais e serem transportados facilmente pelo ar, onde podem percorrer longínquas distâncias vindo de grandes centros urbanos e industriais, fator este, que determina o maior potencial de contaminação por HPAs.

Cereais e leguminosas:

Os dados sobre a presença de HPAs nos cereais e leguminosas ainda são poucos. Paraíba et al. (2008) observou relativas quantidades de HPAs no arroz e no feijão. Martorell et al. (2010) ao avaliar leguminosas como lentilha, grão-de-bico e feijão branco, observou concentrações significativas desses compostos. No estudo feito por Garcia et al. (2015), sobre a influência do tempo de secagem de diferentes amostras de soja oriundas do Rio de Janeiro, Paraná e São Paulo sob temperaturas de 70, 90, 110, 130 e 150°C nos períodos de tempo de 2, 4, 6 horas, foi encontrado concentrações de HPAS 202,46 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ para a amostra de SP, 38,78 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ e 35, 22 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ para as amostras provenientes do PR e RJ respectivamente. A incidência de HPAs em todas as amostras independentemente do binômio tempo e temperatura, está relacionada pelo o fato que há também a síntese de tais substâncias sob temperaturas

de 100 a 150° por longos períodos de tempo sendo estas, semelhantes as utilizadas pelo o processo de secagem dos grãos dando origem a hidrocarbonetos alquilados.

Em relação aos produtos derivados de cereais Garcia et al. (2014) encontrou concentrações de HPAs na bolacha (1,65 µg/Kg), seguido pelo o pão tipo francês (1,40 µg/Kg) e no pão de forma integral (1,34 µg/Kg). De acordo com Kazerouni et al (2001), pão, cereais e grãos são responsáveis por cerca de 29% da ingestão diária de benzo(a)pireno (principal hidrocarboneto policíclico aromático presente nos alimentos) por seres humanos.

Carnes, peixes, frutos do mar e derivados:

A contaminação de carnes e seus derivados por HPAs deve-se principalmente aos tratamentos térmicos envolvidos no seu processo de preparação (grelhados, grelhados por carvão) além disso, outra grande fonte de contaminação de produtos cárneos por esses compostos é proporcionada pela defumação desses produtos (carnes vermelhas, peito de peru, presuntados, salame, linguiças, salame, bacon etc.).

No estudo realizado por Sousa e Nascimento (2009), foi detectado níveis significantes de benzo(a)pireno de 0,072 a 0,103 µg/Kg em carnes e defumados. A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) por meio da resolução RDC nº 2/2007 estabelece o limite de 0,03 µg/Kg para B(a)P em alimentos adicionados com aroma de fumaça. O trabalho realizado Bobeda et al.(2013) identificou 10 estruturas de HPAs (naftaleno, fluoreno, benzo(b)fluoranteno, benzo(a)pireno, antraceno, fluoranteno, pireno, benzo(a)antraceno, criseno, dibenzo(a,h)antraceno e benzo(g,h,i)perileno) em mexilhões provenientes do Chile, tais resultados, devem-se as atividades vulcânicas na região do Los Lagos no sul do país, local de cultivo e coleta de frutos do mar.

O estudo feito por Araújo (2010) com a espécie de peixe *Mugil liza* ao longo da baía de Guanabara no Rio de Janeiro sendo que tal espécime de peixe é utilizado como biomarcador da qualidade da água apresentou faixas de concentrações de 92 e 159 ng/g somando a presença de 16 tipos de HPAs e de 191 a 428 ng/g (peso seco) para o somatório de 38 HPAs. Apesar desses peixes serem encontrados em águas que tem contínua descarga de poluentes, seja por meio de dejetos jogados na água como pela a poluição do ar, quando comparados com padrões internacionais, os níveis de hidrocarbonetos policíclicos aromáticos encontrados não oferecem riscos à saúde humana. Além disso, os peixes apresentam menores concentrações de HPAs do que os frutos do mar, em detrimento de sua maior taxa de metabolização desses compostos.

No estudo feito por Sampaio (2016), avaliou amostras de hepatopâncreas de caranguejos-uçá (*Ucides cordatus*) em diferentes mangues do estado de Sergipe verificou que dos três pontos de coleta, dois apresentaram baixa ou inexistente fonte de contaminação por HPAs, contudo no terceiro ponto de coleta houve a concentração

de 26,6 ng/g para o benzo(a) antraceno, sendo este hidrocarboneto “considerado como cancerígeno” pelo o IARC (International Agency for Research on Cancer) (IARC, 2010).

Leites e derivados

Nos leites e derivados, a primeira fonte contaminação advém das pastagens próximas a rodovias ou centro urbanos/industriais. O solo e a ração oferecida aos animais são outros pontos concomitantes a contaminação. De acordo com Costera et al. (2009) ao avaliar o leite de ovelhas em relação a biodisponibilidade de HPAs, observou o solo e a ração como fatores que acentuam as concentrações desses compostos. Girelli et al. (2014) analisaram amostras de leite integral pasteurizado e leite UHT obtendo os resultados de 5,6 $\mu\text{g/Kg}$ e de 18,6 respectivamente. Naccari et al. (2011) encontrou B(a)P no leite cru com o valor de 0,33 $\mu\text{g/Kg}$ e para o leite pasteurizado de 0,35 $\mu\text{g/Kg}$ e UHT 0,038.

Gul et al. (2015), analisou amostras de queijo do tipo Circassiano que passaram por processos de defumação tanto tradicional como industrial e obteve valores de 6,73-19,6 $\mu\text{g/Kg}$ e de 0,48-0,77 $\mu\text{g/Kg}$ respectivamente. Já Esposito et al. (2015) analisou o queijo Mussarela de búfala campana defumando e encontrou valores de 26,2 $\mu\text{g/Kg}$. Suchanova et al. (2008) encontrou para o queijo sob defumação controlada valores de 0,11 $\mu\text{g/Kg}$ e de 1,11 $\mu\text{g/Kg}$ para o processo de defumação caseira.

Para demais derivados lácteos, como iogurte, Aguinaga et al. (2007) encontrou valor de 5,7 $\mu\text{g/Kg}$ de B(a)P. Em contrapartida, Abou-Arab et al. (2010) obteve valor de 4 $\mu\text{g/Kg}$ para o mesmo de tipo de substância. É importante ressaltar que B(a)P é considerado como provável cancerígeno em humanos pela US EPA (Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos, 1996).

Óleos e gorduras

Os níveis de HPAS para óleos e gorduras podem variar de acordo com a procedências da semente ou fruto oleaginoso e o processo de tecnologia aplicado para a retirada do óleo, sendo que os mesmos são a principal fonte de desses compostos na dieta.

De acordo com Carmago et al. (2012) em uma avaliação da contaminação por HPAs em óleos de soja bruto e a influência do processo de refinamento (neutralização, branqueamento, desodorização), foi observado que houve uma redução de até 88% nos níveis destas substâncias do óleo bruto (10 a 316 $\mu\text{g/Kg}$) para o óleo após o processo de desodorização (3 a 69 $\mu\text{g/Kg}$), sendo que tal etapa e o processo de neutralização foram as mais importantes para diminuir as concentrações de HPAs. Maiores processos de controle pela indústria de refino como a utilização de carvão ativado é altamente recomendado.

A União Europeia preconiza que limites máximos de HPAs em óleos e gorduras

para consumo direto humano ou utilização como ingredientes em alimentos os valores máximos para B(a)P de 2,0 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ e para as demais substâncias como Benzo(a) antraceno, Benzo(a)fluoranteno e Criseno limites máximo de 10 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ (ECR, 2011).

É necessária maior atenção com óleos submetidos a processos brandos como azeite de oliva, onde que os HPAs provenientes das oliveiras podem permanecer no produto final. Alguns óleos comestíveis e suplementos alimentares foram avaliados em relação as concentrações de B(a)P por Van Der Wielen et al. (2006), onde foi constatado que aproximadamente 20% das 1350 amostras analisadas continham mais de 1,2 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ deste composto em relação aos óleos comestíveis e 30% destas continham níveis muito elevados variando de 1,2 e 135 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ para os suplementos alimentares.

Martorell et al. (2010) analisou amostras de óleos e gorduras, onde foi encontrando valores de 0,48 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ para o Benzo(a)antraceno, Criseno, Benzo(a)pireno e Benzo(b) fluoranteno. Camargo et al. (2011) ao avaliar amostras de óleo de soja obteve valores de 4,87 $\mu\text{g}/\text{Kg}$, 6,67 $\mu\text{g}/\text{Kg}$, 2,93 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ e 4,20 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ para os respectivos tipos de HPAs e Dost e Ideli (2013) encontraram valores de 6,40 $\mu\text{g}/\text{Kg}$ para o Benzo(a)antraceno, 19,20 para o Benzo(a)pireno e 10,08 para o Benzo(b)fluoranteno.

Toxicidade e biorremediação

Por serem encontrados de forma ampla pela a natureza, os HPAs interagem constantemente com todo o meio ambiente, as vias de absorção para o ser humano incluem pele, inalação e ingestão (CAMARGO; TOLEDO, 2002; TFOUNI; VITORINO; TOLEDO, 2007). Essas substâncias são rapidamente absorvidas pelo pulmão, pele de animais, intestino, com maiores concentrações no fígado, já que este órgão metaboliza as maiores concentrações de HPAs.

Por sua característica de Poluentes Orgânicos Persistentes (POPs), esses compostos se acumulam no tecido adiposo de grandes mamíferos como focas, ursos polares, leões-marinhos e o homem. Uma vez dentro do organismo humano, os HPAs sofrem metabolização formando compostos de alta natureza eletrofílica, tornando-se potenciais agentes cancerígenos, causando alterações biológicas no DNA e RNA, tendo como consequência a formação de tumores (PUTZ et al., 2002).

Quando há a ativação metabólica de diolépidos, tais metabólitos se ligam covalentemente ao DNA, aumentando o processo de reparação e consequentemente de falha do mesmo, tendo aumento expressivo nas chances de carcinogênese.

No estudo epidemiológico realizado de Rundle et al. (2012) com crianças afro-americanas e hispânicas dos EUA cujas mães foram monitoradas em relação a exposição a HPAs, constatou-se que a exposição pré-natal e esses tipos de compostos está relacionado com a incidência de obesidade na infância. Metabólitos de HPAs encontrados na urina de crianças de 6 a 11 anos de idade estão relacionadas ao aumento do IMC (Índice de Massa Corpórea) e consequente obesidade tendo

menores efeitos em adolescentes. Essas substâncias interferem no sistema endócrino, alterando o metabolismo do organismo.

No trabalho realizado por Ajayi et al. (2016) sobre o grau de estresse oxidativo e potencial pró-inflamatório mediado pelo o fator de transcrição nuclear Kappa- β e sinalização no cólon de ratos, foi demonstrado que doses de B(a)P na concentração de 250mg/Kg foram capazes de proporcionar redução do peso corporal dos animais. Os resultados ainda mostraram que todas concentrações do composto utilizadas foram capazes de diminuir os níveis das enzimas superóxido dismutase (SOD) e glutathione (GTS) e evidenciando pela primeira vez que tal tipo de HPAs é capaz de induzir câncer de colón pelo o estresse oxidativo.

Em um estudo do tipo coorte realizado Salles et al. (2013) na Noruega sobre a ingestão de Benzo(a)pireno por mulheres grávidas relacionada com peso ao nascer de bebês e sua associação proporcionada pelo o consumo de vitamina C, foi observado que houve redução da massa corpórea dos bebês das mães cuja a ingestão de Benzo(a)pireno foi de 49-149ng/dia sendo os leite e iogurtes (14%), cereais (13%), frutas (12%), doces (10%) e carnes (10%) os maiores responsáveis pelos níveis desse tipo de substância pelas gestantes. Vale ainda ressaltar que a redução do peso dos bebês ao nascer foi maior para a mães cuja a ingestão de vitamina C estava abaixo do recomendado, evidenciando o papel benéfico desse tipo de vitamina em relação a sua função antioxidante.

No estudo realizado por Kasala et al. (2015) foi constatado a incidência de câncer de pulmão em ratos de laboratórios onde as doses administradas de B(a)P foram comparadas aos níveis em que um fumante é exposto durante toda a sua vida. Foi observado o potencial genotóxico desse tipo de HPAs cuja dose de 100mg/Kg proporcionou o desenvolvimento de tumores pulmonares entre 20-22 semanas. Além disso, evidencia-se o papel de vitaminas lipossolúveis (como A e E) como fatores antioxidantes e tendo função de quimiopreventivo para alguns tipos de cancro. O consumo de frutas e verduras está associado aos menores riscos de desenvolvimento de câncer de pulmão devido a presença de algumas substâncias nesses alimentos com propriedade antioxidante, imunomodulador e anticarcinogênico (TROCHE, 2003; VIEIRA et al., 2008).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido as suas características como poluente orgânico persistente, os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos constituem um grande problema para o meio ambiente e para a saúde humana, especialmente pelo o seu potencial de carcinogênese. É necessário legislações mais criteriosas especialmente em nosso país sobre as quantidades consideradas como limites desses compostos no meio ambiente e nos alimentos. Além disso, é importante ressaltar o papel do consumo de frutas, hortaliças, legumes e demais alimentos que forneçam vitaminas e demais

substâncias com função antioxidante no intuito de reduzir os efeitos que os HPAs tem no organismo.

REFERÊNCIAS

- ABOU-ARAB, A. A. K.; ABOU-BARK S.; MAHER, R. A.; EL-HENDAWY, H. H.; AWAD, A. A. Degradation of Polycyclic Aromatic Hydrocarbons As Affected By Some Lactic Acid Bacteria. **Journal of American Science**, v. 6, n. 10, 2010.
- AGUINAGA, N.; CAMPILLO, N. VINAS, P.; HERNÁNDEZ-CÓRDOBA, M. Determination of 16 polycyclic aromatic hydrocarbons in milk and related products using solid-phase microextraction coupled to gas chromatography–mass spectrometry. **Analytica Chimica Acta**, v 596, n. 1, p. 285-290, 2007.
- AJAYA, B. O.; ADERARA, I. A.; FAROMBI, E. O. Benzo(a)pyrene induces oxidative stress, pro-inflammatory cytokines, expression of nuclear factor-kappa B and deregulation of wnt/betacatenin signaling in colons of BALB/c mice. **Food and Chemical Toxicology**, v. 95, n. 1, p. 996-1009, 2015.
- ALMEIDA, F. V.; CENTENO, A. J. Substâncias Tóxicas Persistentes (STP) no Brasil. **Química Nova**, v. 30, n. 8, p. 1976-1985, 2007.
- ARAÚJO, L. P. **Avaliação de exposição de pescados a hidrocarbonetos policíclicos aromáticos na Bahia de Guanabara, Rio de Janeiro, Brasil**. 2010. 104 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.
- BOBEDA, C. R. R.; GODOY, L. R. O.; PACHECO, S.; BORGUINI, R. G.; TORQUILHO, H. S. Avaliação da presença de hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs) em amostras de mexilhões importados do Chile. **Revista Higiene Alimentar**, v. 27, n. 218, p. 2176-2178, 2013.
- CAMARGO, M.; TOLEDO, M. Avaliação da contaminação de diferentes grupos de alimentos por hidrocarbonetos policíclicos aromáticos. **Brazilian Journal Food Technology**, v. 5, n. 1, p. 19-26, 2002.
- CAMARGO, M. C. R.; ANTONIOLLI, P. R.; VICENTE, E.; TFOUNI, S. A.V.; Polycyclic aromatic hydrocarbons in Brazilian soybean oils and dietary exposure. **Food Additives and Contaminants Part B**, v. 4, n. 2, p. 152-159, 2011.
- CAMARGO, M. C. R.; ANTONIOLLI, P. R.; VICENTE, E. Evaluation of polycyclic aromatic hydrocarbons content in different stages of soybean oils processing. **Food Chemistry**, v. 135, n. 1, p. 937-942, 2012.
- ESPOSITO, M.; CITRO, A.; MARIGLIANO, L.; URBANI, V.; SECCIA, G.; MAROTTA, M. P.; DE NICOLA, C. Influence of different smoking techniques on contamination by polycyclic aromatic hydrocarbons in traditional smoked Mozzarella di Bufala Campana. **International Journal of Dairy Technology**, v. 68, n. 1, p. 97-104, 2015.
- European Commission Regulation, (ECR) N. 835/2011 de 19 de agosto de 2011. Amending Regulation (EC) n.1881/2006. **Regards maximum levels for polycyclic aromatic hydrocarbons in foodstuffs**. Official Journal of European Union, 20 de agosto de 2011. Acesso em 06 jul 2017.
- GARCIA, L. P.; GONÇALVES, B. L.; PANHO, G.; SCUSSEL, V. M. Hidrocarbonetos policíclicos nos alimentos: uma revisão. **PUBVET**, v. 8, n. 19, p. 1788-1797, 2014.
- GARCIA-FALCON, M. S.; CANCHO-GRANDE, B.; SIMAL-GANDARA, J. Minimal cleanup and rapid determination of polycyclic aromatic hydrocarbons in instant coffee. **Food Chemistry**, v. 90, n. 1, p. 643-647, 2015.

GIRELLI, A. M.; SPERATIA, A. M.; TAROLA, A. M. Determination of polycyclic aromatic hydrocarbons in Italian milk by HPLC with fluorescence detection. **Food Additives & Contaminants: Part A**, v. 31, n. 4, p. 703-710, 2014.

GUL, O.; DERVISOGLU, M.; MORTAS, M.; AYDEMIR, O.; ILHAN, E.; KUBRA AKSEHIR, K. Evaluation of polycyclic aromatic hydrocarbons in Circassian cheese by high-performance liquid chromatography with fluorescence detection. **Journal of Food Composition and Analysis**, v. 37, n. 1, p. 82-86, 2015.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH OF CANCER (IARC). **Some non-heterocyclic polycyclic aromatic hydrocarbons and some related exposures**. 2010. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol92.pdf>. Acesso em 06 jul. 2017

JONES, K. C.; DE VOOGT, P. Persistent organic pollutants (POPs): state of the science? **Environmental Pollution**, v. 100, n. 1, p. 209-221, 1999.

KAZEROUNI, N.; SINHA, R.; HSU, C. H.; GREENBER, A.; ROTHMAN, N. Analysis of 200 food items for benzo[a]pyrene and estimation of its intake in an epidemiologic study. **Food and Chemical Toxicology**, v.39 p.423-436, 2001.

KASALA, E. R.; LAKSHMI, N. B.; BARUA, C. C.; SRIRAM, C. S.; GOGOI, R. Benzo(a)pyrene induced lung cancer: Role of dietary phytochemicals in chemoprevention. **Pharmacological Reports**, v. 67, n. 1, p. 996-1009, 2015.

LUZ, R. L. F.; CAMPOS, S. A. S.; REIS, E.; GARRONI, N.; ABREU, L. R. Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPAs) em leite e derivados: contaminação e influência na saúde dos consumidores. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 8, n. 2, p. 868-875, 2016.

MARTORELL, I.; PERELLÓ, G.; MARTÍ-CID, R.; CASTELL, V.; LLOBET, J. M.; DOMINGO, J. L. Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH) in foods and estimated PAH intake by the population of Catalonia, Spain. **Temporal trend.Environment International**, v. 36, n. 1, p. 424-432, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº2, de 15 de janeiro de 2007**. Regulamento Técnico sobre Aditivos Aromatizantes. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/9a67750047457f218ac0de3fbc4c673> . Acesso em 06 jul de 2017.

NACCATI C.; CRISTANI, M.; GIOFRÈ, F. B.; FERRANTE, M.; SIRACUSA, L.; TROMBETTA, D. PAHs concentration in heat-treated milk samples. **Food Research International**, v. 44, n. 1, p. 716-724, 2011.

PANDEY S. K.; KIM, K. H.; BROWN, R. J. C. A review of techniques for the determination of polycyclic aromatic hydrocarbons in air. **Track and Trends in Analytical Chemistry**, v. 30, n. 11, p. 1716-1719, 2011.

PARAIBA, L. C.; QUEIROZ, S. C. N.; MAIA, A. H. N.; FERRACINI, V. L. Bioconcentration factor estimates of polycyclic aromatic hydrocarbons in grains of corn plants cultivated in soils treated with sewage sludge. **Science of the Total Environment**, v. 408, n. 1, p. 3270-3276, 2008.

PUTZ, A.; HARTMANN, A. A.; FONTES, P. R.; ALEXANDRE, C. O.; SILVEIRA, D. A.; KLUNG, S. J.; RABES, H. M. P53 Mutation PaTern of Esophageal Squamous Cell Carcinomas in a High Risk Area (Southern Brazil): Role of Life Style Factors. **International Journal of Cancer**, v. 98, n. 1, p. 99-105, 2002.

RUNDLE, A.; HOEPNER, L.; HASSOUN, A.; OBERFIELD S.; FREYER, G.; HOLMES, D.; REYES, M.; QUINN, J.; CAMANN, D.; PERERA, F.; WHYATT, R. Association of childhood obesity with maternal exposure to ambient air polycyclic aromatic hydrocarbons during pregnancy. **American Journal of Epidemiology**, v. 175, n. 11, p. 1163-1172, 2012.

SALLES, D. S.; MENDEZ, M. A.; MELTZER, A. J.; ALEXANDER, J.; HAUGEN, M. Dietary benzo(a) pyrene intake during pregnancy and birth weight: Associations modified by vitamin C intakes in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). **Environment International**, v. 60, n. 1, p. 217-223, 2013.

SAMPAIO, M. F. C. **Desenvolvimento e validação de método para determinação de hidrocarbonetos policíclicos aromáticos em Caranguejo-Uçá**. 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016.

SANTOS, F. J.; GALCERAN, M. T. V. The application of gas chromatography to environmental analysis. **Trends in Analytical Chemistry**, v. 21, n. 1, p. 672-685, 2002.

SOUSA, M. M.; NASCIMENTO, V. L. C. Avaliação do teor de benzo(a)pireno em bacon comercializado em Teresina (PI). In: CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 4., 2009, Belém. **Anais...** Pará, 2009. p.406-412.

SUCHANOVA, M.; HAJŠLOVÁ, J.; TOMANIOVA, M.; KOCOUREK, V.; BABICKA, L. Polycyclic aromatic hydrocarbons in smoked cheese. **Journal of the Science of Food and Agriculture**, v. 88, n. 1, p. 1307-1317, 2008.

TFOUNI, S. A. V.; VITORINO, S. H. P.; TOLEDO, M. C. D. F. Efeito do processamento na contaminação de cana-de-açúcar e derivados por hidrocarbonetos policíclicos aromáticos. United States Environmental Protection Agency (USEPA). **Proposed Guidelines for Carcinogen Risk Assessment**. Washington, DC. 1996.

TROCHE, K. S. **Estudo da atividade carcinogênica dos hidrocarbonetos policíclicos aromáticos através de descritores quânticos, São Paulo, Brasil**. 2003. 100 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003).

VAN DER WIELEN, J. C.; JANSEN, J. T. A.; MARTENA, M. J.; DE GROOT, H. N.; IN'TVELD, P. H. Determination of the level of benzo[a]pyrene in fatty foods and food supplements. **Food Additives and Contaminants**, v. 237, n. 1, p. 709-714, 2006.

VIEIRA, M. A.; TRAMONTE, K. C.; PODESTÁ, R.; AVANCINI, S. R. P.; AMBONI, R. D. M. C.; AMANTE, E. R. Physicochemical and sensory characteristics of cookies containing residue from king palm (*Archontophoenix alexandrae*) processing. **International Journal and Food Science Technology**, v. 43, n. 9, p. 1534-1540, 2008.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-403-0

