

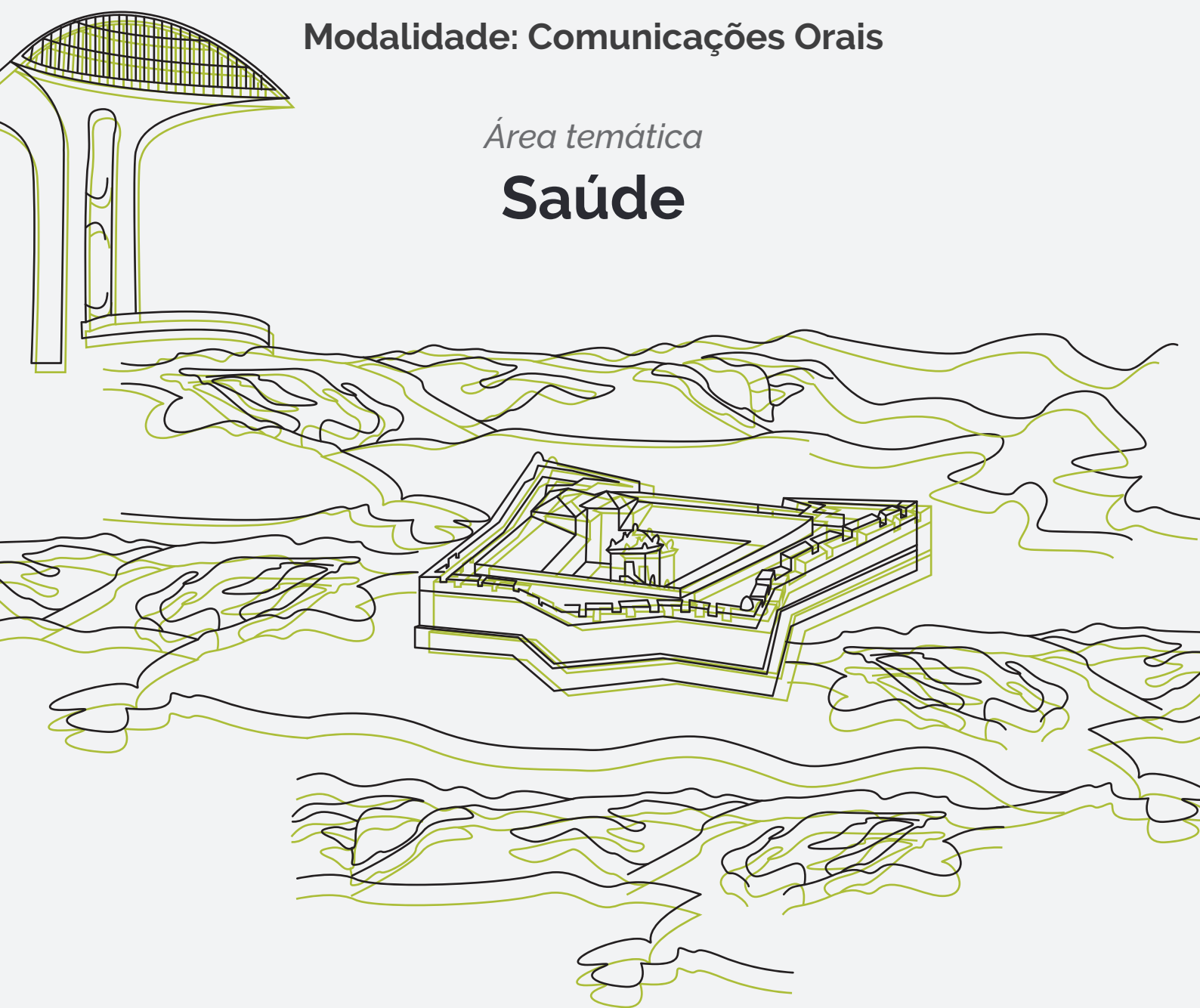
CBEU

8º CONGRESSO BRASILEIRO
DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Modalidade: Comunicações Orais

Área temática

Saúde



O BIOMAGNETISMO NA ATUAÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Área Temática: Saúde

Dayana Deisy Oliveira de Lima¹; Hérica Paiva Felismino².

Instituição: Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN)

Resumo

O Biomagnetismo é uma terapia que consiste na aplicação de ímãs sobre a pele, usados para combater microrganismos Patogênicos causadores de diversas doenças mesmo que assintomática. Dentro das aplicações dos pares biomagneticos, o coração tem sido importante, em virtude da grande incidência de infecções e doenças cardíacas além das possibilidades de intervenção. Tendo como objetivo relatar a importância do biomagnetismo nas doenças cardiovasculares, minimizando intervenções invasivas e tratamentos medicamentosos. Este estudo insere-se em uma revisão bibliográfica, exploratória, qualitativa e descritiva realizada no ano de 2017 através das bases de dados saúde artigos Google acadêmico no período de 2007 à 2017, incluindo como critérios de inclusão: artigos disponíveis integralmente em português que abordassem o biomagnetismo, interdisciplinaridade na assistência e doenças cardíacas, onde na amostra de 23 artigos completos, somente 5 foram utilizados. O Biomagnetismo é um potente e eficaz sistema terapêutico em que são aplicados ímãs em pontos específicos posicionados por entre 10 a 15 minutos com pares de ímãs, acima de 1000 gauss que tem como função corrigir distorções de Ph (potencial de hidrogênio) do organismo por meio de um rastreio para combater microrganismos patogênicos causadores de diversas doenças, sendo úteis em procedimentos, diagnósticos e condutas terapêuticas. Os registros através de campos magnéticos irão caracterizar suas anormalidades, em geral ligadas a doenças cardíacas. Por tanto o biomagnetismo é uma terapêutica que pode ser uma alternativa prática, rápida e segura e em alguns casos, menos custosa para o tratamento das doenças cardíacas, os sucessos de restabelecimento da saúde por meio do biomagnético ira impulsionar o campo da assistência ao paciente com problemas

¹ Centro Universitário do Rio Grande do Norte, Enfermagem (UNI-RN).

² Centro Universitário do Rio Grande do Norte, Enfermagem (UNI-RN).

cardiovasculares e será a razão para que cada vez mais médicos e terapeutas incorporem esta técnica em suas consultas e tratamentos.

Palavras-chave: Biomagnetismo; Terapias Complementares; Campos Eletromagnéticos.

Introdução

O Biomagnetismo é uma terapia que consiste na aplicação de imãs sobre a pele, usados para combater microrganismos Patogênicos causadores de diversas doenças mesmo que assintomática. Postula-se que o campo magnético cardíaco, devido ao seu tamanho, é um componente importante na organização interna do corpo humano, bem como a interação entre dois ou mais seres humanos e com outros organismos vivos. No entanto, esse campo magnético não está limitado ao órgão, mas se estende para fora do corpo. Dentro das aplicações dos pares biomagnéticos, o coração tem sido o segundo órgão mais importante, em virtude da grande incidência de infecções e doenças cardíacas além das possibilidades de intervenção. Este estudo tem como objetivo relatar a importância do biomagnetismo nas doenças cardiovasculares, minimizando intervenções invasivas e tratamentos medicamentosos.

Metodologia

Este estudo insere-se em uma revisão bibliográfica exploratória, qualitativa e descritiva realizada entre os meses de janeiro a outubro de 2017 incluindo os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis integralmente nas bases de dados da saúde Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura internacional em ciências da Saúde (LILACS) em português que abordassem o biomagnetismo, interdisciplinaridade na assistência e doenças cardíacas. Obtivendo uma amostra inicial de 23 artigos completos, após análise, somente 5 foram utilizados, pois correspondiam ao objetivo do estudo. Disponibilizados no período de 2007 à 2017, através da busca usando os descritores: “Biomagnetismo; Terapias Complementares; Saúde Holística; Campos Eletromagnéticos” para refinar a coleta de dados e excluir aqueles artigos que não atendiam ao objetivo da pesquisa.

Resultados e Discussão

Os pares Biomagnéticos abrangem os campos magnéticos gerados por organismos vivos ou por marcadores magnéticos inseridos nesses organismos. É um

potente e eficaz sistema terapêutico em que são aplicados ímãs em pontos específicos que são posicionados por aproximadamente 10 a 15 minutos por meio de um rastreamento atuando a nível do corpo energético para combater microrganismos patogênicos causadores de diversas doenças mesmo que assintomática. O tratamento consiste em aplicar pares de ímãs, acima de 1000 gauss, em determinadas áreas do corpo, de forma não invasiva. Esses ímãs têm como função corrigir distorções de Ph (potencial de hidrogênio) do organismo. O Ph alterado, seja ácido ou alcalino, faz com que haja a proliferação de patógenos. A análise desses campos permite uma melhor compreensão dos sistemas biológicos, sendo úteis em procedimentos, diagnósticos e condutas terapêuticas. Dentro dessa explanação o coração tem sido um órgão importante, em virtude da grande incidência de infecções e doenças cardíacas além das possibilidades de intervenção os registros através de campos magnéticos irão caracterizar suas anormalidades, em geral ligadas a doenças cardíacas. As pesquisas nessa área têm explorado diversos métodos não-invasivos de medição dos campos biomagnéticos que podem vir a ser usados para diagnósticos mais precisos, auxílio a tratamentos e identificação (pré- cirúrgica) de áreas afetadas.

Conclusão/Considerações Finais

Por tanto o biomagnetismo é um fenômeno inevitável em todo o mundo e cada vez mais pessoas se beneficiam com essa terapêutica que pode ser uma alternativa prática, rápida e segura e em alguns casos, menos custosa para o tratamento das doenças cardíacas, além de não ter efeitos secundários e não causar qualquer dano, se mal aplicadas, os sucessos de restabelecimento da saúde por meio do biomagnético irá impulsionar o campo da assistência ao paciente com problemas cardiovasculares e será a razão para que cada vez mais médicos e terapeutas incorporem esta técnica em suas consultas e tratamentos.

Referências

A. A. O. Carneiro, A. Ferreira, E. R. Moraes, D. B. Araujo, M. Sosaz, O. Baa.

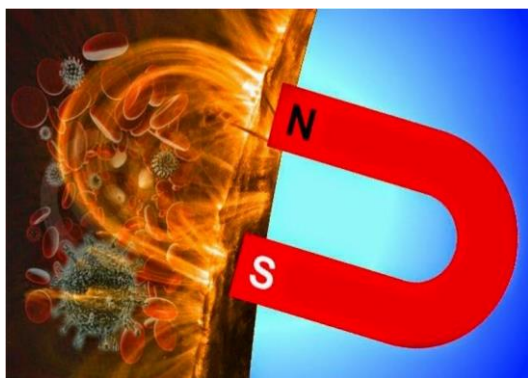
Biomagnetismo: Aspectos Instrumentais e Aplicações. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, Ribeirão Preto-SP, vol. 22, no. 3, p.324-338, Setembro, 2000. Disponível em: <<https://www.sbfisica.org.br>>. Acesso em: 12 março 2017.

MORA, José Alfredo Ordenes. **Efeito da terapia vibracional por biocomunicação instrumental sobre fatores de risco da doença arterial coronariana e modulação da frequência cardíaca**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Unesp

instituto de biociências, Rio claro SP, Abril, 2017. Disponível em: <<https://www.repositorio.unesp.br>>. Acesso em: 08 out 2017.

Nolasco D. O.; Silvério A. H. O. **Aspectos Gerais Sobre o Biomagnetismo**. Universidade católica de Brasília, Brasília DF, Disponível em: <<https://www.ucb.org.br>>. Acesso em: 12 março 2017.

FIGURA 1

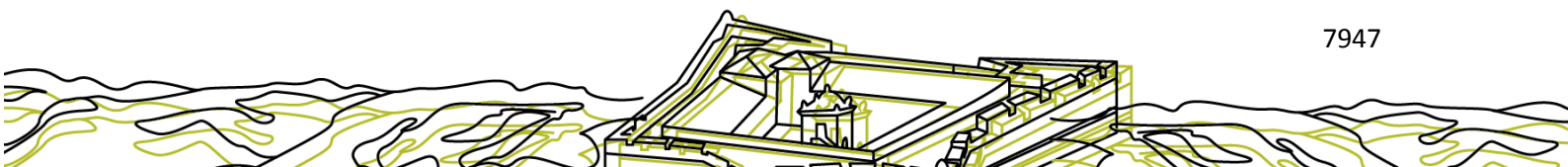


Efeito dos a ímãs nos microorganismos

FIGURA 2



Ímãs





PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA SORRISO DE PLANTÃO: EMPATIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Área Temática: Saúde

Maria Rosa da Silva¹; Josineide Francisco Sampaio²; Ewerton Amorim dos Santos³.

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL), trabalho vinculado ao Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina (MPES/FAMED).

Resumo

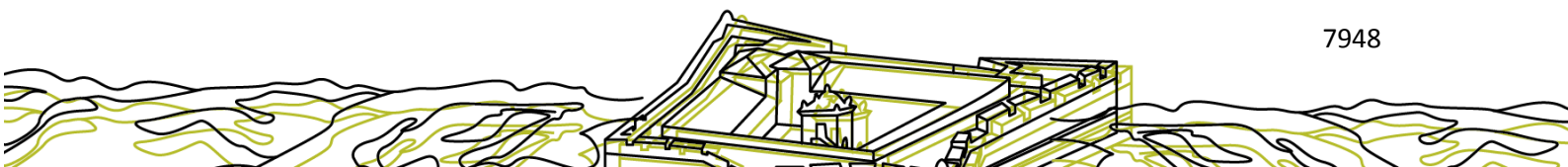
O presente estudo teve como objetivo identificar as competências e habilidades dos graduandos relacionadas à empatia e a sua contribuição na formação profissional. Os graduandos do Projeto de Extensão Universitária Sorriso de Plantão, vinculado a FAMED/UFAL, em parceria com UNCISAL, tem como objetivo promover o bem-estar de crianças hospitalizadas, visando diminuir a ociosidade, aliviar a dor e o sofrimento, por meio do acolhimento, de atividades lúdicas interativas que permitem vivenciar experiências peculiares à infância que foram interrompidas pelo tratamento hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com amostragem censitária. Para análise dos dados desta pesquisa foi utilizado como referência às informações normativas do Inventário de Empatia (IE). Nesta perspectiva, o referido projeto, através de suas atividades, auxilia a resgatar o afeto, a empatia e a sensibilidade na comunicação com o paciente por meio da formação dos graduandos. Auxiliando a adquirir habilidades e competências de comunicação para uma visão integral e holística na assistência ao paciente. Dentre as contribuições percebidas, identificamos que as instituições de formação, com sua missão humanística, proporcionam através deste projeto, significativa experiência profissional para os graduandos vivenciarem em seu processo de formação situações que contribuam com o

¹ Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Mestranda do Mestrado Ensino na Saúde Faculdade de Medicina

(MPES/FAMED/UFAL) e Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL);

² Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Docente do Mestrado de Ensino na Saúde Faculdade de Medicina (MPES/FAMED/UFAL);

³ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Docente UNCISAL.



desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas à empatia na assistência à saúde.

Palavras-chave: Extensão Universitária; Extensão Comunitária; Formação Profissional em Saúde; Ludoterapia; Empatia.

Introdução

De acordo com a Política Nacional de Extensão Universitária, a extensão é um processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade. Além da indissociabilidade com o ensino e a pesquisa, segundo as suas Diretrizes, as ações de extensão devem ser pautadas na: a) Interação Dialógica, que compreende uma relação de interação e de troca de saberes entre a universidade e a sociedade, na qual os saberes são construídos em sua prática cotidiana, no fazer profissional e na vivência comunitária; b) Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade, a partir da interação de modelos, conceitos e metodologias de diversas disciplinas e áreas de conhecimentos e pelas alianças intersetoriais e interprofissionais; c) Impacto na Formação do Estudante pela ampliação de referências e experiências diretas que fortalecem compromissos éticos e solidários e; d) Impacto e Transformação Social, com os quais a universidade estabelece a inter-relação com outros setores da sociedade com o objetivo de desenvolver uma atuação transformadora, considerando os interesses e necessidades da população (FORPROEX, 2012). Nesse sentido, a extensão universitária fortalece a articulação da teoria com a prática em outros cenários de aprendizagem além da sala de aula e valoriza a formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética.

Em consonância com a Política Nacional de Extensão Universitária, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área de saúde compreende que o aluno deve “aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (DCN, 2001, p. 9). Outro ponto em comum refere-se ao perfil do profissional e do egresso, que deve reafirmar o caráter da responsabilidade social da universidade e atuar no sentido de contribuir, com ações e propostas para o desenvolvimento, melhoria das condições de saúde, educação e sustentabilidade da comunidade de atuação (DCN, 2001).

Entre as competências e habilidades indicadas pelas DCN como necessárias a serem desenvolvidas na formação dos profissionais na área da saúde, destaca-se: A comunicação verbal, não verbal, escrita, leitura e tecnológica de informação e Liderança no trabalho em equipe multiprofissional, relacionada à capacidade de assumir posições de liderança, tendo em vista o bem estar da comunidade, o que envolve compromisso, responsabilidade e empatia, além de articular as habilidades e competências, anteriormente referidas, para atuar profissionalmente de forma efetiva e eficaz (DCN, 2001).

Segundo Falcone (2008), a empatia tem sido compreendida como uma habilidade social com base em um modelo multidimensional, que corresponde à capacidade que uma pessoa tem de compreender, compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, bem como de expressar esta compreensão de forma que a outra pessoa se sinta validada e compreendida. Também afirma que a empatia deve ser compreendida a partir de seus componentes cognitivo, afetivo e comportamental, pois se observados isoladamente, como por exemplo, o compartilhamento das emoções (componente afetivo) sem a tomada de perspectiva e dos processos regulatórios envolvidos (componente cognitivo) que se caracteriza como um contágio emocional ou simpatia, assim como perceber de forma acurada os sentimentos de alguém, sem experimentar interesse pelo seu bem estar, não representa manifestação empática.

Nesse sentido, a empatia tornar-se uma importante habilidade requerida do profissional de saúde, exercendo influência sobre o bem estar individual e social. O Projeto de Extensão Universitária Sorriso de Plantão, vinculado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em parceria com a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), tem como objetivo promover o bem-estar de crianças hospitalizadas, visando diminuir a ociosidade, aliviar a dor e o sofrimento, por meio do acolhimento de atividades lúdicas interativas que permitem vivenciar experiências peculiares à infância que foram interrompidas pelo tratamento hospitalar. Além de promover uma formação humanizada em que se utiliza a figura do palhaço doutor, caracterizados com jaleco, adereços coloridos e nariz de palhaço, com a função de gerar momentos de alegria e entretenimento ao público através de suas atitudes engraçadas e por seu modo diferente de se vestir, levando a criança para o universo da fantasia (SILVA; SANDES, 2016).

Ao considerar as habilidades e competências a serem desenvolvidas no processo de formação em saúde requeridas na Política Nacional de Extensão e nas DCN, o presente estudo tem como objetivo identificar o nível de empatia nos participantes do

Projeto de Extensão Universitária Sorriso de Plantão e a sua contribuição na formação profissional.

Metodologia

Participaram do estudo os 93 palhaços doutores vinculados ao Projeto de Extensão Universitária Sorriso de Plantão no ano letivo 2016/2017 do município de Maceió/Alagoas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, de amostragem censitária. Foi aplicado um questionário composto por perguntas para obtenção de informações sobre os sujeitos da pesquisa, tais como: sexo, idade, área do curso estudado, instituição de origem, período do curso, ano de inserção no projeto e hospital onde atua, seguidas por 40 afirmativas, correspondentes a 04 fatores, que compõe o Inventário de Empatia (IE) descrito por Falcone et al. (2008). Segundo autora, a empatia pode ser analisada a partir de 4 fatores que são subdivididos em 2 componentes: Cognitivo e Afetivo. O componente cognitivo é representado por Tomada de Perspectiva (TP) e Flexibilidade Interpessoal (FI) e os componentes afetivos por Altruísmo (AL) e Sensibilidade Afetiva (SA). A coleta de dados foi realizada por meio da apresentação do projeto de mestrado em um momento de reunião mensal ao grupo de estudo, após apresentação dos objetivos da pesquisa, leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado questionário integrado aos integrantes do projeto. Utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010 para tabulação dos dados e o software SPSS, versão 21 para análise. A amostra foi descrita por meio de tabelas de distribuição de frequências e os fatores de empatia, por meio de medidas de tendência central e dispersão. Para obtenção de precisão ou consistência de cada fator, realizou-se o cálculo do Alfa de Cronbach. Para verificar a existência de diferenças significativas entre os gêneros associados às variáveis, utilizou-se o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, respeitando a distribuição não paramétrica dos dados, verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $P < 0,05$, para um Intervalo de Confiança de 95%. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP/UFAL), sob o parecer nº 1.869.742

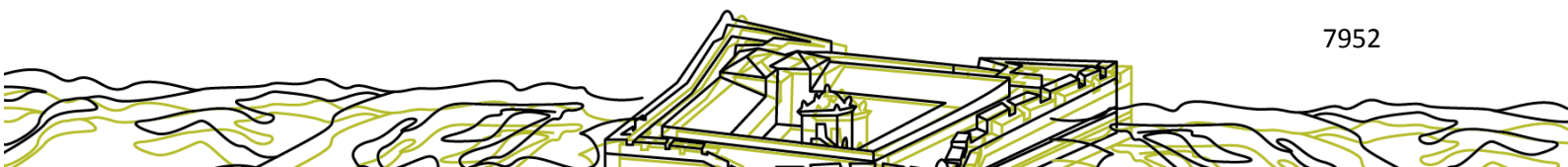
Resultados e Discussão

As atividades lúdicas e interativas do projeto são desenvolvidas semanalmente nos hospitais: Clínica Infantil Dayse Breda (CIDB), Hospital Escola Prof. Hέλvio Auto (HEHA), Hospital Geral do Estado (HGE), Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes

(HUPAA) e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió – Unidade Farol (Santa Casa). Para identificar o perfil sócio profissional dos participantes do Projeto de Extensão Sorriso de Plantão, foram aplicadas questões relacionadas às variáveis de gênero, sexo, idade, área e instituição, período do curso, ano de inserção no projeto e hospital que atuavam.

Tabela 1. Característica sócio-profissional dos participantes do Projeto de Extensão, 2016.

Variáveis	Categorias	Número de	
		Participante	Porcentagem
Sexo	Masculino	23	24.7
	Feminino	70	75.3
Idade	≤ 21	48	51.6
	> 21	45	48.4
Ano	≤ 2015	48	51.6
	> 2015	45	48.4
Hospital	1-CIDB	12	12.9
	2-HEHA	13	14.0
	3-HGE	36	38.7
	4-HUPAA	20	21.5
	5-SANTA CASA	12	12.9
Área	Humanas	9	9.7
	Saúde	83	89.2
	Exatas	1	1.1
Período	< 6	38	40.9
	≥ 6	53	57.0
	Formados	2	2.2
Instituição	Particular	14	15.1
	Pública	79	84.9



Observa-se que dos 93 participantes do projeto, 70 são do gênero feminino, representando 75,3 % da amostra. Segundo dados disponíveis no Portal Brasil (2015), o número de mulheres que ingressam no ensino superior é maior do que o de homens. O percentual médio de ingresso de alunas até 2013 foi de 55% do total, em cursos de graduação presenciais. Se o recorte for feito por concluintes, o índice sobe para 60%.

Nota-se que 48,4% dos integrantes permanecem no projeto por mais de um ano. Isso pode estar relacionado ao estabelecimento de vínculos entre os participantes e o reconhecimento de que as atividades do projeto contribuem para sua formação e atuação profissional. Segundo Porto, Bittencourt e Sampaio (2015), o respeito ao outro, o diálogo, o aprender, o escutar e o acolhimento no interior dos projetos de extensão são aspectos valorizados pelos participantes, além das relações sociais externas. No estudo de Porto (2017), também se identificou que os acadêmicos sentem-se motivados em participarem dos projetos de extensão porque os conhecimentos adquiridos são aplicados dentro e fora da universidade, possuindo alto impacto na qualificação, formação e atuação profissional.

Observa-se que as ações extensionistas possibilitam a ida aos cenários reais de assistência à saúde e as comunidades, proporcionando oportunidades imperdíveis de aprendizagem (RIBEIRO, 2005; CALDAS et al., 2012). Neste sentido, Ribeiro (2005) afirma que projetos de extensão contribuem para uma compreensão do processo saúde-doença e traz impacto na formação, visto que suas práticas permitem uma vivência com diferentes profissionais, a partir da troca de conhecimentos entre as áreas envolvidas. Segundo Azevedo e Dini (2006), as atividades práticas extracurriculares proporcionadas pela extensão proporcionam ao acadêmico um conhecimento prático diferente dos adquiridos nas atividades da grade curricular, onde o conteúdo é assimilado e aproveitado sem a pressão curricular habitual e o próprio aluno planeja seus estudos, suas escolhas, de forma ativa e livre. Por isso, as ações extensionistas são procuradas entre os estudantes e integram espaço importante na complementação da formação (HAMAMOTO FILHO, 2011).

Em relação à participação dos integrantes do projeto nos hospitais, é importante informar que a distribuição ocorre considerando a quantidade de leitos e o perfil dos pacientes a serem atendidos. No caso do HGE, atua 38,7% de seus participantes por possuir uma média de 60 crianças hospitalizadas, distribuídas nos setores de observação, internamento, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e setor de queimados.

O segundo local com maior número de participantes, com 21,5%, é o Hospital Universitário Profº. Alberto Antunes (HUPAA). Esse hospital atende uma grande

quantidade de pacientes, de todas as faixas etárias e possui cerca de 160 leitos de internação. Para atender essa quantidade de pacientes, os palhaços doutores são distribuídos nos diversos setores, desenvolvendo diferentes atividades, de acordo com as características e a situação de saúde dos pacientes. Ou seja, enquanto um grupo permanece no setor de pediatria, outra parte da equipe visita os pacientes adultos e setor de nefrologia, com uma abordagem diferenciada para cada público, como a musicoterapia.

Quanto à área de formação dos participantes, percebe-se que a maioria é da área da saúde com 89,2%, destacando-se os do Curso de Medicina (21), Terapia Ocupacional (19), Fisioterapia (19) e Enfermagem (13). A maior participação de estudantes da área de saúde pode estar relacionada à oportunidade de ter acesso ao ambiente hospitalar e contato com os pacientes, além do interesse em desenvolver habilidades inerentes ao perfil profissional que gostariam de ter, que são requeridas e estimuladas no decorrer das atividades de extensão universitária (PORTO, 2017).

Nesse sentido, novas propostas de formação para área de saúde vêm sendo implementadas com o objetivo de formar profissionais com visão crítica-reflexiva, utilizando como estratégia de trabalho a integração da equipe multiprofissional, a delimitação de clientela, a construção de vínculo, a elaboração de projetos terapêuticos conforme a necessidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde doença (BRASIL, 2006).

Considerando esta visão ampliada do cuidar, participam também do projeto de extensão Sorriso de Plantão acadêmicos das áreas de humanas, com 9,7% (Psicologia, Direito, Administração, Letras e Pedagogia) e exatas com 1%, (Engenharia Civil), que integram as equipes interdisciplinar e multiprofissional, permitindo a ampliação da atenção individual e coletiva, possibilitando que outros aspectos do Sujeito, não apenas o biológico, sejam compreendidos e trabalhados pelos futuros profissionais de saúde (BRASIL, 2009; CUNHA, 2010). Segundo Correia, Tavares e Freitas (2015) é necessário maior investimento curricular nas ciências sociais, humanas, artes e literatura. Estas áreas do conhecimento, associadas ao estudo disciplinar, possibilitarão o desenvolvimento de uma melhor relação com os sujeitos. Além disso, a interdisciplinaridade implica uma consciência dos limites e potencialidades de cada campo do saber, para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo (SALES et al., 2011).

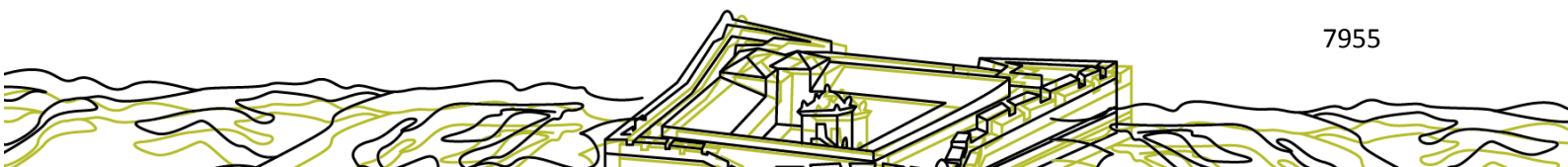
Nesse sentido, a participação das pessoas envolvidas no processo de cuidado deve ser estimulada e suas expectativas serem consideradas, gerando práticas baseadas

em relações de solidariedade que permitam a ressignificação da concepção de saúde, o que requer uma abordagem interdisciplinar e que reconheça a importância da interação entre os sujeitos. Desse modo, a interdisciplinaridade não se refere a uma categoria de conhecimento, mas sim a uma categoria de ação (LEIS, 2005).

Quanto ao período do curso, um maior número de participantes encontra-se a partir do 6º período (57%). Em estudo realizado por Porto (2017) sobre a extensão universitária, observa-se que nesse momento do curso, o estudante possui maior conhecimento sobre as atividades ofertadas na sua instituição e procuram se engajar naquelas que possibilitam adquirir ou potencializar conhecimentos e experiências relacionados ao que pretendem desenvolver como profissionais.

Também se pode observar que 40,9% dos participantes do projeto Sorriso de Plantão, se encontram em períodos anteriores ao 6º período do curso. Segundo Martins, Panmela e Wilton (2015), a variedade enriquece o grupo, pois o estudante mais novo está ansioso por se aproximar da prática e tem sede de conhecimento, e o mais experiente, já possui tranquilidade para lidar com as atividades e é capaz de auxiliar, orientando os mais novos. Essa integração entre colegas que possuem interesses semelhantes, mas em diferentes fases de graduação, provoca uma visualização holística da atuação profissional e acadêmica, devido ao contato com essas diferentes fases (AZEVEDO; DINI, 2006). Ribeiro (2005) e Caldas et al. (2012) ressaltam a importância da atuação dos estudantes desde início do curso por incentivar a busca de conhecimentos para sanar as necessidades da comunidade, o que possibilita uma formação profissional humanística. Segundo Rossoni e Lampert (2004), os discentes devem ser inseridos o quanto antes na extensão universitária, atendendo ao novo perfil do profissional de saúde exigido pelas DCN. Nesse sentido, percebe-se que a extensão possibilita o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas aos princípios das DCN que norteiam a formação, como o fortalecimento e a articulação da teoria com a prática, permitindo a criação de projetos pedagógicos inovadores e adequados à realidade e às necessidades de saúde da população (PEREIRA; LOPES, 2013.).

Em relação à instituição de ensino superior que pertencem os participantes do projeto, percebe-se que 84,9% são de instituições públicas. Este quantitativo pode estar relacionado ao tempo de vigência do Projeto nas duas maiores instituições públicas formadoras em saúde do Estado de Alagoas (UFAL e UNCISAL), nas quais há maior divulgação das ações desenvolvidas, onde os alunos compartilham nos corredores as experiências vivenciadas no projeto e nas redes sociais das quais participam. Segundo o estudo realizado por Porto (2017), a maioria dos acadêmicos afirmou que obtiveram informações e direcionamentos sobre as ações extensionistas ofertadas por meio do



relato das experiências daqueles que participam ou participaram dessas ações e das redes sociais.

A tabela 2 mostra a análise dos dados desta pesquisa em que foi utilizado como referência às informações normativas do Inventário de Empatia (IE) de Falcone et al (2008) pela confiabilidade das pesquisas realizadas pela autora em sua aplicação com resultados considerados adequados em diferentes grupos e contextos sociais da população brasileira, para aferir os níveis de empatia, devido a sua consistência interna. Além disso, a pesquisadora recomenda que seja calculado o coeficiente Alfa de Cronbach para cada fator com a finalidade de reforçar a confiabilidade da medida e a validade dos dados.

Tabela 2. Avaliação da Empatia dos participantes do Projeto Sorriso de Plantão, 2016/2017.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Falcone ^a	Alfa de Cronbach
TP	45,1	8,1	15,0	60,0	40,92	0,55
FI	31,3	7,3	9,0	50,0	31,08	0,65
AL	31,3	5,3	12,0	41,0	22,46	0,60
AS	37,9	5,6	9,0	45,0	43,92	0,55

^avalor de referência segundo Falcone 2008

Para análise dos dados desta pesquisa foi utilizado como referência às informações normativas do Inventário de Empatia (IE) de Falcone et al (2008), pela confiabilidade das pesquisas realizadas pela autora em sua aplicação com resultados considerados adequados em diferentes grupos e contextos sociais da população brasileira, para aferir os níveis de empatia, devido a sua consistência interna. Além disso, a pesquisadora recomenda que seja calculado o coeficiente Alfa de Cronbach para cada fator com a finalidade de reforçar a confiabilidade da medida e a validade dos dados.

Segundo Falcone et al (2008), a empatia pode ser analisada a partir de 4 fatores que são subdivididos em 2 componentes: Cognitivo e Afetivo. O componente cognitivo é representado por Tomada de Perspectiva (TP) e Flexibilidade Interpessoal (FI) e os componentes afetivos por Altruísmo (AL) e Sensibilidade Afetiva (SA).

Observa-se na tabela acima que os integrantes do Projeto Sorriso de Plantão apresentaram uma média de 45.1 para o Fator TP, considerada elevada em relação à média de 40,92 apresentada para o IE. Referente à Flexibilidade Interpessoal (FI) corresponde a níveis medianos de 31,3 (referência de 31,08 para IE). Quanto aos componentes afetivos: AL apresenta 31,3; dado superior aos dados normativos do IE: de 22,46. Enquanto no componente SA, foi apresentado 37,9; considerado dado inferior aos valores de referência 43,92.

Percebe-se que os participantes do Projeto Sorriso de Plantão, de um modo geral, apresentaram valores dentro da média indicada por Falcone et al (2008), embora tenham apresentado diferenças nos fatores como TP e AL com médias elevadas e médias baixas para FI e SA, tendo como referência o IE. Entretanto, segundo a autora, os participantes poderiam apresentar irregulares níveis nos fatores e, mesmo assim, serem pessoas empáticas. A média encontrada não pode ser colocada num mesmo patamar de valor nos fatores cognitivos e afetivos, para indicar equilíbrio e afirmar se o participante tem ou não algum nível de empatia, pois a empatia implica em algum nível de sentimento e cognição.

Beck, Freeman e Davis (2007) corrobora com a Falcone et al (2008) em seus estudos, mas entende que o participante é influenciado pelo meio em que vive, e que os fatores poderão ser modificados, sem alterar o produto de empatia do outro. Para ele é importante que o profissional adapte sua intervenção às características do paciente, sendo tolerantes às divergências de pensamentos e atitudes que possam surgir ao longo do processo terapêutico que não considera menos empático os integrantes, quando da realização de seu estudo, por apresentarem um fator isolado inferior ao dado de referência do IE. Embora Chinato, D'Agostini e Marques (2012) mencionem a importância do profissional flexibilizar suas habilidades quando estiver necessitando utilizar a técnica e a empatia com relação às vivências do paciente.

Conclusão/Considerações Finais

A análise da pesquisa com o instrumento IE foi satisfatória e obteve como resultado que os participantes do Projeto de Extensão Sorriso de Plantão apresentaram elevados fatores de empatia, com base no modelo multidimensional (FALCONE et al, 2008) que corresponde à capacidade de compreender, de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém expressar este entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada.

Baseado nestes pressupostos e ao considerar as habilidades e competências a ser desenvolvidas no processo de formação em saúde requeridas na Política Nacional de Extensão Universitária – que possibilita ao acadêmico escolher participar de projetos que se identifica permitindo-lhe desenvolver os componentes da empatia, bem como contribuir para a formação profissional com o perfil preconizado nas DCN. Desse modo, o Projeto de Extensão Sorriso de Plantão contribui com ensino diferenciado, referente à empatia, valores, atitudes, relações humanas e formação profissional em saúde.

Referências

AZEVEDO, R. P.; DINI, P. S. **Guia para construção de Ligas Acadêmicas**. Ribeirão Preto: Assessoria Científica da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, 2006.

BECK, A.T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. **Terapia Cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2ª Ed. Porto Alegre; Artmed. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios. 1 ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009, 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001 HOMOLOGADO. Despacho do ministro em 01/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001.

CALDAS, J. B. et al. A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para saúde – PET-Saúde. **Bras. Edu. Med.**, v. 36, n.1, (supl.2), 2012, p. 33-41.

CHINATO, I. B.; D'AGOSTINI, C. L.; MARQUES, R. R. A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização. **Rev. Bras. Med. Fam.**

Comunidade, Florianópolis, v.7, n. 22, 2012, p. 27-34.

CORREIA, D. S.; TAVEIRA, A.G.M.M.; FREITAS, D.A. Clínica ampliada: As oportunidades de aprendizagem discente no estágio rural em Arapiraca. In: SAMPAIO, J. F., et al. (Org.). **A**

Extensão Universitária na Formação em Saúde. Maceió: Edufal, 2015, p. 87-94. Maceió: EDUFAL, 2015.

FALCONE, E. M. et al. **Inventário de Empatia: Desenvolvimento e validação de uma medida Brasileira. Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 3, 2008, p. 321-334.

FORPROEX. **Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições de Educação Superiores Públicas Brasileiras.** Carta de Manaus. Manaus: XXXI Encontro Nacional do FORPROEX, 2012.

HAMAMOTO FILHO, P.T. Ligas acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, Dez. 2011.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de Interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis – SC, v.6, n.73, Ago. 2005.

MARTINS, L. M.; PANMELLA, P. M.; WILTON, W. N. P. Participação do Projeto de Extensão SaBuComu na Formação de Graduandos da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, 2015, p. 285-290.

PEREIRA, L.A.; LOPES, M.G. K.; LUGARINHO, R. Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: Como compartilhar? 2006. Disponível em: <www.fnespas.org.br>. Acesso em: 27 Ago. 2017.

PORTO, V. F. A. **A extensão universitária e a formação profissional em cursos de graduação.** Mestrado [Dissertação]. Maceió. Faculdade de Medicina Universidade Federal de Alagoas. 2017. p. 69.

PORTO, V. F. A.; BITTENCOURT, C. C. B. L. D.; SAMPAIO, J. F. Uma revisão de literatura sobre as contribuições da extensão universitária para a formação profissional em saúde. In: SAMPAIO, J. F., et al. (Org.). **A Extensão Universitária na Formação em Saúde.** Maceió: Edufal, 2015, p. 13 -22.

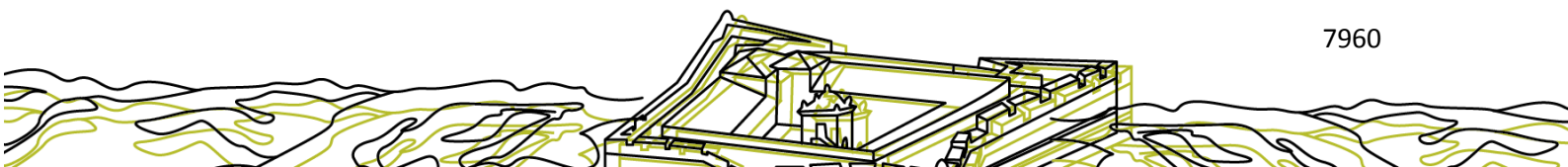
RIBEIRO, K. S. Q. S. A contribuição da extensão universitária para formação acadêmica em fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.12, n. 3, 2005, p. 22-29.

ROSSONI, E; LAMPERKT, J. Formação Profissional para Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Bol. Saúde 2004**, v. 18, n. 1, p. 87-98.

SALES, K. N. A. et al. PET- Saúde: formando discentes multiplicadores- relato de experiência. **Revista da ABENO**, v.11, n. 2, p. 51-6, 2011.



SILVA, M. R; SANDES, D.V. O sorriso como recurso terapêutico à criança hospitalizada: lições de palhaços doutores para um cuidado humanizado. **Cadernos de Graduação/ Ciências Biológicas e da Saúde**, vol. 3. n. 2, 2016, p.43-56.





OFICINA DE AUTOCUIDADO: AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO HUMANIZADA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

Área Temática: Saúde

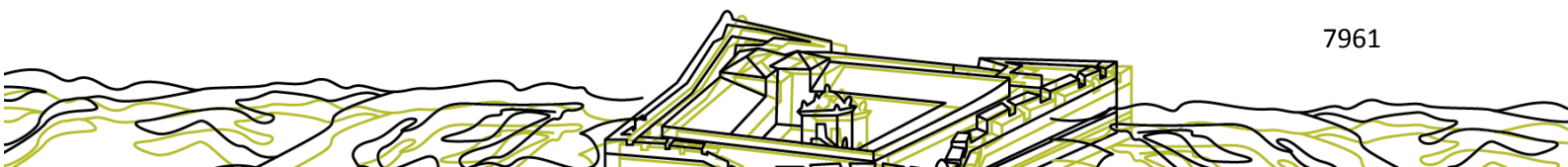
Bianca Nunes Guedes do Amaral Rocha¹; Nathália Priscilla Medeiros Costa Diniz²

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)

Resumo

A utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde¹ como recurso terapêutico baseado no cuidado integral e humanizado, vem sendo gradativamente inseridas no Sistema Único de Saúde. Tais práticas envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias de baixo custo, eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Esta proposta de extensão tem a finalidade de desenvolver a Oficina de Autocuidado para a promoção da saúde da comunidade da Vila de Ponta Negra. A referida Oficina se constitui de encontros quinzenais com a realização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que atendem às necessidades da população com faixa etária a partir de 18 anos, adscrita à Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra, localizada na cidade de Natal-RN, possibilitando ao indivíduo a aquisição de autonomia para desenvolver a capacidade de autocuidado². Para tanto, são realizadas atividades como: exercícios de alongamentos, automassagem, técnicas de relaxamento, meditação, cantoterapia, musicoterapia, danças circulares, arteterapia, palestras educativas e vivências lúdicas. Os encontros envolvem práticas coletivas e individuais com ênfase na promoção da saúde³ que colaboram na prevenção dos desequilíbrios energéti-cofuncionais e/ou redução das limitações existentes, viabilizando um estado de bem-estar integral e melhoria na qualidade de vida da população.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Senador Salgado Filho, s/n, CEP 59078-970, Natal, RN, Brasil. ² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).



Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde 1; autocuidado 2; promoção da saúde 3.

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vêm sendo inseridas no Sistema Único de Saúde respaldadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) regulamentada pela Portaria Ministerial nº 971 em 03 de maio de 2006, e da Portaria nº849/2017 que amplia a PNPIC; e no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte pela Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) de 2011, aprovada pela Portaria nº 274/GS e pela Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPIC) (Portaria nº 137/2016-GS/SMS). Porém, a implementação dessas práticas apresenta-se ainda incipiente, se analisarmos o número de estados e municípios do País que investem no desenvolvimento das PICS. Uma vez que o Estado do Rio Grande do Norte já avançou, comparando-se a outros estados do País, no aspecto referente à regulamentação destas práticas, torna-se importante considerar que deve haver uma ampliação na implementação das mesmas na Rede de Atenção à Saúde, sobretudo, na Atenção Básica, considerado o nível de atenção ideal para o desenvolvimento das PICS.

Além disso, a procura pelas PICS tem aumentado devido ao maior reconhecimento da eficácia terapêutica pelas evidências científicas, e também pela efetividade pragmática verificável pelos beneficiados, apresentando, ainda, baixo custo e praticidade quanto à sua aplicabilidade. Sendo assim, o presente projeto de extensão busca, através de sua proposta, articular o tripé ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para formação de alunos desde o nível técnico na Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN) ao nível da graduação de alunos dos cursos de fisioterapia, enfermagem, educação física, dentre outros da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para o desenvolvimento das PICS. Assim, há um ano deu-se início a pesquisa vinculada à ESUFRN na Vila de Ponta Negra em Natal-RN, envolvendo as PICS, intitulada: Oficina de

Autocuidado: Atenção Humanizada para a Promoção da Saúde no Processo de Envelhecimento, que posteriormente deu origem ao presente projeto de extensão buscando através desta proposta dar continuidade a esta atividade como ação de extensão, ampliando o acesso à comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra com faixa etária a partir dos 18 anos de idade para a vivência com as PICS, além de viabilizar um campo de prática para os discentes em formação que

desejam conhecer e /ou atuar com essas estratégias de cuidado integral e humanizado, estabelecendo uma parceria entre ensino e serviço.

Dessa forma, o presente projeto de extensão objetiva desenvolver as Práticas Integrativas e Complementares através da Oficina de Autocuidado para a promoção da saúde e da qualidade de vida da comunidade da Vila de Ponta Negra. E assim, qualificar os discentes e voluntários externos envolvidos acerca dos objetivos e diretrizes das Políticas que regulamentam as Práticas Integrativas e Complementares, bem como desenvolver habilidades dos discentes para o manejo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito da atenção básica.

Metodologia

Trata-se de um a extensão universitária do tipo projeto, estruturado sob a forma de uma Oficina de autocuidado desenvolvida com base numa programação terapêutica quinzenal envolvendo as seguintes atividades individuais e coletivas: exercícios de alongamentos, automassagem, técnicas de relaxamento, meditação, cantoterapia, musicoterapia, danças circulares, arteterapia, palestras educativas e vivências lúdicas. A distribuição das práticas realizadas se dá de forma alternada e mediante a necessidade do grupoparticipante da Oficina.

Os encontros acontecem na Unidade Básica de Saúde, situada na Rua: José Medeiros, s/n - Vila de Ponta Negra, Natal - RN, numa sala específica para realização de atividades grupais. A escolha do cenário de extensão se deu em virtude da coordenadora e orientadora proponente deste projeto já estar desenvolvendo uma pesquisa com base na oficina de autocuidado voltada para a comunidade da Vila de Ponta Negra, buscando com esta proposta firmar uma articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Além disso, foi possível identificar a carência de ações contínuas de promoção da saúde que envolvam as PICS.

A população da Vila de Ponta Negra, atualmente, é de 14 mil habitantes. O público alvo desta extensão é composto pelos usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra, de acordo com a livre demanda ou mesmo encaminhamentos da própria Unidade e demais serviços da rede de atenção à saúde do município. Em geral, as atividades foram e veem sendo desenvolvidas com a finalidade de alcançar os objetivos propostos para este projeto de extensão, são elas:

- 1) Realização de seleção, e capacitação dos discentes extensionistas;
- 2) Planejamento e elaboração de cronograma junto com a Unidade Básica de Saúde;

- 3) Realização das oficinas de autocuidado quinzenalmente;
- 4) Realização de reuniões periódicas com os discentes para estudos em grupo, discussões sobre o desenvolvimento das atividades, estudos de caso e reavaliação do plano de trabalho;
- 5) Avaliação contínua das ações desenvolvidas e elaboração de relatórios parciais e final do projeto.

Resultados e Discussão

Apresentar os dados obtidos e sua discussão. Poderão ser apresentados imagens, gráficos, quadros ou tabelas. Destacar a participação da comunidade, se existente, e a alteração da situação problema.

Desde o final da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula, a implantação da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde. Em 2002 e 2003 lançou documentos e resoluções com orientações para a referida implantação que englobam quatro pilares fundamentais: estruturação de uma política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e o uso racional (OMS, 2002). Pactuando essa lógica, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vem sendo paulatinamente inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), respaldadas pelas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portarias Ministeriais nº 687 de 30 de março de 2006, nº 971 em 03 de maio de 2006, e da Portaria nº849/2017) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018a). Em 27 de junho de 2011, a Portaria nº 274/GS, aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte, incluindo além das Práticas Integrativas já inseridas na PNPIC, como Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura); Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo; Crenoterapia e Medicina Antroposófica; as Práticas Corporais Transdisciplinares e Vivências Lúdicas Integrativas. E em 06 de maio de 2016 é criada a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) instituída pela Portaria nº 137/2016-GS/SMS.

Assim, no decorrer de 11 anos da implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), pode-se destacar o interesse crescente da população por uma forma de atenção humanizada e de cuidado singular, iniciando o desenho de uma nova cultura de saúde e a ampliação da oferta destas práticas na rede de saúde pública.

Nesta ótica de produção de cuidados, essas terapias não se limitam à cura de doenças, mas viabilizam uma maior consciência corporal, valorização da subjetividade e autonomia dos sujeitos. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2011).

Autocuidado consiste em cuidar-se de si mesmo, é quando o indivíduo cuida da sua saúde, higiene, alimentação sem necessidade de ajuda de terceiros. Procura atividades físicas que as levem a ser independentes, cuidando assim das necessidades do corpo e da mente, buscando, desse modo, uma melhor qualidade de vida. Todavia, o conceito de qualidade de vida está associado ao desenvolvimento da autonomia do sujeito, englobando, também, aspectos referentes aos relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional, boa saúde, hábitos saudáveis, lazer, bens materiais e valores pessoais, dentre outros (SILVA E DUARTE, 2001). É inegável e benéfica a aproximação das práticas integrativas e complementares à política de promoção da saúde. No entanto, a permanência da imprecisão conceitual dificulta o seu registro, demonstra a fragilidade na institucionalização dessas práticas e, em consequência, sua avaliação. Porém, quando se trata dessa oferta por outros países (China, Índia, Indonésia, Madagascar, Mongólia), os investimentos concentram-se nos níveis primários de atenção e incluem majoritariamente o uso de plantas medicinais, acupuntura e homeopatia (TESSER, 2009 e OMS, 2002). Desde a sua implantação, o acesso dos usuários do SUS a essas práticas integrativas tem crescido exponencialmente. A inserção das PICs na rede de atenção à saúde como ferramenta de cuidado tem por objetivo ampliar a abordagem clínica e as opções terapêuticas ofertadas aos usuários, podendo ser utilizadas como primeira opção de tratamento ou forma complementar, respeitando as particularidades de cada caso. Em 2016, segundo os dados coletados a partir do sistema informatizado e-SUS e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), foram registrados mais de dois milhões de atendimentos das PICs nas UBS. Mais de 770 mil foram de Medicina Tradicional Chinesa que inclui acupuntura, 85 mil foram de fitoterapia, 13 mil de homeopatia. Já mais de 926 mil atendimentos são de outras práticas integrativas que não possuíam código próprio para registro, que com a publicação da portaria nº145/2017 passam a ter (BRASIL, 2018b).

Atualmente, 1.708 municípios oferecem práticas integrativas e complementares e a distribuição dos serviços está concentrada em 78% na atenção básica, principal porta de entrada do SUS, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar. Mais de 7.700 estabelecimentos de saúde ofertam alguma prática integrativa e complementar, o que representa cerca de 28% das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As

PICs estão presentes em quase 30% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2018b). O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes da Atenção Básica em território nacional e demonstrou que as PICS estão presentes em todo o país, com o objetivo de induzir a ampliação do cuidado. O PMAQ trouxe informações individualizadas por equipe, ampliando as possibilidades de monitoramento da Política. (BRASIL, 2018b).

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam engajados em conhecerem e praticarem outras estratégias de cuidado que possibilitem a redução de efeitos colaterais de medicamentos (tão recorrente na conduta pautada no modelo biomédico), permita a interação e formação de vínculos entre terapeuta-paciente e ainda proporcionem qualidade aos usuários (SARAIVA et al,2015). Para estabelecer vínculos efetivamente no cuidado em saúde torna-se essencial adotar uma conduta humanizada que se caracteriza como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS. Humanizar em saúde é atender as necessidades do outro com responsabilidade, levando em conta seus desejos e interesses, envolve valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2010). Assim, por meio deste projeto de extensão é possível contribuir para o desenvolvimento das habilidades e competências dos discentes da UFRN e voluntários envolvidos, de modo a articular o ensino com a pesquisa e a extensão, solidificando um dos pilares do dinâmico processo de construção do conhecimento. Além disso, este projeto permite estabelecer uma articulação da UFRN com a comunidade da Vila de Ponta Negra, considerada carente de ações contínuas que promovam saúde e bem-estar aos indivíduos que nela residem.

Prova disso são os feedbacks positivos que todos os envolvidos no referido projeto de extensão recebem a cada novo encontro a respeito de como cada oficina trás conhecimentos a serem aplicados durante o cotidiano da comunidade envolvida, promovendo mais qualidade de vida e bem estar em suas vidas, como ilustram as figuras abaixo, que contemplam algumas das muitas atividades, vivências e oficinas realizadas, cujas ações estão e estarão em plena atividade durante todo o ano de 2018, com total apoio da comunidade, voluntários, alunos e demais colaboradores. Assim, a feliz tendência do presente projeto de extensão é tornar-se cada vez mais contínuo, acolhido e abraçado por todos que o compõem, tendo em vista toda transformação de cuidado em saúde humanizado que já propôs e vem propondo para cada cidadão da Vila de Ponta Negra.

FIGURA 1



FIGURA 2



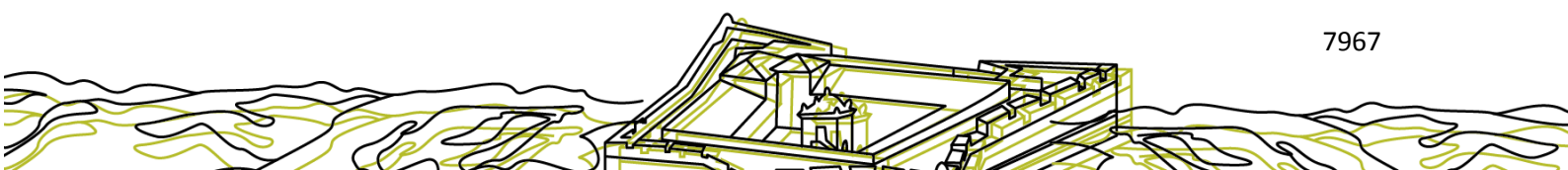
Oficina de Eutonia. Prática de Relaxamento baseada na obra “A vida é um livro”.

FIGURA 3



Oficina de Dança Circular

FIGURA 4





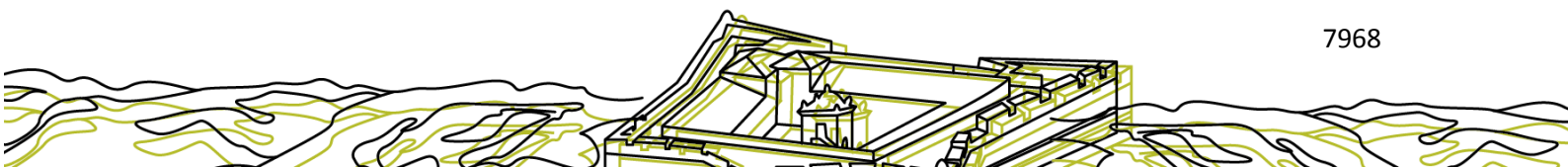
Oficina de Musicoterapia

Conclusão/Considerações Finais

Com base nas ações advindas do projeto de pesquisa na comunidade, cujas atividades iniciaram em 2017, foi possível ter uma maior adesão e continuidade das ações, como projeto de extensão em 2018. Dessa forma, vem sendo possível e plenamente gratificante desenvolver na população participante das oficinas habilidades e empoderamento para o autocuidado, contribuindo para a prevenção dos desequilíbrios energético-funcionais e/ou redução das limitações existentes, viabilizando um estado de bem-estar integral e melhoria na qualidade de vida. Referente aos discentes e voluntários envolvidos, é nítido o desenvolvimento de seus conhecimentos e habilidades, possibilitando uma ampla compreensão do processo saúde-doença a partir da dimensão de um cuidado integral e humanizado, o que acarreta aprimoramento em sua formação profissional e humana.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. 2006 [acesso em 2015 maio 2011]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. BRASIL.





Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores trabalhadores do SUS.3. ed. reimp. Brasília, 2010. BRASIL.

Ministério da Saúde. PORTARIA No- 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017.

189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf (acesso em 06/fev/2018a). BRASIL.

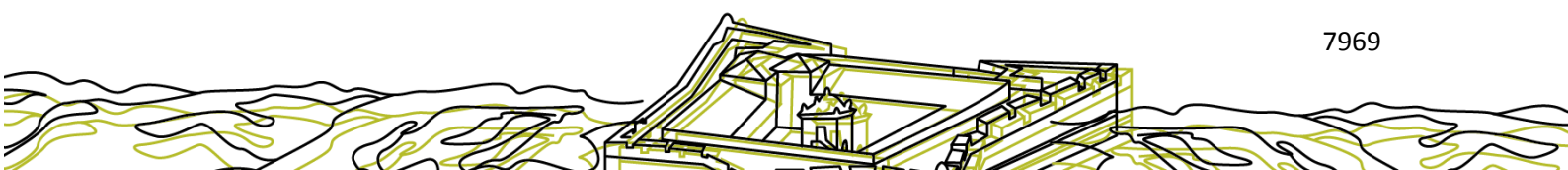
Ministério da Saúde. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297 (acesso em 02/fev/2018b).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

SARAIVA, Alynne Mendonça et al. Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidades terapêuticas. Rev Enferm UFSM 2015 Jan/Mar;5(1):131-140.

SILVA, M.J.; DUARTE, M.J.R.S. O autocuidado do idoso: uma intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.9, 2001. TESSER CD.

Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública 2009; 25:1732-42.





HUMANIZA ILPI: AÇÃO MULTIPROFISSIONAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE RESIDENTES DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS JUVINO BARRETO

Área temática: Saúde

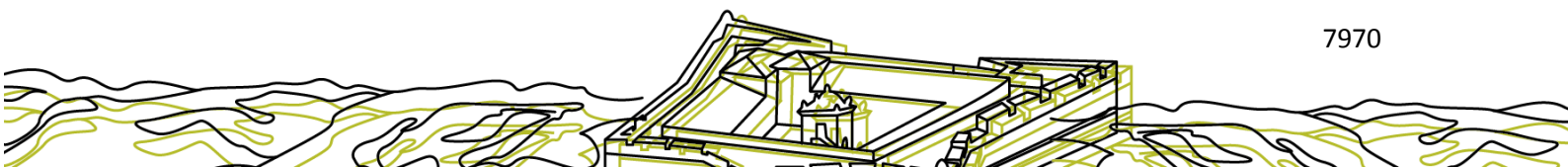
Tiago Silva Oporto¹; Rosemary Araújo Monteiro²

Aluno do programa de Pós-Graduação em fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Docente do departamento de fisioterapia da universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo: As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) são alternativas importantes de cuidados e carecem de maior atenção na Saúde Pública. Considerando-se que os idosos institucionalizados fazem parte de um contingente populacional prioritário à Saúde Coletiva e sua maior vulnerabilidade às fragilidades físicas, mentais e exclusão social, ações multiprofissionais são necessárias para garantir a esta população o direito de usufruir integralmente da vida. A ação universitária a ser desenvolvida na ILPI Juvino Barreto durante o ano de 2018, como ação continuada desde 2016, terá com o objetivo o de promover ações multiprofissionais e de promoção da saúde para os idosos residentes nesta instituição. Participarão desta ação docentes do curso de fisioterapia e discentes dos cursos de fisioterapia, enfermagem, odontologia, medicina, serviço social e psicologia da UFRN, além dos idosos institucionalizados e seus cuidadores. Encontros semanais serão realizados durante o horário de visitas da ILPI. Permitirá o crescimento dos discentes envolvidos mediante o processo educativo que articula o ensino, a pesquisa e a extensão, favorecendo ações concretas para efetivação do papel social da universidade sobre a sociedade. **Objetivos:** Agregar aos idosos do Juvino Barreto momentos de prazer que remetam a possibilidade de viver e bem viver na instituição, buscando proporcionar um contexto diferenciado do que é enfatizado no seu histórico, assim como tornar os acadêmicos profissionais preparados e capacitados a atuarem de forma mais humanizada, moldando-se a real necessidade desses espaços, fortalecendo a importância da saúde coletiva e do olhar multiprofissional sobre as populações frágeis, com características e necessidades específicas. **Metodologia:** Trata-se de uma extensão universitária da UFRN a ser desenvolvida na ILPI Juvino Barreto durante os anos de 2017 e 2018 com o objetivo de



promover ações multiprofissionais e de promoção da saúde para os idosos institucionalizados. As atividades serão desenvolvidas em dois cenários distintos: UFRN e Instituto Juvino Barreto. Na UFRN serão realizadas oficinas e discussões teórico-científicas sobre a temática com a participação dos discentes, coordenadores do projeto, pesquisadores convidados e profissionais da ILPI. Além disso, também serão realizadas reuniões semanais para organização e execução das atividades do projeto. No Instituto Juvino Barreto serão desenvolvidas, durante o horário de visitas, as ações de extensão em consonância com as necessidades e as atividades programadas pela ILPI. **Resultados Esperados:** Espera-se com esse projeto de extensão melhorar a interação e convívio entre os residentes da instituição; prevenir danos à saúde e incentivar melhores cuidados à saúde longeva, muitas vezes agravadas pela depressão, ansiedade e estresse; diminuir a dependência funcional e declínio cognitivo; diminuir o estresse da fase idosa, bem como capacitar os acadêmicos quanto à atuação na população idosa, para entender e suprir suas necessidades, mediante a prática aliada à teoria. Além disso, anseia-se proporcionar outra forma de enxergar a saúde e o cuidado ao idoso, de uma maneira mais humanizada e menos tecnicista, vislumbrando que cada pessoa envolvida passe a ter consigo a noção do quanto a atenção, interação – seja através de um olhar, de uma conversa, de um toque – e as mais variadas atividades propostas, são capazes de transformar e levar mais alegria e vivacidade a cada ser humano que o projeto em questão abrange.

Palavras-chave: Experiência de formação. Humanização em saúde. Apoio institucional.

Introdução

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em quarenta anos. No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500% em quarenta anos (LIMACOSTA; VERAS, 2003). Projeções indicam que em 2020 será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas, equivalente a aproximadamente 14% da população nacional (CARVALHO; GARCIA, 2003). Exemplo disso é o que vem acontecendo no Rio Grande do Norte, que em um intervalo de 10 anos, 2001-2011, houve um aumento de 52,7% da população idosa. Ademais, ocorreu uma diminuição de 21,3% da população entre 0 a 4 anos nesse mesmo período, refletindo, também, uma diminuição na fecundidade local que passou de 2,63 em 2000 para 1,63 em 2010. (IBGE, 2002, 2012, 2013). Concomitantemente ao processo de transição demográfica no Brasil, há mudanças epidemiológicas, trazendo uma série de questões cruciais, tanto para os

gestores e pesquisadores contemporâneos dos sistemas de saúde, quanto para as demais esferas sociais.

Passou-se de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da pessoa idosa, caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes. Além disso, há projeções de maior aumento proporcional de longevos (população de 80 anos e mais), considerada a faixa etária mais susceptível às fragilidades físicas, mentais e com maiores necessidades de cuidados (NOGUEIRA et al., 2010). Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde e por ILPIs. A quantidade de instituições no Brasil vem crescendo consideravelmente (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010). Esse aumento ocorreu como resposta às demandas de uma sociedade onde aumenta a expectativa de vida e diminui a disponibilidade de recursos familiares para o cuidado dos idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Esta necessidade e o surgimento de novas razões para a procura dessas instituições, que no passado eram destino apenas de pobres e abandonados, estão transformando os velhos asilos (PINTO; SIMSON, 2012). Considerando o contexto brasileiro de transição demográfica e epidemiológica, o crescimento da demanda por ILPIs e a dificuldade do Estado de responder às múltiplas necessidades de idosos institucionalizados, o projeto de extensão “Humaniza ILPI” se justifica como uma resposta da universidade à necessidade de transformação social no processo de institucionalização de idosos, proporcionando uma maior aproximação entre essas instituições e garantindo benefícios mútuos tanto para população idosa que sofre com abandono quanto para a comunidade acadêmica que muitas vezes restringe sua atuação aos muros da universidade. Além do aprofundamento sobre o tema supracitado, este projeto pretende estimular os alunos da graduação envolvidos a desenvolverem habilidades no campo da extensão universitária de forma crítica e reflexiva, através de discussões teóricas sobre a temática, oficinas sobre as diferentes formas de atuação e integração de saberes (fisioterapia, enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social), além de atualização científica na atuação profissional em ILPI's.

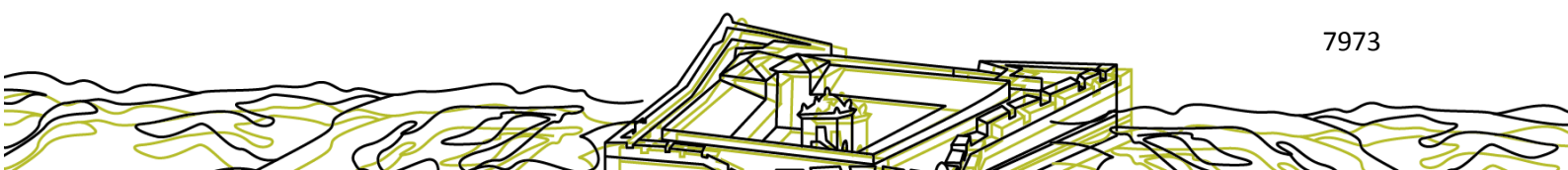
Para o curso de graduação será uma excelente oportunidade de articulação entre os componentes de ensino, pesquisa e extensão, uma vez que abordará os temas discutidos em sala de aula no contexto da extensão universitária, considerando sua atuação direta nos serviços de saúde e/ou nas instituições de cuidado prolongado. Isso

possibilitará aos docentes envolvidos a aproximação com os serviços de saúde no âmbito das ILPI's, criando oportunidades de contribuição da academia para a melhoria da qualidade da assistência e para uma formação profissional mais humanizada e comprometida com os problemas da sociedade.

Os idosos fazem parte de um contingente populacional prioritário à Saúde Coletiva. Além da vulnerabilidade peculiar com o avançar da idade, há projeções de aumento de longevos (população de 80 anos e mais), constituindo a faixa etária mais susceptível a fragilidades físicas, mentais e com maior necessidade de cuidados (NOGUEIRA et al., 2010). Porém, no Brasil, os modelos de atenção à saúde a esta população ainda se mostram pouco efetivos. Torna-se necessários novos métodos e planejamento, a fim de otimizar as possibilidades para que os idosos possam usufruir integralmente da vida (LIMACOSTA; VERAS, 2003). Dentre as alternativas ao cuidado familiar do idoso, a mais antiga são as instituições asilares que recentemente foram renomeadas para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Trata-se de uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (LongTerm Care Institution), conforme Costa (2004). Fora assim chamada para dar uma conotação híbrida da função dos “lares de idosos”, já que além da função social as instituições deverão promover serviços de atenção à saúde. Pode-se, portanto, afirmar que a ILPI é um tipo especial de instituição de natureza sócio sanitária. Essa natureza híbrida demanda a criação de um modelo ampliado de assistência, que conjugue valores e práticas, esferas sociais e sanitárias (BRASIL, 2005). A demanda por ILPIs tem aumentado pelas grandes mudanças socioculturais vivenciadas no contexto brasileiro, principalmente pelas projeções de aumento de longevos (população de 80 anos e mais), sendo a faixa etária com maiores necessidades de cuidado (NOGUEIRA et al., 2010). Com isso, as ILPIs vêm se tornando cada vez mais essenciais e progressivamente desafiadas a fornecer moradia e proporcionar assistência profissional para os complexos problemas de saúde dessas pessoas. Apesar de o envelhecimento populacional ser uma conquista da humanidade, apresenta desafios a serem enfrentados pela sociedade e os formuladores de políticas. Em nível mundial, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce de forma mais rápida que a de outras faixas etárias. Longevidade, porém, não é sinônimo de envelhecimento saudável.

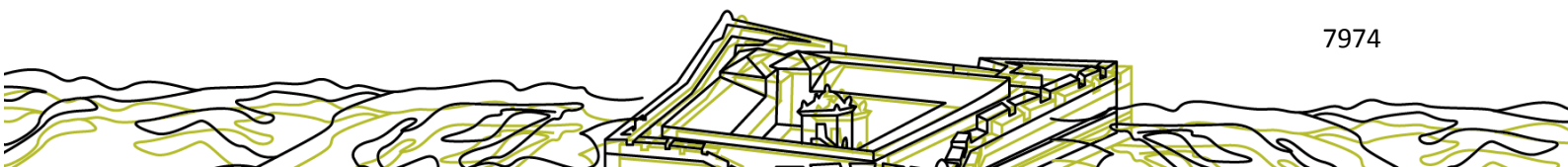
Com o aumento da expectativa de vida, a proporção de anos de vida com desvantagens socioeconômicas, com doenças crônico-degenerativas e incapacidades também aumenta. As transformações histórico-culturais que marcaram a segunda metade do século XX repercutiram na atenção à velhice. A escassez de alternativas para



as famílias manterem seus idosos em casa ou a ausência de uma referência familiar para estes têm impulsionado o crescimento da demanda por ILPIs. Nos países desenvolvidos, as opções para se manter o idoso na comunidade através de uma rede de serviços têm mudado o perfil da institucionalização.

Hoje a predominância nas instituições é de idosos com idades mais avançadas, com perdas funcionais sérias e com demência. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, com extrema desigualdade socioeconômica e diversidade cultural, o cuidado do idoso assume contornos diferenciados. No Sul, Sudeste e para aqueles com maior poder aquisitivo, a institucionalização tende a ser similar a dos países desenvolvidos. Porém, muitos idosos são institucionalizados por doenças crônico-degenerativas e dificuldades geradas pela falta da família ou impossibilidade desta para mantê-lo. Algumas situações são também marcadas pelo conflito familiar e resultam na procura da família, ou às vezes do próprio idoso, pela institucionalização. De outra parte, muitas famílias não conseguem manter o idoso dependente em casa, porque o cuidado se torna difícil e desgastante física e emocionalmente. No âmbito do governo federal, o cuidado institucional tem recebido baixa atenção, praticamente residual (CAMARANO; MELLO 2010). Em geral, cuidados de longa duração são parte dos sistemas de saúde ou dos sistemas de assistência social dos países, porém os limites entre os serviços ofertados pelos dois sistemas ainda não são bem definidos (BORN; BOECHAT, 2006). A atuação do governo junto às instituições que cuidam dos idosos tem se realizado, quase que exclusivamente, via auxílio financeiro às instituições filantrópicas. Infelizmente, o modelo asilar brasileiro ainda tem muitas semelhanças com as chamadas instituições totais, ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos. Nesse espaço, os indivíduos se tornam cidadãos violados em sua individualidade, sem controle da própria vida, sem direito a seus pertences sociais e à privacidade, com relação difícil ou inexistente com funcionários e o mundo exterior. Apesar do avanço do governo na esfera da fiscalização, ainda se associa às ILPIs, frequentemente, uma baixa qualidade dos serviços prestados pelas instituições, reforçando ainda mais, o preconceito social (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

O surgimento de grande parte das instituições espontaneamente, favorecem problemas na qualidade dos serviços ofertados (BORN; BOECHAT, 2006). Assim, quando inevitável, para que se torne uma alternativa que proporcione dignidade e qualidade de vida, a instituição tem que romper com sua imagem histórica de segregação e se tornar uma saída, uma opção na vida dos idosos. Considerando os dados epidemiológicos apresentados e a necessidade urgente de cuidados de saúde de qualidade da população institucionalizada e, faz-se necessário repensar os modelos de moradia para idosos e o



papel social das universidades neste cenário, que através das ações de extensão pode contribuir para a promoção da qualidade de vida e amparo desses idosos e viabilizar aos discentes a oportunidade de atuarem como profissionais cidadãos e comprometidos com as distintas realidades sociais, especialmente àquelas relacionadas à exclusão e abandono da população idosa.

Metodologia

Trata-se de uma extensão universitária da UFRN a ser desenvolvida na ILPI Juvino Barreto durante os anos de 2017 e 2018 com o objetivo de promover ações multiprofissionais e de promoção da saúde para os idosos institucionalizados.

A ILPI Juvino Barreto constitui-se como uma instituição filantrópica sem fins lucrativos destinada a resgatar e amparar idosos carentes sem família cuja necessidade de acompanhamento é total. Localizada em Natal/RN, esta instituição é considerada a maior do estado do Rio Grande do Norte com 70 idosos residentes (24 homens e 46 mulheres), mantendo-se a partir de doações da sociedade e de ajuda financeira do governo do estado. Este projeto, que já foi iniciado como uma ação de extensão no semestre 2015.2 com a participação de alunos de diversos cursos da UFRN.

Os alunos se reúnem semanalmente para discutirem sobre as ações a serem realizadas na próxima visita (intervenção) escolhendo a melhor dinâmica para cumprir o objetivo escolhido, bem como realizam, também, reuniões com cunho científico, onde um tema é escolhido, apresentado por um dos alunos participantes e o debate é gerado a partir da apresentação. Dessa forma o projeto tem crescido e auxiliado aos alunos da graduação na compreensão da importância do projeto de extensão e da sua utilidade para a comunidade. As visitas são realizadas quinzenalmente. As reuniões organizacionais são realizadas de maneira intercalada as reuniões científicas.

Agosto

Reuniões de administração:	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	Reuniões de ensino:
4 Organização da intervenção do dia 5.			1	2	3	4	5	9 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
	6	7	8	9	10	11	12	
	13	14	15	16	17	18	19	
18 Organização da intervenção do dia 20.	20	21	22	23	24	25	26	23 Consequências do abandono da pessoa idosa
	27	28	29	30	31			
								5 Intervenção.
								19 Intervenção.

Programação do mês de agosto de 2017 – Distribuição das reuniões científicas, organizacionais e as datas das intervenções

Resultados e Discussão

As ações realizadas na instituição em caráter voluntariado têm demonstrado um retorno positivo tanto pelo lado emocional quanto ao aprendizado social quando se realiza ações com essa população em especial. Os planejamentos para tornar a intervenção interdisciplinar e possibilidades de realizar artigos e produtos têm sido uma meta para darmos continuidade e visibilidade do Projeto. A integração entre os alunos e os idosos e entre os próprios alunos tem exercido uma influência motivadora para a continuidade das atividades, a construção do dialogo e do conhecimento a cerca do processo do envelhecimento e principalmente sobre a percepção positiva dos alunos que exercem as atividades. Por mais simples que seja a intervenção, o simples fato de estar no espaço e tornar um ambiente tão austero num lugar de participação já ajuda na amplificação da compreensão do cuidado – e por fim – da humanização com os idosos da instituição.

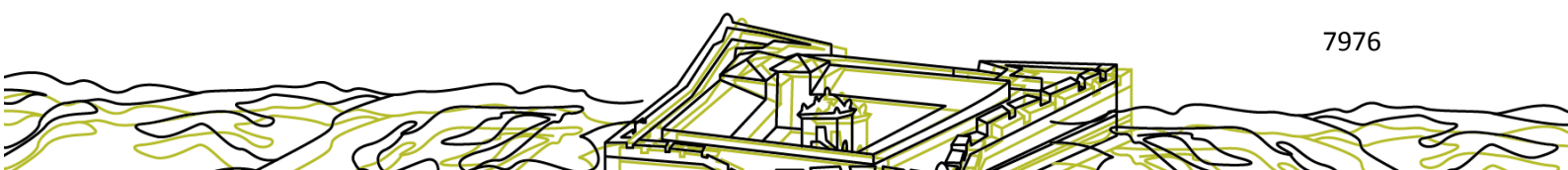


Fig1: modelo de ação de intervenção – os alunos participantes confeccionaram mensagens para cada idoso da instituição.



Fig2. Intervenção lúdica com uso de música e dança para os idosos da instituição (divulgação permitida pelos integrantes) 10/03/2018



Fig3. Alunos do projeto Humaniza e idosos do Instituto Juvino Barreto: integração além da academia (divulgação permitida pelos integrantes) 10/03/2018

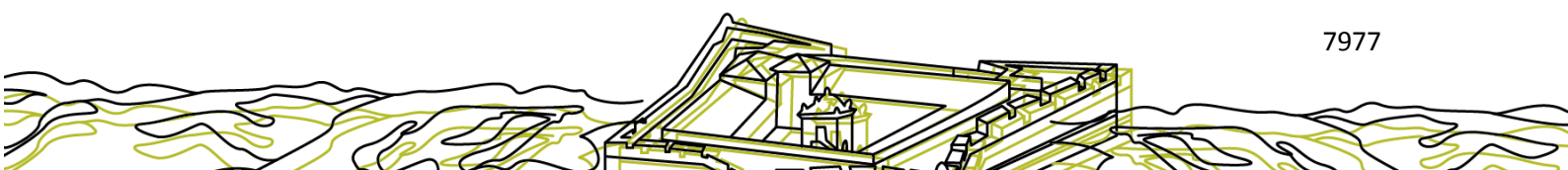




Fig4. A integração entre os alunos do projeto e os idosos do instituto Juvino Barreto em mais uma das intervenções realizadas (divulgação permitida pelos integrantes) 10/03/2018.

Conclusão/Considerações finais

O projeto HUMANIZA ILPI: Ação multiprofissional para promoção da saúde de residentes da Instituição de Longa Permanência para Idosos Juvino Barreto, vem desde de 2015 auxiliando aos graduandos da UFRN a perceberem o envelhecimento e o ser idoso de um modo mais humano, tornando o contato entre o aluno e o idoso um momento de aprendizado que vai além do técnico-científico. Desde sua criação, foi almejado que o projeto tivesse um caráter de ação de extensão ativa, para que o aluno pudesse ter uma visão criticosocial mais ampla, conseguir compreender e debater sobre o tema e criar uma visão mais universal sobre o cuidar.

Dessa forma se mantém a iniciativa e a vontade de continuar perpetuando a humanização nessa ILPI e futuramente em outras unidades, para que o conceito de humanização e cuidado ao idoso se torne mais evidente a essa população que muitas vezes é esquecida e desamparada.

Referências

ARAÚJO, C. L. O; SOUZA, L. A. S; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Hist. Enferm. Rev. Eletrônica, v. 1, n. 2, p. 25062, 2010.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2006. cap. 119. p. 113141.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 set. 2005. Disponível em: . Acesso em: 2 jan. 2015.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev. Bras. Estud. Popul., v. 27, n. 1, p. 23235, 2010. CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais.

Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido, p. 6792, 2010.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 72533, 2003.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. Dos asilos as instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A. A (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. cap. 5. p. 146162.

COSTA, E. F. A. Análise de Soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idoso residentes em asilos no município de GoiâniaGO. 122 f. 2004.

Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade Federal de Goiás, 2004.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001: síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21/07/2017

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2011.

Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060. Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

LIMACOSTA, M. F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 7001, 2003.

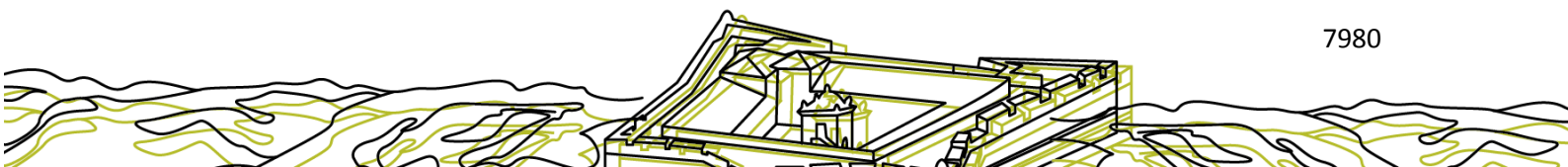
NOGUEIRA, S. L. et al. Determinant factors of functional status among the oldest old. Rev. Bras. Fisioter., v. 14, n. 4, p. 3229, 2010.



PINTO, S. P. L. C; SIMSON, O. R. M. V. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 15, n. 1, p. 16974, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual de atenção à saúde do Idoso. BrasíliaDF. BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. 1970.

Pollo, S.H.L., Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.11, N.1, Rio de Janeiro, 2008. Instituições de longa permanência para idosos ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro.





EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, ACOLHIMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA UMA FORMAÇÃO HUMANIZADA

Área Temática: Saúde.

Claudio José dos Santos Júnior¹; Raquel de Lima Chicuta²; John Victor dos Santos Silva³; Claudio Fernando Rodrigues Soriano⁴; Maria Rosa da Silva⁵

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

Resumo

Este trabalho apresenta um relato de experiência das ações desenvolvidas pelo Projeto de Extensão Universitária “Acolher”, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), durante o ano de 2016. As intervenções realizadas foram pautadas no desenvolvimento de atividades lúdico-educativas na área de saúde pediátrica nas Enfermarias de cuidados infantis do Hospital Geral do Estado, em Maceió-AL, através do emprego da ludoterapia e da educação em saúde. A partir da introdução de tais estratégias, pode-se propor alternativas às privações e restrições impostas pelo ambiente hospitalar, diminuindo a tensão do processo de internação e colocando em prática a promoção de saúde através de momentos de descontração, integração e de compartilhamento de conhecimentos.

Palavras-chave: Extensão Universitária; Educação em Saúde; Ludoterapia.

Introdução

A hospitalização é uma condição de forte impacto na vida da criança e na rotina de todos que estão envolvidos diretamente com o seu cuidado. Atividades como o convívio escolar, lazer, relações familiares e sociais são prejudicadas pelo marcante processo de adaptação a realidade da internação. Ao ser afastada do seu ambiente domiciliar, atividades básicas, como vestimentas, banho e alimentação, tornam-se

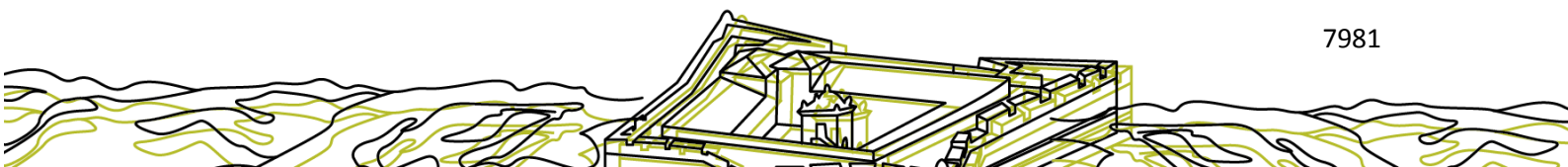
¹ Acadêmico. Faculdade de Medicina da UNCISAL (FAMED-UNCISAL).

² Acadêmico. Faculdade de Nutrição da UFAL (FANUT-UFAL).

³ Acadêmico. Faculdade de Enfermagem da UNCISAL (ENF-UNCISAL).

⁴ Médico. Professor. Faculdade de Medicina da UNCISAL (FAMED-UNCISAL). ⁵

Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da UNCISAL (ENF-UNCISAL).



totalmente dependentes da rotina institucional e submetidas às restrições do contexto hospitalar.

Diversos autores discutem as modificações decorrentes desse processo. Saggese e Maciel (1997) trazem que a vida da criança é alterada durante a internação em um hospital, pois, para além do sofrimento com a doença, ela é afastada da família, da escola e dos objetos pessoais, perdendo grande parte de suas referências. Os autores trazem que encontramos nas unidades hospitalares um ambiente hostil, com procedimentos invasivos e uma atmosfera geralmente tensa e ameaçadora.

Angerami-Camon (1995) considera que, diante desse cenário, a criança pode entrar em um nível de sofrimento emocional e físico, podendo tais situações ser expressas através do medo de médicos, choro, agressividade, dependência, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, evitação dos procedimentos médicos e outras formas de respostas.

Contribuem para esse processo de estranhamento e inadaptação da criança ao hospital a falta de variedade, de estrutura e de atividades para a interação da criança. Tudo isso dificulta sua adaptação no contexto hospitalar (GUIMARÃES, 1988).

Em contraposição, a humanização, conceituada por Mitre *et al.* (2004) como sendo “um fenômeno complementar e indispensável na assistência em que se valorizar a ética do cuidado e o reconhecimento das individualidades”, se mostra um processo eficiente para minimizar os efeitos da hospitalização infantil.

Cruz, Costa e Nobrega (2006) veem a criança, enquanto um ser especial e vulnerável à mudanças. Para os autores, esse público deve ter respeitadas suas necessidades em relação à hospitalização, bem como ter garantido o direito de receber uma assistência humanizada que promova a continuidade do seu crescimento e desenvolvimento, reduzindo os traumas provocados pela hospitalização.

Corroborando tais premissas, Vygotski (1991), a partir de seus estudos acerca da formação social da mente, chegou à conclusão que as atividades lúdicas têm a função de facilitar o desenvolvimento integral da criança e o progresso de cada uma de suas funções psicológicas, intelectuais, motoras e morais.

Segundo Luchetti, Moreale e Parro (2011), o lúdico é um elemento essencial no trabalho com a criança, sendo uma estratégia de eficiente aplicação como recurso de comunicação na vinculação de informações de saúde.

Assim, nesse trabalho, parte-se da premissa de que a ludoterapia, aliada a humanização e a educação em saúde, surgem como estratégias de transmitir conteúdos educacionais e terapêuticos com a finalidade de estimular os usuários dos serviços a serem protagonistas do seu próprio cuidado em saúde através do prazer, da brincadeira e da alegria, tornando o processo de cuidado e de recuperação mais prazeroso e modificando a rotina triste e inquietante característica do hospital.

Nessa perspectiva, objetiva-se relatar a experiência das ações e vivências proporcionadas pelo Projeto de Extensão Universitária “Acolher”, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal). Essa ação extensão tem como principal foco o desenvolvimento de atividades educativas na área de saúde pediátrica com pacientes internos e seus familiares no Hospital Geral de Maceió-AL, através do emprego da ludoterapia e da educação em saúde.

Metodologia

O presente trabalho configura-se como um estudo exploratório, do tipo relato de experiência. Seu objetivo é descrever as vivências oportunizadas pelas práticas do Projeto de Extensão Universitária “Acolher”, integrante do Programa de Extensão “Pró-Criança” da Universidade Estadual de Ciência da Saúde de Alagoas (Uncisal), durante o ano de 2016.

A metodologia adotada foi a de pesquisa-ação com abordagem qualitativa fenomenológica, sendo que para sua construção foram empregadas as reflexões dos membros do Projeto acerca das ações por eles experimentadas e utilizados registros escritos e fotográficos extraídos do “diário de bordo” do Projeto.

O referencial teórico utilizado foi obtido a partir de pesquisa bibliográfica em artigos científicos artigos indexados nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico sobre as temáticas “educação em saúde”, “ludoterapia” e “humanização”.

De acordo com as orientações dos Periódicos Eletrônicos de Psicologia (2014), o gênero textual relato de experiência possui relevância devido a sua pertinência, importância dos problemas nele expostos e ainda devido ao nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados de intervenções em outras situações similares, ou seja, serve como colaboração à práxis metodológica de uma área do saber.

Segundo Gil (2008) a pesquisa-ação tem base empírica, apoia-se nas experiências vividas e na observação dos pesquisadores, e geralmente está relacionada com a

solução de um problema de forma coletiva e participativa, no qual os pesquisadores estão envolvidos diretamente e de modo cooperativo ou participativo. Já o método fenomenológico, à luz de Merleau-Ponty (1999), é aplicado para o exame das experiências vividas e dos significados a elas atribuídos, e tem como etapas a descrição, a redução e a compreensão dessas experiências, sendo que nessa última etapa ocorre a fase das interpretações.

Resultados e Discussão

O Projeto Acolher vem desenvolvendo suas atividades desde 2012 e conta com a participação de estudantes universitários para levar ações de educação em saúde para a rotina da Unidade Pediátrica do Hospital Geral do Estado Dr. Oswaldo Brandão Vilela - HGE, localizado em Maceió-AL. A ação é cadastrada na Pró-Reitoria de Extensão da Uncisal (PROEX) e atualmente conta com 51 (cinquenta e um) voluntários que desenvolvem suas atividades sempre durante a semana, de segunda a sexta-feira, seguindo a um cronograma préestabelecido pela coordenação do Projeto.

O objetivo central do Acolher é levar a educação em saúde para o público infantil e seus acompanhantes por meio de estratégias lúdicas. Seus objetivos específicos incluem diminuir a tensão do ambiente hospitalar, proporcionando ao paciente e seus familiares momentos de integração e de compartilhamento de conhecimentos relativos à saúde pediátrica e aos direitos do público infantil; prezar pela qualidade de vida da criança durante o enfrentamento dos processos de adoecimento e internação; estimular o trabalho interdisciplinar e multiprofissional; e possibilitar aos discentes da área de saúde o desenvolvimento e a prática de habilidades de relacionamento interpessoal e humano.

Para ingresso no Projeto são realizadas seleções anuais abertas ao público universitário dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Radiologia e áreas correlatas. O processo seletivo é composto por análise de disponibilidade do acadêmico, apreciação do currículo, avaliação da carta de intenção e entrevista presencial. Todas as etapas tem como finalidade o recrutamento de integrantes que possuam o máximo das características necessárias ao desenvolvimento das atividades de campo, sendo que, são valorizados os candidatos comprometidos com o processo seletivo, que demonstrem criatividade, responsabilidade, empatia, apreço pelo outro e pela prática de características humanísticas, e os indivíduos capazes de reconhecer o ser humano como um todo e de

valorizar a importância do cuidado integral, da relação humanizada e das suas potencialidades.

Os discentes selecionados passam a ser monitores de extensão e, ao longo do ano, participam de capacitações e oficinas de planejamento e de aprimoramento de habilidades, ambas visando o desenvolvimento de atitudes importantes e necessárias a abordagem dos pacientes durante as práticas; nesses momentos, objetiva-se ainda a qualificação e a apropriação de conceitos por parte dos integrantes sobre as temáticas a serem abordadas durante as visitas. Regularmente são realizadas reuniões com a finalidade de compartilhar as experiências oportunizadas pelos grupos e que visam também avaliar as atividades.

O Acolher conta atualmente com doze grupos, que, distribuídos em dias diferentes da semana, desenvolvem suas atividades nos turnos da manhã e da tarde, seguindo o planejamento de temas (Tabela 1) programado em calendário. Cada grupo conta com uma equipe que varia de 3 a 6 acadêmicos, em que um deles, geralmente o mais antigo no Projeto, assume o papel de facilitador das ações. As equipes são multidisciplinares e preza-se pela integração das áreas conhecimento como forma de estímulo à abordagem multidisciplinar entre os futuros profissionais e vislumbrando uma visão ampliada do cuidado.

Temas

Acidentes domésticos
Afogamento
Bullying
Direitos dos usuários do SUS
Estatuto da criança e do adolescente
Higiene bucal
Higiene dos alimentos
Alimentação saudável
Intoxicação
Lavagem das mãos e higiene pessoal
Prevenção de acidentes de trânsito
Queimaduras
Violência

Tabela 1: Planejamento de temas abordados durante as visitas do Projeto de Extensão Acolher em 2016. **Fonte:** Elaboração própria (2017).

Como mencionado, o foco do Acolher é o público infantil. Assim, suas intervenções são pautadas na aplicação de estratégias lúdicas visando à criação de um ambiente favorável ao enfrentamento da doença, da situação de hospitalização e à promoção da educação em saúde. Os materiais utilizados nas visitas (manuais explicativos, álbuns de imagens, folders e jogos temáticos) são elaborados pelos próprios monitores em oficinas temáticas executadas pela coordenação do Projeto. Durante a fase de elaboração desses instrumentos prioriza-se o emprego de uma linguagem apropriada a fim de facilitar a compreensão das informações pelo público atendido.



Figura 1: Registro fotográfico de Monitores do Acolher em ação alusiva ao Dia das Crianças.

Fonte: Acervo do Projeto. Fotos autorizadas (2016).

De forma complementar, e com a finalidade de cumprir os objetivos das ações, são aproveitados brinquedos, fantoches, cartilhas e objetos diversos, advindos de doações ou de aquisições feitas pelos membros do Projeto no comércio local. Além desses recursos, a incorporação de personagens infantis, a contação de histórias, a utilização de atividades teatrais, dinâmicas, brincadeiras, apresentações artísticas e o emprego de músicas e poemas também contribuem para a quebra do paradigma destacado por Silva e Avelar (2007), que descreve o relacionamento do profissional de saúde com o paciente, por vezes, muito caracterizado como técnico, impessoal e com pouco envolvimento afetivo. Tais mecanismos são utilizados ainda com o objetivo de instigar a criança a interagir com a equipe do projeto e como forma de propor alternativas à realidade descrita por Chiattonne (2003):

Uma equipe de saúde extremamente profissional que não consegue visualizar a criança como um todo doente, que não consegue ampliar seu campo de ação e assumir comportamentos e atitudes flexíveis e carinhosas é certamente uma equipe que terá pouco sucesso junto às crianças hospitalizadas. Além disso, pacientes hospitalizados em enfermarias pediátricas extremamente rigorosas e frias com certeza mostrarão maiores sequelas causadas pela hospitalização (CHIATTONE, 2003, p. 30).

A abordagem Projeto Acolher é realizada de forma a suavizar as rotinas e a minimizar a ausência do mundo exterior ao ambiente hospitalar a que ficam submetidas às crianças e seus acompanhantes, estando o Projeto em clara harmonia com Política Nacional de Humanização (2013), que traz em sua descrição a importância da adoção de novas formas de exercer o cuidado, centradas no outro e introduzindo o afeto como forma de acolhimento.

Nas Figuras 1 e 2 observa-se, a equipe do Acolher em uma visita alusiva ao Dia da Criança e integrantes do Projeto no desenvolvimento de suas atividades regulares, respectivamente.

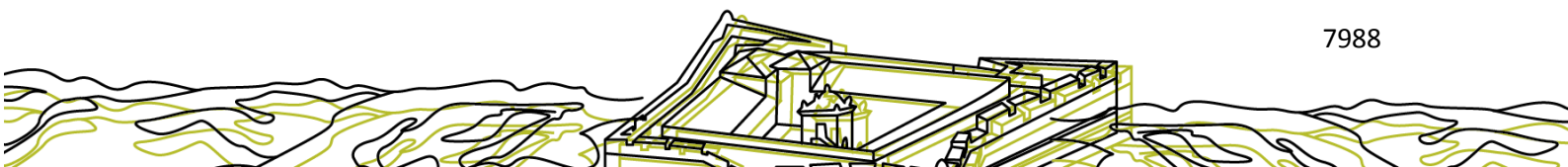


Figura 2: Registro fotográfico de Monitores do Acolher em ações regulares do Projeto.

Fonte: Acervo do Projeto. Fotos autorizadas (2016).

O Acolher insere-se no conjunto de ações que visam colocar em prática o que atualmente na saúde pública é conceituado como “reorientação das práticas de atenção à saúde”, tendência marcada pela superação dos modelos demasiadamente centrados na doença, na assistência curativa e na via medicamentosa (SMEKE, 2002). Vislumbra-se com o Projeto introduzir práticas de atenção orientadas ativamente na construção de um “novo hospital”, com um olhar que perpassa as atividades de cura e de reabilitação, que considera esse espaço como um instrumento de promoção de saúde, de defesa da vida, da cidadania e enquanto um ambiente para construção de inovações nas relações entre os serviços de saúde, seus profissionais e usuários (ROLLO, 2006).

Nas visitas, busca-se diminuir a tensão imposta pelo meio hospitalar, possibilitando a criança reviver situações do seu cotidiano – como o ato de brincar, cantar e de ouvir histórias em quadrinhos. As atividades proporcionadas são para além de ações de saúde, constituindo fontes de prazer e fazendo com que, por vezes, a criança esqueça o seu sofrimento, mesmo que temporariamente, dando lugar a



momentos de descontração, fundamentais para sua qualidade de vida e para o processo de recuperação.

Sobre esse tema Smeke (2002) evidencia a necessidade de as práticas desenvolvidas serem reorientadas de modo que os modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa, sejam superados em favor de outros orientados em direção à promoção da saúde, como as práticas de educação em saúde que buscam a qualidade de vida. O autor fala ainda da necessidade de capacitar a comunidade para que esta atue em prol da melhoria e da promoção da sua própria qualidade de vida e saúde.

As ações do Acolher estão em forte sintonia com a nova perspectiva de ambiente hospitalar proposta por Silva *et al.* (2009) que afirma ser o hospital “um território virgem de trabalho na perspectiva de humanização, do atendimento e da defesa da vida, sendo possível nesse espaço pensar em promoção da saúde, em educação em saúde e em criação de vínculos”.

Como grande parte do tratamento hospitalar é inegavelmente imposto, a equipe do Projeto busca deixar os pacientes e seus acompanhantes livres para escolherem participarem ou não das atividades. Tal conduta é discutida por Cunha (2007) que afirma que “o acolhimento se caracteriza pela aceitação, compreensão e a capacidade de comunicação”. Para o autor, a aceitação é demonstrada através da hospitalidade, do interesse, do apreço e na emissão de sentimentos sinceros.

A avaliação das atividades do Acolher é efetuada durante todo o curso do Projeto, adotando como principal instrumento um diário de bordo, em que o grupo de monitores do horário é responsável por descrever as experiências vivenciadas e relatar os sentimentos do grupo, frases marcantes, atitudes observadas e a receptividade dos pacientes, acompanhantes e profissionais no momento da visita. Em linhas gerais, a cada nova atividade, observa-se uma boa integração entre as crianças, seus familiares e a equipe de monitores, sendo muito comum a participação ativa dos pais e acompanhantes, expressa principalmente por meio de questionamentos e do relato de vivências pessoais.

Cabe destacar que cada ciclo do Projeto Acolher tem duração de um ano e, ao final desse período, os participantes assíduos e com frequência superior a 75% são certificados como monitores de extensão, variando a carga horária de acordo com a frequência de participação do voluntário. O acadêmico interessado em permanecer no projeto pode renovar seu vínculo para os ciclos posteriores, desde que tenha

demonstrado compromisso, frequência regular às visitas e não tenha recebido advertência por comportamento inapropriado ou falta injustificada às ações.

Conclusão/Considerações Finais

O Projeto Acolher parte da premissa de que deve haver uma preocupação com a saúde global do paciente e também de seus familiares, de modo que considera que a criança e seus acompanhantes devem encontrar no Projeto e em suas ações um espaço de apoio terapêutico. Compreendemos que o brincar, assim como o educar, são direitos essenciais na vida da criança, que devem ser assegurados mesmo na condição de hospitalização, devendo tais ser introduzidos na rotina hospitalar enquanto parte integrante da assistência.

Através da experiência do Projeto, pode-se perceber a importância da humanização e de um atendimento pautado em acolhimento nas unidades de internação pediátrica. A partir da introdução do lúdico aliado à educação em saúde, pode-se propor alternativas às privações e restrições impostas pelo ambiente hospitalar, diminuindo a tensão do processo de internação e colocando em prática a promoção de saúde através de momentos de descontração, integração e de compartilhamento de conhecimentos.

Ademais, a partir das ações ao Acolher, seus membros podem trabalhar a melhoria das habilidades de comunicação, a capacidade de desenvolver atividades em grupo e aspectos como empatia, criação de vínculo, acolhimento e cuidado com o outro, além de colocar em prática o diálogo com profissionais, pacientes, familiares e acompanhantes.

Dessa forma, destacamos que as atividades desenvolvidas pelos monitores do Projeto Acolher, na medida em que visam promover a educação em saúde para pacientes pediátricos e seus familiares com a utilização de estratégias lúdicas, representam uma eficiente estratégia de compartilhamento de saberes e de geração de um ambiente mais acolhedor e humanizado, sendo que, aliadas, tais contribuem para a ressignificação da doença por parte dos sujeitos e para a promoção de saúde.

Referências

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1995. p 1-14.

CHIATTONE, H. B. C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. 2ª ed. São Paulo: Thomson, 2003. p. 23-100.

CRUZ, D. S. M.; COSTA, S. F. G.; NÓBREGA, M. L. Assistência Humanizada À Criança Hospitalizada. **Rev. RENE**. v. 7, n. 3, p. 98-104, 2006. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/3240/324027955014.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2017.

CUNHA, N. H. O significado da Brinquedoteca Hospitalar. In: VEIGAS, D. **Brinquedoteca Hospitalar: isto é humanização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wared, 2007. p. 63-70.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, S. S. A hospitalização na infância. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 4, n. 2, p. 102-112, 1998. Disponível em: <<https://revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/1294/333>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

LUCHETTI, A. J.; MOREALE, V. C.; PARRO, M. C. Educação em saúde: uma experiência com teatro de fantoches no ensino nutricional de escolares. **CuidArte. Enferm.**, v. 5, n. 2, p. 97-103, 2011. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-22454>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MITRE, R M. A. et al. Promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

PERIÓDICOS ELETRÔNICOS DE PSICOLOGIA. **Sugestões para os relatos de experiência profissionais**. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006.



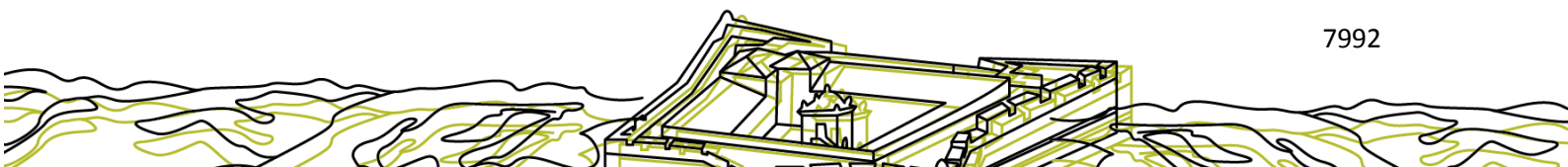
SAGGESE, E. S. R.; MACIEL, M. DE A. **Projeto saúde e brincar**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandez Figueira - Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

SILVA, A. M.; AVELAR, M. C. Q. O Acompanhante do Paciente Adulto Hospitalizado: percepção dos enfermeiros: uma abordagem qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/16764285.20071192>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. In: **Congresso brasileiro de Enfermagem**, 61, Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00324.pdf >. Acesso em: 06 jul. 2017.

SMEKE, E. L. M. Educação popular em saúde e formação profissional. **Rev. de Atenção Primária à Saúde**, v. 4, n. 9, p. 25-32, 2002.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.



ESCUTA A USUÁRIOS TABAGISTAS: ENTRE O DESEJO E A DEPENDÊNCIA

Área temática: Saúde

MIRANDA, L.¹; SOUTO, J. B.²; GOUVEIA, M. L. A.³; SOUSA, V. V. S.⁴

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo

O tabagismo é apontado pela OMS como um dos principais causadores de morte evitável no mundo. A partir da década de 70 o cigarro passou a ser considerado mundialmente uma ameaça para a saúde pública e desde 1989 o Instituto Nacional do Câncer (INCA) busca estratégias para a prevenção à iniciação e cessação do tabaco no Brasil. É conhecida a dupla dependência, química e psicológica, decorrente do tabaco; desta forma, diante da atual proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma clínica ampliada, e no desafiador exercício da interdisciplinaridade, a Psicologia alia-se com uma proposta de intervenção. A atuação dos estudantes de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba no Programa Multidisciplinar de Combate ao Tabagismo realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em parceria com a UFCG - Campina Grande/PB - efetiva-se através da ética do referencial psicanalítico em Freud e Lacan, problematizando a dependência e o desejo, no intuito de provocar o sujeito frente a sua escolha em consumir o tabaco e implicando-o nas suas possibilidades de cessação desse consumo. Tem-se por objetivos: Conhecer e problematizar os significados construídos sobre o tabaco e pelos usuários do referido programa no intuito de elaborar junto aos mesmos, novas estratégias de atuação com vista à abstinência do fumo. Nessa perspectiva, abre-se um espaço de escuta à fala dos usuários, no sentido de favorecer a construção da singularidade de sua história, nesse percurso da dependência psicológica, marcado pelo desejo de fumar e ao mesmo tempo de se abster. O suporte de escuta e discussão no ambiente do grupo e/ou individual, quando demandado por eles, oportuniza ao usuário problematizar as implicações do tabaco em sua vida psíquica, facilitando a elaboração de seu mal-estar comprometedor de sua adesão à abstinência.

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Psicologia (UEPB), PROEX

² Universidade Estadual da Paraíba, Psicologia (UEPB), PROEX

³ Universidade Estadual da Paraíba, Psicologia (UEPB), PROEX

⁴ Universidade Estadual da Paraíba, Psicologia (UEPB), PROEX

Palavras-chave: dependência tabagista; Psicanálise; Desejo.

Introdução

Entende-se por tabagismo o consumo de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça, como cigarro, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro de palha, rapé, tabaco mascado e narguilé (*hookan*) (MEIRELLES, 2003). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo configura-se como a principal causa de morte evitável no mundo, com cerca de 4,9 milhões mortes por ano. O alto índice de usuários do tabaco, cerca de 1,2 bilhões, tem provocado grande preocupação às políticas públicas, por implicar em uma série de prejuízos à saúde do sujeito, nas esferas física, psicológica, econômica e social. Dessa forma, o tabagismo representa um problema de saúde pública, que mobiliza intervenção acirrada por sua magnitude.

No Brasil, estima-se que 200 mil mortes ao ano são decorrentes do tabagismo (INCA, 2011), tendo em vista que o tabaco responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer, onde 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. Além disso, aumenta o risco das pessoas desenvolverem e morrerem por tuberculose (INCA, 2007). Tendo em vista estes fatos, são desenvolvidas ações governamentais em combate a essa problemática, tais como a promoção de campanhas, programas de debates, aumento do preço dos cigarros e proibição de propagandas, bem como a regulamentação, em 2014, da lei antifumo, que proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e outros produtos fumígenos, em locais de uso coletivo, públicos ou privados.

No Brasil apesar do número de fumantes ainda ser consideravelmente alto, pesquisas mostram que no período de 1990 a 2015, os números relativos a população tabagista no país tem diminuído de 29% para 12% na população masculina e 19% para 8% na feminina (Brasil, 2017), porém ainda há muito o que se fazer para o número continuarem caindo.

Segundo a psicanálise, o consumo exacerbado de qualquer objeto, presente na contemporaneidade, encobre a dor do existir e o desejo incompleto da existência humana. A falta gera o desejo e o consumismo “supre” essa falta de tal modo que o sujeito, por mais que tente, vive uma angústia mascarada.

As drogas e o sexo são elementos intensos da era do consumo que estimulam a busca pelo ideal de felicidade e bem-estar do sujeito, que, por motivos inconscientes, os

utilizam como uma “compulsão substitutiva”. Freud complementa seu raciocínio ao retratar a dependência de substâncias psicoativas como um vício primário que se relaciona ao fenômeno do autoerotismo (FREUD, [1927], 1990).

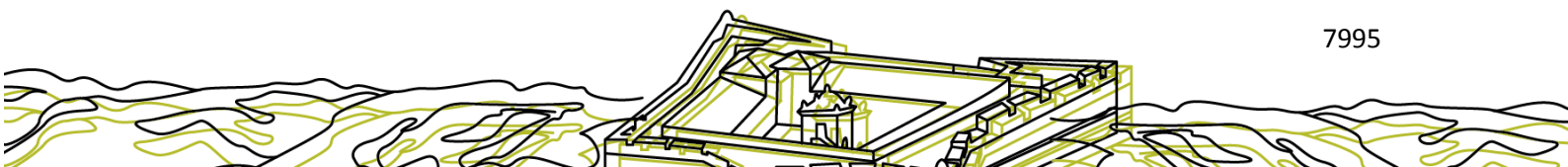
No sentido de trabalhar a complexidade dos desejos humanos, a Psicanálise traz uma grande contribuição. Levando em consideração a palavra, a subjetividade da fala, se faz necessário ressaltar sua regra fundamental, que consiste na associação livre, na transferência e na atenção flutuante. Ao escutar o analista precisa atentar no que está para além do que foi dito, uma vez que o inconsciente se manifesta evanescentemente. Trata-se de escutar um sujeito que deseja (DIAS, 2002).

Freud foi além da ciência de sua época e apresentou a palavra falada como meio de fazer emergir questões desconhecidas ao próprio sujeito; palavras que, no primeiro momento, produzem descargas e posteriormente associações. Expôs a escuta como um instrumento capaz de nortear o velado sentido das palavras ditas ou silenciadas, produzindo renovadas significações ao sujeito que fala. A fala é o meio pelo qual o paciente apresenta suas queixas, demandando o desejo de ser compreendido e curado de sua dor. O analista utiliza-se da escuta, manejando a transferência que lhe foi dirigida, sem pressa em concluir, mas na busca de que algo possa se produzir a partir do que é dito. Alonso destaca que:

O ESCUTA, escuta os ruídos que vêm de fora e também o silêncio que se incorpora ao campo da positividade. Se o silêncio não diz diretamente nada, algo nele se insinua, e quem escuta atentamente recebe as pegadas, as marcas que adquirem forma no momento em que germinam as palavras, ainda que estas, também enganadoras, portem em si o silenciado. É desde então que o exercício da suspeita se torna presente porque há um a mais do que o dito para ser escutado (Alonso, 2012 p. 2).

A fala não se limita a mero instrumento de comunicação, surge atravessada pelo inconsciente. Freud coloca a fala como forma do sujeito expressar algo, a mais, do que se propunha, rompendo a lógica consciente e formando assim outra lógica, que é o caminho pelo qual o inconsciente se manifesta, por meio dos lapsos, atos-falhos, chistes, ou seja, manifestações evanescentes do inconsciente, sinais esses que apontam para o que está incógnito ao sujeito.

As palavras abrem novas possibilidades para acolher o sofrimento do outro e o que escuta fornece subsídios para que sujeito que fala, nessa intermediação, implique-se em



seus desejos e responsabilize-se, podendo modificar a repetição de sua atuação. As palavras devolvidas ao sujeito se impõem conduzindo-o para o desvelamento de seus sintomas. A fala surge no processo analítico com função, ainda, de ressignificar o saber inconsciente, colocar em decifração o sofrimento e operar na transformação do modo de gozo.

Freud ressalta o conceito de transferência como a relação desenvolvida do analisando para com o analista, tendo em vista aspectos relacionados às figuras dos pais na infância. Esse elemento garante a sustentação do desenrolar da análise e assim se coloca como um dos pontos fundamentais de um processo analítico. Através da transferência o analista se apropria dos aspectos inconscientes trazidos pelo analisando, o que determina a sucessão da análise. A transferência não é, portanto, uma função do analista, mas do analisante; a função do analista é saber utilizá-la (QUINET, 2009, p.26).

Nesse sentido, o estabelecimento da transferência é a condição fundamental na psicanálise para que o tratamento possa acontecer. Nessa via é o manejo dessa relação que, mesmo não oferecendo garantias, possibilita que algo se processe no encontro analista/analisando. A relação transferencial se torna então relevante no que diz respeito uma situação na qual se procura tratamento. Independente do *setting* analítico, a relação transferencial é o fator motor nas relações humanas, portanto também presente em todo trabalho de grupo e condição *sine qua non* e seu resultado.

O que leva o sujeito a fazer uso do tabaco? a que serve esse uso? Pode-se inferir que o tabagismo aprisiona o usuário a uma relação de desejo direcionada para o uso do fumo e seus derivados. Nesse sentido, utilizando o referencial psicanalítico como norteador de nossa prática, o uso tabagista é entendido como um sintoma, que de modo singular em cada usuário, vislumbra preencher a falta constitucional inerente ao ser; fato mobilizador de uma relação paradoxal entre gozo e sofrimento. Esse sintoma psíquico, que escapa ao entendimento daquele que sofre, faz com que o corpo responda com efeitos colaterais, dentre os quais se destacam: insônia, estresse, ansiedade, hostilidade, irritabilidade, entre outros, os quais levam os fumantes em processo de desligamento do vício a recorrência de retorno ao hábito do fumo.

Segundo Berlinck (2009), é preciso nos sintomas encontrar um sentido, isto é, compreender uma maneira de traduzi-lo. O sintoma tem, pois, uma ligação com a história do sujeito que o produz, está relacionado à sua verdade subjetiva, que simboliza seu sofrimento psíquico, muito além do tabaco; esse se torna o objeto para o qual se direciona a busca sentida como dando significação a sua vida. Diante disso,

pode-se apontar a necessidade do sujeito ressignificar seu sintoma, para desvelar sua verdade psíquica, e assim se implicar com a ocupação do tabaco em sua vida.

A equipe de psicologia trabalha no sentido de provocar no sujeito uma implicação que o mobilize rumo à ressignificação de seu sintoma, tendo em vista que há uma ligação coma história do sujeito que o produz, relacionando-se à sua verdade subjetiva, que simboliza seu sofrimento psíquico, muito além do tabaco. Este último transforma-se no objeto para o qual direciona-se a busca, como sendo o objeto motor, de dar significação à sua vida. Dessa forma, a ressignificação é imprescindível para que esse sujeito se implique sobre qual a parcela que o do tabaco exerce em sua vida e, como consequência, reelabore suas causas, fato que culmina na tomada de decisão para que o sujeito responda por sua escolha.

Nesse sentido, o projeto trabalha com o objetivo de acolher e proporcionar tratamento àqueles que estão tentando deixar o vício do tabagismo, utilizando-se de instrumentos e estratégias multidisciplinares dos saberes da saúde. Assim como, proporcionar um espaço no qual os usuários do serviço possam expressar seus sentimentos e angústias em relação ao abandono do tabaco, tendo como suporte tanto o grupo que passa pela mesma situação quanto o grupo facilitador, discentes e docentes. E também, favorecer a discussão entre os participantes sobre o significado do tabagismo em suas vidas, assim como o efeito do mesmo nas suas relações sociais e na vida daqueles que o cercam, como familiares e amigos. As discussões levantadas em grupo, abarcam problemáticas para além do cigarro, tocando questões relacionadas à múltiplos fatores e dimensões da vida desse sujeito.

Metodologia

As intervenções ocorrem no Hospital Alcides Carneiro (HU - CAESE) localizado na rua, Carlos Chagas, na Cidade de Campina Grande/PB, e gerido pela Universidade Federal de Campina Grande.

No primeiro encontro são ministradas palestras com o grupo de pacientes e tratase da apresentação de todas as especialidades da equipe multidisciplinar. São transmitidas informações acerca do tabaco e fatores relacionados à dependência, bem como apresentada a proposta de trabalho específica de cada equipe.

O segundo encontro é realizado oito dias após a palestra e consiste na aplicação de questionários por parte das equipes. No que compete a equipe de psicologia é efetuada

a coleta de informações por meio de um questionário semiestruturado. São colhidas informações, sócio demográficas, observado o grau de dependência, a disponibilidade para participação no grupo de Psicologia e a inserção nas demais equipes do projeto.

Após quinze dias da aplicação dos questionários, dão-se início aos retornos (encontro multidisciplinar) durante o tratamento, é o espaço utilizado pela equipe para obter informações acerca do processo medicamentoso e de participação nos grupos e ocorrem quinzenalmente no período de três meses. O grupo de psicologia trabalha na perspectiva da escuta psicológica que se caracteriza pelo espaço aberto à fala dos participantes, em que se trabalha, via dinâmicas ou fala livre, os desejos referentes ao uso do tabaco, relacionando aos fatores que implicam o seu uso. Utiliza-se a modalidade de grupos de acolhimento, visto como ações que se destinam ao encontro de indivíduos com problemas semelhantes, dispostos a compartilhar suas experiências pessoais e a se engajarem no desenvolvimento de um processo contínuo de enfrentamento de uma problemática (SCHOPLER E GALINSKY (1993), apud GUANAES E JAPUR, 2001). Assim, através desses grupos, o usuário do serviço pode falar sobre sua história com o cigarro e a angústia que esse objeto lhe causa, tendo assim, a possibilidade ressignificação deste objeto em sua vida.

Para registrar as intervenções foram usados diários de campo, onde os extensionistas registram as intervenções, também como falas que emergem dos discursos dos sujeitos que compõe o grupo, na tentativa de identificar os significantes que circulam nas falas.

Resultados e Discussão

Através da aplicação do questionário sócio demográfico foi possível averiguar que o grupo escolhido como fonte para o presente trabalho, era composto por dezessete participantes que tinham idade entre 21 a 70 anos. 41,2% dos participantes eram do sexo masculino e 58,8% do sexo feminino. No que tange a renda mensal: 47,1% apresentaram renda mensal menor ou igual um salário mínimo; 41,2% entre dois a três salários mínimos e 11,8% com renda mensal superior a três salários. 100% dos participantes residiam no município de Campina Grande-PB. No que diz respeito ao grau de escolaridade: 58,8% possuíam nível escolar fundamental; 17,6% nível escolar médio e 23,5% apresentaram ensino superior. Em relação ao estado civil: 47,1% eram casados ou viviam com companheiro(a); 35,6% eram solteiros; 11,8% divorciados/separados e 5,9% viúvo(a).

Foram realizados seis encontros de acordo com o cronograma do programa, em que aconteciam discussões realizadas mediante as questões trazidas pelo grupo, onde os sujeitos interagem através das falas dos colegas. No primeiro encontro os alunos extensionistas e os pacientes se apresentaram, nesse primeiro momento firmou-se com o grupo um contrato simbólico sobre horários, frequência, importância de respeitar a fala do colega, os extensionistas expuseram aos membros do grupo que aquele era um espaço para eles falarem sobre o que desejarem e quem sentisse a necessidade poderia solicitar atendimento individual. Em seguida foi solicitado que os sujeitos falassem sobre sua relação com o cigarro e o que motivavam seu desejo de abandonar o tabaco.

Nos encontros seguintes o grupo sempre começava com os extensionistas perguntando como os participantes estavam no dia e como se sentiam desde o último encontro. Pelo tempo de duração da intervenção e nível de interação dos pacientes, não foi aplicado nenhuma dinâmica específica neste grupo e as intervenções sempre aconteciam através dos discursos trazidos pelos participantes.

Os encontros realizados com o grupo permitiram colher fragmentos das falas dos pacientes sobre seus sentimentos, angústias, estratégias, dificuldades e a importância do grupo de psicologia para o processo de abandono do objeto tabaco. No que tange ao tema vergonha/ constrangimento:

Quadro 1: Vergonha/constrangimento

“existe preconceito com o fumante porque alguém acende cigarro, ele faz sinal que tá fedendo”;

“já passei vergonha por causa do cigarro”;

“Meu filho diz que eu fico fedendo a cigarro, eu fico com vergonha”;

“As pessoas saem de perto, tampam o nariz”

O quadro acima ilustra que os participantes se sentem constrangidos e envergonhados diante das reações das pessoas e que por vezes no próprio âmbito familiar ocorre situações que despertam tais sentimentos. No entanto, não conseguem se desligar do gozo mortífero que estão imersos e abandonar o objeto tabaco. Não raramente, os participantes falam nas questões relativas ao cheiro e que sentem vergonha, pois sabem que o “cheiro do cigarro fica impregnado na pele” e relata o quanto se sentem bem quando deixam de fumar, pois recebem “abraços e cheiros” das pessoas próximas, algo que não acontecia.

Quadro 2: surgimento da falta e estratégias para lidar com esta.

“Tô com fome? Eu como. Deu vontade de fumar? Eu vou lá e como”;

“Se visse que ia fraquejar eu tinha colocado o remédio na boca”;

“durmo mais para não fumar”.;

“Deu vontade de fumar eu chupo uma bala”;

“Eu sempre tomo agua quando eu sinto vontade de fumar”;

“Tem que mudar o pensamento”

“É como se eu tivesse convivido durante 10 anos com uma pessoa, como se tivesse morrido”;

“é como se tivesse faltando alguma coisa”;

A ausência do objeto tabaco, causa angustia aos sujeitos que fazem uso deste, portanto no processo de abando é comum os sujeitos relatarem a tentativa da substituição do objeto por outras coisas “menos prejudicial”. Como o quadro ilustra, as estratégias que os pacientes utilizam é sempre na tentativa de preencher o lugar da falta, causado pelo abandono do cigarro. A equipe de psicologia surge como suporte, para os sujeitos se sentirem amparados e aprenderem a lidar com essa falta, dentro do que é possível para cada um, em sua subjetividade. Ao longo das intervenções, são problematizadas essas colocações, na tentativa dos sujeitos construir saídas para lidar com a falta desse objeto, de forma a proporcionar uma responsabilidade frente as suas escolhas e a da suporte na elaboração do luto, tendo em vista que toda perda, constitui um luto em torno do objeto perdido

Quadro 3: Dificuldades no abando do tabaco

“Meu pai ta doente e precisa ser internado, ai pronto, já é motivo de preocupação e eu acabo fumando”

“Toda vez que eu me estresso, acabo fumando”

“Eu me sinto muito só, o cigarro acaba sendo uma distração”

“eu não tenho esposa, não tenho filho, vou deixar de fumar para quem?”

Os pacientes sempre relacionam as dificuldades de abandonar o tabaco as questões do dia, a dia. É frequente nas intervenções ao se problematizar qual a função do cigarro na

vida dos sujeitos, relatos em que o tabaco ocupa lugar de fuga das adversidades enfrentadas na rotina diária, também como, objeto para amenizar as angustias. Nesse sentido é problematizado a partir das falas que circulam no grupo, quais possíveis meios de lidar com as angustias que emergem das questões subjetivas ao invés do uso do objeto cigarro.

Quatro 4: Importância do grupo e das intervenções psicológicas para o processo de abandono

“A medicação por si só não ajuda, se não tiver o apoio do grupo”

“o meu caso não é nem tanto a questão química, mas a psicológica”

“Eu não posso tomar a medicação, mas a psicologia ajuda muito”

“Eu só tenho a agradecer a vocês, por nos ajudar”

“Porque a gente não quer fumar aqui e quando sai sente vontade? „é porque tá com a mente distraída“.”

Ao encontrar no grupo de psicologia o apoio emocional dos demais participantes e um espaço onde serão escutados e acolhidos em sua angustia, algumas falas dos usuários apontam para a vontade de não fumar, quando estão no grupo como ilustrado acima. Outros ainda relatam que a medicação por si só não funciona de forma efetiva e que se sentem muito ansiosos e angustiados, mas com o suporte do grupo é possível lidar com esses sentimentos, pois têm onde falar sobre o processo de abandono e como se sentem. No sexto e último encontro foi realizado o fechamento do grupo, os participantes falaram como foi a experiência de ter passado pelo processo de abandono do objeto cigarro e como ilustrado acima, algumas falas giraram em torno de agradecimentos e reconhecimento das intervenções psicológicas durante o círculo do grupo. Nesse grupo os dezessete participantes ao final haviam parar de fumar.

Conclusão/Considerações Finais

A prática da equipe de psicologia apresenta relevância significativa, tendo em vista que oferece à comunidade um espaço para que os sujeitos possam falar sobre suas angústias e dificuldades em relação ao abandono do cigarro, uma vez que o hábito de fumar não causa única e exclusivamente uma dependência química e/ou orgânica, mas

também psicológica. A contribuição dada pela equipe, no tratamento antitabagista têm-se configurado muito consequente e, são apontadas nas estatísticas de abstinência ao final de cada ciclo, além de constar nos depoimentos dos próprios usuários.

Os espaços proporcionados são, como já expostos, oferecidos na perspectiva de acolher conflitos e questões pessoais que envolvem o sujeito que tem o hábito de fumar. Através do trabalho realizado pela equipe de psicologia, é possível perceber que os resultados têm sido positivos ao propiciar suporte e acolhimento aos sujeitos frente ao seu sofrimento psíquico diante do abandono do objeto cigarro.

Com o decorrer dos encontros o grupo apresentou, uma evolução em relação à construção de diálogos e trocas de experiências frente à problemática do tabagismo, produzindo importantes discussões em relação ao significado que o tabaco ocupa ou ocupou em suas vidas, permitindo que novas possibilidades fossem pensadas a partir de sua retirada. As intervenções contribuíram oferecendo um suporte psicológico que nem sempre é oferecido pelos serviços de saúde, sendo este um fator de extrema relevância, também como, contribuindo para o número crescente de sujeitos que abandonam o tabaco no país, indo de encontro com dados apresentados pelo Ministério da Saúde.

Referências Bibliográficas

BERLINCK, M. T. **O método clínico: fundamentos da psicopatologia**. Rev.

Latinoam. Psicopat. Fund.,12 (3), 2009.p.441- 444

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, Organização Mundial da Saúde**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 76p.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo: Um Grave Problema de Saúde Pública**.1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

GUANAES, C; JAPUR, M. **Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico**. Psicologia Reflexão e Crítica.v.14.n.1. Porto Alegre, 2001.

MEIRELLES, R. H. S. **Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado**. Acesso em: http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/03.pdf. Acesso em: 23 jun. 2012.

FREUD, S. A dinâmica da transferência, *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.



_____. Sobre o início do tratamento, *Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

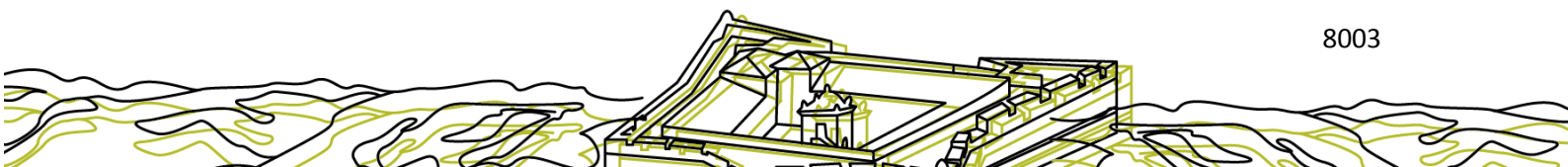
_____. Recordar, repetir e elaborar, *Obras Completas de Sigmund Freud*.v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Observações sobre o amor transferencial, *Obras Completas de Sigmund Freud*.v.XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

DIAS, Mauro Mendes. AIDS. *Impulso Revista de Ciências Sociais e Humanas*. v. 13. n.32. 2002. 175p.

ALONSO, S.L. A *escuta psicanalítica*. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pes35/35Alonso1.htm>. Acesso em: 23 jun. 2012.

QUINET, A. *As 4+1 Condições da Análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.





ABORDAGEM DO AUTISMO POR MEIO DA PSICANÁLISE

Área Temática: Saúde.

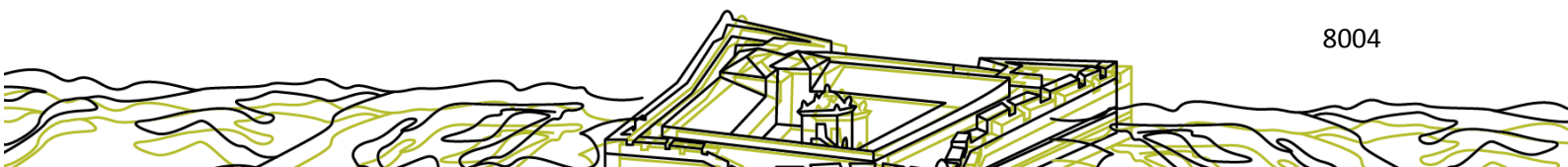
Ana Carolina Alves Moreira¹; Jacicarlos Lima de Alencar²

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Resumo

Introdução: O autismo é um transtorno global do desenvolvimento caracterizado por um déficit do desenvolvimento em um dos três domínios: interações sociais, comunicação, comportamento. Esse transtorno apresenta ainda outras manifestações, como fobias, perturbações de sono ou da alimentação ou agressividade. Por meio dos ensinamentos de Freud e Lacan, questionamo-nos, a partir da clínica do autismo sobre como podemos aprender com o autista, alargando os conceitos de linguagem, significante e objeto, para não recuarmos clinicamente diante da particularidade de cada criança. Aprender a partir da psicanálise implica assumir uma falha no saber e, a partir desta, construir abordagens específicas a cada paciente. As crianças nos ensinam, primeiramente, que qualquer saber universitário determinado é, no mínimo, vão. Nesta via, propomos pensar a base em psicanálise não para reparar os impasses com os quais nos deparamos, mas para aprender com eles, bem como adequar os conceitos da psicanálise. O autismo nos faz questionar conceitos sedimentados, adquiridos, já como um consenso ou com uma inteligibilidade e nos mostra que é possível uma reestruturação do saber. **Métodos:** Acompanhou-se crianças autistas, através de visitas domiciliares semanais. A investida baseou-se na busca de interações por meio de, principalmente, brincadeiras. **Resultados:** Essa interação ensinou que uma metodologia “programada” era convertida em atividades espontâneas conduzidas inconscientemente pela própria criança, que levavam a um resultado, na maioria das vezes, melhor do que o esperado. **Conclusões:** A clínica do autismo exige que se questione a teoria a partir da abordagem do real, contemplando as bases psicanalistas, não nos prendendo a elas. Uma abordagem préestabelecida, na maioria das vezes, é quebrada pelo ritmo intrínseco de cada criança e de cada momento em si. Assim, os avanços e resultados a

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), graduação em Medicina; ² Universidade Federal da Paraíba (UFPB), coordenador do projeto de extensão Intervenção Precoce: Prevenção do Autismo e professor no curso de Medicina.



serem alcançados no acompanhamento realizado são imprevisíveis e, ao mesmo tempo, surpreendentes.

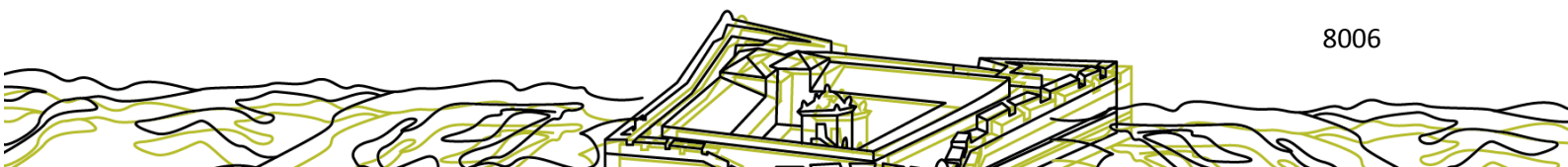
Palavras-chave: autismo; psicanálise; psiquiatria infantil.

Introdução

O autismo é o nome popular para Transtorno do Espectro Autista (TEA), sendo enquadrado, de acordo com a classificação do CID-10, no capítulo F84 – transtornos globais do desenvolvimento. É chamado de espectro por ser a delimitação de determinadas características que acometem pessoas com esse transtorno, uma vez que não há moldes bem definidos para o mesmo. De maneira geral, é caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, apresentando uma perturbação característica no funcionamento dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de outras manifestações inespecíficas, como fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade. O mais marcante, sem dúvidas, é o não contato visual, podendo ser identificado ainda nos primeiros meses de vida.

Nas últimas décadas, a incidência de diagnósticos de autismo aumentou consideravelmente em todo o mundo. Ainda se avalia a consistência desse aumento, visto que muitas crianças que recebem a confirmação do diagnóstico apresentam, na verdade, outros transtornos, sendo os mais comumente confundidos os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Essa classificação equivocada acontece, em grande parte, por conta dos sintomas e sinais característicos do TEA, como, por exemplo, os comportamentos repetitivos e a dificuldade de interação social. A causa do autismo ainda é uma incógnita para pesquisadores em todo o mundo. Teorias acerca disso já foram propostas por diversos estudiosos sem que, contudo, conseguissem comprová-las. Hipóteses relacionadas a hormônios masculinos já foram levantadas, já relacionaram o transtorno à produção de ocitocina, entre outros fatores intrínsecos, sendo todos ou inconclusivos ou provados como negativos. Vale ressaltar que a ocorrência desse transtorno é bem maior no sexo masculino, sendo a proporção de 4 meninos para cada 5 crianças autistas. Esse fato foi o que levou vários pesquisadores a acreditarem em uma causa hormonal. Ademais, causas externas também já foram propostas, como, por exemplo, no Reino Unido em 1998 quando um médico publicou uma pesquisa que afirmava ser a vacina contra rubéola, caxumba e sarampo (ministrada aos 12 meses nos bebês) a causadora de autismo nas crianças. Esse ocorrido, que provocou até a diminuição da imunização das crianças no país, levou à cassação do médico Wakefield, após a confirmação de inúmeras falhas na pesquisa, entre outras

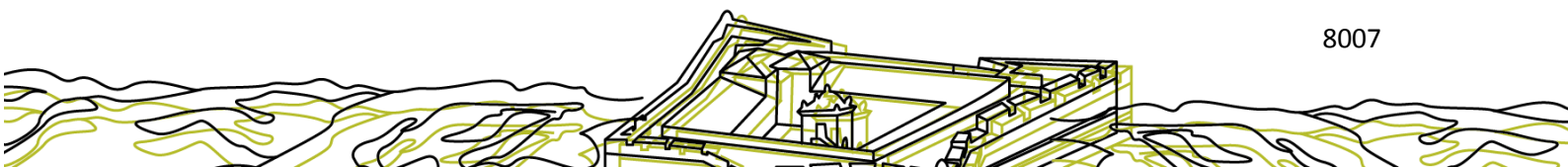
fraudes. Contudo, atualmente, para essa linha organicista, acredita-se que o principal fator envolvido seja uma predisposição genética, aliada a possíveis causas no sistema nervoso. Em relação a esse desconhecimento científico, quando os pais e/ou parentes recebem o diagnóstico da criança como autista, a angústia aumenta frente ao “não saber”. Logo, os pais/responsáveis constituem uma importante parte do autismo, devendo ser, sempre que possível, incluídos no plano de acompanhamento e/ou tratamento. Para a psicanálise, a causa do autismo estaria relacionada a um desequilíbrio da função materna (normalmente exercida pela mãe da criança, mas não necessariamente) e da função paterna (normalmente exercida pelo pai). Após o nascimento, a criança vira o objeto de desejo da mãe, e vice-versa, onde a mãe passa a viver para suprir todas as necessidades e desejos do bebê. Dessa forma, este se torna uma extensão dos próprios desejos da mãe, fazendo-se necessária a presença de uma figura capaz de quebrar essa ligação, no caso um terceiro (a função paterna), possibilitando a formação do sujeito na criança. No período entre 6 e 18 meses, principalmente, de acordo com a teoria dos espelhos proposta por Lacan, é a fase em que o bebê deixa de ser o objeto de gozo da figura materna e passa a se enxergar no Outro, sendo esse o início de sua identidade psíquica, construindo-se como sujeito. Quando esse processo não se consolida, há o surgimento da psicose autista. Quanto ao tratamento, não há uma abordagem farmacológica bem delimitada, principalmente pelo desconhecimento de uma causa orgânica em si. Deve ser realizado um acompanhamento profissional da criança, em busca de reduzir os impactos dos sinais e sintomas na capacidade de se relacionar e na sua inserção social. Por isso o diagnóstico precoce é muito importante, bem como a intervenção precoce. O acompanhamento do psicanalista pode ser integrado ao neurologista, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, fonoaudiólogo, pediatra e/ou terapeuta ocupacional, desde que necessário e que não seja danoso ao paciente. É importante lembrar que os pais e/ou responsáveis também recebam acompanhamento profissional, principalmente quando a criança não apresenta avanços ou os apresenta lentamente. Os avanços observados são individuais e bastante imprevisíveis, podendo ser extremamente destoantes de um caso para o outro. Sabe-se que crianças com sinais de autismo podem apresentar dificuldades para organizar as sensações do mundo exterior, ou seja, para ela, pode ser complicado sentir o toque de forma repentina, gerando reações inesperadas; podem não gostar de pessoas muito próximas; sentir aversão ou excesso de vontade de sentir o movimento, caracterizando, muitas vezes, problemas de modulação sensorial (SMITH et al., 2005). Em algumas situações podem se sentir incomodadas com luz forte e com diferentes sons, seja de crianças brincando na escola ao seu redor, ou mesmo de um ventilador. Há casos em



que é importante o planejamento de um tipo de “dieta sensorial” que nada mais é do que fornecer estimulação sensorial variada ao longo do dia, usando atividades simples que podem ser incorporadas nas atividades da criança bem como nos momentos de brincar com os pais. Além desta orientação teórica voltada para a psicanálise, as sessões de terapia, tanto as realizadas pelos estudantes na própria residência dos pacientes, quanto as realizadas pelo coordenador em sala de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, são embasadas nas propostas do modelo DIR/Floortime, proposto por Greenspam (2007) e pelo SonRise, programa criado por pais de uma criança com autismo que vêm sendo muito usado na prática clínica de profissionais que lidam com as crianças e pais de autistas. Busca-se através do seu uso, também fornecer evidências de sua eficácia, apoiando nossas ações na tríade ensino-pesquisa-extensão.

Este projeto articula ensino, pesquisa e extensão na medida em que possibilita as aplicações dos conhecimentos teóricos em um campo de extensão que atende a comunidade local. Na cidade de João Pessoa praticamente inexitem estruturas para o acolhimento e tratamento do autista. Faz-se, portanto, urgente chamar a atenção dos poderes públicos e das instituições de saúde mental para esse problema do autismo. Além da penúria de estruturas de acolhimento do autista, os tratamentos que existem atualmente estão mais situados do lado do educativo do que do psicológico e subjetivo. Como tratar o autismo é uma questão que vem sendo objeto de debates e controvérsias entre os partidários de uma causalidade orgânica e os defensores da corrente que considera o autismo um distúrbio psicogenético. Considerar orgânico quer dizer considerar como incurável, decorrendo-se, então, que o tratamento seria meramente educativo, visando adaptar a criança à convivência com os outros. Considerar psicogenético implica a possibilidade de tratamento subjetivo, visando, assim, instaurar o funcionamento psíquico e até mesmo a cura do autismo precocemente. Esse Projeto é de importância fundamental para a atenção à infância desfavorecida, visando prevenir riscos de doenças mentais futuras, sendo uma das formas mais eficazes e menos dispendiosas de prevenção, além de uma maneira inovadora de participar da atual política de humanização dos hospitais.

A partir do contato com crianças autistas torna-se possível verificar como o comportamento da criança autista tem a ver com a relação com o outro, e desmistificar a divulgação errônea e jamais comprovada até hoje de que o autismo tem origem genética ou orgânica. Em se tratando da relevância social, sabe-se que a prevenção é fundamental para a evolução dos sistemas de saúde em geral. Os países desenvolvidos dedicam especial atenção a essa questão, na medida em que foi evidenciado que perturbações precoces podem ter graves conseqüências no equilíbrio futuro de uma



criança. Essas consequências atingem tanto a criança, quanto a sua família e a sociedade, causando um enorme sofrimento para as pessoas. Nosso trabalho procura identificar sintomas do autismo precocemente e uma equipe interdisciplinar tenta intervir, no sentido de evitar que esses sintomas se instalem permanentemente, prejudicando o desenvolvimento da criança. No que diz respeito aos distúrbios psíquicos a psicanálise revela que quanto mais grave é o distúrbio, mais arcaica é sua origem na história do sujeito.

Nosso trabalho se baseia nas teorias sobre a constituição subjetiva, que se elaboraram a partir das concepções teóricas de Freud e que foram enriquecidas pela contribuição de numerosos autores. Por meio dos ensinamentos de Freud e Lacan, questionamos-nos, a partir da clínica do autismo sobre como podemos aprender com o autista, alargando os conceitos de linguagem, significante e objeto, para não recuarmos clinicamente diante da particularidade de cada criança. Sobre o saber, Lacan distingue o saber referencial do textual. O primeiro corresponde àquele sobre o qual se aprende, aquele que é estudado. O textual concerne ao saber inconsciente, que podemos analisar e promover transformações na maneira de apreender o saber referencial, de modo a subjetivá-lo. Aprender a partir da psicanálise implica uma relação com o saber que assume a falha no saber e, a partir desta, a construção de uma abordagem específica a cada paciente. Assim, no lugar do não saber, a clínica do autismo acaba por também nos ensinar. As crianças nos ensinam, primeiramente, que qualquer saber universitário determinado é, no mínimo, vão. Nesta via, propomos pensar a base em psicanálise não para reparar os impasses com os quais nos deparamos, mas para aprender com eles, bem como adequar os conceitos da psicanálise, para que um saber-fazer possa ser construído a partir das respostas de cada criança. O autismo nos faz questionar conceitos sedimentados, adquiridos, já como um consenso ou com uma inteligibilidade e nos mostra que é possível uma reestruturação do saber e um amplo aprendizado.

Metodologia

A metodologia se baseia, essencialmente, na observação e análise dos casos que são confrontados com as questões teóricas relativas aos aspectos de que tratamos. O modelo de observação é inspirado na descrição dos sinais de sofrimento precoce repertoriados por Graciela Créspin em seu livro 'Clínica precoce: nascimento do humano' (CUUILERECRESPIIN,2004). Observa-se assim a relação entre o autista e sua mãe ou entre ele e o mundo, permitindo-nos ter uma ideia ora do sofrimento psíquico pelo qual passa, ora das dificuldades relacionais que pode haver entre ele e a mãe. Em geral, as

crianças com sinais precursores de autismo chegam primeiro nos serviços de pediatria e neurologia. Assim, após a triagem desses casos, cada aluno acompanhou uma criança autista, através de visitas semanais na residência das mesmas. A investida baseou-se na inserção do aluno na rotina da criança, buscando interações por meio de, principalmente, brincadeiras, inspiradas nos métodos Floor Time e no método dos 3I. O observador (nesse caso o estudante ou o coordenador) não deve se posicionar como mestre da criança autista, isto é, como detentor do saber. Essa postura de “não saber” permite que a criança deixe de ser o objeto do Outro e passe a ser o sujeito, podendo até desenvolver a capacidade de dizer “não”, rejeitar. Assim, cabe a quem promove esse acompanhamento, a sensibilidade de agir de maneira a não ser muito invasivo, nem tão distante, a ponto de ser capaz de instigar a interação progressiva com a criança, permitindo o estabelecimento de uma transferência. Isso pode ser mais facilmente alcançado através de brincadeiras ou práticas capazes de introduzir o profissional no próprio “mundo” daquela criança. Entende-se o lugar do brincar na vida da criança considerando inclusive a relação do brincar com o prazer, a descoberta, o domínio da realidade, a criatividade e a expressão (FERLAND, 2006). Deve-se sair do tradicional silêncio em busca da interação do paciente, em busca da construção de uma linguagem. O objetivo principal é conseguir inserir a criança num contexto psicossocial mais amplo, a fim de alcançar, posteriormente, sua autonomia na vida adulta, ou o mais próximo disso. Concomitantemente, semanalmente, aconteciam reuniões de supervisão com o coordenador do projeto, para troca de experiências, informações e resultados entre o atendimento realizado na puericultura com o coordenador e as visitas residenciais realizadas pelos estudantes. A abordagem psicanalítica do autismo infantil reflete, portanto, a preocupação com a prevenção primária na constituição do sujeito. Procurando reconhecer o sofrimento psíquico do paciente, essa forma de tratamento evita medicamentos pesados durante a vida toda, que não curam e causam uma enorme angústia e muitos transtornos para a criança e sua família. Nessa perspectiva é que esse trabalho se mostra importante no reconhecimento da identificação e conduta terapêutica de crianças em sofrimento psíquico, e particularmente com autismo. Outro ponto de ação direta e indireta do projeto é o desafio de abranger também os pais e responsáveis dessas crianças. Como já vimos, para a psicanálise, a função materna configura-se como fator determinante no surgimento e na progressão desse espectro. Assim, abordarmos a relação familiar estabelecida com os demais membros da residência é de fundamental importância. Ainda nesse panorama, o desconhecimento de uma causa orgânica associado à improbabilidade de um prognóstico exato gera não só um desconforto aos pais, mas uma preocupação e tristeza que evoluem,

majoritariamente, para um sofrimento. Por isso trabalhar uma terapêutica que abrace os pais ou familiares é indispensável para o sucesso do tratamento.

Resultados e Discussão

Os resultados giram em torno de uma melhora da compreensão linguística da criança; melhora nas relações afetivas com pais, irmãos, familiares, profissionais escolares e outros; melhora da pronúncia de palavras; melhora da consciência corporal. Ao longo do projeto, temos exemplos de crianças que chegaram com a fala e a comunicação interpessoal extremamente comprometidas, mas, que com o decorrer do tempo, a partir da metodologia trabalhada, forma apresentando avanços graduais, inicialmente elaborando frases, músicas e, alguns, apresentando até a habilidade de uma língua estrangeira. Na terapia realizada com o coordenador, na sala de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, podemos observar esses avanços, quando uma criança que chegou e inicialmente o “ignorava” e não interagia de nenhuma maneira com o mesmo, por exemplo, ao longo dos meses foi se permitindo interagir, alcançando a própria transferência psicanalítica. Nas vivências realizadas no ambiente familiar das crianças, também foi possível pontuar esses progressos. Crianças que no início não emprestavam brinquedos, não respondiam aos chamados, não correspondiam às brincadeiras e atividades propostas, acabaram por apresentar tal evolução, a ponto de chamarem os estudante para as brincadeiras, cantarolas com o estudante, responder aos chamados, obedecer e até mesmo se impor diante do mesmo. Com isto, a interação proporcionada ao estudante, ensina que uma metodologia “programada” era convertida em atividades espontâneas conduzidas inconscientemente pela própria criança, que levavam a um resultado ainda melhor. Assim, a condução do encontro extravasa um molde prático e ganha condução baseadas naquele contexto particular, trazendo resultados, na maioria das vezes, melhores do que os esperados. Podemos extrair dessa experiência a importante função do autista na própria construção do tratamento, mesmo que inconscientemente. A identidade do sujeito que há na criança é fundamental no direcionamento dos encontros e consultas, fazendo-nos perceber a individualidade em cada caso acompanhado. Enquanto em alguns casos havia uma melhor resposta a brincadeiras envolvendo músicas, em outros o encontro era melhor conduzido quando associado a brincadeiras corporais, por exemplo. Logo, uma estruturação prévia de abordagem à criança autista seria fática e não apresentaria o mesmo progresso que o observado. A maioria das crianças acompanhadas conseguiu construir um vínculo com o estudante que a acompanhava, bem como apresentaram

evoluções alcançadas naturalmente pelo desenrolar dos encontros, apenas pela relação construída com o estudante. Foram observados progressos no âmbito da comunicação verbal, corporal, desenvolvimento da personalidade e identidade, capacidade de opinar, de propor, conduzir e liderar atividades/brincadeiras e, ainda, na própria relação com os familiares e responsáveis.

Conclusão/Considerações Finais

Ainda hoje, vemos na prática médica, uma abordagem ao autismo muitas vezes restritiva, farmacológica e, de fato, pouco terapêutica. Esse fato acontece, principalmente pelo teor organicista predominante na medicina. O tipo de tratamento vai depender da concepção teórica na qual se coloca o profissional. Quando mais adepto à linha organicista mais o profissional direcionará o tratamento para a educação e medicalização. A psicanálise surge, nesse panorama, para qualificar e melhorar a abordagem a esses pacientes, adaptando-a ao contexto infantil, ao caráter psicossocial presente e ao envolvimento dos pais ou responsáveis, sendo a finalidade principal fazer emergir um sujeito. Nessa perspectiva é que esse trabalho se mostra importante no reconhecimento da identificação e conduta terapêutica de crianças em sofrimento psíquico, e particularmente com autismo. O estudo sobre a interação ou ausência de interação entre a mãe e o filho autista pode fornecer elementos para que uma intervenção precoce pela psicanálise possa fazer a criança entrar no mundo humano e até mesmo estabelecer uma convivência harmoniosa com a sociedade. Como é possível perceber, essas crianças autistas apresentam a demanda de um tratamento mais humano, individualizado e trabalhado psicologicamente. Se seguissemos um roteiro ou padrão na abordagem com todas as crianças, provavelmente teríamos maior dificuldade em alcançar avanços e melhores respostas nos pacientes. A clínica do autismo exige, em sua radicalidade, que se questione a teoria a partir da abordagem do real, na dimensão da escritura, contemplando as bases psicanalistas, entretanto, de forma não se prender a estas. Uma abordagem pré-estabelecida, na maioria das vezes, é quebrada pelo ritmo intrínseco de cada criança e de cada momento em si. Dessa forma, uma vez instituído o tratamento, seus efeitos só são identificados se observados de maneira paciente, persistente e prolongada. Mas é o acompanhamento prolongado que permite uma maior consistência no estudo científico, uma vez que proporciona a análise mais aprofundada do padecimento, além de um exame comparativo mais amplo entre os casos. Além disso, deve-se considerar que esses pacientes, muitas vezes, não frequentam as consultas de forma efetiva, o que dificulta ainda mais e prolonga ainda mais o tratamento, diminuindo inclusive as possibilidades de melhora do quadro. Assim, os avanços e resultados a serem alcançados no acompanhamento realizado são

imprevisíveis e, ao mesmo tempo, surpreendentes. É o que foi possível observar ao longo do projeto, uma vez que, a partir da condução espontânea dos encontros residenciais, a criança conseguia construir melhor um vínculo com o estudante e ampliar sua capacidade de se relacionar. Essa construção de um vínculo, de uma transferência, se constitui como nosso principal objetivo, já que a partir dela a criança desenvolverá sua capacidade de interagir, moldando sua comunicação interpessoal e, conseqüentemente, sua linguagem. Logo, podemos dizer que avanços tanto na linguagem e comunicação, quanto, principalmente, na interação social foram alcançados partindo de uma metodologia com embasamento psicanalítico, entretanto sem se deter exclusivamente aos moldes da intervenção psicanalítica em si, e transformando o autista em personagem ativo nas terapias, não restringindo-o a um personagem passivo sob o qual fazemos investidas unilaterais.

Referências

BERGÉS, J.; BALBO, G. Há um infantil da Psicose? Porto Alegre: CMC, 2003.

BOSA, Cleonice Alves. Autismo: intervenções psicoeducacionais. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.28, n.1, Maio, 2006.

CULLERE-CRESPIN, Graciela. A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERLAND.F. O modelo lúdico. 3ª Edição. Roca: São Paulo. 2006.

FREUD, A. O tratamento psicanalítico de crianças. Tradução de Marco Aurélio de M. Matos. Imago Editora, Rio de Janeiro, 1971.

JERUSALINSKY, A. Psicanálise do autismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

LAZNIK-PENOT, M.C. O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas. Coleção Psicanálise da Criança, Salvador-Bahia, Ágalma-Psicanálise, 1994.

LAZNIK-PENOT, M.C. Rumo à palavra três crianças autistas em psicanálise. São Paulo: Escuta, 1997.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E GERONTOLOGIA: OFICINAS DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL SOBRE FATORES QUE AFETAM O CONSUMO E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ/RN

Área Temática: Saúde

Vanessa Teixeira de Lima Oliveira¹; Amoyssa Araújo Ribeiro²; Alanne Sayonara Silva¹

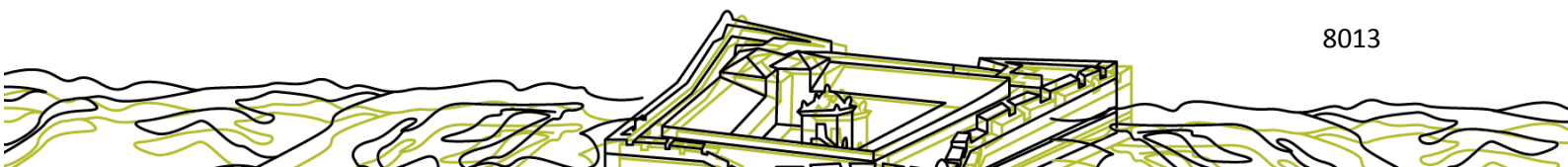
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Faculdade de Ciência da Saúde do Trairí (UFRN-FACISA)¹; Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Escola Multicampi de Ciências Médicas (UFRN-EMCM)²

Resumo

O processo de envelhecimento promove diversas alterações anatômicas e fisiológicas, por isso é necessário que se pense em estratégias que promova um estilo de vida mais equilibrado, harmonioso e com qualidade nos idosos. Entre elas, a alimentação deve ser levada em consideração, pois possui papel fundamental na saúde das pessoas, ajudando no controle e prevenção de doenças, promovendo a saúde e contribuindo para manutenção da qualidade de vida. Sendo assim o objetivo deste trabalho é realizar oficinas de educação nutricional, sobre fatores que afetam o consumo e o comportamento alimentar, com idosos frequentadores de Unidades Básicas de Saúde no município de Santa Cruz, no estado do Rio Grande do Norte. Para isso foi realizado um projeto de extensão, que atingiu aproximadamente de 150 idosos, no total, este aconteceu em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na zona urbana do referido município. Sua execução aconteceu por meio de quatro oficinas de educação nutricional, abordando os seguintes temas: 1) conhecimento sobre os grupos de alimentos e alimentação saudável; 2) conservação adequada de alimentos perecíveis e não perecíveis; 3) segurança alimentar; 4) opções saudáveis para preparar os alimentos. As oficinas ocorreram de forma dinâmica e interativa, utilizando recursos audiovisuais, como folders, panfletos, livros seriados, dinâmicas, peças teatrais, entre outros. Percebeu-se uma boa participação, por meios dos idosos, nos encontros. Os mesmos

¹ Universidade Federal do Rio grande do Norte, curso de Nutrição (UFRN)

² Universidade Federal do Rio grande do Norte, programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (UFRN).



interagiram de forma bastante ativa, participando dos momentos de dinâmica, das rodas de conversa sobre os assuntos expostos, opinando e trazendo questionamentos sobre as temáticas. Sendo assim, percebeu-se que estas oficinas permitiram um bom compartilhamento de informações e proporcionaram troca de experiências e saberes, entre os idosos, o que ajudou na promoção de conhecimento, estimulando que os mesmos pudessem adquirir hábitos e comportamento mais adequados no âmbito da alimentação.

Palavras-chave: Idosos; educação em saúde; alimentação; nutrição.

Introdução

A população idosa tem aumentado de forma significativa ao decorrer do tempo, este grupo tem sido uma parte bastante representativa da população brasileira, atingindo cerca de

190.755.199 milhões de pessoas, segundo dados do censo demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Sabendo que o próprio processo de envelhecimento traz consigo inúmeras alterações anatômicas e fisiológicas, é importante que se pense em estratégias que levem os idosos a viverem um estilo de vida mais equilibrado, harmonioso e com qualidade (SILVA et al., 2011). Várias ações para a promoção da saúde podem ser realizadas com esta população, afim de diminuir os fatores de risco para doenças crônicas e influenciar na capacidade funcional, para que tenham melhores condições de saúde (MOREIRA et al., 2013).

Atitudes que podem contribuir para uma qualidade de vida em idosos são aquelas relacionadas à adoção de hábitos saudáveis em geral tais como: prática de atividade física, hábitos alimentares adequados, bom convívio social, entre outros. A preocupação com a alimentação deve ser incentivada uma vez que sabe-se que uma dieta equilibrada e adequada possui um papel fundamental na saúde de um indivíduo, ajudando no controle e prevenção de doenças, contribuindo para manutenção do seu bem-estar (OLIVEIRA, 2009; SILVA, 2011).

A alimentação deve ser observada tanto em relação a sua qualidade nutricional, com escolhas alimentares saudáveis e equilibradas, de forma a garantir a segurança alimentar e nutricional do indivíduo, preservando sua saúde. Como também, no sentido de sua seguridade higiênica e sanitária, para a qualidade dos alimentos, garantido sua

adequada conservação e prevenindo o crescimento de microorganismos que podem comprometê-los e afetar o organismo de quem os consome (LEÃO, 2013; SILVA; SILVA; BESSERA, 2012). Uma vez que a alimentação está inteiramente ligada à vida do indivíduo, bem como a questões relacionadas à sua saúde, se faz importante levar informações relevantes sobre a mesma, a população, de forma a promover maior entendimento a seu respeito, e ajudar para que esta seja utilizada de forma benéfica para o organismo. Para que haja essa conscientização sobre alimentação, é importante um incentivo a promoção da saúde por meio da educação nutricional (CUNHA, 2014).

A educação nutricional deve explorar os conteúdos cotidianos e indica-se sua condução de forma dinâmica e participativa. Uma forma favorável para o aprendizado sobre alimentação saudável é a realização de atividades participativas em ambiente social (SILVA, 2015).

Visto o exposto, percebe-se a necessidade de proporcionar informações sobre questões alimentares, por meio da educação nutricional, a população idosa, devido à importância da mesma para a saúde e qualidade de vida deste grupo. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi realizar oficinas de educação nutricional, sobre fatores que afetam o consumo e o comportamento alimentar, com idosos frequentadores de Unidades Básicas de Saúde no município de Santa Cruz/RN.

Metodologia

O projeto se destinou a população idosa atendida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas na zona urbana do Município de Santa Cruz–RN, que abrange o total de cinco unidades. A execução do projeto aconteceu por meio de quatro oficinas educativas, e atingiu um número aproximado de 150 idosos em sua totalidade.

A elaboração e execução do projeto se desenvolveram em algumas etapas, inicialmente houve o planejamento do projeto, onde foram pensadas as principais dificuldades e dúvidas relacionadas ao consumo alimentar que poderiam afetar os idosos, e a melhor forma que estas poderiam ser abordadas, de maneira a transmitir o conhecimento necessário para saná-las. Sendo assim, foram pensadas oficinas educativas tratando sobre quatro temáticas principais, foram elas: 1) conhecimento sobre os grupos de alimentos e alimentação saudável; 2) conservação adequada de alimentos perecíveis e não perecíveis; 3) segurança alimentar; 4) opções saudáveis para preparar os alimentos.

Pensado isto, observou-se que a melhor maneira de atingir um maior número da população idosa da cidade, seria utilizando locais de serviço de saúde, uma vez que são bem frequentados por esse grupo, entre eles, as UBS que são porta de entrada e onde se há possibilidade de realizar ações neste sentido. Um momento de levantamento do número de idosos cadastrados nas cinco UBS foi realizado, com ajuda das próprias equipes de saúde dos locais, afim de conhecer melhor o público a ser atingido, bem como para haver uma preparação adequada das oficinas. Após isto, ocorreu um trabalho de divulgação do projeto na Secretaria Municipal de Saúde e em cada uma das unidades

Em um segundo momento, aconteceu à organização de cada uma das quatro oficinas. Onde foram confeccionados os materiais a serem utilizados, bem como o roteiro de execução das mesmas. Para isto, buscaram-se elaborar meios didáticos de transmissão de conhecimento, com recursos audiovisuais, como folders, panfletos, livros seriados, dinâmicas, peças teatrais, entre outros. O roteiro de execução das oficinas pode ser visto no Quadro 1.

A terceira etapa foi convidar a população idosa de abrangência das UBS. Para isto, foram afixados convites em cada UBS bem como foram entregues, por meio dos agentes comunitários de saúde, aos idosos em seus lares. Por fim, foram realizados os encontros, seguindo a ordem das quatro oficinas, por meio de rodízio, onde era realizada uma oficina em cada uma das UBS, quando todas houvessem passado por esta, iniciava-se a seguinte. Os encontros aconteceram nas próprias salas de espera das unidades, nas datas e horários préacordados em cada local.

Quadro 1: Roteiro das oficinas, do projeto de alimentação saudável e gerontologia.

OFICINA	TEMÁTICA	RECURSOS AUDIVISUAIS	ROTEIRO DE EXECUÇÃO
---------	----------	----------------------	---------------------

1 ^a	Conhecimento sobre os grupos de alimentos e alimentação saudável	Questionário inicial; Livro seriado sobre grupos alimentares; Pratos de papel; Figuras de diversos alimentos;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinâmica: montando o meu prato; 2. Explicação do assunto: conhecendo os grupos alimentares 3. Roda de conversa para esclarecimento de dúvidas;
2 ^a	Conservação adequada de alimentos perecíveis e não perecíveis	Mini geladeira; Mini armário; Figura de diferentes alimentos; Folder;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinâmica: como organizo a minha geladeira e armário? 2. Explicação do assunto: conservando adequadamente meus alimentos;
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Roda de conversa para esclarecimento de dúvidas; 4. Entrega dos folders; 	
3 ^a	Segurança alimentar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinâmica: microorganismos invisíveis; 2. Peça teatral e explicação do assunto: segurança alimentar; 3. Roda de conversa para esclarecimento de dúvidas; 4. Entrega dos folders; 	

4 ^a	Opções saudáveis para preparar os alimentos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Momento culinário: preparando meu sal de ervas; 2. Explicação do assunto: que opções saudáveis posso utilizar no meu dia a dia; 3. Roda de conversa: Benefícios dos chás e ervas para a saúde; 4. Roda de conversa para esclarecimento de dúvidas; 5. Entrega dos folders e receitas;
----------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

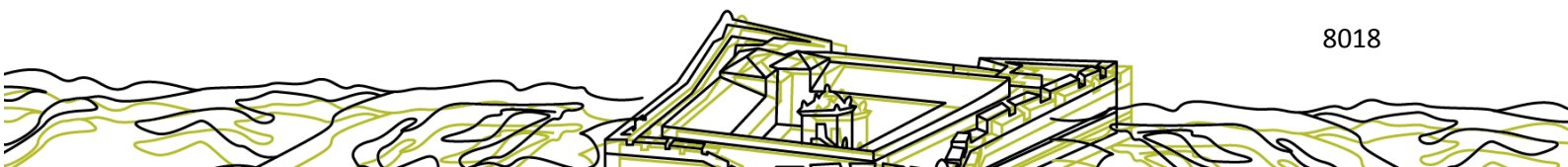
Fonte: autoria própria.

Resultados e Discussão

As oficinas educativas aconteceram de forma interativa, com participação dos idosos, gerando uma transmissão de informações e troca de experiências, sobre os temas abordados. Esta estratégia de Educação em Saúde se destaca como metodologia de ensino e aprendizagem, que facilita o diálogo, respeita e valoriza o saber e a vida de cada pessoa, e leva informações que pretendem ajudar no empoderamento do indivíduo para que este cuide de sua saúde (LACERDA et al., 2013).

Durante a primeira oficina, os idosos puderam conhecer melhor os grupos alimentares, e entender como estes poderiam compor a alimentação diária, de uma forma equilibrada e saudável, respeitando as quantidades indicadas pelo Ministério da Saúde (2008) para cada um dos grupos de alimentos. Esta oficina iniciou com uma dinâmica denominada “Montando meu prato”, para sua realização, os idosos foram divididos em grupos, e a estes grupos foram entregues um kit de material, que continha pratos confeccionados em cartolinas, e algumas figuras impressas de diversos alimentos que estão presentes na rotina alimentar da população. O intuito da dinâmica era que, cada grupo, montasse pratos referentes às três principais refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar, com aqueles alimentos que rotineiramente fossem consumidos por tais. Com a realização desta dinâmica, teve-se um apanhado geral do consumo alimentar dos participantes.

Após isto, o encontro passou para uma segunda etapa, onde o conteúdo temático da oficina foi explanado, para isto, utilizou-se o recurso de álbum seriado. Neste álbum, os



alimentos estavam separados em seus grupos, são eles: cereais, raízes e tubérculos; frutas; verduras e legumes; leite e derivados; carnes e ovos; gorduras; açúcares. Ainda foram indicadas as quantidades adequadas para o consumo diário, de cada um destes grupos, e de que maneira utilizá-los para montar pratos mais equilibrados, estimulando o consumo de alimentos mais saudáveis, como frutas, verduras e legumes, carnes sem gordura e cereais e integrais, e reduzindo aqueles mais prejudiciais como os ricos em gordura, açúcares e industrializados. Por fim, abriu-se um momento para esclarecimento de dúvidas a cerca do assunto exposto. Os idosos consideraram esse encontro muito proveitoso, pois apresentavam dificuldade em conhecer os alimentos, e saber as porções que deveriam consumir. Além disso, possuíam dúvidas de que alimentos preferir, principalmente durante o desjejum e jantar, para que tivessem uma alimentação equilibrada.

A segunda oficina tratou sobre a conservação adequada de alimentos perecíveis e não perecíveis. No primeiro momento, uma dinâmica foi realizada, onde uma mini geladeira e armário de papelão, e algumas figuras impressas de alimentos, que são armazenados nestes locais, foram apresentados os idosos. Nesta dinâmica, os idosos, indicavam em que compartimento da geladeira ou armário, o alimento mostrado era armazenado em suas residências. Após todos os alimentos terem sido afixados nos locais indicados pelos idosos, iniciou-se a discussão sobre o assunto de conservação dos alimentos, explicando onde cada alimento deveria ser armazenado, de forma a garantir que sua conservação fosse adequada, e não estimulasse o crescimento de microorganismos que pudessem comprometer sua segurança alimentar e características sensoriais “estragando” o alimento.

Também foram ensinadas formas de melhor controlar o armazenamento dos alimentos, como seguir a estratégia de reposição de alimentos respeitando a ordem de primeiro a vencer primeiro a sair (PVPS), de forma a evitar desperdícios. Seguida a explicação, foi direcionado um momento para esclarecimento de questões sobre o assunto. Muitas das dúvidas eram retiradas durante as próprias explicações, pois os idosos eram estimulados a participarem de forma ativa, podendo fazer perguntas e expor opiniões a qualquer momento, contribuindo para a construção do conhecimento de forma mais coletiva e dinâmica. Muitas dúvidas, como que alimentos deveriam ir para geladeira, como frutas, ovos, manteigas, entre outros, foram as mais levantadas pelos os idosos, e puderam ser sanadas neste encontro.

A terceira oficina trouxe o tema de segurança alimentar, assunto que faz parte do cotidiano das pessoas. Porém, muitas vezes não lhe é atribuída à relevância correta, por

falta de conhecimento da sua importância para a prevenção de doenças transmitidas por alimentos. A segurança alimentar trata de boas práticas que promovam a higienização, manipulação e preparo dos alimentos de forma adequada, que minimizem os perigos microbiológicos que são as principais causas de contaminação dos alimentos (VIDAL et al., 2011; BRASIL, 2004).

A dinâmica inicial deste encontro, denominada “Microorganismos invisíveis”, foi realizada sem aviso prévio os idosos. Pois seu intuito era demonstrar a transmissão de microorganismos através do contato com mãos contaminadas, porém que não se enxerga a olho nu, mas pode servir como contaminador tanto de indivíduo para indivíduo, como para objetos e ainda os próprios alimentos. Para esta dinâmica, se utilizou glitter cintilante, eles foram colocados nas mãos das condutoras da oficina, antes de entrar no local do encontro, no momento que estas chegaram ao local, passaram a cumprimentar todos idosos, com apertos de mãos, toques nos braços, transferindo o glitter de suas mãos para o corpo das outras pessoas. Ao final da oficina, foi indicado que os idosos reparassem em suas mãos e corpo, para que então estes percebessem que estavam com “sujos” com o glitter, sendo explicado então como a contaminação pode acontecer se não houver os cuidados com as boas práticas de higiene.

O momento de explanação da temática ocorreu através de uma peça teatral. Nesta as condutoras simulavam uma dona de casa em seus afazeres domésticos, com cenas referentes à higienização das frutas e verduras, a utilização de utensílios domésticos, e a higiene do ambiente. Contudo, as cenas iniciavam com a dona de casa realizando ações que não eram corretas, como por exemplo, lavando as frutas e verduras apenas com água corrente e sabão. As cenas iam sendo congeladas em determinados momentos, e os idosos eram questionados se aquela ação estava adequada ou se observavam algum equívoco quanto à maneira mais correta a ser realizada.

Neste momento, se abriu um espaço para discussão e onde o grupo podia relatar como agiam em suas casas, realizando essas tarefas cotidianas que iam sendo representadas no teatro. Após isto, a condutora explicava a maneira adequada de realizar a ação, tomando ainda como exemplo a higienização das frutas e verduras, foi ensinado como realizá-la de maneira adequada, utilizando solução clorada, sendo a cena então refeita, como realmente deveria acontecer, para que assim os idosos pudessem absorver melhor as informações. Percebeu-se que a utilização do recurso de peça teatral teve efeito bastante proveitoso, uma vez que captou bem a atenção do grupo, uma vez que retratava cenas do cotidiano, o que deixou os participantes mais a vontade para comentarem sobre o assunto, relatando suas próprias maneiras de realizar as ações

expostas. Além disso, os idosos informaram que realmente não sabiam ao certo como agir de forma de higienizar e manipular os alimentos de forma adequada. Sendo assim, o encontro surtiu efeito importante para que estes aprendessem a mudar os hábitos, e garantissem melhor qualidade higiênica a sua alimentação.

Por fim, a quarta oficina, tratou sobre opções saudáveis para preparar os alimentos. Nesta foram abordados dos tópicos, sendo a primeiro o preparo de sal de ervas, opção mais saudável que pode ser utilizada para substituir o sal de cozinha tradicional, no qual se utiliza diversas ervas secas e sal grosso, estes são triturados, e podem ser usados para o tempero dos alimentos, diminuindo o acréscimo de sal refinado as preparações. Esta receita foi pensada, uma vez que sabe-se que boa parte da população idosa sofre com a hipertensão arterial. O preparo desta foi realizado na própria oficina, e amostras foram entregues aos participantes, para que utilizassem em casa e posteriormente incorporassem a sua confecção e uso a rotina de preparação de alimentos.

O segundo tópico abordado foi à utilização de chás e ervas como forma de ajudar no tratamento de algumas questões de saúde, como problemas intestinais, de insônia, entre outros. Foi aberta uma roda de conversa, onde os idosos puderam relatar o que entendiam sobre esse assunto, bem como os chás que eram utilizados pelos mesmos, e a finalidade do uso. Então juntamente a fala de tais, foi explicado o efeito de alguns chás no organismo. Esclarecimentos sobre indicações e contra-indicações foram colocados, conforme dúvidas foram surgindo. O tema relacionado aos chás e ervas, foi o que mais chamou atenção dos idosos, provavelmente por fazer parte tradição e consumo destes para diversas condições de saúde, tradição esta que vem sendo passada por diversas gerações, e deve ser considerada. Foi perceptível que os idosos possuíam um conhecimento bem esclarecido sobre esse assunto, o que promoveu uma troca de saberes muito interessante.

Ao final de cada oficina, foram entregues folders contendo as principais informações sobre os assuntos expostos, para que os idosos pudessem levar para casa, facilitando a aplicação das mesmas no seu dia-a-dia.

Conclusão/Considerações Finais

Diante o exposto, é possível se afirmar que o projeto, desenvolvido por meio das oficinas de educação nutricional, conseguiu alcançar seus objetivos, uma vez que, promoveu momentos de compartilhamento de informações sobre alimentação, entre os

idosos. Além disso, também permitiu a troca de experiências e saberes entre os participantes, mostrando que não são somente aqueles que possuem o conhecimento científico detem o saber, mas sim todos podem ensinar e aprender algo.

Visto isto, pode-se afirmar que promoção da saúde através da educação nutricional e grande relevância, por permite levar informações importantes sobre diversos assuntos alimentares, que muitas vezes são dúvidas frequentes, e assim permitindo explorá-los e esclarecê-los favorecendo aprendizado da população.

Referências

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução – RDC N° 216, de 15 de Setembro de 2004. **Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2008.

CUNHA, L. F. **A importância de uma alimentação adequada na educação infantil**. 2014. 32p. Monografia (Pós-graduação em Ensino de Ciências). Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ibaiti, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

LACERDA, A. B. M. et al. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **Audiology Communication Research**. v.18, n.2, p.85-92, 2013.

LEÃO, M. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

MOREIRA, R. M. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil> uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**. v.16, n.2, p.27-38, 2013.

OLIVEIRA, S. A. **A Importância das Relações Sócio-Familiares na Promoção da Qualidade de Vida do Idoso**. 2009. 83p. Monografia (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília, 2009.

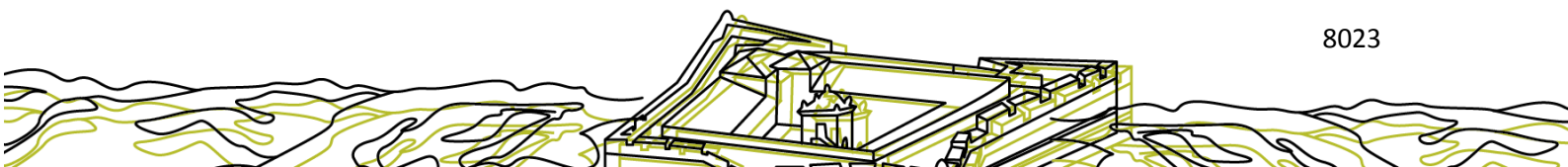
SILVA, A. V. S; SILVA, K. R. V; BESERRA, M. L. S. Conhecimento do controle higiênicosanitário na manipulação de alimentos em domicílios: revisão bibliográfica. **Nutrir gerais: Ipatinga**, v. 6, n.10, p. 918-932 fev./jul. 2012.



SILVA, D. T. **Construção de projeto de oficinas de alimentação saudável para crianças.** 2015. 30p. Monografia (Graduação em Nutrição). Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

SILVA, L. M. **Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais.** 2011. 72p. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2011.

SILVA, L.W.S. et al. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa: perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. **Revista Kairós Gerontologia.** v.14, n.3, p.145166, 2011.



EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE AMBIENTAL NA UFU

Área Temática: Saúde

Flávia Ribeiro Santana¹; Boscolli Barbosa Pereira²

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Resumo

Devido à importância das ações extensionistas em Saúde Ambiental, é necessária a construção de uma base de dados que referencie sua qualificação, valorização e fortalecimento. Levando isto em conta, uma pesquisa de mestrado foi iniciada com o objetivo de investigar as ações extensionistas em Saúde Ambiental cadastradas no Sistema de Informação de Extensão (SIEX), da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no período de 2010 a 2016, caracterizando-as e analisando as abordagens de Extensão Universitária e de Saúde e Ambiente utilizadas. Neste artigo, apresentaremos um recorte desta pesquisa ampla, que ainda está em andamento, visando caracterizar as ações levantadas. Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa. A UFU foi escolhida por ser uma instituição produtora de conhecimentos, pesquisas e extensão em Saúde Ambiental. Foram realizadas 103 ações no decorrer dos oito anos investigados, não sendo identificada nenhuma tendência em sua distribuição. Apesar da maioria das ações terem sido desenvolvidas nas modalidades 'projeto' (50%) e 'evento' (40%), 40% delas foram vinculadas a algum programa. Foram utilizadas 21 linhas de extensão e as temáticas mais trabalhadas foram 'prevenção de doenças crônicas', 'plantas medicinais e fitoterápicos' e 'saneamento'. Apesar da maioria das ações terem sido realizadas em Uberlândia e em Ituiutaba, várias cidades foram contempladas, totalizando mais de 1 milhão de participantes, sendo 42% deles pertencentes à comunidade acadêmica. O Instituto de Geografia foi a unidade que mais promoveu ações (45,6%), entretanto, outras 12 unidades _ de quase todas as áreas de conhecimento _ também foram promotoras. Esperamos que a partir da reflexão sobre o trabalho realizado seja possível o vislumbre de novos caminhos para a atuação da extensão em Saúde Ambiental _ e para a Extensão Universitária como um todo _ de

¹ Universidade Federal de Uberlândia, discente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT).

² Universidade Federal de Uberlândia, Professor permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT).

modo a ampliar a contribuição da Instituição no processo de desenvolvimento social, cultura e econômico do país.

Palavras-chave: Extensão Universitária; Saúde; Ambiente.

INTRODUÇÃO

A problemática ambiental e seus vários impactos na saúde dos seres humanos é uma realidade que não tem um contorno de ordem apenas biológica, pois envolve uma multiplicidade de aspectos: social, econômico, cultural e territorial. Esta realidade induziu, ao longo do tempo, a incorporação da temática ambiental pela área da saúde, culminando na “criação” de uma nova especialidade, denominada de Saúde Ambiental, termo que já está totalmente difundido e largamente utilizado pelas diversas áreas da saúde, principalmente pela Saúde Pública (CAMARA e TAMBELINE, 2003).

Diversos autores já vêm incorporando e desenvolvendo em seus discursos não só a relação saúde-ambiente, em suas mais diversas expressões, mas também a temática da sustentabilidade ambiental e sua relação com as condições de saúde da população, colaborando para que a base científica e pragmática desta área se desenvolva ao longo do tempo (GOMIDE E SERRÃO, 2004).

Entretanto, na primeira década dos anos 2000 a produção científica mundial e nacional sobre meio ambiente e saúde ainda não era significativamente expressiva, na medida em que apenas trabalhos isolados eram publicados, caracterizando a carência de centros e grupos de pesquisa realmente engajados com a questão (CAMPONOGARA et al, 2008; VIEIRA e OLIVEIRA, 2011). Neste contexto, a organização da Saúde Ambiental como uma área de formação foi, de fato, essencial para responder a esta demanda social, o que levou ao avanço progressivo de estudos e publicações na área.

Além disso, de acordo com os mesmos autores, no Brasil, a maioria da produção ainda estava direcionada para estudos e pesquisas com noções de saúde baseadas no modelo biológico, valorizando o enfoque epidemiológico, a ecologia de vetores e a avaliação de risco no que se refere à poluição ambiental (CAMPONOGARA et al, 2008; VIEIRA e OLIVEIRA, 2011).

Para a Saúde Ambiental, é fundamental que se considere o ambiente como um todo, que envolve o natural e o social, em suas interfaces, buscando-se superar as considerações conceituais ou metodológicas baseadas nos métodos restritos aos campos epidemiológicos e desenvolver uma metodologia que permita o trabalho nas comunidades, pois é fundamental que os saberes e demandas destas referenciem

socialmente os estudos e pesquisas universitários que visam desenvolver práticas e contribuir para a construção de políticas públicas para o campo da Saúde Ambiental.

Em relação à formação profissional na área, pesquisas apontam que seu fortalecimento não pode prescindir da necessária inter-relação entre saúde e ambiente (CAMPONOGARA et al, 2013; PERES e CAMPONOGARA, 2015) pois, desta maneira, amplia-se a concepção de saúde da dimensão corpórea do sujeito para a dimensão que o enxerga na intrínseca relação com o ambiente que habita, dando base para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde na congregação de esforços para minimizar os impactos ambientais e na saúde advindos dos processos de produção.

Anualmente, são formados, pelas Universidades, profissionais da saúde com uma visão ainda centrada em procedimentos técnico-curativos descontextualizados das questões socioambientais, o que leva ao exercício de uma prática clínica individualizada, mantendo relações autoritárias com os usuários e, conseqüentemente, inapropriadas para a efetivação dos princípios de equidade, integralidade e universalização da saúde, respaldados constitucionalmente e que estão na base do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPONOGARA et al, 2013). Nesse contexto, a abordagem da saúde, sob a perspectiva socioambiental é fundamental para se buscar o processo reflexivo necessário à solidificação/construção de valores condizentes com uma postura de responsabilidade socioambiental por parte desses futuros profissionais.

Frente a esta realidade exposta, a Extensão Universitária constitui-se como um elemento essencial para contribuir no desenvolvimento da pesquisa e ensino da área de Saúde Ambiental, pois esta se configura como o “processo educativo, cultural e científico que articula ensino e pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade” (PNExt, 2000/2001, p. 4).

Por meio da Extensão Universitária, o conhecimento produzido nas pesquisas pode ser, mais do que aplicado nas comunidades, produzido e referenciado por estas, com a contribuição substancial de seus saberes e a partir do diagnóstico de suas demandas, ao mesmo tempo em que esse contato contribui, decisivamente, para a formação profissional referenciada de sujeitos que atuarão na produção de novos conhecimentos a partir de tais necessidades, em processo constante que se retroalimenta (PNExt, 2000/2001).

A Extensão Universitária, indissociável do ensino e da pesquisa, contribui para a formação de profissionais empoderados para atuarem em sua realidade com vistas a mobilizar as comunidades, grupos sociais e gestores públicos e privados no sentido de construção de novas proposições políticas e de saberes equitativos e inclusivos,

referenciados pelos princípios do SUS. De fato, profissionais que participem da produção de conhecimentos relevantes e novas metodologias, e na instituição de novos modelos para mudança da dinâmica de organização dos Sistemas de Saúde, definição de prioridades, contribuição na definição de políticas, planos e projetos referenciados pela necessária dimensão ambiental destes (SILVA, 2011).

Considerando-se a relevância da Extensão Universitária para a área de Saúde Ambiental em sua articulação com a pesquisa e o ensino, considerando a escassez de produção científica sobre a Extensão Universitária em Saúde Ambiental, e ainda, a necessidade de construção de uma base de dados que referencie a qualificação, valorização e fortalecimento da atividade extensionista na área, uma pesquisa de mestrado foi iniciada, no Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, com o objetivo de investigar as ações extensionistas em Saúde Ambiental da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no período de 2010 a 2017, caracterizando-as e analisando as abordagens de Extensão Universitária e de Saúde e Ambiente utilizadas.

Neste artigo, apresentaremos um recorte desta pesquisa ampla, que ainda está em andamento, visando caracterizar as ações levantadas em relação à sua evolução cronológica; modalidades e vinculação a programas; linhas e questões priorizadas; distribuição geográfica e público-alvo; e unidade proponente.

Optamos em nos limitar à realidade da UFU, pois na área de Saúde Ambiental, seu corpo acadêmico (docentes, discentes e técnicos) vem desenvolvendo pesquisas, criando laboratórios e revistas de divulgação científica, organizando eventos científicos, além de incluindo esta temática em outras áreas de graduação que apresentam interface com o tema. Também foi criado o curso de graduação Gestão em Saúde Ambiental em 2009, e o Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, em 2012, o que torna a UFU uma instituição produtora de conhecimentos, pesquisas e extensão na área, justificando o recorte feito pela pesquisa.

Além disto, também levamos em consideração o fato de a UFU possuir uma Extensão Universitária institucionalizada por meio da Resolução nº 04/2009 do seu Conselho Universitário, ser integrante e atuante no FORPROEX e possuir Sistema de Registro de Extensão (SIEX/UFU) implementado, o que vem tornando bastante viável o levantamento de dados da pesquisa.

Já para o recorte temporal, consideramos levantar as informações a partir de 2010, por ser o ano do início das atividades tanto da graduação em Saúde Ambiental quanto do registro das ações de extensão no SIEX/UFU.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que se utilizou de dados qualitativos e quantitativos. Os dados foram coletados, em janeiro de 2018, por meio da técnica de análise documental e posteriormente foi realizada uma análise de conteúdo temático.

A pesquisa qualitativa tem como característica o aprofundamento no mundo dos significados, a partir da análise de uma realidade não visível. Assim, ela precisa ser pesquisada e interpretada pelo pesquisador (MINAYO, 2004). Os dados qualitativos são considerados mais ricos, completos, globais, reais porque, normalmente, foram obtidos mediante uma relação direta com o objeto do estudo. Porém, é importante ressaltar que a pesquisa qualitativa não prescinde de dados quantificáveis, mas deles se apropria para extrair a análise que se busca desenvolver.

No âmbito da abordagem qualitativa, diversos métodos são utilizados de forma a se aproximar da realidade social, sendo o método da pesquisa documental aquele que busca compreendê-la de forma indireta por meio da análise dos inúmeros tipos de documentos produzidos pelo homem.

A análise documental é um procedimento técnico que é realizado a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos considerados cientificamente autênticos. Constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

A coleta de dados foi dividida em duas fases: levantamento e seleção das atividades de extensão universitária relacionadas à área Saúde Ambiental; identificação e tabulação dos dados dos projetos de extensão selecionados.

Na fase de levantamento e seleção, foi realizada uma busca na plataforma do SIEX/UFU para localização de todas as atividades que ocorreram entre os anos de 2010 a 2017 pertencentes à área de Saúde Ambiental. Como não existe uma área temática 'Saúde ambiental', as áreas 'Saúde' e 'Meio Ambiente' foram intercaladas como principais e secundárias na plataforma. Posteriormente, os documentos das ações encontradas foram baixados individualmente e organizados, com base no ano, para a próxima fase.

Na fase de identificação e tabulação, os documentos foram lidos e tabulados segundo alguns indicadores (qualitativos e quantitativos) para Avaliação da Extensão Universitária como 'número de ações de extensão desenvolvidas por modalidade, área temática e linhas programáticas de extensão', 'tipo e número de pessoas atendidas

pelas ações de extensão’, ‘municípios atendidos pelas ações extensionistas’ (FORPROEX, 2001). Estes indicadores auxiliaram na elaboração da tela crítica de análise.

Os dados tabulados foram analisados tomando-se por base a análise de conteúdo temático que, segundo Bardin (2009), é uma técnica que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Operacionalmente, a análise temática conta com as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação: interpretam-se os dados obtidos, já categorizados, correlacionados como o quadro teórico utilizado na pesquisa.

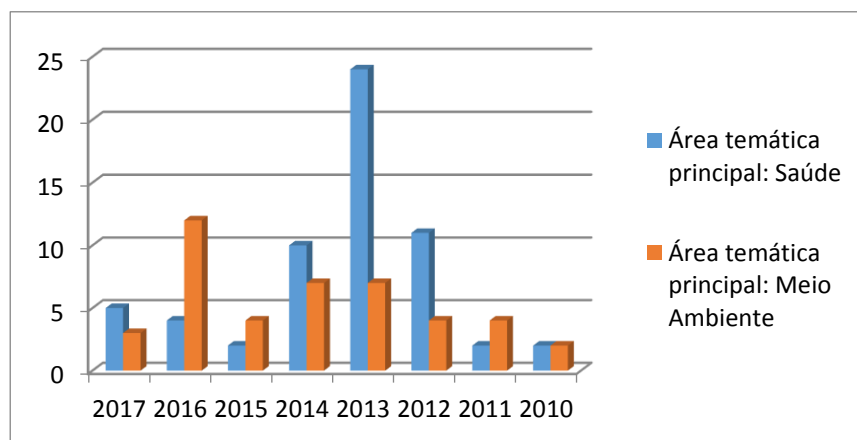
Na etapa de pré-análise e ordenação dos dados, foram utilizados os dados tabulados dos documentos selecionados no SIEX. Na exploração do material, os dados foram separados em grupos de análise. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação basearam-se no referencial teórico da Extensão Universitária Brasileira e da Saúde Ambiental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados separadamente, de acordo com os tópicos ‘evolução cronológica’, ‘modalidades e vinculação a programas’, ‘linhas e questões prioritizadas’, ‘distribuição geográfica e público-alvo’ e ‘unidade proponente’, para facilitar a apresentação dos dados e a discussão.

Evolução Cronológica

meio
foram
103
de
2010 a
1).



Por
da busca no
SIEX/UFU,
encontradas
ações na área
Saúde
Ambiental, de
2017 (Figura

Figura 1: Distribuição das ações de acordo com seu ano base e área temática principal.

O número de ações oscilou ano a ano, não apresentando tendência. Houve um aumento considerável em 2013 devido ao fato de uma ação, denominada ‘Tenda da Saúde’, ter sido replicada 13 vezes em diferentes localidades e para diversos públicos. Estas atividades tiveram por objetivo promover ações de educação para uma vida saudável por meio da prevenção às doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade. Esta ação também foi realizada em outros anos.

Mesmo não existindo tendência, foram realizadas ações em todos os anos investigados. Isto demonstra que existe na Instituição a preocupação com o desenvolvimento extensionista da área Saúde Ambiental.

Modalidades e vinculação a programas

As ações de extensão podem ser classificadas em programa, projeto, curso, evento e apoio tecnológico ou prestação de serviços. Como podemos observar na ‘Figura 2’, a maioria delas foi realizada nas modalidades projeto e evento.

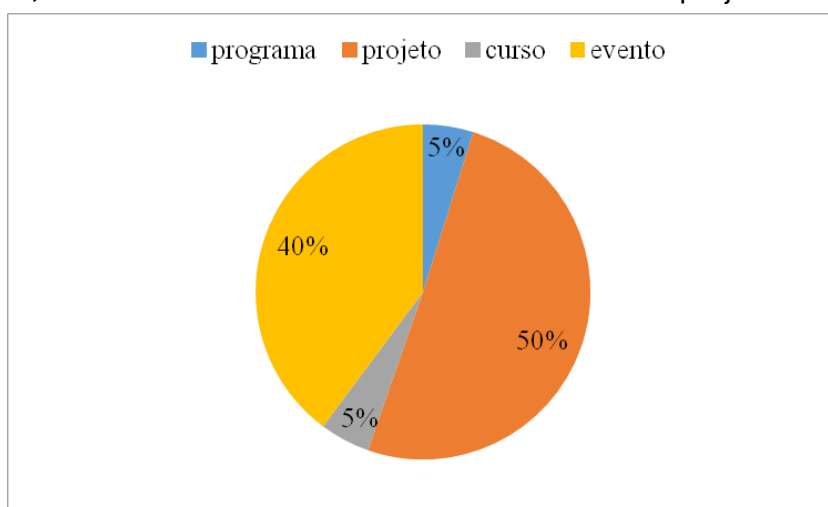
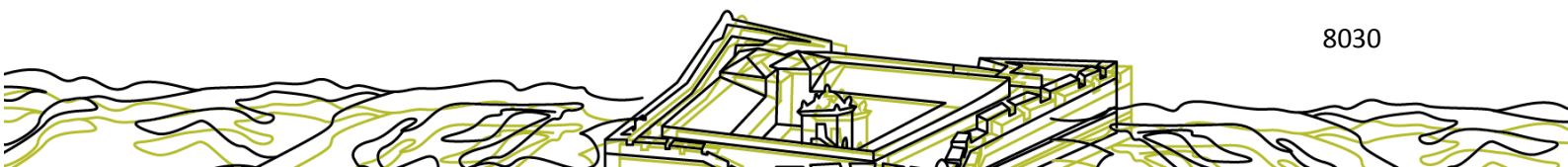


Figura 2: Modalidades de extensão das ações realizadas em Saúde Ambiental.

Não foram cadastradas ações na modalidade apoio tecnológico ou prestação de serviço. Apesar de algumas das ações possuírem o perfil desta modalidade, elas foram cadastradas em outras como definido pelo FORPROEX, que orienta que quando as ações de apoio tecnológico ou prestação de serviço forem oferecidas como curso ou projeto de extensão, elas devam ser cadastradas nestas modalidades (curso ou projeto) (CORRÊA, 2007).

Foram realizados 4 programas na área de Saúde ambiental, sendo eles: ‘Melhorando a qualidade ambiental da periferia de Ituiutaba/MG e de seus moradores’, programa que aconteceu em 2011 e foi proposto pela Faculdade de Ciências Integradas



do Pontal; 'Programa de ações integrais e integradas em saúde e meio ambiente para crianças, adolescentes e adultos', proposto pela Faculdade de Educação Física, em 2012; e dois realizados pelo Instituto de Geografia, 'Territórios livres de agrotóxicos', realizado em 2012 e 'Cidade Sustentável', que aconteceu nos anos de 2012 e 2013.

É necessário que as políticas de institucionalização da extensão estimulem a sistematização de ações de extensão na modalidade de Programas, pois, como o FORPROEX preconiza, eles constituem-se em uma das melhores soluções para o cumprimento das diretrizes de impacto, interação social dialógica, construção de parcerias interdepartamentais, interdisciplinares e interinstitucionais e integração ensino/pesquisa/extensão (CORRÊA, 2007).

Apesar da maioria das ações terem sido realizadas nas modalidades 'projeto' e 'evento', como mostra a 'Figura 2', 40 % delas estavam vinculadas a algum programa (Quadro 1).

Quadro 1: Vinculação a programas por ano base.

PROGRAMA VINCULADO	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	Total
Cidade Sustentável					4	16			20
PEIC - Programa de Extensão Integração UFU/Comunidade	1	2		1	3	1	1	1	10
A Extensão Rural na Agronomia				1	1				2
Hospital de Clínicas					1	1			2
PIEEX - Programa Institucional de Estágio Acadêmico de Extensão Remunerado								1	1
PIBEX - Programa Institucional de Bolsa de Extensão								1	1
Diversidade em Foco: uma educação inclusiva e cidadã						1			1
EXT PET - Programa de Educação Tutorial						1			1
Cidade Educadora II						1			1

Núcleo de Estudos em Agroecologia e Produção Orgânica			1						1
-------------------------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--	---

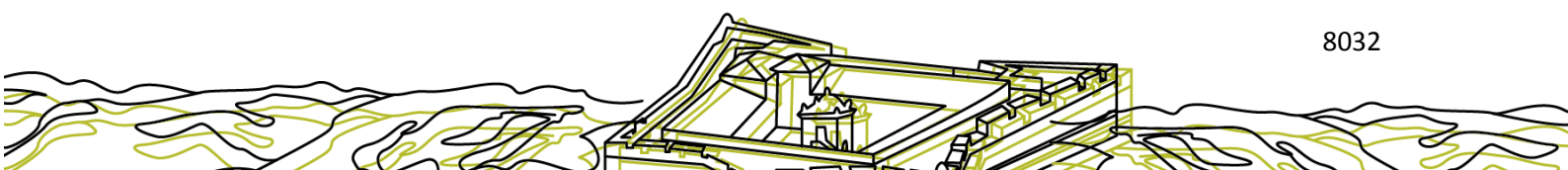
Fonte: Elaborado pelos autores.

Dos programas nos quais as ações investigadas foram vinculadas, o Programa Cidade Sustentável foi o que mais possuiu vinculações, sendo estas concentradas nos anos 2012 e 2013. Este programa teve como objetivo promover a capacitação técnica de gestores, técnicos e agentes sociais envolvidos com a política do município sob a ótica do desenvolvimento urbano, principalmente relacionados com o saneamento ambiental da cidade de Uberlândia-MG. Este programa objetivou ainda, por meio da extensão universitária, possibilitar o envolvimento dos acadêmicos com técnicos e gestores públicos, professores e alunos da rede de ensino fundamental, com intuito de disseminação de conceitos, valores sobre a sustentabilidade das cidades por meio da educação ambiental.

Todas as ações cadastradas e vinculadas ao Programa Cidade Sustentável foram realizadas sob a denominação 'Tenda da saúde', que também foram replicadas em 2014, mas sem vinculação a nenhum programa. As outras atividades propostas no 'Cidade Sustentável' não devem ter sido cadastradas separadamente no SIEEX ou foram cadastradas em outras áreas temáticas que não Saúde e Meio Ambiente, pois não apareceram na busca.

O segundo programa com mais ações vinculadas foi o PEIC - Programa de Extensão Integração UFU/Comunidade que é um programa de fomento à Extensão da Diretoria de Extensão da Pró-reitoria de Extensão e Cultura da UFU, com processo seletivo anual e apoio com bolsa de extensão, material de consumo e contratação de pessoa física. O programa existe desde 2003, mas só em 2013 assimilou o apoio também com bolsas de extensão que antes eram apoiadas pelos programas, também presentes no 'Quadro1', PIEEX - Programa Institucional de Estágio Acadêmico de Extensão Remunerado (de 2007 a 2009) e depois pelo PIBEX - Programa Institucional de Bolsa de Extensão (de 2010 a 2013). Em praticamente todos os anos pelo menos uma ação em Saúde Ambiental foi contemplada com fomento deste Programa.

Linhas e questões priorizadas

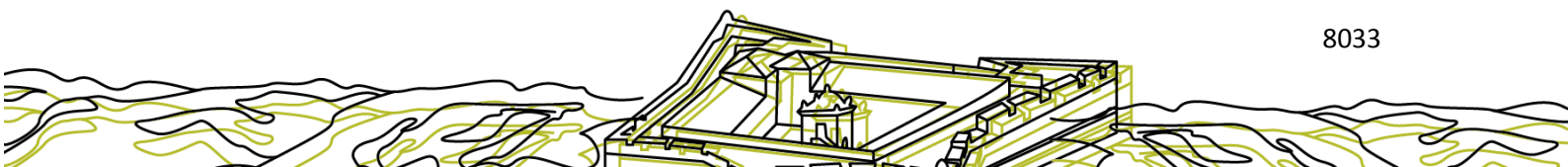


Das 53 linhas definidas pelo FORPROEX, 21 foram contempladas nas ações de Saúde ambiental (Quadro 2), sendo que, dos assuntos mais trabalhados nas ações investigadas (Figura 3), estas foram as linhas mais utilizadas:

- 'prevenção de doenças crônicas': ações cadastradas preferencialmente nas linhas 'Saúde Humana' e 'Grupos sociais vulneráveis';
- 'plantas medicinais e fitoterápicas': maioria na linha 'Fármacos e Medicamentos', mas também nas linhas 'Questões ambientais'; 'Temas específicos'; 'Saúde humana' e 'Saúde da família';
- 'saneamento': maioria das ações trabalhadas na linha 'Resíduo Sólido', mas também cadastraram ações em 'Saúde humana'; 'Desenvolvimento urbano' e 'Recursos hídricos';
- 'vetores e as doenças que transmitem': foco principal na Dengue, a distribuição foi praticamente de forma igualitária entre as linhas 'Questões ambientais'; 'Saúde humana'; 'Desenvolvimento urbano'; 'Endemias e epidemias'; 'Saúde da família' e 'Alfabetização, leitura e escrita'.

Quadro 2: Linhas de extensão e número de ações realizadas.

LINHAS DE EXTENSÃO	Nº de ações
Saúde humana	41
Questões ambientais	11
Fármacos e medicamentos	9
Desenvolvimento urbano	8
Resíduos sólidos	7
Saúde animal	4
Grupos sociais vulneráveis	3
Desenvolvimento rural e questão agrária	3
Desenvolvimento tecnológico	2
Endemias e epidemias	2
Saúde da família	2
Saúde e proteção no trabalho	2
Alfabetização, leitura e escrita	1
Educação profissional	1
Empreendedorismo	1
Esporte e lazer	1
Infância e adolescência	1
Metodologias e estratégias de ensino/aprendizagem	1



Recursos hídricos	1
Segurança alimentar e nutricional	1
Temas específicos/desenvolvimento humano	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

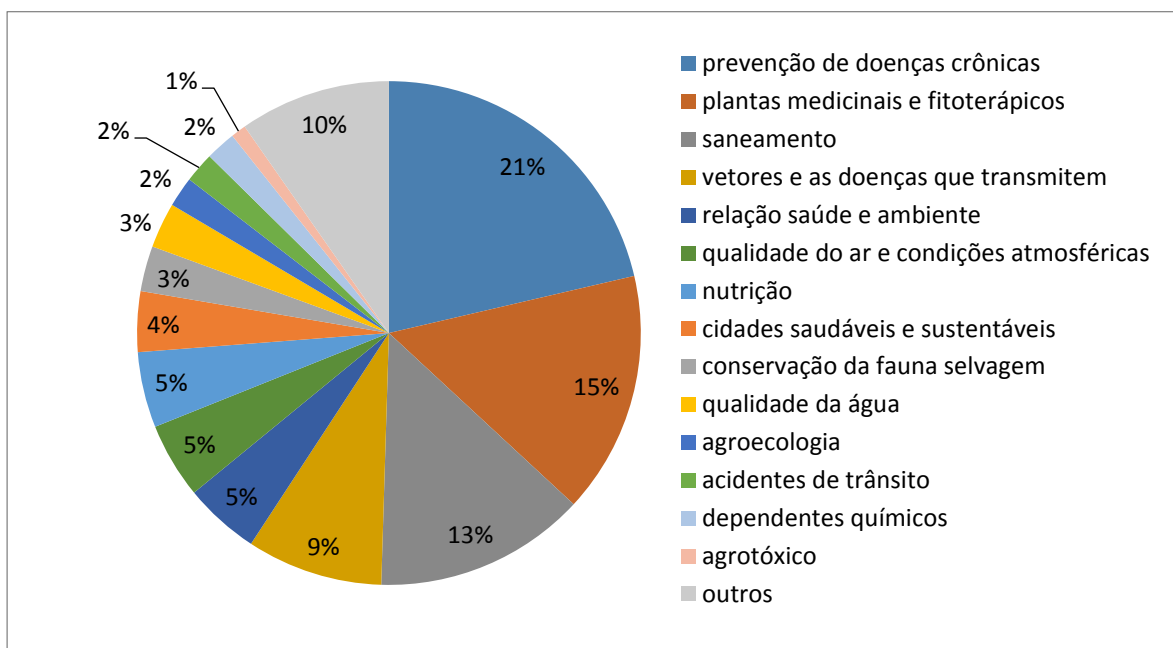
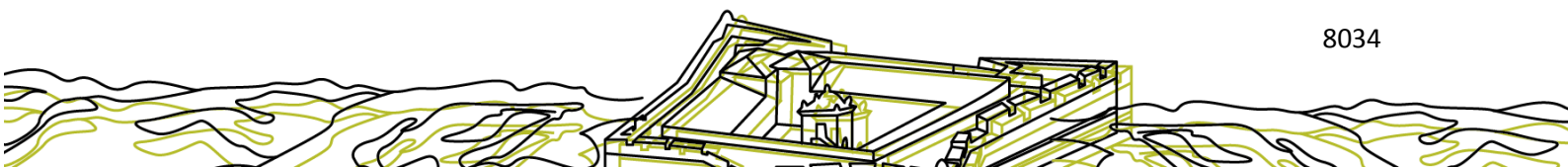


Figura 3: Questões prioritizadas nas ações extensionistas de Saúde Ambiental.

A denominação das linhas de extensão e respectivas definições dão-se de acordo com a classificação determinada pelo FORPROEX, possuindo especial importância para a nucleação das ações de extensão – ou seja, a construção de programas. As linhas de extensão não são, necessariamente, ligadas a uma área temática em especial e as descrições que a acompanham nas orientações do FORPROEX discriminam apenas as formas de operacionalização mais comuns. Sendo essa descrição apenas uma “ajuda”, para melhor identificação da linha à qual a ação se vincula (CORRÊA, 2007).

Tendo isto como base, os proponentes ficam livres para, de acordo com sua escolha, classificar sua ação em qualquer uma das linhas propostas. Talvez por este motivo, como observamos no ‘Quadro 2’ e na ‘Figura 3’, quase metade das linhas existentes tenham sido utilizadas e as questões abordadas nas ações se misturaram e se repetiram entre elas, não apresentando padrões definidos de escolha.

Como apresentado na ‘Figura 3’, algumas questões foram prioritizadas, pois frente à complexidade e a diversidade da realidade, é necessário eleger as questões mais prioritárias, mas, de acordo com Corrêa (2007), com abrangência suficiente para uma atuação que colabore efetivamente para a mudança social e levando em consideração a



essência da extensão de que as escolhas devam levar em conta a realidade social e as demandas da sociedade, além de sua participação ativa.

Também é importante que as questões escolhidas sejam abordadas de forma integrada e intersetorial, com foco na promoção da saúde e sustentabilidade socioambiental, visando à intervenções concretas para a melhoria da qualidade de vida das comunidades e ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que ampliem a capacidade da população de reivindicação na gestão participativa e no controle social das políticas públicas da saúde e nas voltadas ao desenvolvimento equânime e sustentável do local para construção de territórios sustentáveis e saudáveis (GALLO e SETTI, 2012).

Distribuição geográfica e público-alvo

Como apresentado no quadro 3, foram realizadas ações com a população do Sudeste e Centro-oeste, mas com ênfase na do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, totalizando mais de 1 milhão de pessoas envolvidas, entre 2010 e 2017. Mesmo destinando as ações a um público-alvo específico (figura 4), em 46,5% das ações a população geral também foi incluída.

Quadro 3: Distribuição geográfica do público-alvo e quantidade de envolvidos.

Distribuição geográfica do público-alvo	Quant.
Outros países (Moçambique)	45
Região Sudeste e Centro Oeste	3480
Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba	200000
Uberlândia zona urbana	621348
Uberlândia zona rural	518
Ituiutaba zona urbana	107991
Ituiutaba zona rural	2001
Monte Carmelo	1688
Patos de Minas	580
Araporã	10000
Prata	6000
Monte Alegre de Minas	5000
Canápolis	4528
Gurinhata	4000
Santa Vitória	4000

Tapuírama	50
Martinésia	60
Grupiara, Douradoquara, Cascalho Rico, Romaria, Estrela do Sul	60000
Total	1031289

Fonte: Elaborada pelos autores.

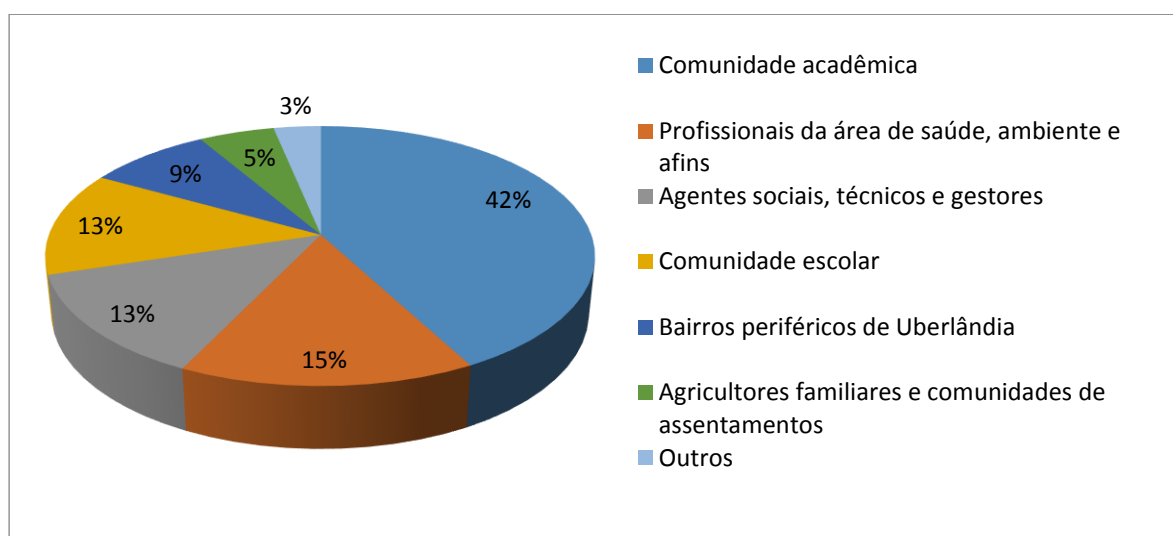
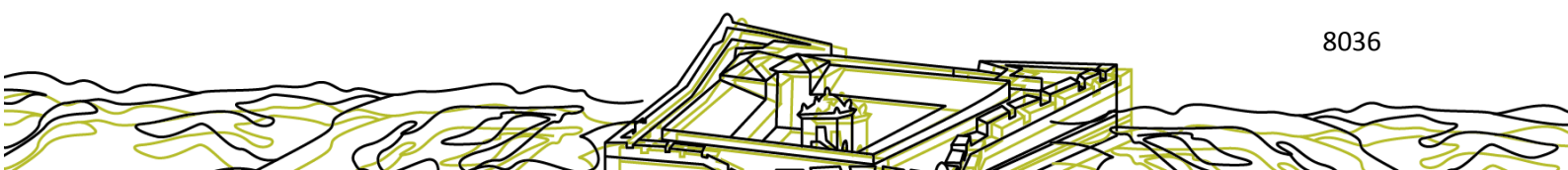


Figura 4: Caracterização do público-alvo.

Apesar do grande público atingido, e apesar de as ações deixarem espaço aberto para a população geral, foi possível observar que ainda prevalece o cenário de ações com foco na comunidade acadêmica, totalizando 42% do público-alvo total (Figura 4).

A participação da comunidade acadêmica também é importante para a Extensão, entretanto, é preciso atentar para que estas ações não sejam realizadas tomando como base uma compreensão tradicional de extensão que vise apenas à disseminação de conhecimentos produzidos de forma unilateral com foco apenas na comunidade acadêmica, deixando os grupos sociais relegados à segundo plano, como meros espectadores.

Na Extensão Universitária, a participação dos grupos sociais em todo o processo é imprescindível. Além disso, a participação política da população é a principal estratégia para tratar as questões de Saúde Coletiva e Saúde Ambiental, uma vez que o foco da Saúde Ambiental repousa na interação entre saúde, meio ambiente e no desenvolvimento sustentável, com o fortalecimento da intersetorialidade entre as instituições estatais e a corresponsabilidade e participação da população na promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população (CARVALHO, 2010).



Unidade proponente

As ações extensionistas em Saúde Ambiental, de 2010 a 2017, foram realizadas por 13 unidades proponentes (Quadro 4), sendo o Instituto de Geografia responsável por 45,6% das ações, seguido pela Faculdade de Ciências Integradas do Pontal e a Escola Técnica de Saúde.

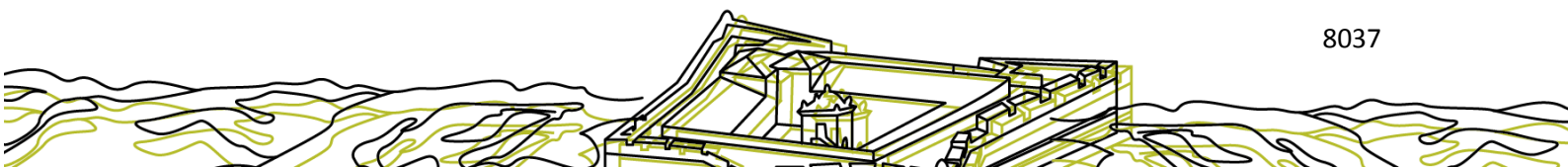
Quadro 4: Nº de ações realizadas por unidade proponente.

UNIDADES PROPONENTES	Nº de ações
Instituto de Geografia	47
Faculdade de Ciências Integradas do Pontal	12
Escola Técnica de Saúde	8
Instituto de Química	7
Instituto de Genética e Bioquímica	5
Instituto de Biologia	4
Faculdade de Medicina	4
Faculdade de Medicina Veterinária	4
Instituto de Ciências Agrárias	4
Pró-Reitoria de Extensão e Cultura	3
Faculdade de Educação Física	2
Instituto de Ciências Biomédicas	2
Faculdade de Matemática	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tanto a Graduação em Gestão em Saúde Ambiental quanto a Pós-graduação na modalidade Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, fazem parte do Instituto de Geografia, o que provavelmente fez com que fosse a unidade acadêmica proponente com mais ações realizadas em Saúde Ambiental no período investigado.

Entretanto, a participação de outras unidades de diversas áreas do conhecimento _ como Ciências Exatas e da Terra, Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Agrárias, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas _ indica que a relação entre a



saúde e o ambiente está sendo assimilada e que a Saúde ambiental, como campo de conhecimento e intervenção multi/interdisciplinar e multiprofissional, está se estabelecendo na Instituição.

CONCLUSÃO

Para que a Universidade efetive seu compromisso com a transformação da sociedade brasileira, colaborando com a promoção da equidade e sustentabilidade socioambiental e da saúde integral da população, é necessária uma educação superior crítica e uma ação direcionada ao estudo dos grandes problemas de saúde ambiental da sociedade, com participação efetiva dos grupos sociais, na condição de sujeitos, o que pode ser efetivado por meio da extensão universitária em sua indissociabilidade com o ensino e a pesquisa.

Para isso é necessário uma permanente avaliação institucional das atividades de extensão na área de Saúde Ambiental visando à sua profissionalização e qualificação, à garantia de formação de profissionais cidadãos e à produção de conhecimentos para melhoria da saúde ambiental e conseqüentemente da saúde e qualidade de vida das populações.

Conforme descrevemos e analisamos, o presente estudo revela que, no campo da extensão universitária realizada na UFU, a Saúde Ambiental está inserida em diversas unidades e áreas do conhecimento em consonância com o que pregam seus estudiosos de que ela deve ser interdisciplinar. Além disto, ela vem sendo desenvolvida em todos os anos, desde 2010, o que demonstra a preocupação da instituição na produção e difusão de conhecimentos na área. Também pudemos perceber que a UFU realmente ocupa um papel importante no desenvolvimento da Saúde Ambiental na região, pois se coloca presente em diversos municípios e trabalhando diversas questões importantes da área.

Entretanto, é preciso que as unidades promotoras invistam mais em ações de extensão em Saúde Ambiental com foco nos grupos sociais e populações vulneráveis e em ações nucleadas em programas. Além de que, para o fortalecimento e desenvolvimento cada vez maior da extensão na área é necessário acompanhamento das ações por parte dos gestores e inserção de sua avaliação como parte da avaliação institucional da instituição.

Esperamos que a partir da reflexão sobre o trabalho realizado seja possível o vislumbre de novos caminhos para a atuação na extensão da área de modo a ampliar a

contribuição da Instituição no processo de desenvolvimento socioambiental e na melhoria da qualidade de vida da região e do país.

Conforme já esclarecemos, o presente trabalho não esgota as discussões acerca da participação da área de Saúde Ambiental nas ações de extensão na UFU. Ao contrário, o estudo ora apresentado oferece um referencial de dados que nos permitirá aprofundar o debate em andamento, oportunizando, inclusive, que a discussão se estenda às outras áreas temáticas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

CÂMARA, V. M. e TAMBELLINI, A. T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, n. 2, p. 95-104, 2003.

CAMPONOGARA, S. et al. Saúde e Meio Ambiente: subsídios para reflexão sobre a formação acadêmica na área da saúde. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 3, p. 564-571, jul/set, 2013.

CAMPONOGARA, S. et al. Uma revisão sistemática sobre a produção científica com ênfase na relação entre saúde e meio ambiente. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 2, p. 427-439, 2008.

CARVALHO, Maria Beatriz Maury de et al. Saúde Ambiental: uma Análise dos Resultados das Conferências Nacionais de Meio Ambiente, Saúde e Saúde Ambiental. SUSTENTABILIDADE EM DEBATE, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 93-110, ago. 2010.

CORRÊA, E. J. (Org.) Extensão Universitária: Organização e Sistematização. In: FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. Belo Horizonte: Coopmed, 2007 (Coleção Extensão Universitária, 6).

FORPROEX. Avaliação Nacional da Extensão Universitária. Brasília: MEC/SESU; Paraná: UFPR; Ilhéus: UESC, 2001. 98p. (Coleção Extensão Universitário, v. 3).

GALLO, Edmundo e SETTI, Andréia Faraoni Freitas. Abordagens ecossistêmica e comunicativa na implantação de agendas territorializadas de desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1433-1446, 2012.



GOMIDE, M. e SERRÃO, M. A. A educação ambiental e a promoção da saúde. Cadernos Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 69-86, 2004.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

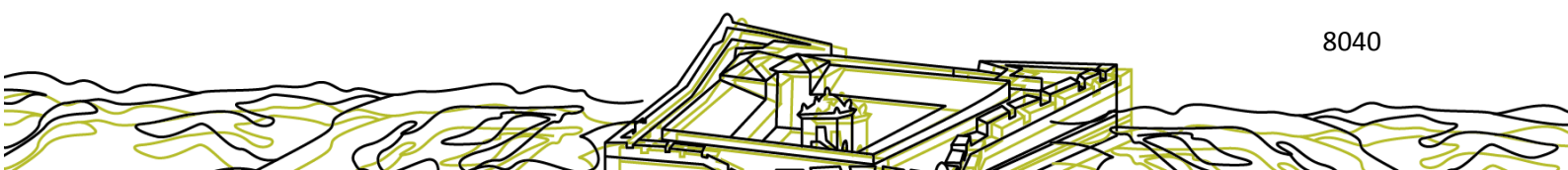
PLANO NACIONAL DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - PNEExt. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu / MEC. Edição Atualizada, Brasil, 2000/2001.

PERES, R. R. e CAMPONOGARA, S. A relação saúde e meio ambiente na formação profissional em saúde: visão de docentes. Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 2, p. 210-215, mar/abr, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, Ayodele Floriano. O enfoque da Promoção da Saúde nas Atividades de Extensão Universitária na Área da Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 137. 2011.

VIEIRA, A. C. P. e OLIVEIRA, S. S. Educação Ambiental e Saúde Pública: uma análise crítica da literatura. Ambiente & Educação, v. 16, n. 1, p. 37-44, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Resolução 04/2009 do Conselho Universitário (CONSUN). Estabelece a Política de Extensão da Universidade Federal de Uberlândia, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.proex.ufu.br/menuprimario/legislacao-extensao>> Acesso em: mar.2018.





FARMÁCIA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO: 31ANOS CONTRIBUINDO NA PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

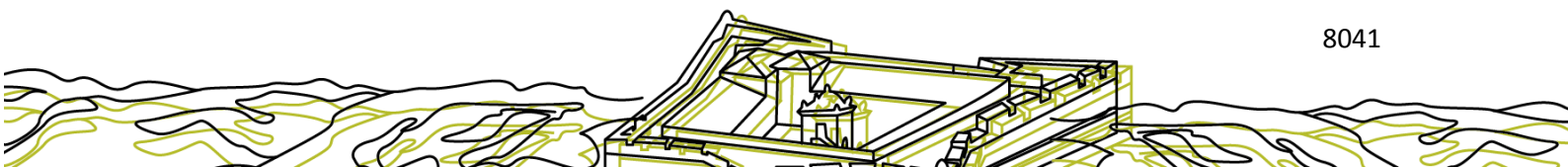
Área Temática: Saúde

Juliana Patrão de Paiva, Fortune Homsani, Carla Holandino Quaresma, Naira Villas Boas Vidal de Oliveira, Zaida Maria Faria de Freitas, Márcia Maria Barros dos Passos, Mariana Sato de S B Monteiro, Ana Lucia Vazquez Villa, Aline Guerra Manssour Fraga, Eduardo Ricci Júnior, Rita de Cássia Ascensão Barros, Elisabete Pereira dos Santos.

Instituição: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (FF-UFRJ).

Resumo

O Programa Farmácia Universitária (FU) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi criado em 1986 fundamentado na necessidade de oferecer estágio curricular aos alunos do Curso de Graduação da Faculdade de Farmácia. É responsável pelo atendimento de cerca de 200 pacientes/dia tornando-se referência na manipulação de muitos medicamentos negligenciados pela indústria farmacêutica. Mais do que preparar os medicamentos, o aluno do curso de farmácia aprende a acompanhar o seu uso pelo paciente. Atendendo cerca de 50.000 pacientes/ano, proporcionando o acesso a medicamentos para os usuários de baixa renda, tornou-se um importante local de atenção à saúde que objetiva proporcionar ao aluno o espaço acadêmico para o desenvolvimento do seu perfil profissional, integrando ensino, pesquisa e extensão visando à prevenção, recuperação e promoção da saúde. A FU atende ao público de segunda a sexta-feira, das 9:00 às 16:00hs. Ocupa uma área de cerca de 1000 m² no Centro de Ciências da Saúde e conta com 09 docentes, 16 farmacêuticos, 03 técnicos de farmácia, 03 técnicos administrativos e 30 monitores. Recebe, anualmente, 320 alunos de graduação, 20 alunos do Curso de Especialização em Manipulação Farmacêutica, 04 alunos de mestrado e 02 alunos de doutorado em Ciências Farmacêuticas. De 2002 a 2017, foi responsável por cerca de: 45 teses de mestrado e doutorado; mais de 100 trabalhos apresentados em congressos; 70 artigos publicados. A partir de 2002, começaram os projetos de Atenção Farmacêutica na garantia de uma farmacoterapia racional e segura ao usuário de medicamentos. Conclui-se que a FU que começou olhando só a tríade ensino-pesquisa-extensão hoje, sem dúvida, desempenha um papel



social relevante na garantia de acesso à população, de baixa renda, aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos envolvidos na proteção, recuperação e promoção à saúde melhorando a qualidade de vida da comunidade que atende.

Palavras-chave: Farmácia Universitária; Prevenção, Promoção e Recuperação da Saúde.

Introdução

Apesar de todas as novas diretrizes do ensino farmacêutico enfatizando a necessidade de aproximar o aluno da realidade onde ele vai atuar, continua-se a observar um distanciamento do mesmo das questões sociais, como se ele fizesse parte de uma elite que teve acesso ao conhecimento científico e, totalmente desvinculado dos problemas sociais que o rodeiam. Esse distanciamento é o mesmo que, muitas vezes, ocorre entre as ciências naturais e humanas e, no entanto, as duas deveriam se interligar dentro de um contexto cultural e histórico. A ciência deve tomar consciência de seu papel na sociedade.

A formação do farmacêutico deve ser planejada e executada a partir de uma concepção muito clara de como e onde ele vai atuar. Além de seu universo prático de trabalho relacionado à produção material e envolvendo questões econômicas, deve-se considerar também o universo social, o âmbito das relações políticas, da consciência pessoal e de seus valores, e da relação com o outro. Além de adquirir os conhecimentos técnico-científicos, é importante que ele perceba a situação política da realidade social onde ele atua, pois, a partir daí, poderá apreender o significado e as reais condições de exercício de seu trabalho, e de lutar por elas. Ele não deve atuar somente no âmbito do atendimento à comunidade. Sua atuação deve ser mais ampla levando a transformação desta comunidade, exigindo condições adequadas de saúde para esta população e, se possível, tornando-a consciente de seus direitos. É preciso que ele desenvolva uma visão coletiva e solidária de seu trabalho (CARRILLO, 2001).

Diante destes desafios começou a ser pensado, em 1986, pela Faculdade de Farmácia (FF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) um modelo de estabelecimento farmacêutico que seguisse as regulamentações vigentes garantindo o uso racional de medicamentos à população atendida na tentativa de oferecer ao usuário de medicamentos uma assistência farmacêutica integral ao mesmo tempo em que mostrando ao futuro farmacêutico como essa assistência deve ser feita.

O setor de distribuição, comercialização e dispensação de medicamentos no país tem características predominantemente comerciais, com necessidade de reordenação da

distribuição e dispensação de medicamentos na perspectiva da farmácia como estabelecimento de saúde, assim nada mais correto que as instituições que possam investir nesta mudança de mentalidade que o façam rapidamente, pois isso só vai contribuir para uma melhor prestação de serviços ao usuário de medicamentos.

Diante de novos tempos novas iniciativas na área acadêmica precisam subsidiar o aluno para que ele receba uma formação adequada com as necessidades sociais e a solução encontrada pela FF da UFRJ foi oferecer ao aluno uma Farmácia Escola (FE). Além disso, era importante que a formação desses jovens levasse em conta não somente a produção, mas, também, a promoção do indivíduo (enquanto membro de uma sociedade) e a melhoria da qualidade de vida do mesmo, inter-relacionando os conteúdos teóricos e sua aplicação em situações reais, criando um elo entre o pensar e o fazer.

Dessa forma, a implementação da Farmácia Universitária (FU) como atividade de estágio curricular, proporcionou ao alunado acesso direto a uma atividade que se desenvolvia dentro da sociedade, a farmácia com manipulação. Por meio da preparação de medicamentos solicitados pelos serviços clínicos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), além de estabelecer contato com pacientes ambulatoriais, desenvolvendo-se importante atividade de assistência e atenção farmacêutica, que em agosto deste ano, completa 32 anos de existência. Porém em 2002 o perfil profissional do farmacêutico após a implantação das Novas Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Farmácia, sofreu uma grande ampliação. Essa mudança seguiu o movimento internacional impulsionado por discussões sobre “Pharmaceutical Care”, que começaram a ocorrer no final dos anos 90. O profissional farmacêutico, no então novo modelo generalista, definido pelo novo currículo, deveria receber uma formação que o habilitasse a atuar em áreas tão diversas quanto a produção e controle de qualidade de medicamentos, nutrientes, alimentos e insumos farmacêuticos; distribuição; armazenamento; dispensação; orientação, atenção e assistência; farmácia hospitalar; farmácia clínica; farmacovigilância; pesquisa; análises clínicas, análises bromatológicas; análises toxicológicas e forense; fitoterapia; homeopatia; serviços hemoterápicos e capacitação para atuar na elaboração da legislação pertinente ao âmbito profissional. Sob o foco da análise dos dados aqui apresentados, fica evidente a necessidade de que as políticas de ensino para o curso de Farmácia fossem revistas a partir de 2002. Segundo o novo currículo o farmacêutico deveria utilizar o medicamento como ferramenta no acompanhamento do tratamento medicamentoso junto ao usuário de medicamentos para garantir que os mesmos sejam necessários, efetivos e seguros. Alguns anos depois, a FF da UFRJ também atualizou o currículo do curso de Farmácia e

a FU adequou suas atividades e instalações na perspectiva de proporcionar ao usuário de medicamentos a interação direta com o farmacêutico criando um atendimento personalizado onde a história farmacoterapêutica, deste usuário, é analisada.

Processos de mudança nas áreas de exercício profissional do farmacêutico ocorreram em todo o mundo. Destacam-se nessas discussões o delineamento de um perfil profissional que, além da qualificação técnica, desempenhe um papel social; ou seja, mais do que um profissional, o farmacêutico deve ser um profissional cidadão. Um momento importante na formação do farmacêutico ocorre no estágio supervisionado; assim, este deve propiciar ao aluno oportunidades de atuação de acordo com estas novas propostas (CARRILLO,1999).

Sempre procurando oferecer uma formação orientada às necessidades sociais do usuário de medicamentos, a FF da UFRJ, encaminha todos os alunos de graduação para o estágio obrigatório na Farmácia Universitária. Dessa forma a complementação da sólida formação teórica não se realiza na simples prática laboratorial, mas na convivência com os desafiadores elementos da atividade farmacêutica, sobretudo, visando à humanização no atendimento, com estímulo à interação direta com pacientes, e a qualificação máxima na produção de medicamentos. Programa que têm rendido resultados excelentes quando da inserção profissional dos nossos alunos egressos e mostrado que a associação entre ensino, pesquisa e extensão, especialmente na FF da UFRJ, é realidade concreta e não só importante para o desenvolvimento profissional, como para a solidificação de nossa unidade. Em resumo; temse por um lado a formação de profissionais altamente qualificados para ingressar no mercado de trabalho e, por outro, estímulo do desenvolvimento social a partir da forte preocupação em oferecer serviços e produtos de maneira responsável e qualificada.

Na manutenção de um programa, autossustentável, que recebe todos os alunos de graduação, pós-graduação tanto da comunidade acadêmica interna quanto externa, muitos esforços são necessários. Todo o crescimento e manutenção do programa demandam um comprometimento irrestrito de todo o corpo de funcionários, docentes e alunos. Objetivando proporcionar ao usuário de medicamentos uma assistência farmacêutica integral e ao aluno do curso de farmácia condições adequadas para o desenvolvimento do seu perfil profissional, integrando ensino, pesquisa e extensão visando à prevenção, recuperação e promoção da saúde, tendo como foco principal de sua atividade a melhoria da qualidade de vida do usuário de medicamentos, a FU é um exemplo de programa de extensão bem sucedido dentro de uma universidade pública.

Metodologia

A FU da UFRJ atende ao público de segunda a sexta-feira, das 9:00 às 16:00 horas mas funciona, internamente, até às 20:00 horas durante a semana e, eventualmente, aos sábados para atender aos alunos de pós-graduação. Ocupa, atualmente, uma área de cerca de 1000 m² no Centro de Ciências da Saúde e conta com uma equipe de 09 docentes, 16 farmacêuticos, 03 técnicos de farmácia, 03 técnicos administrativos e 30 monitores. Inicialmente começou como um projeto de extensão, mas depois se transformou em um dos grandes programas de extensão da UFRJ por desenvolver vários projetos de extensão.

Possui os seguintes setores: Atenção Farmacêutica, Pesquisa e Desenvolvimento Galênico, Almojarifado, Manipulação Alopática, Manipulação Homeopática, Administração e Logística, Orientação de Estágio e Controle de Qualidade. Conta com um espaço com cerca de 60 lugares onde são ministradas as aulas e onde as palestras e oficinas com os usuários de medicamentos acontecem.

Presta atendimento, diariamente, a cerca de 200 usuários de medicamentos atendidos nos serviços de saúde públicos e privados, dispensando medicamentos para o tratamento de diversas patologias, principalmente, hipertensão, dislipidemias, osteoporose, vitiligo, artrite reumatóide, psoríase e dermatites. Manipula medicamentos alopáticos e homeopáticos e revende medicamentos produzidos por laboratórios oficiais. Possui um Centro Regional de Informação de Medicamentos (CRIM) que integra o Sistema Brasileiro de Informação de Medicamentos – SIMMED que subsidia a FU quanto a informações sobre formulações, prepara folhetos informativos e guias para orientação dos pacientes além de organizar palestras para os usuários de medicamentos e comunidade sobre temas relacionados aos medicamentos e cuidados com a saúde. O CRIM também é uma ferramenta indispensável nos projetos de acompanhamento da farmacoterapia dos usuários de medicamentos, pois fornece informações sobre os medicamentos como interações medicamento-medicamento, medicamento-alimento e outras subsidiando o farmacêutico nas análises dos resultados negativos associados aos medicamentos. O CRIM é um dos projetos de extensão da FU e responsável por dar informações baseadas em evidências científicas atualizadas, selecionadas e sistematizadas sobre medicamentos a todos que o procuram sejam usuários de medicamentos ou profissionais de saúde, desde a sua criação em 1998. A partir de 2005, o CRIM, passou a colaborar com a Unidade de Farmacovigilância do Estado do Rio de Janeiro – UNIFARJ.

Resultados e Discussão

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, que coloca os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças e arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida; contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como os sujeitos elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

As FE podem representar uma oportunidade de interação com a comunidade e, usando o medicamento, muitas ações objetivando o cuidado com a saúde, podem ser apresentadas a população e trabalhados pelos alunos supervisionados pelas equipes dessas FE.

A FU recebe, anualmente, 320 alunos de graduação, 20 alunos do Curso de Especialização em Manipulação Farmacêutica, 04 alunos de mestrado e 02 alunos de doutorado em Ciências Farmacêuticas. Durante 180 horas os alunos do curso de farmácia cursam a disciplina Estágio Supervisionado em Farmácia, cuja carga horária obrigatória é dividida em 90 horas em Farmácia Hospitalar e 90 horas na Farmácia Universitária/UFRJ. Na FU esse aluno percorre os diferentes setores da farmácia (com carga horária mínima de 20 horas em cada setor) sendo orientado por docentes, farmacêuticos e monitores que acompanham as atividades desenvolvidas.

Ao longo de sua existência, várias metas na área de ensino, pesquisa e extensão foram alcançadas como:

- Ampliação da pesquisa e desenvolvimento de novas formulações galênicas - Laboratório de Desenvolvimento Galênico (LADEG) produzindo de 2002 a 2017 mais de 100 trabalhos publicados em Anais de Congresso, cerca de 70 artigos publicados em Revistas Científicas nacionais e internacionais e 45 teses defendidas;
- Implantação do Curso de Especialização (*lato sensu*) em Manipulação Farmacêutica, desde 1996, com cerca de 150 monografias defendidas;
- Implantação, manutenção e adequação permanente de controles informatizados, com a participação de alunos, para o gerenciamento da farmácia desde 1996;

- Aprimoramento das Boas Práticas de Manipulação Farmacêutica com a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) a partir de 1999. A FU já lançou duas edições do seu "Memento Terapêutico" (conjunto de informações técnico-científicas orientadoras sobre medicamentos que a FU manipula);
- Implantação do laboratório de controle de qualidade em 1996;
- Implantação das práticas de Atenção Farmacêutica, tendo iniciado o acompanhamento farmacoterapêutico de usuários de medicamentos manipulados na FU em 2002. A FU garante a qualidade do medicamento manipulado e continua avaliando se o medicamento está sendo necessário, efetivo e seguro para o usuário em projetos tais como: "Atenção Farmacêutica em Hipertensão Arterial na FU/UFRJ"; "O Papel do Farmacêutico no Diabetes: Da Educação ao Acompanhamento Farmacoterapêutico"; "Metodologia Dáder Aplicada aos Usuários de Alendronato de Sódio Manipulado na FU da UFRJ"; "Uso de Ginkgo Biloba na Terceira Idade: Uma Contribuição do Farmacêutico para o Uso Racional de Medicamentos"; "A Dispensação como um Indicador Diferencial do Serviço oferecido pela FU aos seus Pacientes"; "O papel do farmacêutico na garantia da segurança do tratamento medicamentoso tópico dos portadores de vitiligo"; "Farmacovigilância: Uma ação em Saúde para Detecção e Avaliação de Eventos Adversos Produzidos por Medicamentos"; "Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes em Uso do Medicamento Difosfato de Cloroquina Manipulado na FU/UFRJ"; "Problemas Relacionados a Sinvastatina Manipulada na FU/UFRJ"; "FU: Assistência Farmacêutica e Inclusão do Usuário de Medicamentos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde" que recebeu recursos do PROEXT/2010, no valor R\$120.000,00, que permitiram a implantação do laboratório de homeopatia em 2013; "Os Determinantes Sociais de Saúde e da Adesão ao Tratamento em Usuários de Drogas" (Projeto sobre o uso de florais para pacientes alcoólicos); "Uso de Heteroisoterápico para o Tratamento do Tabagismo"; "Cápsulas de Hidroxicloroquina na Farmácia Universitária: Como Garantir a Manutenção do Tratamento?";

"Fotoeducação em Saúde: Câncer de pele, como evitar?"; "A Informação como estratégia para a promoção do uso racional de medicamento: Conheça os medicamentos que você utiliza"; - Organização de fóruns de discussão no que se refere à conduta ética e o aprimoramento do conhecimento profissional. Já realizou dois fóruns para a discussão de problemas inerentes às Farmácias Escola: O I Encontro Nacional das Farmácias Universitárias em 2006 e o II Encontro Nacional das Farmácias Universitárias em 2009, além de contribuir, sobremaneira, para a elaboração dos Padrões Mínimos para as

Farmácias Escola em 2006. Também organizou em 2014 o I Workshop da FU cujo tema foi “Contribuição das Farmácias Magistrais no Tratamento de Erros Inatos de Metabolismo (EIM)” que contou com a participação de cerca de 90 pessoas entre palestrantes, farmacêuticos e outros profissionais de saúde e alunos sendo possível: Conhecer o diagnóstico, a clínica e a terapêutica dos EIM para possibilitar o desenvolvimento de formulações magistrais personalizadas para este público alvo e conhecer os principais problemas enfrentados por esse grupo, bem como as alternativas de resolução, com a apresentação de algumas experiências. Ao completar 30 anos de criação a FU promoveu, em 2016, seu II Workshop para mostrar o que foi desenvolvido pela sua equipe nesses anos e discutir o que pode ser implementado no futuro. O II Workshop da FU cujo tema foi: “Farmácias Magistrais: Inovações e seus Desafios” contou com a participação de cerca de 200 pessoas entre palestrantes, farmacêuticos e outros profissionais de saúde além de usuários de medicamentos e alunos para discutir novas tecnologias na melhoria da qualidade de vida desses usuários;

- Treinamento para os profissionais farmacêuticos sendo responsável pela atualização de diversos profissionais;
- Desde 2012 a FU participa das atividades da Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT) abordando temas afins, com ênfase em medicamentos e cuidados com a saúde, dentro da temática geral proposta. Nessas participações são realizadas oficinas, jogos, debates, etc.. inserindo a questão do medicamento alopático e homeopático como forma de agregar informação aos alunos de ensino fundamental e médio que visitam a UFRJ durante esse evento;
- Participação no projeto “O remédio é a informação”, integrante de um projeto, maior, intitulado “Estabelecimento de uma relação multidisciplinar construtiva com as escolas públicas: uma contribuição da Faculdade de Farmácia (FF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)” - Edital FAPERJ N.º 36/2014 - Programa “Apoio à Melhoria do Ensino em Escolas da Rede Pública Sediadas no Estado do Rio de Janeiro – 2014” onde os docentes, discentes e técnicos da FF/UFRJ se dividiram em grupos temáticos para a realização de atividades em escolas públicas do município do Rio de Janeiro (RJ). Especificamente o projeto “O remédio é a informação” teve por objetivo promover a educação em saúde privilegiando o Uso Racional dos Medicamentos (URM) subsidiando os professores e alunos do ensino fundamental e médio, por meio do desenvolvimento de atividades multidisciplinares que incentivassem a experimentação e a reflexão sobre saúde, tendo como estratégia principal os medicamentos e as ciências farmacêuticas. Para tal foram utilizados recursos dos

conteúdos de base de diversas disciplinas, de forma lúdica e interessante, buscando a construção coletiva de conhecimentos, de forma inter e multidisciplinar, contribuindo com a formação de professores e estudantes no contexto da saúde e promovendo o exercício da cidadania. A FU contribui com informações sobre temas como anabolizantes, pílula do dia seguinte, filtros solares, conservação e uso de medicamentos, por exemplo, sempre enfocando o URM na ótica de apresentar ações com base nas solicitações dos professores das escolas públicas e dos próprios alunos.

Quanto à evolução do número de usuários de medicamentos atendidos na FU nos últimos anos, este número passou de 26.000 em 1997 para cerca de 52.000 em 2017. Mensalmente são aviadas cerca de 4.000 prescrições.

Com participação em comissões junto a Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais (ANFARMAG) e a Farmacopéia Brasileira (Formulário Nacional), além de outras, a inserção dos farmacêuticos da FU nas discussões para mudanças e atualizações da legislação é uma realidade na busca por melhorias na produção de medicamentos e no atendimento ao paciente.

A partir do I Simpósio Interno da FU foram definidas pela equipe: Visão: Ser reconhecida como modelo de farmácia escola, atuante na tríade ensino, pesquisa e extensão, capacitando o aluno à prática farmacêutica adequada à demanda do sistema de saúde brasileiro; Missão: Capacitar o aluno à prática farmacêutica, desenvolvendo suas atividades em conformidade com as legislações sanitárias e profissionais vigentes, dentro de critérios técnico-científicos e inovadores, tendo caráter formador comprometido com a ética e a qualidade do ensino, oferecendo à sociedade produtos de qualidade com orientação farmacêutica; Valores: Qualidade do ensino transmitido ao aluno; Qualidade (eficácia e segurança) do produto fornecido ao usuário; Qualidade na orientação farmacêutica fornecida ao usuário; Promoção da assistência farmacêutica que favoreça o acesso a medicamentos negligenciados pela indústria farmacêutica ou financeiramente inacessíveis aos usuários do sistema de saúde pública.

Conclusão/Considerações Finais

A garantia de que todas as atividades dentro de uma FE sejam orientadas por professores com experiência, que relacionam os conteúdos dos currículos escolares com as atividades de cada setor da FE, ou seja, de que as práticas orientadas sejam uma oportunidade de desenvolvimento econômico-técnico-cultural que forma a base e o resultado da educação farmacêutica ao transformar o pensamento, o conhecimento e o produtos e serviços na sustentação e expansão de qualquer profissional é papel dessas FE (PERELLÓ, 1998).

O ensino universitário tem que acompanhar a realidade de seu tempo gerando conhecimento e massa crítica para transformar realidades, em benefício da sociedade, formando profissionais competentes e éticos. Profissionais que encaram a responsabilidade na promoção do uso racional de medicamentos como, um desafio do qual não podem abrir mão, é uma realidade no âmbito da FU. Também é importante considerar a melhora na qualificação do profissional repercute positivamente na sociedade como um todo.

O projeto Farmácia Universitária começou olhando só a tríade ensino-pesquisa-extensão, mas hoje, sem dúvida, o seu papel social é relevante no atendimento do usuário de medicamentos de baixa renda que necessita do produto farmacêutico, além de todos os componentes envolvidos na proteção, recuperação e promoção à saúde.

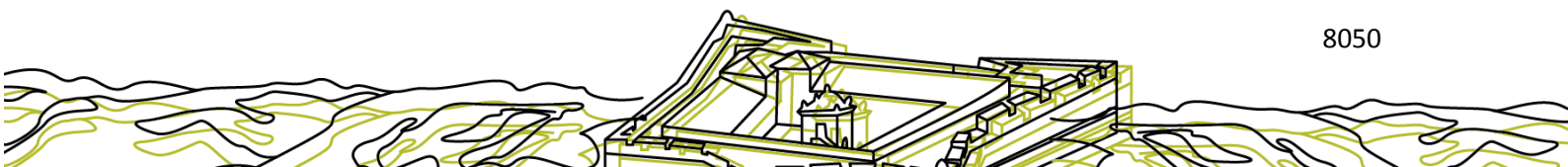
A FU e, não só o estagiário, sabe que ao assumir um compromisso com o meio social esse compromisso deve estar focado nas necessidades concretas desta realidade, refletindo criticamente sobre ela.

O ato de educar é uma práxis e, como toda práxis, supõe uma relação recíproca entre teoria e prática. Mas a prática de educar, durante muitos anos, não foi antecedida por uma teoria educativa que a orientasse; era isto sim, o conhecimento espontâneo que orientava a prática educativa. Ainda hoje muitos educam desta forma e é isto que a equipe FU tenta mudar. Para que essa prática seja mais eficaz, é necessário um maior rigor conceitual e a sistematização dos conhecimentos para definir os objetivos a serem alcançados (CARRILLO, 1999).

Muitos desafios surgem a cada dia e para a manutenção desse programa e sua ampliação com a criação de um laboratório de manipulação de fitoterápicos, bem como outro para a produção de dermocosméticos. Esta ampliação já foi aprovada em todas as instancias da universidade e incluída no Plano Diretor da UFRJ. A previsão de uma estimativa de 50% no crescimento no atendimento da FU, num futuro próximo, dependerá do esforço de todos os atores envolvidos no Programa Farmácia Universitária.

Com a responsabilidade pelo atendimento, anual, de cerca de 50.000 usuários de medicamentos o compromisso da equipe da Farmácia Universitária visa, além de manter um modelo de farmácia no seu âmbito de atuação, garantir a esse usuário o uso racional de seus medicamentos.

Cada vez mais, com a evolução, a comunicação fica cada vez mais telegráfica. Os atendimentos são rápidos





A FU representa o que a profissão farmacêutica pode fazer pelo usuário de medicamentos mesmo que esse usuário nem precise dos medicamentos, que ela manipula, pois tem a capacidade de acolher esse usuário estando atento aos seus problemas mostrando aos alunos que, muitas vezes, uma boa entrevista farmacêutica vale mais que mil medicamentos.

Com mais de 30 anos de serviços prestados à comunidade, a nossa “Farmacinha” se consolida como um programa que, sem dúvida, modificou as práticas em saúde de uma geração de farmacêuticos e de pacientes construindo bases sólidas na luta pelo uso racional de medicamentos.

Referências

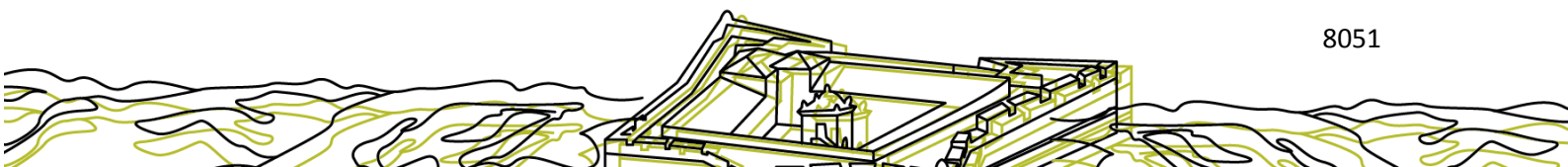
CARRILLO, M.R.G.G. **Ensino Farmacêutico e a necessidade de mudanças na concepção de estágio na carreira do farmacêutico – bioquímico, 1999.** Disponível em

<www.ufmt.br/revista/arquivo/rev16/carrillo.htm - 57k>. Acesso em: 21 mai 2015.

CARRILLO, M.R.G.G. **A Formação do Profissional Farmacêutico e o Exercício da**

Cidadania na UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto, 2001. Disponível em <repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/4026/1/ARTIGO_FormaçãoProfissionalFarmacêutico.pdf>. Acesso em: 15 mar 2018.

PERELLÓ, J. S. **Pedagogia do Estágio – Experiências de Formação Profissional.** 1.ed. Ed: Ciee, 1998.



A LUTA CONTRA O CARCINOMA ATRELADO AO EMPODERAMENTO DE ROCHAS LAPIDADAS

Área Temática: Saúde

Kadla Jorceli Gomes Rafael; Thais Emanuelle da Silva Matias; Maria Leticia Cardoso da Silva Barbosa; Matheus Wagner da Fonseca Garcia; Deivid Junior Santos do Nascimento.

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Resumo

O presente estudo tem como finalidade a reflexão, trajetória e superação da vivência de mulheres com câncer, com base em entrevista ao grupo “VIVA” da cidade de Currais NovosRN, na região do Seridó, o grupo surgiu com origem filantrópica por uma mulher que vivenciou um carcinoma de mama, o mesmo recebe mulheres de diversas regiões, que vivenciaram a mesma adversidade, de forma acolhedora. Compreendendo as necessidades dessas mulheres, nas questões de saúde-doença, quanto no apoio emocional, abrigando e atendendo de acordo com as conquistas que foram voluntariamente arrecadadas. Por ser um grupo de apoio, têm como intenção primordial trabalhar a autoestima e superação das mesmas, por meio de trocas de experiências, roda de conversas, informações sobre a doença, palestras e lazer. Suprindo as carências dessas mulheres em situação de insegurança e medo, frente ao diagnóstico, que causam várias reações psicológicas e emocionais, que varia de acordo com a cultura sócio pessoal. Desempenhando um melhor convívio social, no âmbito familiar, assim como entre amigos. O trabalho também surge ampliando a importância das práticas exercidas por grupos amplos, na importância da superação, quanto aos efeitos biológicos, emocionais, sociais e psíquicos de grupos variantes.

Palavras-chave: Câncer; Superação; Grupo de apoio.

Introdução

O câncer consiste na deficiência de células benignas, ocasionando o crescimento desordenado delas e sua multiplicação, que tem como função inibir o corpo humano. Passando a desestabilizar o ser humano, seu ponto mais referencial, é a superação do mesmo diante táticas e métodos, entre pessoas e convívios, com o apoio da família e dos que passaram pelo desespero e pela cura. A superação, do Latim SUPERATIO, “ato

de elevar-se, de passar por cima”, derivado de SUPER, “acima”, refere ao conjunto de processos, que permite que o indivíduo tenha uma vida sã, no qual esses projetos consistem em variância de apoio, seja por apoio emocional, quanto à motivação por meio da beleza por práticas de exercícios, equipe de enfermagem, respeito aos efeitos colaterais e até mesmo grupos de apoio que desmistificam todo o sofrimento, passando a atuar junto com a família na eficácia do diagnóstico.

Tais grupos, sejam eles físicos ou virtuais, permitem ao indivíduo uma motivação perante o tratamento. Muitos deles permitem cultivar a beleza durante o tratamento da quimioterapia, como fazer unha com cuidados biológicos, táticas de maquiagem para esconder manchas, cuidados intensivos de como se depilar durante quimioterapias brancas e remissão, desenhos de sobancelha, adereços da cabeça. São táticas estratégicas, que permitem a esses indivíduos a motivação e a autoestima, proporcionando o amor próprio como fonte de energia diante do tratamento, pois suas emoções estão descontroladas diante do diagnóstico e isso causa revolta e desfalecia do corpo físico, porém medidas emocionais incentivadas por tais grupos favorecem também o controle emocional, tais como meditação, técnicas de respiração, mindfulness, acupuntura, ajudando a diminuir a dor, sentimento de confusão e cura interior. Assim como práticas de imunodeficiência que ajudam a regredir os efeitos colaterais, acelerando a cura e a superação existente.

Assim, os grupos se fazem necessários para esclarecer dúvidas, ajudando as pessoas inscientes no assunto, utilizando de troca de informações e receitas ricas em vitamina antioxidantes, proteínas e minerais diferenciados para um paladar sensibilizado pelo tratamento. Assim, os grupos incentivam a ingestão de alimentos alcalinos e dão forças para que o paciente desenvolva atividades de exercício físico, contribuindo diretamente na oxigenação do corpo. Permitindo o avanço da cura a auto realização e a aceitação do diagnóstico.

Logo ao abordar o tema faz se evidente que a superação do câncer está vinculado a diversos fatores, em especial a grupos de apoios que junto com o corpo clínico amenizam os efeitos biológicos e psíquicos do ser humano, garantindo a integridade física e moral. Assim esses pacientes são preparados emocionalmente para garantir a socialização diante da imagem afetada pela doença, no qual a busca pela esperança, pelo apoio, por respostas, aceitação, duvidas são atendidas e sentimento desestimulante amenizados com grupos como estes. Por conseguinte, salientando a importância dos mesmos afim de expandir as informações na sociedade e no requisito

saúde-doença como alternativas de métodos físicos em conjunto para a busca da cura do cancerígeno.

Metodologia

Trata-se de um estudo realizado no período de Outubro de 2017 à Março de 2018, com abordagem qualitativa, já que a pesquisa exploratória tem como objetivo, pesquisar sobre o grupo de apoio “VIVA”, e a descritiva tem como objetivo, a descrição dos benefícios de um grupo como esse, para o tratamento do câncer. Sendo uma das características mais significativas, a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários e entrevistas gravadas, aprovadas e autorizadas pelas participantes. No entanto, foram preservados os seus nomes, substituindo-os por nomes de pedras preciosas, tais como Rubi, Esmeralda, Turmalina e Diamante, em uma análoga comparação de pedra com nódulos e preciosas são essas mulheres, que enfrentam ou enfrentaram essa dificuldade com garra. Além disso, foram utilizados artigos científicos e tabelas estatísticas, para a comprovação do que foi relatado. Ademais, para ilustrar, foram utilizadas imagens disponibilizadas pela representante do grupo, que enfatiza as colocações que foram descritas.

Resultados e Discussão

Ao tratar do câncer e suas possibilidades de cura foi estigmatizado a relevância de grupos que permite a autoajuda terapêutica, entre eles o grupo “VIVA” da cidade de Currais Novos que tem como objetivo ajudar pessoas com câncer por experiências próprias. O diagnóstico de câncer no Brasil possui índices alarmantes no qual preocupa o conselho de saúde, suas causas ainda não estão estigmatizadas, mas, o gênero feminino é o mais acometido pelos carcinomas, o câncer de mama um dos principais causadores de morte no mundo, tendo essa especificidade de carcinoma bem visível no grupo viva, os grupos alvo são acometidos desde idosos a jovens. Segundo dados da tabela de distribuição dos casos de câncer, de acordo com o sexo:

Sexo	Freq.	%
Feminino	2473	52,8
Masculino	2214	47,2
Total	4687	100,0

Fonte: Hospital Liga contra o câncer (2010)

Os efeitos psicossociais ocasionados pela descoberta da doença e pela agressividade dos tratamentos são impactantes para o indivíduo e sua família, no qual a rotina, as finanças, e a estética são afetadas diante de uma sociedade exigente, a depressão, solidão, a falta de aceitação da doença e a revolta são sentimentos de angústia diante o diagnóstico, assim o apoio do corpo clínico ainda é insuficiente, pois o consolo humano se faz concreto quando tem ajuda de quem passou e venceu o câncer, trazendo a motivação e a esperança da cura, incentivando pessoas a continuar na luta, a propagar experiências e desmistificar o tabu do câncer “aquilo” ou “aquela doença feia”. Conforme Almeida:

O câncer surge com um significado de ameaça à vida e à integridade física e emocional da mulher. Portanto, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, a mulher passa a vivenciar a expectativa de um futuro incerto, de um caminho de dificuldades, que vem acompanhado do medo da morte e mutilação. (ALMEIDA, 2015, p. 435). Assim se fez o grupo, com incentivo de ajudar outras pessoas que estão submetidas a tratamentos, o mesmo vem expandindo a informação por meio de palestras e rodas de conversas realizadas, possuindo dois grupos integrantes, que acolhem mulheres necessitadas de ajuda, dispõe como criadora do grupo (Esmeralda). O tratamento dessas mulheres tem como sede o hospital oncológico, sem fins lucrativos, Liga contra o câncer, no qual possui uma equipe multidisciplinar, pautada nos cuidados paliativos e na humanização. Com isso elas se sentem realizadas em possuir apoio para sua patologia, pois todo processo de superação inicia-se no centro de atendimento para assim haver sua expansão, todavia, a atuação da equipe de enfermagem é primordial, visto que o contato com a equipe em busca da cura é diário. De tal modo como reafirma Branco:

Sendo o enfermeiro o elemento da equipa de saúde que mais tempo contacta com o utente, o seu papel é fundamental na promoção da saúde e na prevenção das doenças. A sua função de acompanhamento próximo e frequente junto das pessoas. (BRANCO, 2015, p. 248).

Diante do observado, no grupo tem em sua maioria, mulheres com câncer de mama submetido à mastectomia, um importante processo para sanar os efeitos biológicos, mas, desestabilizadores da emoção feminina, entre outros efeitos acometidos por carcinomas de tireóidea, colo de útero, colo retal, linfoma de Hodgkin, câncer de estômago e pele. Tais como, perda de cabelo, alterações na pele, unhas, entre outros adventos dos efeitos colaterais. Os seus possíveis danos são acometidos por terapias fortes, assim como mostra Almeida:

Acredita-se que o tratamento com quimioterápicos seja tão temido pela maioria das mulheres, devido ao seu poder de desenvolver efeitos como a toxicidade sistêmica que pode ser apresentada com a alopecia, causando-lhe significativas alterações na autoimagem. (ALMEIDA, 2015, p. 436).

Esses efeitos são em sua maioria amenizada por meio do apoio do grupo “VIVA” que permite mostrar a possibilidade de superação, por meio do contato, da ajuda psicológica, o incentivo na revalorização do corpo feminino, na prática da fé e na troca de experiências a falar do assunto. O mesmo tem como objetivo a aplicabilidade de atendimento, apoio, orientação e escutar a história de cada uma e de alguma forma transformar a vida dessas mulheres. Engajar as mesmas no convívio social, fortalecidas, bem humoradas, evitando a solidão e doenças psicológicas, proporcionando a superação ao câncer. Participantes do grupo que passaram pelo tratamento oncológico, quando foram questionadas sobre o que o grupo mudou em suas vidas, relataram:

“O grupo é maravilhoso, mudou muita coisa, eu com depressão conversava com uma e com outra, e graças a Deus eu fui me modificando, certo? E foi assim... até que através do grupo eu consegui me reergue, com a força de Deus primeiramente, a minha fé, depois o grupo, com as amigas que me davam força, Esmeralda, que sempre busquei força nela, tipo assim... Perguntando se era normal e até receber amigas do grupo aqui em casa, doar medicação que elas tinham sobrando, aconteceu isso.” (Rubi).

“Ajudou no esclarecimento das dúvidas que eu tinha, isso fez uma diferença muito grande na minha vida. Recomendo muito.” (Turmalina).

O grupo evoluiu de nove para quinze integrantes, chamado grupo de articulação, contando com nutricionistas, advogado, psicólogo nas rodas de conversas. Contando também com ajudas voluntárias, no qual fazem bingos, bazar, e sorteios em prol de arrecadar dinheiro para os casos de necessidades, contam também com o grupão, possuindo cerca de 60 pessoas de diversas cidades da região Seridó.



Fonte: Grupo VIVA (2017)

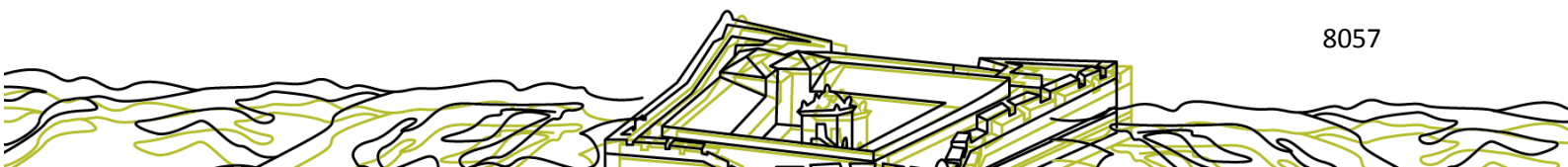


Fonte: Grupo VIVA (2017)

Reúne-se quinzenalmente, para a articulação de novas ações, contando com o apoio da sociedade, através de patrocínios de alimentos que fortificam o sistema imunológico, doação de uma mini van, para facilitar o traslado dos encontros e futuramente conduzir os pacientes até o local do tratamento, doação de retalhos para fazer lenços, de camisolas e lençóis para o momento da internação de pessoas carentes, mas é apenas emprestado, para haver fluxo de retorno. Sendo ele totalmente filantrópico, pois desde o princípio, ficou definido que não dariam dinheiro diretamente, assim como, não receberiam doações em espécie.

O grupo permite visitas, garantindo apoio emocional, acessória jurídica para mostrar os direitos de pacientes oncológicos e garantir a integridade humana, eventos que permite lazer, por meio de patrocínios disponibilizam em seu projeto apoio com práticas de atividades físicas, tais como, natação e hidroginástica por meio de colaboração solidária, havendo necessidades, disponibilizam cestas básicas, medicamentos básicos e auxilia a família na marcação de exames, o grupo busca parcerias com a secretaria do município, afim da mesma disponibilizar médico oncologista para que não tenha tanta locomoção para cidades vizinhas de pacientes, pois o cansaço é um grande desmotivador, mas, encontra dificuldade por não saber a quantidade estática da doença na cidade, mas existem grandes índices da doença no município, assim a busca por soluções, pelo interesse das causas acometidas e por dados brutos, levou Esmeralda a ir à busca de uma geneticista, afim, de ajudar pessoas já adoecidas, no qual considera uma medida eficaz na busca da superação. O grupo é bem explicito quando expõem suas limitações e dos seus objetivos:

“A gente não engana ninguém, não diz que é fácil, mas mostra que é possível.” (Esmeralda).



Também permitiram o empoderamento da beleza realizando um ensaio fotográfico, que mostrou para essas integrantes a valorização do seu corpo, a valorização do grupo e da amizade, permitindo a confiança, a alta estima e reflexos de superação para as demais.



Fonte: Grupo VIVA (2017)



Fonte: Grupo VIVA (2017)

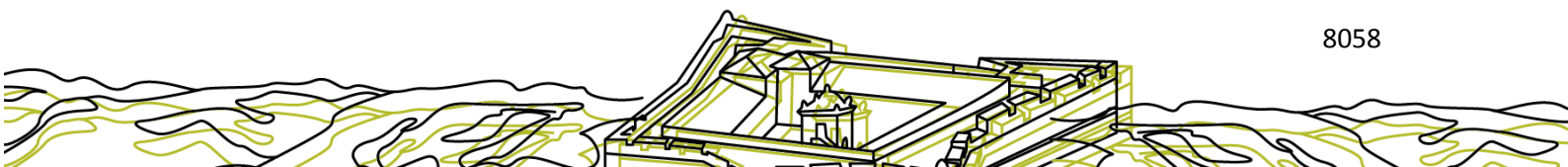
A fé, o apoio humano, a solidariedade e o compartilhamento do diagnóstico, favoreceram para a eficácia da cura e para o propósito do grupo. Contribuindo significativamente para a tão esperada superação. Logo, a integrante preconiza:

“Graças a Deus estou curada. E se você descobrir que está com câncer e acha que o mundo acabou que as coisas pararam, não acredite, tenha fé, entenda que é apenas um obstáculo que você vai vencer, retire essa pedra do seu caminho, com todas as forças do seu coração.” (Diamante).

“E essas pessoas que estão passando agora por esse momento, primeiro tenha fé em Deus e depois viva, viva intensamente, busque, corra atrás, porque tudo vai dar certo, a cabeça tem que está bem, para que o corpo fique bem. Busque a companhia dos amigos, dos familiares e dos grupos.” (Esmeralda).

Conclusão/Considerações Finais

O presente estudo se propôs a caracterizar a presença da superação e resiliência de mulheres que enfrentam esse processo de saúde-adoecimento, a árdua batalha contra o câncer.



O grupo “VIVA” age com um olhar generalista de doença, corpo, emocional, psicológico e cultural. Torna-se evidente, portanto, que a formação de grupos de apoio como o citado à cima, permite a sociabilização e proporciona autonomia das mesmas para um melhor convívio social. Assim como atua ajudando a equilibrar os aspectos biológicos, junto com o corpo clínico. Além do mais, colabora para o regresso da doença, possibilitando uma melhor qualidade de vida.

Referências

PINTO, Ariane Costa. Et al. **A importância da espiritualidade em pacientes com câncer**. Santa Catarina: UNESC, 2016.

ALMEIDA, Thayse Gomes de. Et al. **Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada**. Maceió, AL: Esc. Anna Nery revista de enfermagem, 2015.

BRANCO, Isaura Maria Bata Henriques Peixoto. **Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem**. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal: 2015.

Hospital liga contra o câncer. Fonte de informações. Disponível em:
<<http://www.ligacontraocancer.com.br/>>. Acesso em: 26 de fev. 2018.

PROGRAMA MAIS SAÚDE: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PLANTAS MEDICINAIS E SUAS INTERAÇÕES

Área Temática: Saúde

Iara Fernandes¹; Riani Ferreira Guimarães², Melissa Maia Bittencourt², Arthur Vieira Piau²,

Viviane Flores Xavier⁴, Milla Maia Bittencourt²

Juliana Cristina Santos Almeida Bastos³, Rosana Gonçalves Rodrigues das Dores⁴

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Resumo

O conhecimento sobre plantas medicinais está arraigado no Brasil. As preparações tradicionais como chás, emplastros, sumo, fazem parte do conhecimento oral, transmitido entre gerações. Neste contexto, sempre há “uma receita” de uso de plantas em dada patologia. Com a implementação da Fitoterapia, no SUS, esse estudo visou fazer o diagnóstico das plantas medicinais utilizadas por pacientes do Centro de Saúde da UFOP, orientar sobre as interações entre medicamentos/plantas/alimentos, discutindo aspectos culturais, étnicos, aconselhando sobre as terapias que melhor se adequam ao tratamento medicamentoso. Por meio de entrevistas semiestruturadas, 400 pacientes maiores de 21 anos foram abordados e convidados a participar do projeto (CAAE - 0057.0.238.000-10, 0010.0.238.000-11) onde respondiam sobre uso de medicamentos/plantas medicinais, formas e frequência de uso.

Questionou-se informavam aos prescritores o uso concomitante de plantas/alimentos/medicamentos. Foram estudados os prontuários clínicos, fez-se a conduta clínica individual e as informações sobre possíveis interações, identificação e forma de uso foram repassadas ao entrevistado. Os dados foram sistematizados por estatística descritiva. A maioria dos entrevistados desconhecia que “um simples chá” pode interferir na absorção do medicamento, não informando o uso ao prescritor. Dos

¹ Universidade Federal de Ouro Preto, Nutrição(UFOP). Bolsista PET/ PIVIC/Universidade Federal de Ouro Preto

² Bolsistas Programa Mais Saúde. PRACE/ Universidade Federal de Ouro Preto.

³ Bolsistas de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado UFOP) Programa Mais Saúde. PRACE/ Universidade Federal de Ouro Preto.

⁴ Coordenadora Programa Mais Saúde. PRACE/ Universidade Federal de Ouro Preto

entrevistados 85,1% fazem o uso de plantas medicinais, valor elevado, devido ao tratamento medicamentoso. Desses 60,4% são mulheres e 24,7% homens. Foram citadas 53 espécies. As maiores prevalências estão associadas a *Mentha sp.* (hortelã, 18,3%), *Cymbopogon citratus* (DC) Stapf. (erva-cidreira, 14%), *Matricaria recutita* L. (camomila, 10,3%), *Ilex paraguariensis* A. St. Hil. (erva-mate, 9%) e *Leonurus sibiricus* L. (macaé, 8%). As interações relevantes foram entre sedativos e plantas calmantes, anti-hipertensivos e plantas diuréticas. Índice importante está relacionado ao uso de café (33%) que interfere diretamente com vários medicamentos.

Palavras-chave: plantas medicinais, Fitoterapia, interações medicamentosas, SUS

Introdução

A utilização de plantas medicinais é caracterizada pelo saber tradicional das comunidades como primeira opção terapêutica na prevenção e cura de doenças.

O Brasil é detentor de grande diversidade genética, com vasto número de espécies vegetais e todo este patrimônio impulsiona e facilita a tradição do uso de plantas medicinais. O saber transmitido por exercícios de oralidade nos proporciona entender a “valorização” das práticas de cura, o resgate do conhecimento místico que envolve os paradigmas de cura.

Tradicionalmente, todos nós temos “uma receita” de chás, sumo, cataplasma ou suco que utilize de plantas, com finalidade terapêutica. Dentre as mais conhecidas e relatadas no meio universitário está a maceração de folhas de boldo-brasileiro para curar os excessos alcoólicos. O conhecimento empírico transmitido entre gerações colaborou no aprendizado de técnicas de cultivo e uso das plantas medicinais. Outro aspecto importante é a troca de receitas e mudas de “chás”. Relatos espontâneos de uso de plantas eram passados entre vizinhos, que quando necessário, se tornaram fornecedores de chá, ou de plantas *in natura*. Hoje, com a verticalização urbana, a facilidade de se adquirir produtos comercializados, tais práticas estão cada vez mais em desuso.

Aos pesquisadores cabe realizarem pesquisas de informações etnobotânicas/etnofarmacológicas tornarão possível desenvolver pesquisas científicas que validem suas propriedades farmacológicas e garantam sua eficácia terapêutica (Silva e Oliveira, 2017). Desta forma, reconhecer a importância das relações entre o homem e a plantas significa avançar cognitivamente, é refletir a visão que a ciência pode ser utilizada na proteção do patrimônio cultural e da biodiversidade (Albuquerque, 2002). Assim,

quando se estuda uma dada espécie, propõe-se investigar toda a sua cadeia produtiva que vai do cultivo ao medicamento fitoterápico.

Com a implementação da Fitoterapia no sistema único de saúde (SUS), no Brasil (Batista e Valença, 2012), como especialidade terapêutica, e em função da “Revolução verde”, isto é, a busca por produtos ditos mais naturais e menos agressivos ao organismo, trouxe à tona um gama de possibilidades. Usar planta medicinal é visto como produto verde, de baixo risco, no entanto, toda planta medicinal quando usada em excesso, ou de forma indevida, tem toxicidade. O paradigma “se é natural, não faz mal”, precisa ser quebrado. Ao contrário do que a grande maioria dos usufrutuários pensam, os chás precisam ser utilizados com parcimônia para serem terapêuticos. Conhecer bem a espécie, é condição *sine qua non* ao uso e dispensação.

Outro aspecto relevante está ligado com a forma de produção e processamento dos produtos a base de plantas. Nesse sentido, salienta-se que o cultivo deve ser orgânico ou agroecológico e o processamento em droga vegetal (planta seca) sob temperatura controlada.

Assoma-se a essas informações as interações entre plantas, plantas-alimentos e plantas-medicamento. Trabalhos recentes comprovam que a junção de duas ou mais terapias complementares resulta em tratamento mais efetivo, porém, grande número de prescritores desconhece as possíveis interações entre plantas/ medicamento/ alimento e ainda, não são informados pelos pacientes sobre tal uso.

Como reflexo do uso indevido, tem-se alterações clínicas e laboratoriais, que norteiam o prescritor para adequações na conduta clínica.

Neste sentido, a orientação vinda do profissional da saúde é fundamental para que o paciente possa ser alertado sobre os riscos da toxicidade, interações medicamentosas e melhores formas de utilização das terapias alternativas (Zeni, 2017).

Por interação entende-se que é a resposta farmacológica ou clínica oriunda da interferência da ação de um determinado medicamento, alimento ou qualquer substância química sobre o efeito de outro medicamento, administrado previamente ou em concomitância ao primeiro (Garske, 2016).

Podendo acarretar interações e efeitos tóxicos não esperados pelo médico ou provocar hepatotoxicidade. As interações entre um princípio ativo e os componentes químicos que estão contidos nas plantas medicinais possuem potencial em causar alterações nas

concentrações plasmáticas dos medicamentos, comprometendo, dessa forma, sua efetividade e segurança (Souza *et al*, 2017).

Em função do exposto, esse projeto, do Programa Mais Saúde, teve como objetivo fazer o diagnóstico das plantas medicinais utilizadas por pacientes do Centro de Saúde da Universidade Federal de Ouro Preto, orientando sobre possíveis interações entre medicamentos/plantas, medicamentos/alimentos e plantas/ alimentos, discutindo aspectos culturais e étnicos, e ainda, resgatando os conhecimentos, aconselhando sobre as terapias que melhor se adequam ao tratamento medicamentoso e trabalhando por meio de atendimentos individuais e oficinas coletivas a promoção da saúde da população.

Metodologia

O projeto de extensão está vinculado a área de saúde da Pró-Reitoria de Assuntos comunitários e estudantis (PRACE) da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, desde 2010. Para iniciar o delineamento experimental da proposta, o projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ouro Preto, estando registrado na plataforma Brasil sob os números CAAE - 0057.0.238.000-10 e CAAE - 0010.0.238.000-11.

Por meio de entrevistas semiestruturadas (tipo snowball), pacientes maiores de 21 anos, de ambos os sexos, com alguma patologia preestabelecida, como hipertensão arterial sistêmica, Diabetes ou em acompanhamento clínico, foram abordados pelos bolsistas e convidados a participar do projeto. A abordagem foi de forma aleatória, no Centro de Saúde da UFOP, que fica situado no Campus Ouro Preto, no bairro Morro do Cruzeiro, vinculado ao Sistema único de Saúde via Prefeitura Municipal de Ouro Preto, atendendo às comunidades ufopiana e dos bairros que circundam o campus (Vila Aparecida e Bauxita).

A adesão foi voluntária e, em qualquer momento, a evasão poderia ocorrer. Foram firmados os termos de esclarecimento e livre consentimento, onde os colaboradores têm ciência que a qualquer momento podem procurar a equipe para atendimento e esclarecimentos. Foram entrevistados 400 pacientes, que respondiam sobre uso de medicamentos e plantas medicinais, no que tange às formas e frequência de uso. Informaram também, sobre a forma de aquisição das espécies utilizadas, se cultivavam em hortos ou pomares domésticos, ou se eram produtos industrializados ou comerciais. Ainda, foram demandados, se informavam aos prescritores sobre o uso concomitante de

plantas/alimentos e medicamentos. Relatos espontâneos foram registrados bem como receitas de uso de plantas.

Após a entrevista, foram estudados os prontuários clínicos dos entrevistados, fez-se a conduta clínica individual e as informações sobre possíveis interações, identificação e forma de uso foram repassadas ao entrevistado em atendimento individual e em oficina sobre forma de preparo de chás. Nesse momento, foi estimulado o pensamento crítico sobre a postura com relação às medicinais e terapia farmacológica.

A análise dos resultados foi sistematizada por estatística descritiva, paramétrica e elaborou-se a primeira cartilha de plantas medicinais do Mais Saúde, com distribuição gratuita.

Resultados e Discussão

O projeto de plantas medicinais e interações surgiu em atendimento a demanda da comunidade externa que participava ativamente das atividades no Centro de Saúde da Universidade Federal de Ouro Preto, voltadas ao resgate cultural do uso de plantas medicinais e alimentos funcionais. Durante as oficinas, habitualmente surgiam questionamentos e relatos sobre o uso de dada planta e resultado positivo, visualizados na aferição da pressão arterial e na glicemia.

Como reflexo dessas colocações, cientes do papel do educador em saúde, da necessidade de interação de conhecimentos/ desdobramentos/ e de divulgar informações que possam validar o uso racional de produtos naturais e medicamentos, a integralização desses dados nos permitiu postular melhores condutas no atendimento diferenciado ao paciente e conscientizar os prescritores.

A partir dos dados obtidos foi evidenciado que 85,1% dos entrevistados utilizam plantas medicinais. Esse valor pode ser considerado valor considerado elevado, uma vez que os mesmos estão em tratamento medicamentosos ou acompanhamento farmacológico. Desse universo, 60,4% são mulheres e 24,7% homens. Esse resultado pode estar correlacionado com a questão da transmissão oral do conhecimento sobre plantas medicinais, entre gerações de mulheres, relacionando-se ao “tradicional chazinho da vovó”; entre vizinhas ou amigas, com resgate de receitas caseiras de tratamento. Observa-se que, culturalmente, a promoção de saúde e de autocuidado está vinculada a

figura maternal, e ainda pelo fato de que a mulher frequenta mais os serviços de saúde em atenção básica (Pitilin e Lentsck, 2015).

Considerando as comunidades estudadas e a cidade de Ouro Preto, pode-se quiçá explicar melhor o uso elevado por mulheres.

Alguns autores apontam que o uso de plantas medicinais por homens pode estar ligado a atividade exercida, como ocorreu em levantamentos etnobotânicos feitos na região norte do país, onde os homens em devido ao maior contato com a floresta, tendem a ter maior conhecimento de plantas desse ecossistema (Ming & Amaral Jr, 2005; Santos et al, 2008).

Foram citadas 53 espécies, por sinonímia popular. As maiores prevalências estão associadas a *Mentha* sp. (hortelã, 18,3%), *Cymbopogon citratus* (DC) Stapf. (erva-cidreira-de-capim, 14%), *Matricaria recutita* L. (camomila, 10,3%), *Ilex paraguariensis* A. St. Hil. (erva-mate, 9%) e *Leonurus sibiricus* L. (lavadeira, erva-macaé, 8%), *Pimpinella anisum* L. (erva-doce ou anis, 7,8%); *Melissa officinalis* L. (melissa, 7,5%), *Rosmarinus officinalis* L. (alecrim, 5,5%); *Plectranthus barbatus* Andrews (boldo-do-Brasil, 3,5%); *Foeniculum vulgare* L. (funcho, 3%), *Phyllanthus niruri* L. (quebra-pedra, 3%); *Bidens pilosa* L. (picão, 2,5%); *Sechium edule* L. *folia* (folha-de-chuchu, 2,3%), *Camellia sinensis* L. (chá-preto, 2,3%), *Mentha pulegium* L. (poejo), *Citrus limonum* L. *folia et frutis* (limão, 2,3%) e *Plantago* sp. L. (transagem, 2,3%); *Mikania* sp. (guaco, 2%), *Achyrocline satureioides* L. (marcela, 2%), *Ocimum* L. (manjerição e alfavaca, 2%); *Citrus sinensis* L. *folia* (folha-de-laranja, 1,8%), *Fragaria* sp. (morango, 1,8%) *Passiflora edulis* L. (maracujá, 1,8%); *Allium sativum* L. (alho, 1,5%), *Malus domestica* L. (maça, 1,5%) e *Salvia officinalis* L. (sálvia, 1,5%); *Cinnamomum zeylanicum* Blume (canela, 1,3%), *Equisetum* sp. L. (cavalinha, 1,3%), *Mentha spicata* L. (levante, 1,3%); *Baccharis trimera* L. (carqueja, 1,3%) *Zingiber officinale* L. (gengibre, 1%); *Zea mays* L. *stigma* (estigma-de-milho, 0,8%), *Petroselinum crispum* L. (salsa, 0,8%), *Bauhinia forficata* L. *pata-de-vaca*, 0,8%), *Solenostemon scutellarioides* (L.) Codd (coração-magoado, 0,8%), *Cynara scolymus* L. (alcachofra, 0,8%), *Prunus persica* L. (pêssego, 0,8%), *Gossypium hirsutum* L. (algodão, 0,8%) e *Phalaris canariensis* L. (alpiste, 0,8%); *Eugenia uniflora* L. (brotos-de-pitanga, 0,5%), *Syzygium aromaticum* L. (cravo-da-índia, 0,5%), *Brosimum gaudichaudii* L. (mamacadela, 0,5%), *Hibiscus sabdariffa* L. (hibisco, 0,5%), *Morus* L. (folhas-de-amora, 0,5%), *Annona muricata* L. (graviola, 0,5%), *Malva sylvestris* L. (malva, 0,5%); *Ilex Rudgea viburnoides* (Cham.) Benth. (congonha, 0,3%), *Glechoma hederacea* L. (hera-terrestre, 0,3%), *Uncaria tomentosa* L. (unha-de-gato, 0,3%), *Coix lacryma-jobi* L. (lágrima-de-Nossa-Senhora, 0,3%), *Persea americana* L. (abacate, 0,3%), *Echites peltatus* Vell. (joão-da-costa, 0,3%) e *Rosa alba* L. (rosa-branca, 0,3%).

Algumas espécies podem ser chamadas de modais, ou seja, refletem um momento, ou a moda que é divulgada nas redes sociais, revistas que propagam padrões estéticos, saúde associada a forma física ou estereótipos. Nesse estudo, as espécies citadas são relacionadas ao emagrecimento ou ao rejuvenescimento, facilitado como *Cordia salicifolia Cham.* (porangaba), *Hibiscus sabdariffa L.* (hibisco), *Camellia sinensis L.* (chá-preto, branco e verde).

A maioria dos entrevistados desconhece que “um simples chá” pode interferir na absorção do medicamento, não informando o uso ao prescritor, o que pode ser prejudicial ao acompanhamento farmacológico, explicando muitas vezes, as interferências laboratoriais, a dificuldade na adesão e sucesso do tratamento. Ao serem informados das interações, os entrevistados se mostraram perplexos e reflexivos sobre as interferências e fizeram relatos bem interessantes sobre o que já havia sucedido quando utilizavam os chás ou fitoterápicos.

*“Bem que eu vi, que quando uso, eu ‘durmi’ que nem pedra...
Nem vi minha filha chegar.”*

MP, paciente hipertensa, 76 anos

“Nesse dia minha glicose baixou de vez...”

ASF, paciente diabético, insulino independente, 68 anos

“Falei com o médico nada, vou tomando sem ele saber...”

GMPS, paciente diabética e hipertensa, 83 anos

Cato minhas plantinhas e uso mesmo, às vezes, o médico passa lá perto de casa, Dr.

P, é meu vizinho, vc sabe, né, me vê e ainda pergunta pra que serve...

Ele sabe que num fico sem elas”

MFSM, paciente hipertensa, 62 anos.

“Uso direto para emagrecer, quando quero por uma roupa, ir em uma festa...”

Sou jovem e estou acima do peso e assim desinchei também.”

GCFS, paciente com hipercolesterolemia, 25 anos.

Como os participantes do projeto são muito presentes nas atividades do Programa Mais Saúde, não houve constrangimento em relatar o uso indevido, ou o uso concomitante com medicamentos. A proposta da equipe foi do uso controlado, adequando o uso de chás ou fitoterápicos à prescrição medicamentosa, usando a informação como aliada para promoção do autocuidado.

Entre dados coletados um dos índices mais importante está relacionado ao uso de café (33%), que pode interagir com diversos fármacos, como adenosina, antipsicóticos, benzodiazepínicos e fármacos relacionados, betabloqueadores, clozapina, compostos contendo ferro, dipiridamol, hormônios contraceptivos ou terapia de reposição hormonal, hidrocloridrato, inibidores da monoaminoxidase, pseudoefedrina e fármacos relacionados, lítio e mentol. Como exemplo das interações relatadas, podemos citar que o uso de café (duas xícaras de 150 mL) se opõe aos efeitos dos betabloqueadores não seletivos (por exemplo, propranolol ou metoprolol) no tratamento da angina ou hipertensão (Medeiros *et al*, 2017). Isso está associado ao fato que a cafeína causa uma liberação de catecolaminas, tais como adrenalina, no sangue, que poderá proporcionar o aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea. Pacientes em tratamento desconheciam tais informações. Os prescritores também.

Na oficina de retorno das informações aos entrevistados fez-se a propostas de alimentos que podem suprir o uso do café, ou facilitar a redução da quantidade ingerida. Como a equipe do Programa Mais Saúde é multidisciplinar foi oferecido suporte nutricional gratuito a todos os participantes.

Das plantas utilizadas apenas a *Bauhinia forficata* L. (pata-de-vaca) já está inserida nas plantas medicinais do Sistema único de saúde e no componente verde do Programa Farmácia de Minas, implantado na rede de atenção básica de Minas Gerais. Sua utilização é como hipoglicemiante e as principais interações são com medicamentos que agem de modo a diminuir excessivamente a glicose sanguínea, podendo levar o indivíduo a um quadro de hipoglicemia.

As três espécies mais citadas são utilizadas como calmantes/ relaxantes ou para induzir o sono. Destaca-se as interações dessas espécies com anticoagulantes. Como por exemplo, a varfarina, podendo aumentar o risco de sangramentos. Ou ainda com os barbitúricos, representado pelo fenobarbital, e outros sedativos, nesse caso, a camomila intensifica ou aumenta a ação depressora do sistema nervoso central, reduzindo a absorção de ferro ingerido. A camomila interfere no mecanismo que o corpo processa

determinadas drogas provavelmente através do sistema enzimático hepático citocromo P450 (Carneiro e Comarella, 2016).

A forma de uso e aquisição das plantas é em chás ou cápsulas. Maior parte dos usuários adquire “as caixinhas de chás de supermercados” pela facilidade de uso e por acreditar que tais produtos teriam mais qualidade que as cultivadas em hortos caseiros.

Quanto a forma de preparo, os chás eram preparados caseiramente.

“Chá de capim-limão lá em casa todo mundo sabe que estou fazendo, até os vizinhos...deixo ferver pra tirar tudinho.”

Ao serem esclarecidos sobre a forma correto de preparo, em infusão, sem fervura, entenderam as propriedades das plantas. A perda dos conhecimentos sobre plantas medicinais, informações equivocadas e adaptações culinárias propiciam métodos extrativos ineficazes para plantas medicinais. Os participantes foram convidados a prepararem corretamente os chás e convidados a degustarem comparando sabor, odor e cor. Para tal utilizou-se plantas frescas ou in natura, droga vegetal (planta seca) de boa qualidade e chás industrializados.

Nesse sentido, a indignação foi concernente aos produtos industrializados.

“E eu tinha isso (planta) lá em casa, passei a comprar porque achei que era melhor...”

“Tou jogando meu dinheiro fora...me dá uma muda dessa planta. Você tem, fulano? Vou buscar hoje na sua casa!”

O programa Mais Saúde trabalha de forma muito efetiva com a comunidade. As rodas de conversa, oficinas, atendimento individuais são informativos, sem caráter proibitivo ou punitivo. Informar se torna leve, fácil de aceitar e de fazer a mudança terapêutica pois são oferecidas ao paciente um gama de possibilidades e argumentos para que ele mesmo possa perceber as interferências e promover o autocuidado. A integração ensino/ pesquisa/ extensão é o pilar que sustenta o programa e que norteia tantas atividades.

“Ensinar é muito melhor quando a gente também aprende”.
(Equipe do Programa Mais Saúde, 2013).

Conclusão/Considerações Finais

O projeto Plantas medicinais e interações nos permitiu visualizar que é pertinente continuar realizando ações que atendam as demandas dos pacientes, permeiem a troca de conhecimentos, valorizem e resgatem a tradicionalidade, respeitando o saber individualizado, e difundam a ciência por meio de ações que demonstram os benefícios de chás e fitoterápicos.

A comunidade é muito receptiva a Universidade. Poder contar com a colaboração de parceiros que nos propiciam vivências, nos faz refletir diariamente sobre a necessidade de ações de promoção de saúde e de formação de agentes multiplicadores, para difusão de conhecimentos.

Referências

ALBUQUERQUE, UP. 1998. *Introdução à Etnobotânica*. Recife: Bagaço editora. 72p.

BATISTA, LM; VALENÇA, AMG. A Fitoterapia no Âmbito da Atenção Básica no SUS: Realidades e Perspectivas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa, 12(2):293-96, abr./jun., 2012.

CARNEIRO, ALC; COMARELLA, L. Principais interações entre plantas medicinais e medicamentos. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 9(5), 2016.

GARSKE, CCD *et al*. Interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia de idosos atendidos em farmácia básica do Sul do Brasil. *Saúde*. Santa Maria, 42(2):97-105, jul./dez. 2016.

MEDEIROS, FT *et al*. Café: uma revisão das interações medicamentosas. Disponível em: www.prac.ufpb.br/anais/XIenexXIIenid/enex/RESUMO.../6CCSDCFPEX01-P.doc. Acesso em 20 de março de 2018.

MING LC; AMARAL JÚNIOR, A. 2005. Aspectos etnobotânicos de plantas medicinais na reserva extrativista "Chico Mendes". *The New York Botanical Garden*. Disponível em <http://www.nybg.org/bsci/acre/www1/medicinal.html>. Acessado em 18 de março de 2018.



PITILIN, EB; LENTSCK, MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49(5):726-732, 2015.

SANTOS, MRA dos; LIMA, MR; FERREIRA, MGR. 2008. Uso de plantas medicinais pela população de Ariquemes, em Rondônia. *Hortic. Bras.*26(2):244-250.

SILVA, T. R., OLIVEIRA F. Q. Levantamento de plantas medicinais utilizadas em domicílios do bairro Maracanã, Pudente de Morais, MG. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*. 5(5), 2017.

SOUZA, J. B. P. *et al.* Interações planta medicinal x medicamento convencional no tratamento da hipertensão arterial. *Infarma - Ciências farmacêuticas*. 29(2):90-99, 2017.

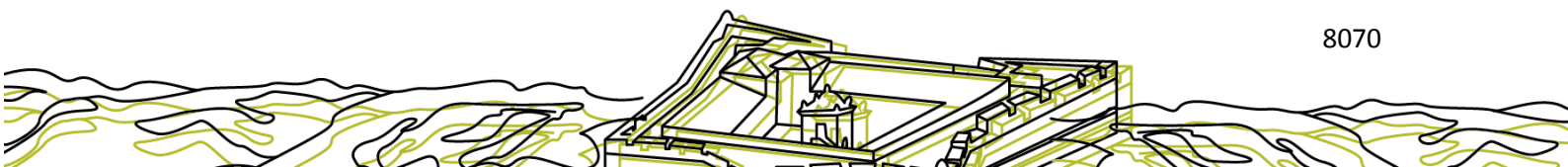
ZENI, A. L. B. *et al.* Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*22(8), 2017.

Agradecimentos:

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG.

Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP.

Fundo nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE.





PROGRAMA MAIS SAÚDE 'FIOS DE SOLIDARIEDADE'

Área Temática: Saúde

Riani Ferreira Guimarães¹, Melissa Maia Bittencourt²; Viviane Flores Xavier³, Arthur Vieira Piau³, Iara Fernandes⁵, Juliana Cristina dos Santos Almeida⁴, Milla Maia Bittencourt⁷ e Rosana Gonçalves Rodrigues Das Dores⁵.

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Ouro Preto. Minas Gerais. Brasil.

Resumo

Fios de Solidariedade é uma ação desenvolvida pelo Programa institucional “Mais Saúde” da UFOP, iniciada em 2014, com o propósito de esclarecer a comunidade sobre a importância da prevenção ao câncer de mama. O objetivo foi beneficiar as mulheres efetivamente, destacando a importância da prevenção, conscientização e do outubro Rosa. Fios de Solidariedade surgiu com o propósito de arrecadar doações de lenços, chapéus e cabelos que foram encaminhados aos pacientes em tratamento de câncer. A campanha presencial ocorreu no Campus da UFOP com cortes e doação de 260 cabelos, 70 lenços/chapéus, encaminhadas aos hospitais da rede credenciada, ONG's e associações do Estado. O saldo foi extremamente positivo com grande repercussão na comunidade, o que fez dos FIOS uma campanha permanente, onde as doações ocorrem durante todo o ano, sendo difundida pela comunidade ufopiana, redes sociais, apoiadores locais. Atualmente, são cerca de 1200 cortes anuais. A crescente demanda criou teia própria que faz dos “FIOS” uma das maiores campanhas institucionais focadas

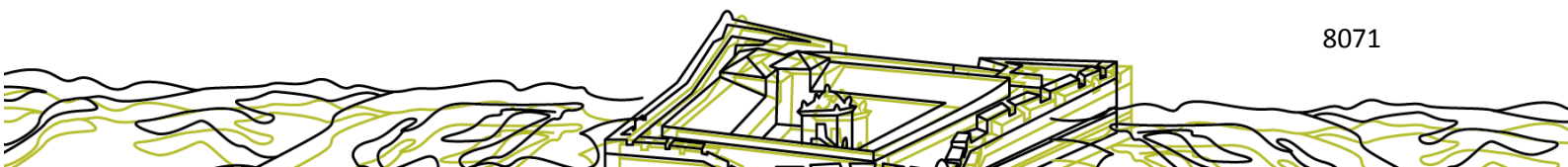
¹ Universidade Federal de Ouro Preto, Direito (UFOP).

² Universidade Federal de Ouro Preto, Medicina (UFOP). ³ Universidade Federal de Ouro Preto, Farmácia (UFOP).

³ Universidade Federal de Ouro Preto, Medicina (UFOP). ⁵ Universidade Federal de Ouro Preto, Nutrição (UFOP).

⁴ . Universidade Federal de Ouro Preto, Doutoranda em Ciências Farmacêuticas (UFOP) ⁷ Universidade Federal de Ouro Preto, Engenharia Geológica (UFOP).

⁵ Coordenadora do Programa Mais Saúde. PRACE/Universidade Federal de Ouro Preto



no Outubro Rosa, com canal multimídia onde esclarece dúvidas e responde demandas sobre prevenção/acompanhamento/agendamento de consultas e doações. A ação presencial sempre ocorre na terceira semana de outubro, contando com equipe de apoio multidisciplinar, alunos bolsistas e voluntários, servidores e patrocinadores do setor privado. Com o crescimento da ação, no quarto ano, os fios se entrelaçaram atendendo a demandas externas com novas propostas temáticas como palestras, oficinas, atividades lúdicas e terapias que auxiliassem no dia-a-dia dos pacientes, familiares e na formação de agentes multiplicadores. 2018 será o quinto ano de campanha e a proposta renovará a abordagem positiva que integra dinamicamente discentes, servidores e comunidade nessa temática tão delicada, mas que FIOS contribui de forma suave, convidando a todos a pensar em educação em saúde com uma visão humanística, construtiva e realista.

Palavras-chave: comunidade, câncer de mama, doação, autoestima, Outubro rosa.

Agradecimentos: UFOP e FAPEMIG

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde, o câncer de mama é o que mais causa morte entre as mulheres (BRASIL, 2003). É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. Segundo Instituto Nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2018), a estimativa de novos casos será de 59.700 para este ano.

Tratar do câncer de mama é lidar com medos, angústias, perdas e autoestima. A mulher com câncer de mama convive com sentimentos de incerteza e insegurança, desde a descoberta do nódulo à confirmação do diagnóstico. Além disso, o impacto é uma vivência demasiadamente significativa e influencia todo o processo até a reabilitação do doente (ARAÚJO, 2008).

Se detectado precocemente, por meio do autoexame das mamas ou mamografia – procedimentos que devem ser realizados regularmente – o câncer de mama pode ter seus efeitos atenuados, devido ao registro de tumores primários menores e número reduzido de linfonodos axilares invadidos pela massa tumoral (ROSSI, 2003).

Trazer o assunto à tona com acolhimento, empatia, e principalmente, sororidade são maneiras de atenuar, e ao mesmo tempo reforçar importância da conscientização e prevenção de forma efetiva, esclarecedora e principalmente acolhedora.

Estudos têm apontado que a primeira preocupação da mulher e sua família após receberem o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência. Em seguida surge a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo; e quando o tratamento está em andamento, as inquietações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher (SILVA, 2008).

A campanha “Fios de Solidariedade” foi criada a partir da necessidade de trazer, mesmo que de forma mínima um conforto aos que passam pelo tratamento contra o câncer de mama, e paralelamente reforçar a importância da conscientização da população sobre a importância da prevenção/ diagnóstico precoce do câncer de mama.

Assim, Fios vem com o propósito de informar de maneira clara e diferenciada a importância da prevenção, e ao mesmo tempo ampara aqueles que já se encontram no processo de adoecimento/cura.

Nos anos anteriores, o Programa Mais Saúde já realizava campanhas alusivas menores, pontuais, com apenas distribuição de lacinhos de fita rosa (símbolo do outubro Rosa), como ocorreu em 2013, na ação denominada “Pegue seu lacinho”.

A ação FIOS de SOLIDARIEDADE aborda de forma diferenciada a temática em saúde alusiva ao câncer de mama e outubro Rosa, mês de referência mundial ao combate e prevenção ao câncer. Em função do número crescente de casos na comunidade ufopiana, e nas cidades que circundam os três campi da UFOP, houve a necessidade de abordar a temática.

Metodologia

A metodologia escolhida foi a de sensibilização da comunidade em apelo solidário. O “starting point” foi feito a partir de frases de estímulo a doação, ao desapego, a ser solidário, aguçando a curiosidade da comunidade acadêmica.

Em 2014, primeiro ano de atividade, na consolidação do processo de criação da campanha foram feitas oficinas criativas para escolha da temática central, logomarca e

material de apoio que representasse o desapego da doação e da capacidade de renascimento feminino.

Doar os cabelos foi o primeiro fio tecido... (figura 1)

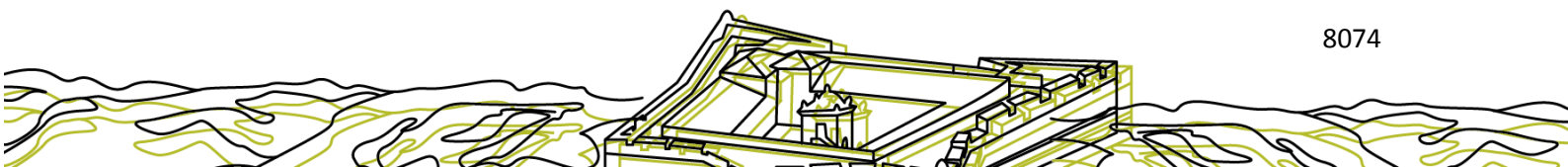


Figura 1: Logotipo da ação Fios de Solidariedade, 2014. @ ACI, UFOP.

A equipe do programa mais Saúde fez a proposta do evento e da temática a assessoria de comunicação institucional, núcleo de designer e criação que aderiram imediatamente a ideia, construindo uma campanha rosa, leve, feminina, com espírito livre, reflexiva, para além muros. A logomarca do FIOS, nasce arraigada de apelo solidário, da necessidade de unir forças, visando entrelaçar destinos, dar apoio e facilitar a busca do coletivo em função de uma causa feminina.

Ainda, em 2014, buscando sensibilizar a comunidade e participantes, contamos com o apoio de ex-pacientes que tiveram câncer ou pacientes estavam em tratamento contra o câncer de mama. Tais colaboradoras moram no bairro Bauxita (bairro vizinho ao campus universitário), são usuárias do Centro de Saúde da Universidade Federal de Ouro Preto, já participavam das oficinas do Programa Mais Saúde, e falam abertamente sobre o processo de adoecimento, dificuldades e sobrevivência.

Essas apoiadoras concederam vídeos-depoimentos, emocionantes, em que alertavam sobre a importância da mamografia, da procura por profissionais da saúde, do apoio familiar, da autoestima no processo de recuperação/cura e conseqüentemente da



importância das doações, ainda convidavam a comunidade para participarem da campanha presencial que ocorreria em outubro, no campus universitário.

A sensibilização para ser efetiva deve ter dinâmicas e opiniões que possa esclarecer a população, sanando dúvidas técnicas. Neste sentido, professores da Universidade que também gravaram depoimentos com informações e dicas em clínica ginecológica, em mastologia e citologia oncológica. Outro fator importante em uma campanha é a identificação dos profissionais para que a população possa ter, se necessário, onde sanar dúvidas ou onde ser atendido. Todos os depoimentos foram feitos no Centro de saúde/ nas clínicas-escola, e, uma vez prontos, foram reproduzidos em todas as salas de espera do Centro de saúde da Universidade, em mídias sociais, e na rádio e televisão universitária.

Como o Programa Mais Saúde é andarilho, itinerante, e vive além muros das unidades de saúde, o local escolhido para a campanha de 2014, foi a “Escola de Direito, Turismo e Museologia” (EDTM), valorizando a multidisciplinariedade da temática, a necessidade de fazer redes de apoio, de conhecer outras perspectivas e como forma de apoiar a comemoração do aniversário da EDTM. A ação aconteceu na terceira semana de outubro.

Previamente, toda a estrutura do EDTM foi vestida de rosa para acolher o evento. Para tal, os bolsistas de extensão do Programa Mais Saúde confeccionaram flores, origamis, cortinas de flores, arcos, laços, material artesanal e promocional que pudesse “transformar” o ambiente, causando impacto visual. Sala multimídia foi implementada para que os vídeodepoimentos pudessem ser reproduzidos durante todo o evento. Material impresso (cerca de 3000 laços com frases impactantes, adesivos) e lacinhos rosas (5000) foram distribuídos no horário de almoço no restaurante universitário nos dias anteriores da campanha, como forma de sensibilização a causa e convite a doar os cabelos. Toda Universidade foi sinalizada para a campanha com banners cor-de-rosa do Fios de solidariedade.

As oficinas de cortes de cabelos foram feitas por cabeleireiras, apoiadoras, da cidade de Ouro Preto, que cederam voluntariamente seu trabalho em apoio a causa. As condições para doações seguiram as determinações dos profissionais que confeccionam próteses e foram cortar mais de 15 cm de cabelo, permitir o corte uniforme em mexas amarradas com elástico, não é necessário ser cabelo virgem (não importa o tipo de tratamento já feito), não há padrões de cabelos para doações e manter o anonimato.

O evento foi transmitido nas televisões, rádios e mídias sociais universitárias e de outras emissoras locais, a repercussão foi positiva e fios se tornou evento pontual para ação presencial e permanente para a arrecadação de cortes de cabelos visando a confecção de próteses capilares durante todo o ano. As doações foram encaminhadas aos parceiros da campanha Hospital de câncer de Uberlândia e a ONG's mineiras.

Em 2015, na segunda edição, além de toda a elaboração de oficinas, proposições e material lúdico foi acrescentado doações de mensagens de apoio aos pacientes que passavam pelo tratamento.

Como fios é uma rede de solidariedade, os alunos, pacientes, amigos, familiares, apoiadores ou aqueles que não podiam doar cabelos ou lenços tinham a oportunidade de se solidarizar com a causa de uma nova forma, com mensagens de apoio aos pacientes que passavam pelo tratamento. As mensagens eram destinadas aos pacientes em tratamento

(internados) no “Hospital da Baleia”, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, e que acolhe grande número de pacientes e familiares vindos do interior do estado.

Nos anos seguintes, em função do crescimento da ação, de 2015 a 2017, FIOS ocorreu no hall principal do Instituto de Ciências Exatas e Biológicas (ICEB) do campus Universitário de Ouro Preto, maior espaço de convivência universitário, que tradicionalmente se veste e reveste de rosa, e, acolhe toda a comunidade de ouro-pretana.

De 2015 a 2017, novas propostas foram concebidas, sempre dentro da concepção de sensibilização, no âmbito da promoção a saúde, visando a prevenção e diagnóstico precoce, o apoio durante o tratamento e, assim, tecer redes solidárias.

Em 2017, a ação veio com uma nova roupagem (figura 2), “Fios de Solidariedade” se desdobra com novo lema: *“Doe Amor. O Universo te devolve gratidão”*, campanha que visava despertar a consciência de que a doar vai muito além do material e que todos nós temos algo que podemos doar. A metodologia de trabalho foi construtiva embasada na experiência coletiva, nas vivências do grupo executor das versões anteriores dos fios, e na reflexão da disponibilidade do outro em acolher o próximo, quebrando paradigmas e refletindo os méritos de ser solidário.



Figura 2: Logotipo da ação Fios de Solidariedade, 2017. @ ACI, UFOP

As proposições vivenciadas abordavam as questões de doação individual como:

O que cada um pode doar? Amor? Tempo? Palavras? Conhecimento? Ouvidos?

Informações? Abraços? Mensagens?

A ação de quatro anos dos FIOS também foi apresentada a Câmara Municipal da cidade de Ouro Preto, que acampou a divulgação e patrocinou com doações de material gráfico.

Todos os setores/ departamentos da Universidade, locais de maior fluxo e encontro da comunidade foram adesivados com cartazes do ação. O material do Fios de solidariedade é sempre do tipo permanente, ou seja, pode ser reutilizado e reciclado para todas campanhas.

A programação constou de palestras, oficinas, mesa-redonda, debates com especialistas, pacientes, nas abordagens prevenção, acompanhamento e cuidados, direitos dos pacientes com câncer, acompanhamento terapêutico e psicológico dos pacientes e familiares, e, terapias complementares e tratamento oncológico (ioga, homeopatia, biblioterapia, oficinas de origami e turbantes).

Durante toda a programação houve sorteios de brindes que foram doados pelo comércio local (lenços, faixas, chapéus, kits de maquiagem, perfumaria, bijuterias e adereços, cesta de frutas/ produtos naturais, cestas de chocolate, dentre tantos outros).

O patrocínio de camisas temáticas do Fios foi da Fundação Gorceix, em todos os anos. A documentação fotográfica foi da fotografa Ane Souza (ex-aluna da Universidade), em todos os anos, que disponibiliza gratuitamente o seu trabalho a todos os participantes.

A programação ainda contou com apresentações variados estilos musicais (chorinho, samba, pop, mpb, jazz, clássica) dos alunos do curso de Música (DEMUS) da Universidade, aula de aerodance (aula aberta) com o grupo de “Albená” (projeto de extensão do Curso de Educação física da UFOP), doações de abraços com o HAART (Grupo de Humanização da assistência através da arte) e oficina de mensagens com apoio do ROTARACT (com participação de grupo de alunos da UFOP).

Os encaminhamentos das doações (cabelos/ lenços/ próteses) foram por correspondência registrada (SEDEX) ou via setor de transporte da UFOP para as instituições e ONG’s parceiras: Hospital do Câncer de Uberlândia (Uberlândia), Hospital da Baleia (Belo Horizonte), AAPEC (Viçosa), Que seja leve, que seja breve (Itabira), Ntc Soluções Capilares (Belo Horizonte), Laço Rosa (Rio de Janeiro), Cabelegria (São Paulo).

Em 2018, Fios vem com nova roupagem, a proposta de comemoração dos cinco anos de atividade é revolucionar-se, doar-se, libertar-se. O universo feminino ganhará novas cores e perspectivas com metodologia construtiva, de sensibilização e integração das proposições anteriores.

Resultados e Discussão

Em 2014, cerca de 40 voluntários participaram no apoio da ação. Os cortes de cabelo foram feitos ininterruptamente por oito horas, contando para tal com 10 cabelereiras voluntárias. Esperava-se inicialmente cerca de 50 a 80 doações de cabelos. A participação massiva de mulheres, crianças e homens no evento propiciou número maior que esperado de doações contabilizando de 260 doações de cabelos e 70 lenços/chapéus (quadro 1).

Quadro 1: Número de cortes de cabelo/ doações de lenços e chapéus realizados nas campanhas presenciais e anuais da ação Fios de Solidariedade nos anos de 2014 a 2017. Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais. Brasil.

Ano	Número de doações presenciais	Número de doações anuais
2014	330	500

2015	265	750
2016	270	800
2017	350	1200

Os dados foram computados no final de cada ação presencial e trimestralmente.

Observa-se que em 2017, houve aumento do número de doações. Ressalta-se que o maior número de doações foi de lenços/ turbantes (350) e mensagens (60) não computadas no quadro 1 (exclusivas do ano de 2017). Todos os anos, consideramos que o saldo das doações foi extremamente positivo.

Devido à grande repercussão dos vídeos, houve grande movimentação no dia da campanha, estimando-se cerca de dois mil participantes. Devido à dificuldade em conseguir mão-de-obra especializada para a confecção das próteses na cidade de Ouro Preto, optamos por encaminhar as doações para parceiros em Minas Gerais que confeccionam próteses capilares, e encaminham aos que se encontram em tratamento. Salienta-se que para a confecção de uma prótese de qualidade são necessários de 50 a 65 g de cabelos. Cada corte de 15 cm de cabelo inteiro, permite a confecção de duas próteses.

O desafio de seguir com a ação, durante todo ano, veio das demandas posteriores de cortes feitos e nos encaminhados via correios, malote interno universidade ou presenciais na sala do Programa Mais saúde.

“Fios” é um diferencial na Universidade Federal de Ouro Preto, no que se refere a ações de voltadas para a saúde de alunos, servidores (professores e funcionários técnicos administrativos) e é estruturada graças ao apoio da equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, alunos de diversas áreas (Medicina, Nutrição, Engenharia, Ciência da Computação, Educação Física, Farmácia, Direito, Pedagogia, Biologia, Turismo, Museologia, Artes, Música,

Historia, Filosofia...), bem como patrocinadores que são empresas locais do setor privado (institutos de beleza, comércio local, fundações de apoio a pesquisa, restaurantes, hortifrutigranjeiros, dentre outros), setores da universidade (restaurante universitário, transporte, assessoria de comunicação institucional, editora, secretarias e chefia de gabinete da Reitoria, pro-reitorias, SIASS...). Sobre a logística da campanha, para que essa funcione perfeitamente, está registrada devidamente na PRACE/PROEX/PROAD/ SIASS

Inconfidentes.

O saldo dos “Fios de Solidariedade” é extremamente positivo com grande repercussão nas comunidades acadêmica e da região de Ouro Preto, para atender as demandas foi criado um canal multimídia onde dúvidas, demandas sobre prevenção/acompanhamento/ agendamento de consultas e doações. Por meio desse canal compartilhamos as fotos dos eventos e depoimentos. Ao longo desses anos recebemos doações que são marcantes como a de N.C.D, que descobriu um câncer de mama em 2015, e antes de iniciar o tratamento optou por doar todo seu cabelo:

“Bem, minha irmã descobriu o câncer de mama em outubro do ano passado e surpreendeu e está surpreendendo toda a família com a forma que está lidando com a doença. Ela raspou a cabeça e desistiu de fazer a peruca, e gostaria de doar. Obrigada pelo belo trabalho e iniciativa. Acho que minha irmã vai gostar, pois posta toda semana a quantas andam seu tratamento. Ela já terminou a segunda fase da quimioterapia e agora está fazendo os exames para marcar a cirurgia.”

M.L.D, irmã de N.C.D, 19/05/2015.

Em 2016, campanha toma grandes dimensões, sendo divulgada em jornais de grande circulação de Minas Gerais (“O Tempo” e “Estado de Minas”) e em chamadas jornalísticas do Jornal da Alterosa, da rede Globo, com demanda para entrevista e doações presenciais em programas populares da tv aberta.

“Fios de Solidariedade” passou a receber mensagens nas redes sociais, de moradores de outras cidades e estados que tinham o desejo de doar, e encaminhavam suas doações via correio para Ouro Preto. Alguns depoimentos extraídos da página no facebook

(<https://www.facebook.com/fiosdesolidariedadeufop/>) podem ser visualizados abaixo:

“Oi! Queria muito doar meu cabelo, mas moro em Viçosa. Vocês fazem campanhas aqui também ou conhecem algum lugar que me indiquem para fazer a doação?”

C.L, para “Fios de Solidariedade.”

“Oi, tenho uma mecha de cabelo e gostaria de doar para vocês, porém sou de São Paulo.”

A.F, para “Fios de Solidariedade.”

*“Boa Noite! Quero doar meus cabelos. Como faço? Sou da Cidade de João Monlevade. Vou cortar aqui, para onde mando?
P.A, para “Fios de Solidariedade.”*

Em 2017, Fios alcançou teia de solidariedade máxima. Despertar a consciência coletiva que se doar, é a melhor maneira de se ajudar e ajudar ao outro, que não custa nada, não tira nada só acrescenta, move alavancas e nos impulsiona a ser mais reflexivo, tolerante e paciente com o outro.

Em uma Universidade que é movida pelo contraste, pelo diverso de universos em crescimento e formação, contribuir para uma sociedade que possa presenciar as dores e sofrimentos alheios, e saber que, se pode independente da formação ser agente transformador de mudança social, apoiador de causas e contribuir efetivamente na recuperação de pacientes em tratamento, com gestos simples, como um sorriso, uma palavra, ainda é um desafio, porém, os Fios, tecidos no mês de outubro, contribuem muito para novas ponderações.

Em 2017, a arrecadação de Fios foi de 1200 doações por ano, as doações são recebidas diariamente no “Centro de Saúde” da Universidade.

O que tecer para 2018? Qual serão os novos desafios de “Fios de Solidariedade”? Serão cinco anos...mais de 4000 cabelos doados, mais de 4000 novos sentimentos, palavra maior: desapego...

Conclusão/Considerações Finais

A campanha “Fios de Solidariedade” nos permitiu verificar que ações voltadas para o ambiente Universitário são de suma importância para conscientização dos estudantes, futuros profissionais, que serão agentes de mudança de consciência.

Fios propiciou o diálogo ativo entre todos os setores da Universidade e comunidade gerando propagação efetiva de informações, conhecimento e ao mesmo tempo qualidade de vida para os que passam pelo tratamento contra o câncer.

A Universidade é abrigada em uma cidade tricentenária, patrimônio cultural da humanidade, cidade ímpar, culturalmente diversa, com uma população que merece



ações que a priorizem. Fazer as comunidades ufopiana e ouro-pretana caminharem juntas é o maior desafio do “Fios de Solidariedade”.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Mama. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>. Acessado em 16 nov. 2018.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva – CÂNCER DE MAMA. 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br> . Acessado em 16 novembro de 2018.

Rossi, L; Santos, M. A. dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol. cienc. prof.* v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003

Disponível em

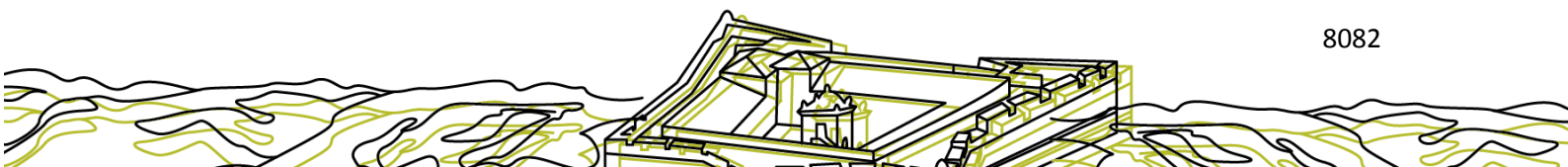
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000400006&lng=pt&nrm=iso . Acessado em 19 março de 2018.

Silva, L. C. da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino.

Psicol. estud. v. 13, n. 2, p. 231-237. 2008. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005.

Acessado em 19 de março de 2018.



A ENTRADA NA UNIVERSIDADE E O SOFRIMENTO PSÍQUICO: A EXTENSÃO COMO UMA POSSIBILIDADE.

Área Temática: Saúde.

Vanessa Arruda Pires¹; Tiago Gonçalves Corrêa²; Lorrany Coelho De Freitas³; Maurício Campos⁴.

Instituição: Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão (UFG - RC)

Resumo: Pautados na demanda que se apresentava no Centro de Estudos Aplicados a Psicologia (CEAPSI), da Universidade Federal de Goiás- Campus Catalão, acerca de discentes com dificuldades de adaptação na graduação, deu-se início ao projeto de extensão: Grupo terapêutico com Jovens universitários em situação de sofrimento psíquico. Adentrar a universidade representa além de uma realização pessoal e concretização de sonhos, um fator estressante e causador de expectativas que por vezes podem vir a ser frustrantes. Muitos adolescentes se vêm na necessidade de morar sozinhos em cidades até então desconhecidas, estando com responsabilidades domésticas e vivenciando a experiência de lidar com as próprias finanças. Compreendendo que as dificuldades encontradas em adaptar-se a Universidade afetam não somente o rendimento acadêmico do aluno, mas sua saúde e qualidade do estabelecimento de suas relações como um todo, o projeto foi desenvolvido com o ideal de ser um espaço de fala e escuta desses indivíduos que muitas vezes não se sentem compreendidos ou se quer ouvidos acerca de suas angústias. Iniciamos o grupo terapêutico entrando em contato com os discentes que estavam na lista de espera da Clínica Escola com a demanda de “sofrimento psíquico causado pela universidade”. Das sete pessoas que entramos em contato, quatro demonstraram interesse em participar do grupo, porém apenas duas pessoas aderiram ao processo terapêutico. Após supervisão e planejamento, o grupo iniciou-se. Ao todo foram realizados dez encontros e a cada grupo era possível perceber a diferença que o mesmo exercia na vida das participantes

^{1, 2, 3} Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, Instituto de Biotecnologia, acadêmicos do curso de Psicologia.

⁴ Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, Instituto de Biotecnologia, docente do curso de Psicologia.

a partir dos seus relatos pessoais. Assim, ao final do grupo as integrantes realizaram um feedback, que mais uma vez comprovou a importância que o espaço terapêutico para fala e escuta exerce neste período de adaptação na Universidade.

Palavras-chave: Entrada na Universidade 1; Sofrimento Psíquico 2; Grupos Terapêuticos 3. Processos Psicossociais 4.

Introdução

Compreendendo a adolescência como um termo e um tempo amplo, em que ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, e sendo está a fase que delimita a transição entre a infância e a vida adulta, o presente trabalho busca abordar questões que perpassam este período da vida, especificando as situações vivenciadas pelos sujeitos ingressantes e ingressos na universidade, através de um projeto de extensão.

Comumente vemos que a vida dos adolescentes gira em torno da escola, até a conclusão do ensino médio. O adolescente passa a maior parte de seu tempo nesse ambiente. É na escola que costuma estar a maioria dos amigos, e também onde é ditado a eles qual o desempenho que se deseja alcançar e o conhecimento é dado de forma verticalizada. Há uma rotina e regras que precisam ser cumpridas. O mundo universitário, porém, é bem menos estruturado que o mundo escolar.

A transição para o mundo universitário se apresenta de maneira complexa, pois de acordo com Wiles e colaboradores (2010, p.9) “implica sair de um ambiente controlado e aparentemente seguro da escola, para um mundo de desafios, liberdade e crescimento, no qual o indivíduo deve apresentar maior autonomia”.

Para Teixeira et. al, (2008 apud Wiles et. al, 2010, p.1) “o ingresso na universidade é uma tarefa do desenvolvimento emocional do ser humano que faz parte da transição para a vida adulta”. Com isso, as experiências da Universidade são importantes no processo de obtenção e desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do mundo e constituição da identidade.

No que tange ao contexto universitário, muitos são os desafios enfrentados pelo adolescente nesta fase da vida. Como por exemplo: a escolha profissional, exigências acadêmicas, aquisição de novos comportamentos, novas formas de estudar, de aprender, estabelecimento de novas relações, convivências, aquisição de novos papéis, uma possível mudança de residência e conseqüentemente responsabilidades domésticas e financeiras. Em resumo, este período é predominantemente marcado por vivências que conduzirão ao descobrimento do seu lugar no mundo.

Nesta perspectiva as relações de trabalho que permeiam a sociedade capitalista influenciam as práticas de ensino escolares, pois a partir de uma concepção marxista, o trabalho se compreende como a mediação do homem na sua constituição histórica. Com isso, observa-se o quanto a função da escola se restringe a obtenção de um trabalho, todos os anos escolares, desde os anos iniciais até a vida universitária, se pautam basicamente na obtenção de um emprego.

Para Hoirisch (1993 apud Saraiva e Quixadá (2010) é importante a compreensão de que este momento de transição vivenciado pelos estudantes ao ingressarem na Universidade, implica

(...) em desafios como aquisição de domínio da linguagem acadêmica, a construção de uma identidade profissional, adaptação ao novo espaço físico, perda da referência da sala de aula exclusiva (turma) como ponto de apoio, desligamento abrupto do grupo de amigos do colégio e estabelecimento de novos vínculos com base nos novos interesses e aspirações. (HOIRISCH, 1993 apud SARAIVA e QUIXADÁ, 2010, p.2)

De acordo com Polydoro (2000, apud Silva, 2010, p.26)

(...) a entrada na universidade é um momento bastante significativo para o indivíduo, pois é frequentemente sincronizado com as mudanças e adaptações/crises próprias da adolescência e vida adulta.

A autora ainda afirma que pesquisas realizadas nessa temática compreendem que a integração ao universo acadêmico engloba características, regras e condições idiossincráticas e institucionais.

O processo de inserção na vida acadêmica constitui-se como um período repleto de expectativas acerca das novas possibilidades tanto no contexto universitário quanto no pós-universidade. Pois, com a ideia de adentrar na universidade cria-se o ideal de conquista de um papel adulto e, então há o reconhecimento tanto para os familiares quanto para a sociedade. Porém, muitas vezes os jovens não têm suas expectativas correspondentes à realidade vivida. Essas expectativas não sendo satisfeitas, prejudicam o desempenho acadêmico, deixando os estudantes desmotivados e dificultando,

enquanto sujeitos, as demais áreas da vida, caracterizando-se assim como um momento de fragilidades e vulnerabilidades.

Santos et. al, (1992, apud Saraiva & Quixadá, 2010, p.2) ressalta o fenômeno do “Choque do Primeiro Semestre” que se caracteriza como um período extremamente conturbado e “(...) crítico da vida universitária, em decorrência do momento em que o aluno troca de ambiente de estudos, mudança de vida e desilusão com a escolha, além da troca de amigos, de cidade e o afastamento da família”.

Durante o curso de graduação na universidade o estudante enfrenta muitas mudanças, dificuldades e desafios, que precisam ser superadas. Nesse período é exigido do “mais recente adulto” algumas habilidades que não eram demandadas a ele anteriormente, pois era cerceado de cuidados norteadores de suas atitudes.

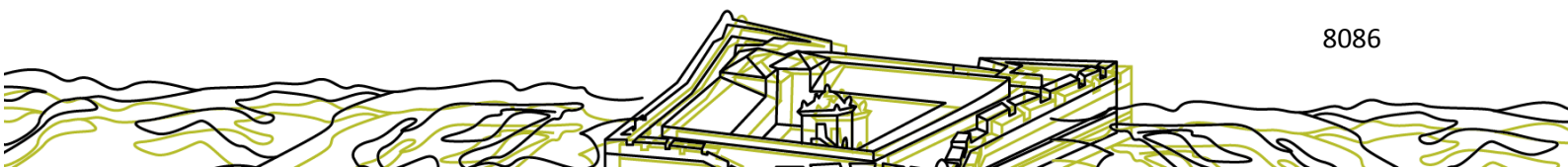
Para Almeida & Soares (2003):

As tarefas com quais os jovens são confrontados na sua transição e adaptação ao ensino superior não são restritas às tarefas curriculares. Além dessas, questões vitais como o estabelecimento de um sentido de identidade, o desenvolvimento de relações interpessoais mais maduras, a exploração de papéis sociais, as questões da intimidade, o comprometimento com objetivos pessoais e profissionais, assumem uma relevância particular e marcam uma série de desafios e metas características da sua fase do desenvolvimento psicossocial. (ALMEIDA & SOARES, 2003 apud SILVA, 2010, p. 25).

Podemos assim dizer que a entrada do estudante na universidade é no mínimo uma experiência potencialmente estressora para os mesmos. De acordo com Silva (2010), algumas pesquisas destacam alguns fatores decorrentes desse período que interferem na saúde dos alunos, como: sono irregular, pressões acadêmicas, estar em semestres iniciais, intermediários ou finais e a troca de relacionamentos.

Wiles et. al, (2010, p. 2-3.) apresentam alguns autores que demonstram fatores facilitadores do processo de transição para a universidade. Para Costa & Leal (2008) gostar do curso que faz, participar de projetos e trabalhos relacionados ao curso, visualizar boas perspectivas profissionais, podem auxiliar o processo de adaptação a universidade.

Para Mounts (2004 apud Wiles et. al, 2010) a qualidade da relação com os pais, receber apoio emocional dos familiares, também são fatores facilitadores do processo.



Para Teixeira et. al, (2008) os relacionamentos interpessoais com os amigos, tanto as amizades anteriores ao ingresso à universidade, como as desenvolvidas durante a graduação são importantes no processo. O autor ainda ressalta que os estudantes que acadêmica e socialmente se integram no período da universidade apresentam maiores probabilidades de crescimento intelectual e pessoal.

Com isso, entende-se que este período de transição da adolescência para a vida adulta, representada pela saída da escola e ingresso na universidade pode se caracterizar como um momento de fragilidades e vulnerabilidades. Para Saraiva & Quixáda (2010, p.2) isso pode ser verificado através dos “índices de reprovação, trancamento e evasão escolar (...)”.

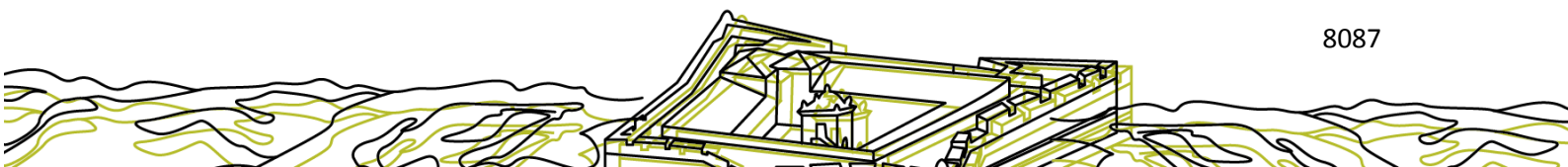
Desta forma, o projeto de extensão se justifica em decorrência da grande quantidade de acadêmicos de ensino superior que sofrem psiquicamente com a entrada ou permanência na universidade. É necessário atentar-se ao sofrimento que acomete esses indivíduos e uma forma encontrada foi o desenvolvimento de um projeto de extensão que atende-se esse público.

Metodologia

Haja vista que o ingresso na universidade pode se caracterizar como um momento de fragilidade e vulnerabilidades, o presente trabalho traz como o relato de experiência de um grupo terapêutico, na Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão (UFG/RC). O projeto de extensão: Grupo terapêutico com Jovens universitários em situação de sofrimento psíquico em decorrência da entrada na universidade, foi criado a partir da demanda que se apresentava na Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, onde jovens procuravam a clínica-escola de psicologia apresentando como queixa principal estarem sob condições de sofrimento psíquico devido as pressões estabelecidas pelo universo acadêmico.

O grupo terapêutico se constitui como uma forma de terapia em que um grupo de indivíduos se reúne regularmente, a partir de uma demanda comum entre eles, sob a orientação de um ou dois terapeutas. Este espaço terapêutico é dedicado a uma escuta das queixas tanto individuais quanto coletivas, acerca da realidade que os perpassam. As intervenções se pautam nos conhecimentos da psicologia, de forma a auxiliar no alívio do sofrimento desses indivíduos.

Na psicoterapia individual, o terapeuta estabelece um vínculo profissional com o paciente, mediado por formas verbais e não-verbais de intervenção, com o objetivo de buscar alívio para o



sofrimento mental, modificar comportamento desajustado e encorajar o desenvolvimento e amadurecimento da personalidade. Na psicoterapia de grupo esse processo é realizado pela interação entre terapeuta e pacientes, assim como entre os próprios pacientes. Além das intervenções aplicadas pelo terapeuta, o grupo e sua matriz interativa são instrumentos empregados para a obtenção da mudança. Ao contrário da psicoterapia individual, o terapeuta no grupo está situado lado a lado e no meio dos pacientes. É, também, membro do grupo. Precisa ter não só a experiência do analista, mas também a presença de espírito e a coragem de colocar em jogo toda sua personalidade no momento preciso para preencher o âmbito terapêutico com calor, empatia e expansão emotiva. (BECHELLI; SANTOS, 2005, p.250).

A partir de acolhimentos realizados no Centro de Estudos Aplicados a Psicologia – CEAPSI da UFG Catalão/GO, percebe-se um número considerável de discentes universitários de diversos cursos que procuravam por auxílio psicológico alegando algum tipo de sofrimento psíquico devido a rotina acadêmica, sendo a maioria relatando níveis e episódios de ansiedade e estresse altos e recorrentes.

Foram analisadas sete fichas de inscrição referentes a essa demanda: “Sofrimento psíquico causado pela universidade”. Assim, o próximo passo foi entrar em contato com essas pessoas, o contato feito via WhatsApp, apresentávamos a proposta e os convidávamos para participar do grupo. O dia e horário do grupo foi estabelecido de acordo com a disponibilidade dos integrantes. Das sete pessoas que entramos em contato, quatro demonstraram interesse em participar do grupo, porém apenas duas pessoas aderiram ao processo terapêutico.

Para a estruturação do processo terapêutico eram realizados encontros entre os extensionistas antes do grupo com o intuito de estudar temáticas e técnicas que poderiam ser relevantes para um melhor andamento do grupo, bem como elaborar atividades para o desenvolvimento do grupo. As temáticas e assuntos dos próximos encontros eram construídos a partir da observação da demanda apresentada pelas integrantes, suas queixas, preocupações e angústias em encontros anteriores.

Ao todo foram realizados dez encontros, todas as quartas-feiras das 17:30hs às 18:30hs. Havia sempre um plano a ser seguido dentro do grupo, em virtude dos

planejamentos prévios. Porém nos primeiros encontros não houve o cumprimento dos mesmos, justificando-se ao passo que as integrantes tinham muito a dizer acerca de suas vivências na universidade, não havendo prejuízos para o andamento do grupo, visto que este momento foi importante para a criação do vínculo, bem como para um melhor mapeamento da demanda apresentada por elas, para que uma intervenção mais assertiva pudesse ser realizada.

É interessante relatar que nos primeiros grupos não houve o encontro entre as duas participantes, visto que no primeiro encontro apenas A esteve presente, enquanto que no segundo apenas M compareceu, o grupo com as duas aconteceu apenas no terceiro encontro.

Resultados e Discussão

Com isso o grupo se constituiu de duas estagiárias da psicologia e duas participantes: Ana e Maria (nomes fictícios). Ana tem 23 anos, cursa engenharia civil, mas já havia cursado três períodos de matemática industrial. É natural de Caldas Novas/GO, mas reside em Catalão em virtude da universidade. Ela procurou ajuda em um momento em que cursava dez disciplinas e estava se sentindo estressada com esse processo. A sua queixa atual é quanto ao término do curso e a vida pós-universidade, visto que ela está no último período do curso; Maria tem 20 anos, cursa enfermagem. É natural do entorno de Brasília/DF, e também reside em Catalão em virtude da universidade. Ela procurou ajuda devido a dificuldade de se adaptar numa cidade nova longe de sua família, e isso tem a deixado muito nervosa, com crises de ansiedade.

No primeiro encontro foi proposto um momento de confecção de um crachá pessoal com o objetivo de conhecer as participantes e quebrar a barreira do desconhecido que muitas vezes pode dificultar o andamento do processo. E desde esse primeiro momento foi possível notar a abertura das participantes para as conversas e os momentos propostos ao grupo. Aos poucos elas foram relatando suas vivências e experiências pessoais, possibilitando assim adentrar os seus cotidianos e histórias de vida, contribuindo para o desenvolvimento terapêutico.

É importante ressaltar que muitas vezes o que havia sido planejado não foi possível ser realizado devido ao curto espaço de tempo e as conversas que surgiam, as participantes relatavam coisas de seu cotidiano que não mantinham estreita relação com o tema que havia sido preparado, especificamente, entretanto contribuía igualmente para o processo, haja visto que ali se constituía um espaço de fala e escuta muito importantes nesse processo de alívio de sofrimento.

Conforme os grupos foram acontecendo ficava visível a forma como as participantes já se sentiam a vontade com o grupo, demonstrando espontaneidade em suas falas e gestos, e o que ficava comprovado por meio de seus feedbacks.

Ana chega ao grupo relatando um grande número de atividades a ser realizadas, entre provas, seminários e trabalhos e o quanto todo esse acúmulo de tarefas interfere no seu descanso e em como ela vivencia suas relações. Enquanto estudava sentia falta dos amigos e de se divertir, e se tirava um tempo para isso se sentia culpada por não estar estudando. No decorrer do processo houve conversas e discussões que possibilitaram uma reflexão e assim uma reorganização de como ela estabelecia a ordem de importância de seus afazeres, fazendo com que agora ela consiga um equilíbrio entre vida familiar, social e acadêmica de forma que nenhuma área interfira e prejudique a outra.

Maria traz como queixa principal a mudança de cidade e a falta que sente da família tendo como consequência a dificuldade de se adaptar na nova cidade com as novas amizades e o excesso de atividades da faculdade. Relata que se estivesse perto de sua família, as dificuldades recorrentes na vida acadêmica seriam mais fáceis de serem superadas.

Diante de atividades que trazia como proposta escrever acerca das dificuldades, saudades e enfrentamentos, Maria sempre ressaltava o quanto se sentia sozinha, pois os novos amigos não conseguiam compreendê-la e como esse processo foi fazendo com que ela se fechasse em si mesma, se sentindo *triste e humilhada* (segundo suas próprias palavras). Ao longo do processo o grupo serviu como um espaço de fala para ela e de construção de novas perspectivas, fazendo com que a não compreensão e os julgamentos feitos pelos amigos não tivesse mais tanto poder sobre ela, trazendo assim uma melhora dos seus sentimentos.

Em cada encontro, gradativamente, ficava evidente a melhora apresentadas por elas em relação a queixa inicial, a partir do relato de suas experiências, que antes tinham um caráter de sofrimento e a partir de um determinado momento passou a desempenhar um caráter de superação do que anteriormente era muito falado de forma angustiada e desesperançosa.

Conclusão/Considerações Finais

Podemos perceber que o período vivenciado na universidade pode ser gerador de vários conflitos podendo até desencadear transtornos, por se constituir como uma fase de transição, com inúmeras transformações na vida do indivíduo. Com isso, buscamos ressaltar a partir das vivências aqui relatadas a importância de propiciar um lugar de

fala para os discentes universitários. Esse tipo de espaço pode auxiliar os alunos nesse processo de adaptação, seja pelas novas responsabilidades, seja pelas dificuldades deste período, ou até mesmo para uma melhor adaptação na mudança de cidade.

Pensando na questão do bem estar do indivíduo, assegurar este espaço de fala e escuta tenta garantir uma melhor qualidade nas relações, na vida acadêmica e nas experiências de vida de modo geral, através dos processos de ressignificações propiciados por esse espaço terapêutico, seja no contexto individual ou grupal.

Compreendendo que os estudantes universitários se configuram como um grupo merecedor de atenção especial, devido sua condição de vulnerabilidade e fragilidade, ressaltamos a necessidade de um olhar atento dirigido para eles e para suas dificuldades, visando à prevenção e promoção da saúde no contexto universitário.

Percebe-se ao se findar o processo terapêutico que o grupo atingiu suas expectativas, visto que, como já mencionada, as participantes conseguiram interagir e usufruir do grupo como um todo, utilizando daquele espaço, que anteriormente não existia para elas, para falar sobre apreensões e dificuldades e até mesmo sobre coisas simples do cotidiano, que fazia sentido para elas. Evidencia-se que o grupo exerceu uma função de empoderamento diante da realidade pelas quais elas atravessam e são atravessadas.

Nós enquanto futuros profissionais de Psicologia entendemos que o trabalho foi gratificante e contribuiu para a nossa formação acadêmica, pois permitiu que vivenciássemos na prática situações que até então só eram conhecidas na teoria. Portanto, concluímos que experienciar e desenvolver o grupo terapêutico como um projeto de extensão se constituiu de uma oportunidade de aprendizado, numa troca de vivências entre nós extensionistas e as participantes do grupo, foi mútua a contribuição do grupo.

Referências

ALMEIDA, L.S.; SOARES, A. P. Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In: MERCURI, E.; POLYDORO, S. A. J. (Orgs). *Estudante universitário: características e experiências de formação*. Taubaté: Cibra, 2003.

BECHELLI, L. P.C.; Santos, M. A. O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 março-abril; 13(2):249-54.

COSTA, E. S.; LEAL, I. *Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior - avaliar para intervir.* Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto. 2008.

HOIRISCH, A.; BARROS, D.; SOUZA, I.. *Orientação psicopedagógica no ensino superior.* São Paulo: Cortez, 1993.

POLYDORO, S. A. J. *O Trancamento da matrícula na trajetória acadêmica do universitário: condições de saída e retorno à instituição.* 2000. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Campinas, Campinas, 2000.

SARAIVA, A. M.; QUIXÁDA, L. M. *Realização, Sofrimento, Saúde e Adoecimento: Algumas reflexões sobre o estudante e sua trajetória universitária.* In: Anais da Conferência Internacional sobre os Sete Saberes. Universidade Estadual do Ceará – UECE. 2010. Disponível em: < <http://www.uece.br/setesaberes/anais/pdfs/trabalhos/988-07082010-135554.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2018

SILVA, R. R. *O perfil de saúde de estudantes universitários: Um estudo sob o enfoque da Psicologia da saúde.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. 2010.

SANTOS, J.; TOQUETON, D.; ANTUNES, H. et al. *O desligamento de alunos na USP. Dimensão e composição.* São Paulo: NAEG/USP, 1992.

TEIXEIRA, M. A. P. et. al, *Adaptação à universidade em jovens calouros.* In: Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). 2008. p. 185-202.

WILES, J. M.; CHECHI, P; DIAS, A. C. G. *Fatores Promotores e Inibidores na Adaptação à Universidade.* 2010.



PROGRAMA MAIS SAÚDE: ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DE SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DA UFOP

Área Temática: Saúde.

Arthur Vieira Piau¹; Melissa Maia Bittencourt¹; Riani Ferreira Guimarães¹; Iara Fernandes¹; Jordana Fedrigo Menezes¹; Juliana Cristina dos Santos Almeida Bastos¹, Viviane Flores Xavier¹; Karine Meirelle Marinho de Amorim¹; Rosana Gonçalves Rodrigues das Dôres².

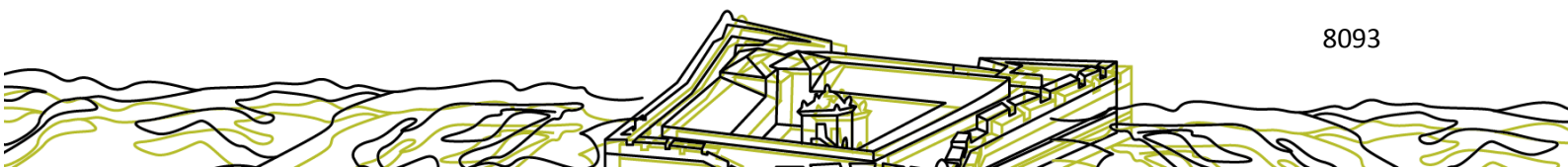
¹Acadêmicos em graduação de Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais.

²Coordenadora da Programa Mais Saúde em Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais.

Instituição: Universidade de Federal de Ouro Preto (UFOP)

Resumo

O programa de Mais Saúde da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) foi fundado em 2005 e tem como objetivo acompanhar o servidor de forma longitudinal, oferecer acesso facilitado a saúde, melhorar a qualidade de vida e, portanto, proporcionar melhores condições de trabalho aos funcionários federais da UFOP. A equipe do programa é composta voluntários, bolsistas e profissionais de saúde das áreas de medicina do trabalho, cardiologia, geriatria, ginecologia, endocrinologia, enfermagem, odontologia, nutrição clínica e esportiva, farmácia clínica, psicologia, assistência social, fitoterapia e homeopatia. As ações são itinerantes onde os profissionais vão aos setores de trabalho dos funcionários. A adesão é voluntária e a participação, quando efetivada, é feita por meio de entrevistas individuais, onde realizam diagnóstico preventivo e aquisição básica de dados clínicos. Faz-se o estudo da história clínica, familiar e funcional do paciente. Posteriormente, as informações são usadas no aconselhamento clínico, seja preventivo ou terapêutico (CAAE-0023.0.238.000-08). Na avaliação dos dados, faz-se o estudo clínico do paciente – análise do estudo de prontuário. No retorno ao entrevistado são repassados os dados clínicos, as recomendações acerca de seu tratamento, incluindo orientação medicamentosa e mudanças no estilo de vida e atendimento equipe de saúde. A partir da análise retrospectiva, as patologias mais prevalentes foram HAS, distúrbios psiquiátricos, DM e dislipidemias. Ressalta-se que, ao



entender os desafios impostos pela sua comorbidade, o paciente torna-se gerente de seu acompanhamento em saúde, tornando-se um agente multiplicador de informações, o que aumenta a eficácia do programa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Prevenção Primária, saúde do trabalhador

Introdução

O Programa de Mais Saúde, que é um dos programas institucionais da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PRACE) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Foi fundado em 2005 e tem como objetivo acompanhar o servidor universitário de forma longitudinal, oferecer acesso facilitado a saúde, melhorar a qualidade de vida e, portanto, proporcionar melhores condições de trabalho aos funcionários federais da UFOP.

O Mais Saúde, em 2005, tinha como ponto de partida, identificar as causas de adoecimento e afastamento do servidor da Universidade, trabalhando com patologias (doenças) pré-instaladas ou prevalentes. Estudos anteriores apontaram as complicações cardiovasculares como maior causa de adoecimento e morte, sendo tais resultados similares aos dados nacionais. A partir desse diagnóstico, o programa prestava atendimento diferenciado aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de *Diabetes mellitus*, com acompanhamento em clínica cardiológica e atendimento nutricional (plano de ação nutricional e dietoterapia).

Em 2008, com o número crescente de casos de adoecimento, afastamentos e óbitos, e insucesso da conduta adotada, o Programa Mais Saúde, revê seus conceitos, fundamentos e objetivos, e passa investir em prevenção em saúde, com dinâmica que fosse mais adequada a realidade do servidor. Salienta-se que o insucesso muitas vezes estava ligado dificuldade de adesão do procedimento clínico imposto, inter-relacionado, muitas vezes, a tabus alimentares ou uso incorreto de medicamentos (horário, forma e frequência de tomada de medicação).

Assim, nova proposta foi gerada e novo desafio, implementado, em 2010. Ao invés de aguardar o servidor no Centro de saúde para acompanhamento clínico, o Mais Saúde sai dos limites da área de saúde e, audaciosamente, leva atenção diferenciada em saúde e acompanhamento ao servidor, atendendo um gama maior de funcionários, ofertando maior número de possibilidades de tratamento medicamentoso e não farmacológico.

Tendo a prevenção como ponto primordial, ciente das dificuldades dos servidores em aderir os rigores de tratamentos pré-estabelecidos, o programa torna-se atividade de extensão na Universidade, onde prevenção em saúde passou ser tratada de forma positiva, integralista, holística e passa atender às necessidades individuais, reservando um tempo e escutando a história de vida de cada funcionário, que se sentiu mais livre, por estar no seu ambiente, em fazer o relato espontâneo e trocar experiências com os bolsistas e profissionais.

Estabeleceu-se assim, novo elo de confiança na equipe, tal integração traz o ponto de equilíbrio, cada relato foi analisado sem pré-julgamentos, ou conceitos estabelecidos e de forma conjunta nova proposta de tratamento foi elaborada.

Como forma de retornar aos entrevistados, em relações construtivas de extensão, foram feitas oficinas, material gráfico, cartilhas e desenvolvido material artesanal que atrelasse o programa ao autocuidado.

As primeiras oficinas foram sobre as temáticas que mais eram solicitadas, como por exemplo, questionamentos voltados a atividade física e alimentos (carboidratos, sal, temperos, bebidas alcoólicas e refrigerantes).

Atualmente, o Programa trabalha com dois focos principais: 1) As datas alusivas em saúde – por exemplo Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial – sempre em consonância com o Ministério da Saúde e 2) as ações nos departamentos dos servidores universitários que aceitam a nossa intervenção.

O trabalho realizado com as datas alusivas é estratificado a partir do calendário do Ministério da Saúde e, posteriormente, selecionado de acordo com as doenças/comorbidades mais presentes dentro da UFOP. Com isso, realiza-se a montagem de postos de informações em local de grande movimento na universidade (Restaurante universitário, hall do Instituto de ciências exatas e biológicas) onde é oferecido material informativo como artesanatos, cartilhas, folhetos, material preventivo, palestras periódicas, aferição de dados vitais básicos e oficinas. Esse momento é voltado para toda comunidade – incluindo trabalhadores, estudantes e moradores de Ouro Preto. As maiores ações são preparadas para público de até 3000 participantes.

Em soma, as ações nos departamentos são também itinerantes, onde os profissionais ligados ao Programa Mais Saúde vão aos setores de trabalho dos funcionários. A adesão é voluntária e a participação, quando efetivada, é feita por meio de entrevistas individuais, onde realizam diagnóstico preventivo e aquisição básica de dados vitais.

O desafio de sair do Centro de saúde e ir até os participantes que seria a princípio, desfavorável, tornou-se leve, agradável e ameno, valorizando cada momento das relações interpessoais. Conseguiu-se não só uma maior adesão as propostas desenvolvidas, como também um melhor entendimento da interação do trabalho com o indivíduo no processo de adoecimento dos funcionários.

A equipe do programa é composta – direta e indiretamente – por acadêmicos voluntários (quatro), bolsistas (quatro) (sendo, estudantes de graduação – 06, mestrado – 01 – e doutorado – 01) e profissionais de saúde das áreas de medicina do trabalho, cardiologia, geriatria, ginecologia, mastologia, endocrinologia, psiquiatria, enfermagem, odontologia, nutrição clínica e esportiva, farmácia clínica, psicologia, assistência social, fitoterapia e homeopatia. Assim, o atendimento é direcionado, por meio do programa, de acordo com a demanda queixada e/ou identificada durante anamnese de cada trabalhador. atendimentos em outras especialidades médicas como dermatologia e infectologia podem ser feitos após avaliação em acolhimento de clínica geral.

O atendimento à saúde não é apenas científico e, sim, arte. Por isso, a busca pelo entendimento holístico da população se faz muito importante, sobretudo naqueles que possuem ligação tão íntima com a universidade como os servidores. Assim, o acompanhamento longitudinal se mostra de grande importância no sucesso do cuidado desses pacientes.

Metodologia

Inicialmente, de 2010 a 2017, foi realizado o levantamento do número de setores de trabalho na universidade, a estimativa foi por meio de contato com os chefes de departamento da quantidade (números absolutos) de funcionários e o perfil desses indivíduos (gênero e idade, sobretudo). Feito isso, propôs-se a cada um desses setores a visita do Programa Mais Saúde e todos os serviços que potencialmente poderiam oferecidos aos servidores.

O atendimento é dividido em três momentos: 1) Cadastro – Identificação com nome completo, data de nascimento, endereço e profissão; 2) Anamnese breve – Listagem das comorbidades e diagnósticos prévios, medicações em uso, tratamentos prévios e em curso, história familiar e funcional, questionamentos e medos apresentados; 3) Exame físico - Aferição de pressão arterial, de glicemia capilar e de dados antropométricos (altura, peso, circunferência abdominal e circunferência do quadril). Todas essas informações são usadas para aconselhamento clínico, seja preventivo ou terapêutico. Ao

se trabalhar com humanos, com procedimentos invasivos e dados, desde 2008, o projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ouro Preto, estando registrado na Plataforma Brasil sob os números (CAAE-0023.0.238.000-08).

Após o encontro, todos os trabalhadores são identificados com um número em série e cadastrados no banco de dados daquele determinado setor. O banco de dados foi sistematizado e os indexadores são gênero, idade, doença ou patologias em curso, medicamentos utilizados, uso de plantas medicinais/ outros fitoterápicos, índices antropométricos (relação cintura/ quadril, índice de massa corporal e índice de gordura corporal).

A partir disso, desenvolve-se um prontuário clínico, com posterior estudo multidisciplinar associado a discussão para eventual indicação clínica. Se houver necessidade, há recomendação para atendimento médico diferenciado, suporte nutricional e/ou odontológico referenciado pelo SUS – Unidade Básica de Saúde. Todos dados obtidos desse paciente são listados e acomodados em pastas para a facilitação de uma consulta futura.

Ao longo das ações, os setores já visitados foram: Restaurante Universitário, Assessoria de Comunicação Interpessoal, Centro de Educação Aberta e a Distância, Pró-reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis, Pró-reitoria de extensão, Núcleo de Tecnologia e Informação, Escola de Nutrição, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Departamento de Música e Artes Cênicas, Escola de Minas, Marcenaria e Setor de Transportes.

Resultados e discussão

A Universidade Federal de Ouro Preto tem em seu quadro funcional com aproximadamente de 1700 servidores (técnicos administrativos e professores), distribuídos em três campi, Ouro Preto, Mariana (situados na região metropolitana) e João Monlevade (região leste do Estado). O maior número servidores encontra-se no Campus de Ouro Preto. Acompanhar esses servidores e conhecer a história de cada um é um desafio enorme.

Durante o ano de 2017, visitou-se 11 departamentos, compondo uma amostra de 365 pacientes atendidos, dos quais 125 (aproximadamente 34 %) tinham alguma patologia prevalente. Desses, a partir da entrevista e do autorrelato de diagnóstico prévio, observou-se portadores de *Diabetes mellitus* (neste trabalho, não estratificado

pelo tipo), hipertensão arterial sistêmica (HAS), distúrbios respiratórios crônicos (asma/ bronquite/ DPOC), distúrbios psiquiátricos, hipotireoidismo, hipertireoidismo, dispepsia e lúpus eritematoso sistêmico (LES), conforme listados na tabela 1.

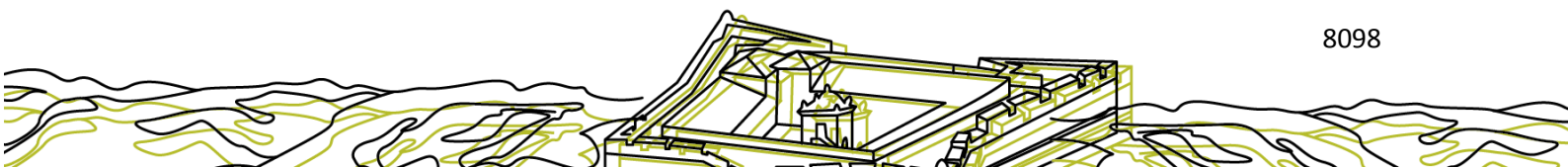
Tabela 1. Relação das comorbidades identificadas nos servidores da Universidade Federal de Ouro Preto, por setor de trabalho e em acompanhamento ambulatorial. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Setor	DM	HAS	Dislipid emias	Asma/ Bronquite/ DPOC	Distúrbios Psiquiátricos	Hipotireoidismo	Hipertireoidismo	Dispepsia	LES	Total
I (68)	5	9	2	2	5	0	0	0	0	23
II (20)	1	2	0	1	2	0	0	0	0	6
III (39)	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
IV (44)	3	10	0	0	2	0	0	3	0	18
V (33)	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
VI (10)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
VII (41)	1	5	4	0	4	1	0	0	0	15
VIII (9)	1	2	1	0	1	0	0	0	0	5
IX (12)	1	1	1	0	3	1	1	0	1	9
X (53)	3	11	1	0	3	0	0	0	0	18
XI (36)	3	9	4	0	3	3	0	3	0	25
TOTAL	18	52	13	5	24	5	1	6	1	125

DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; LES: Lupus Eritematoso Sistêmico.

Com o propósito ético de conservação da identidade dos trabalhadores, e cautela em prováveis associações entre determinados departamentos e doenças estigmatizantes, optou-se pela não nomeação dos setores de forma explícita.

Notou-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais relatada pelos servidores, com prevalência de 14,2% (tabela 1). Embora esses índices possam em primeiro momento serem considerados representativos, não são. Esses dados são subdiagnosticados, isto é, refletem menor número de servidores, em atividade, hipertensos que há 10 anos atrás quando se iniciou o Programa. Reflete ainda, que em setores que exigem com maior carga física, com trabalho braçal, ou com rotina não sistematizada, com grande carga de estresse emocional, têm maior número de servidores hipertensos.



Logo depois, 6,57% dos entrevistados relataram algum distúrbio psiquiátrico – transtorno de ansiedade e depressivo foram os mais comuns listados. Aqui, pode-se inferir sobre o adoecimento no trabalho e as condições ou grau de satisfação com as relações de trabalho/ vivências/ realização profissional/ ambiente e vida pessoal.

Na sequência, verificou-se que as doenças mais prevalentes são: Diabetes mellitus não tipificado (4,93%), dislipidemias (3,56%), dispepsia (1,64%) e doenças pulmonares crônicas e hipotireoidismo, ambas com 1,36%.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida (com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária), além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral (PNS, 2013)

No Brasil, as DCNT também se constituem como um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (PNS, 2013). Em menor escala, o trabalho de extensão em saúde na Universidade reflete esses números. Outro aspecto importante, é que servidores em tratamento de câncer não estão em atividade, portanto, não foram entrevistados pelo programa. O Mais Saúde, ciente dessa causa de afastamento, trabalha a temática câncer, com a comunidade “ufopiana” e ouro-pretana em dois momentos distintos que são o outubro rosa e o novembro azul.

As DCNT caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida. As DCNT requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde (PNS, 2013), se adequando perfeitamente a proposições de extensão em saúde.

No que tange a realidade nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, trouxe que em relação às morbidades, a hipertensão arterial foi a mais referida dentre os entrevistados, com prevalência de 21,4% na população de pessoas de 18 anos ou mais de idade, ou, em números absolutos, aproximadamente 31 milhões de indivíduos.

Na sequência, as doenças mais referidas foram: problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%). As demais doenças apresentaram prevalências inferiores a 5% (PNS, 2013)

O *Diabetes mellitus* é um problema de saúde global, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Esta é a primeira pesquisa que aponta o elevado grau de incapacidade do diabetes 7% (IC95% = 5,5 – 8,5), ou 642.000 brasileiros que têm limitação intensa ou muito intensa devido ao diabetes. Tais dados reforçam a importância das ações de prevenção da doença e promoção da saúde (PNS, 2013)

A depressão é um distúrbio afetivo caracterizado, principalmente, por alterações no humor, redução da energia e diminuição das atividades. Pode variar entre episódios mais leves e mais intensos. Estudos apontam diferenças sociodemográficas na prevalência de depressão. Por exemplo, entre as mulheres, a depressão é duas vezes mais frequente do que entre os homens. A PNS explorou pela primeira vez o tema e os dados são surpreendentes: 7,6% da população brasileira foi diagnosticada por médico ou profissional da saúde mental; a depressão atinge quase três vezes mais as mulheres e cerca de 11,8% referem incapacidade devido à doença (PNS, 2013). Outro ponto relevante da extensão é permear intervenções que quebre preconceitos ou tabus correlacionados com a visita aos profissionais de saúde mental. Arquétipos devem ser substituídos por novos conceitos como feminismo, coletivo, pluralidade, e talvez, aqui se tenha um dos pontos de inflexão dos servidores no acompanhamento.

A asma caracteriza-se como uma doença de natureza crônica que afeta as vias aéreas, e também, outras estruturas dos pulmões. De acordo com a OMS, a asma ocupa o primeiro lugar na prevalência de doenças respiratórias crônicas, acometendo 300 milhões de indivíduos no mundo. No Brasil, seriam cerca de 6,4 milhões de pessoas, ou 4,4% da população adulta, sendo que 15,7% revelam incapacidade em decorrência da doença. A asma é responsável por grande número de internações hospitalares, originando custo importante para o Sistema Único de Saúde (SUS) (PNS, 2013)

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, DPOC, é uma doença comum, prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo,

que é devido a alterações nas vias aéreas e nos alvéolos causadas por exposições significativas a partículas e gases nocivos. (GOLD, 2017).

No Brasil, em 2011, o Instituto Nacional do Câncer publicou que 15,1% da população (de 190.732.694 milhões de pessoas) é fumante e que aproximadamente 15% irá desenvolver a DPOC. Em números absolutos, 14.320 milhões brasileiros têm DPOC relacionada ao tabagismo. Juntamente com a asma, porém em uma população de faixa etária mais elevada, a DPOC é responsável por uma grande parcela dos indivíduos internados com distúrbios respiratórios crônicos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, o Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica de origem autoimune, cujos sintomas podem surgir em diversos órgãos de forma lenta e progressiva (em meses) ou mais rapidamente (em semanas) e variam com fases de atividade e de remissão. Ocorre mais frequentemente na população com faixa etária entre 20 e 45 anos, sobretudo em mulheres e de origem afro-descendente. Apesar das dificuldades de mensuração, estima-se que existam cerca de 65.000 pessoas com lúpus, sendo a maioria mulheres. Acredita-se assim que uma a cada 1.700 mulheres no Brasil tenha a doença. Desta forma, observou-se a que a prevalência nos funcionários é drasticamente maior quando comparada com o panorama nacional.

Considerações finais

O acompanhamento longitudinal do paciente traz consigo muitos benefícios no espectro da assistência em saúde para com esse indivíduo. Além de introduzi-lo como o principal fomentador do seu próprio cuidado, facilita o conhecimento de suas particularidades, sua forma de adoecer e sua interação sociocultural na comunidade – características imprescindíveis no tratamento do paciente.

A OMS cita que a prevalência estimada dos transtornos mentais é de 10% na população mundial, representando cerca de 700 mil pessoas. Ademais, em 2017, a mesma instituição publicou um novo relatório, especificando que há 322 milhões de pessoas vivendo com depressão no mundo, sendo a prevalência maior entre as mulheres (OMS, 2017). Esses dados são importantes no contexto de saúde pública, dado que grande parte destes usuários são tratados na Atenção Primária à Saúde (APS). A prevalência declarada pelos trabalhadores está discretamente abaixo da média mundial e nacional, o que não extrapola uma visão de bem-estar psíquico. A avaliação foi feita através da livre declaração do entrevistado, podendo mascarar facilmente os dados obtidos.

Além disso, o conhecimento do perfil de adoecimento e consumo medicamentoso dos trabalhadores diz muito a respeito das condições que o trabalhador enfrenta em seu cotidiano, sejam elas estruturais, relacionais ou psíquicas. Nesse contexto, os dados gerados podem ser utilizados como um ponto inicial de alerta e, logo em seguida, como suporte para novos debates e discussões a respeito da implementação de novas políticas trabalhistas que atendam os trabalhadores na sua real necessidade.

O valor agregado do estado da arte é o diferencial de se trabalhar saúde como prevenção e com atividades de extensão. O ganho/ benefício da inserção dos serviços de atenção a saúde ao trabalhador, no setor (local) de trabalho, cria percepção crítica em saúde, incentiva o cuidar do bem-estar do ambiente de forma coletiva. E podemos concluir, que a maior satisfação da equipe é a tomada de consciência do paciente. Ressalta-se que, ao entender os desafios impostos pela sua comorbidade, o paciente/ servidor torna-se gerente de seu acompanhamento clínico, tornando-se um agente multiplicador de informações, o que aumenta a eficácia do programa.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. REV BRAS EPIDEMIOL DEZ 2015; 18 SUPPL 2: 3-16.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (2017). Disponível em: <http://goldcopd.org>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Vigilância de Tabagismo em Escolares: VIGESCOLA 2002-2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/vigescola> Acesso em 20/02/2018.

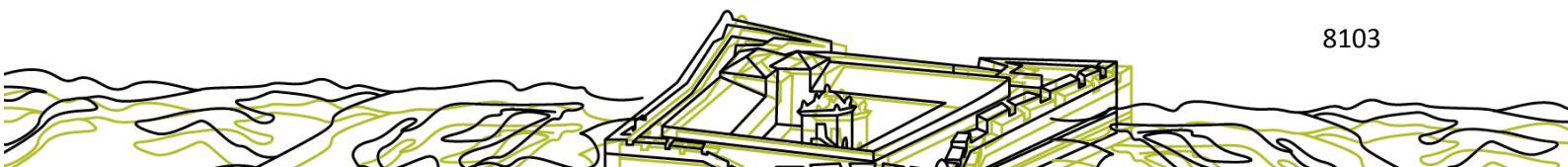
Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Comissão do Lúpus. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) – Cartilha da SBR. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Publicado em 27/04/2011 disponível em <https://www.reumatologia.org.br/pacientes/orientacoes-ao-paciente/lupus-eritematososistemico-les-cartilha-da-sbr/> Acesso em 20/02/2018.

Agradecimentos:

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG.

Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP.



OS BENEFÍCIOS DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA PERSPECTIVA DISCENTE

Área Temática: Saúde.

Caroline Marie C. S. Prado¹; Maria Valéria Corrêa e Castro Campomori².

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Resumo

Introdução: a oportunidade de participar de um Projeto de Extensão Universitária docente tem propiciado, há anos, muitos benefícios para os alunos envolvidos, seja como bolsista ou voluntariado. Assim, o aluno pode colocar em prática o conhecimento teórico adquirido na universidade, estabelecer um compromisso universitário e social com a comunidade envolvida e se tornar diferenciado cientificamente em relação à sua graduação. O conhecimento biopsicossocial do público-alvo envolvido, ao estabelecer um contato mais estreito com as mesmas, representa o fruto de um domínio maior sobre o tema do plano de trabalho em comparação com o aprendizado adquirido em sala de aula, e propicia um crescimento pessoal, acadêmico e futuramente profissional do aluno que desenvolve o plano de trabalho da extensão de grupo de alunos voluntários. **Objetivos:** constatar o aprendizado e as vantagens, pessoais e acadêmicas, gerados durante a realização de um plano de trabalho de extensão universitária. Proporcionar visão enriquecedora da realidade social e de grupos comunitários. Despertar interesse e motivação de outros alunos para futuros projetos com os devidos professores orientadores. **Método:** leitura científica sobre a extensão universitária, conceitos, benefícios e relatos de experiências; reflexões e análise discente acerca do conhecimento e experiência adquiridos por meio de um plano de trabalho de extensão. **Resultado:** formação científica e humanística discente para a vida pessoal, acadêmica e mundo do trabalho. **Conclusão:** os benefícios expostos pela vivência e relato discente ao ter participado de um plano de trabalho da extensão de modo voluntário e em grupo de alunos proporcionou formação acadêmica generalista e integral, de fato. A confirmação

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

dos benefícios foi citada e explanada para a comprovação das vantagens de uma oportunidade ímpar de realização acadêmico-extensionista.

Palavras-chave: Extensão universitária; Comunidade; Formação integral discente; Experiência acadêmica.

Introdução

A extensão foi criada na Inglaterra no século XIX, com o objetivo de criar benefícios para a sociedade e promover uma educação contínua. Atualmente, é um instrumento da Universidade para a realização do comprometimento social do aluno e docente envolvidos para com a comunidade escolhida. (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Os projetos de extensão realizam ações de integração do aluno junto à comunidade e a extensão universitária pode ser descrita como um meio de interação entre a universidade e a sociedade, sendo capaz de criar a relação entre a teoria e prática aprendida.

Para o aluno da graduação, participar de um projeto de extensão significa uma oportunidade singular pela qual pode colocar em prática o conhecimento adquirido na universidade. Diferentes projetos são inscritos e cada um possui características marcantes para conseguir alcançar os objetivos propostos para o público alvo escolhido. O aluno, então, estabelece com seu docente orientador uma comunicação com a comunidade, na qual os conhecimentos produzidos durante a graduação podem ser compartilhados aos indivíduos da sociedade de uma forma dinâmica, dialogada e extrovertida.

A relação da universidade com a comunidade se fortalece pela Extensão Universitária ao proporcionar diálogo entre as partes e a possibilidade de desenvolver ações socioeducativas que priorizam a superação das condições de desigualdade e exclusão ainda existentes. E, na medida em que socializa e disponibiliza seu conhecimento, tem a oportunidade de exercer e efetivar o compromisso com a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. (SILVA, 2011 apud RODRIGUES *et al.*, 2013).

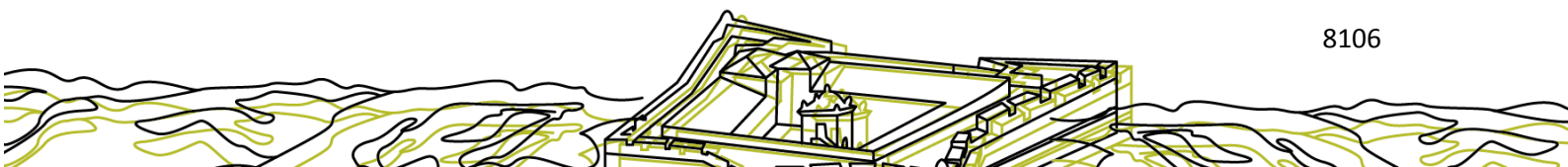
Os alunos participantes saem da universidade com uma visão diferente daqueles que não se dispõem às ações extensionistas. O fato de eles terem contato com a realidade social e sua adversidade e vulnerabilidade, e não só com conteúdo teórico previsto formalmente nos currículos dos cursos de graduação, faz com que eles vivenciem e experimentem o conhecimento na prática. Em entrevista online Maria

Christina de Medeiros Nunes, Pró-Reitora em Extensão e Cultura da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2016), sugeriu haver um ganho incomensurável estudantil pelo fato de realizarem contato aproximado com a realidade social, via atividades de extensão, pois eles se formam com olhares diferenciados. Trata-se de um avanço técnico-científico adquirido nas atividades do plano de trabalho através do estudo reforçado sobre o assunto escolhido, referindo-se a um estudo mais profundo sobre conhecimentos prévios construídos em disciplinas da grade curricular, reafirmou a Pró-Reitora.

Reiterando as ideias de Maria Christina, o aluno, bolsista ou voluntário, possui a oportunidade de exercitar o seu conhecimento adquirido na universidade e exercitar juntamente com a comunidade. Essa prática é muito positiva e benéfica quando comparada com a prática realizada intramuros universitários. O aluno aprende muito mais com o contato direto estabelecido, pois a relação criada é muito gratificante e rica para praticar a teoria desenvolvida na sala de aula.

Portanto, a extensão estabelece uma relação teoria/prática (práxis), simula o mercado de trabalho e se constitui em campo de aplicação prática, possibilitando a vivência de conteúdos e qualificando a aprendizagem curricular. Enfatizou-se, ainda, que nos espaços vivenciais de saberes torna-se possível a interlocução da teoria trabalhada em sala de aula com os desafios da realidade social, além de outras aprendizagens tão importantes quanto as relacionadas ao saber técnico necessário ao exercício de determinada profissão como a iniciativa e vivência de grupo. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013). Nesse contexto, o ensino quebra as barreiras da sala de aula e migra do ambiente fechado da universidade, partindo para um ambiente passível à troca de informações. Concluindo as reflexões anteriores, se produz um conteúdo multi, inter e transdisciplinar. (RODRIGUES *et al.*, 2013). Assim, diante dessa ótica de extensão universitária exposta pelos autores, passa a se construir parte integrante da dinâmica pedagógica curricular do processo de formação e produção do conhecimento, envolvendo professores e alunos de forma dialógica, promovendo a alteração da estrutura rígida dos cursos para uma flexibilidade curricular que possibilite a formação crítica. (JENIZE, 2004).

Dessa forma, a prestação de serviços como uma das atividades próprias da extensão que pretende promover a integração universidade e sociedade é incluída como uma função da universidade, constituindo um espaço em que se agregam diversas e diferentes ações, criando a ideia de multiversidade, que inclui uma variedade de ações, desenvolvimento da ciência aplicada e participação nos problemas regionais. (JENIZE, 2004). Além disso, exercitar o trabalho social na comunidade é muito produtivo para



todos os envolvidos. Trata-se de um projeto que necessita de comprometimento e responsabilidade e, proporciona um progresso na saúde do país, realizando a inclusão social e a garantia de direitos.

Observa-se que, para Rodrigues *et al.* (2013), o modelo de extensão consiste em prestar auxílio à sociedade, levando contribuições que visam a melhoria dos cidadãos. O entendimento a respeito da relação entre extensão e sociedade, é uma visão fundamental que possibilita a qualidade da assistência prestada para as pessoas.

Ajudar a comunidade divide alegrias, alivia sofrimentos e melhora a qualidade de vida. E, apesar de todo o trabalho árduo realizado, melhora também a qualidade de vida dos alunos e professores envolvidos. A realidade social é demonstrada como uma “manifestação relacional entre os indivíduos, priorizando-se, para isso, as relações colaborativas para potencializar a reciprocidade, a solidariedade e a cooperação. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

O envolvimento criado entre os agentes da extensão e a comunidade implica uma aproximação entre os alunos e a comunidade com a finalidade de construir uma relação interpessoal de confiança, a qual se fortalece a partir da melhora clínica da problemática que acomete a sociedade ou após as devidas orientações. (CARDOSO *et al.*, 2013). Ao se preocupar com o próximo, o empenho social e comunitário gera laços de solidariedade e confiança recíproca, com isso os benefícios são maiores, engrandecendo ainda mais a extensão universitária e estabelecendo um amadurecimento pessoal para o professor e aluno.

A extensão, enquanto responsabilidade social faz parte de uma nova cultura, que está provocando a maior e mais importante mudança registrada no ambiente acadêmico e corporativo nos últimos anos. (CARBONARI & PEREIRA, 2007).

Os projetos de extensão dentro da universidade, em nível nacional, têm o objetivo de desenvolvimento da instituição junto à sociedade para melhorar a qualidade de vida dela. Segundo Renato Medeiros, pró-reitor de extensão da Universidade de Pernambuco – UPE (2016) em uma entrevista online, a função dessas ações não é substituir o Estado, mas fazer parte desta melhoria ao lado dele.

Quanto ao pensamento direto na sociedade a extensão universitária interfere na realidade da comunidade, em que esta recebe os conhecimentos e informações da comunidade, torna-se participativa, crítica e construtora dos possíveis modos de organização e cidadania. (JENIZE, 2004).

Paralelamente ao trabalho dos alunos participantes dos projetos de extensão, o conhecimento repassado para a sociedade estimula suas habilidades em apreender novas práticas por meio das ações desenvolvidas e representa um potencial individual fortalecido. A comunidade conquista maiores possibilidades de serem reconhecidos como indivíduos capazes de provocar mudanças no contexto local de sua saúde. (CARDOSO *et al.*, 2013). Para os acadêmicos os benefícios são grandiosos. A extensão universitária desenvolve a formação completa do aluno por realizar a troca de conhecimento entre sociedade e os universitários. Esse contato direto com a comunidade e com a realidade social promove um conhecimento amplo e desenvolve um domínio maior sobre a profissão que irão exercer no futuro. Sobre isso, há que se afirmar que ensino-pesquisa-extensão se apresentam hoje no âmbito das universidades brasileiras com uma de suas maiores virtudes e expressão de compromisso social, uma vez que o exercício de tais funções é requerido como dado de excelência na Educação Superior, voltada para a formação acadêmica e profissional de docentes e discentes, à luz da apropriação e produção do conhecimento científico. (UNIMONTES, 2011 apud RODRIGUES *et al.*, 2013).

Com a vivência e o compromisso do plano de trabalho, o aluno pode conhecer a real problemática social do país e pensar em soluções possíveis para modificar a realidade da população antes de concluir o curso da universidade.

A extensão universitária traz para estudantes e professores a oportunidade da convivência e o envolvimento com realidades sociais diferentes de outras culturas, o que instiga à formulação de novas interrogações sobre a dinâmica das relações sociais, sobre os problemas socioeconômicos do país, sobre a cultura nacional e local e sobre a questão da solidariedade. São questões que poderão ser concretizadas em discussões ampliadas na universidade, através de pesquisa e no ambiente da sala de aula. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013). Em conformidade com os autores citados acima, a extensão universitária requer, entre outras atitudes, a disposição para atuar de forma cooperativa e com muita responsabilidade social. A atitude cooperativa potencializa as habilidades educativas e a responsabilidade projeta os sujeitos educativos para um mundo de riscos, no qual exige uma identidade solidária e uma instituição comunitária.

O aluno deve estar inserido, também, em um contexto de responsabilidade para com o seu Plano de Trabalho e Projeto docente inscritos. Isto se atribui ao compromisso com a extensão universitária e com a comunidade, em que o aluno não deve deixar suas obrigações da graduação, mas deve cumprir todo o seu trabalho estabelecido semanalmente em ambas as tarefas: graduação e extensão.

Em relação à inclusão social e à garantia de direitos, o projeto de extensão possibilita o aprendizado de lidar com as pessoas e a se conscientizarem da realidade vivenciada, além de conhecerem as possibilidades reais e concretas de encontrar caminhos para a solução de problemas comuns. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013). A partir disso, ao repassar o conhecimento, o aluno cria uma comunidade multiplicadora de conhecimento, em que, a partir das orientações e aprendizado, a sociedade é capaz de ajudar ainda mais o próximo.

Para Jenize (2004), a universidade desenvolve os projetos de extensão como uma forma assistencial, o que permite atender as necessidades das camadas populares, facilitando a integração entre ensino e pesquisa, o qual é um dos principais objetivos. Trata-se de uma prestação de serviços em uma perspectiva assistencialista.

No entanto, a aprendizagem sempre deve ser entendida sob uma linha horizontal de conhecimento, em que os acadêmicos não devem se sobrepor à comunidade, mas sim se igualar a ela para que o contato gere mais vantagens. (FREIRE, 1981 apud CALIPO, 2009).

Ademais, enquanto a ciência for entendida de forma linear, a extensão será decorrência do ensino e da pesquisa, mas se a compreensão estiver associada à vivência, a extensão universitária torna-se um espaço de construção de conhecimentos significativos e de práticas sociais relevantes, de maneira que a interação entre a ciência e a vivência, realizada na universidade e na sociedade, pode revigorar um projeto pedagógico e social, desencadeando um movimento de conectividade dialógica. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

Em contrapartida, esses mesmos autores destacam que à extensão não cabe mais o papel assistencialista. É preciso repensar posturas acadêmicas com o alto rigor da ciência instrumental, já que se trabalha nesse processo com o cotidiano das pessoas, para reconhecer a realidade e atuar pelo viés da humanização.

Demonstra-se também, a importância da comunicação entre todos os envolvidos, desenvolvendo uma conexão entre todos os benefícios e na relação entre os alunos, professores e comunidade. O trabalho em equipe gera discussões positivas para todos os integrantes, sendo que possibilita a capacidade de se expressar, aprender a valorizar o trabalho do outro, aprender a saber ouvir, dar opiniões e aceitar as opiniões de outrem. Segundo Costa, Baiotto e Garces (2013), o trabalho feito por meio de uma equipe estabelece a construção de saberes coletivos, para a tomada de decisões conjuntas, para a melhoria dos relacionamentos interpessoais e de desenvolve

habilidades como a responsabilidade e a cooperação, ao mesmo tempo que propicia uma melhor preparação para a formação.

Trabalhar em equipe cria uma organização diferenciada em que devesse haver o planejamento para trabalhar com metas e objetivos, a criatividade deve ser estabelecida para um melhor rendimento, a atividade dinâmica possibilita novos pensamentos e oportunidades e, a sistematização deve ser determinada.

Outro benefício é aquele gerado pela prática da escrita em que o aluno é submetido. Isso acontece durante todo o plano de trabalho e ao submeter um relatório ao final do projeto, sendo um aprendizado na escrita científica. Essa prática expõe um conhecimento diferente daquele adquirido na universidade porque, muitas vezes, o aluno não possui essa rica oportunidade. Quando exercitada, a prática só traz benefícios futuros para a vida acadêmica e profissional.

O acadêmico pesquisador analisa, escreve e apresenta resultados em relação ao Plano de Trabalho, o que complementa mais ainda seu processo de formação durante a graduação. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

De acordo com os mesmos autores, o papel mais específico da Universidade a ser considerado é a “educação pela ciência”. Refere-se à ciência como o sistema de adquirir conhecimento baseado no método científico, bem como ao corpo organizado de conhecimento estabelecido através de pesquisas, reforçando a ciência experimental em contraposição à ciência aplicada. Em contrapartida, o contato com a comunidade e com a realidade social promove um conhecimento mais abrangente e permite um domínio maior sobre o assunto escolhido, tornando um processo educativo. Essa comunicação fundamenta a discussão teórica feita na sala de aula.

Em relação aos benefícios gerados para a futura vida profissional do aluno, a extensão universitária promove um amadurecimento pessoal devido às apresentações em eventos científicos. O aluno apresenta trabalhos e seus resultados parciais ou totais em encontros, eventos e congressos da própria extensão universitária em comunicações orais e/ou pôsteres, o que traz um crescimento profissional precoce durante a vida acadêmica. A oratória traz um ganho enorme e diferencial para o aluno expor suas ideias à medida que ele aprende a se comunicar e a se expressar com desenvoltura e discernimento. Da mesma forma, as vantagens desses encontros se estabelecem à medida que os alunos entram em contato com avaliadores e professores com a oportunidade de repassarem mais conhecimento para o aprendizado e, os alunos podem também fazer novas amizades com alunos da extensão de outros cursos de graduação.

Similarmente, a extensão universitária estabelece uma composição diferenciada do currículo vitae e na plataforma Lattes do CNPq apresentados nos concursos de pós-graduação *Lato Sensu* e residências multiprofissionais em universidades brasileiras bem-conceituadas, devido a todas as oportunidades nas quais o aluno está inserido. Então, se o aluno pensa em participar de programas de Residência Multiprofissional para sua especialização, a extensão universitária lhe proporcionará um número maior de pontos na seleção.

Durante todo o plano de trabalho, o aluno desenvolve o projeto em conjunto com um professor extensionista, se tratando de uma muito rica devido a troca de aprendizado que ocorre durante todo o plano de trabalho e demonstra para todos os alunos o vínculo que pode ser criado com um professor, além de mostrar como os dois lados podem se beneficiar positivamente. Devido a diferença de idades, são experiências de vida diferentes e opiniões diferentes, o que sempre cria um ambiente importante de aprendizado.

Os programas de extensão universitária demonstram a importância de sua existência na presente relação estabelecida entre instituição e sociedade. Isso ocorre devido a aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre alunos, professores e a população, por meio da possibilidade de desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem a partir das práticas cotidianas. Há também, o confronto da teoria com o mundo real de necessidades e desejo, definindo e possibilitando a apreensão dos conteúdos aprendidos entre professor e aluno, haja vista que gera benefícios quando há o contato com o mundo real. A troca de conhecimentos cria uma convivência coletiva, estabelecendo respeito para com o próximo e com as suas diferenças.

O aluno que participa da extensão universitária estimula um olhar diferente para os outros alunos, na medida em que os outros percebem as novas oportunidades existentes dentro do ambiente acadêmico. O aluno que participa serve como modelo para os outros alunos e com o sucesso durante o processo, gera sempre novos olhares positivos para a extensão universitária. Com isso, continua-se o ciclo de novos alunos interessados, acarretando cada vez mais benefícios para a comunidade envolvida.

Finalmente, para que haja a prática da extensão é necessário o respeito entre as ideias de cada um, aprimorar os conhecimentos e agir com ética. Deve-se respeitar as diferenças, sejam elas entre educadores e educandos, mulheres e homens, conhecimentos científicos e populares. (FREIRE, 1981 apud CALIPO, 2009).

Metodologia

Para Almeida *et al.* (2007), um relato de experiência propõe tornar visível e compartilhar com outros profissionais e estudantes uma vivência prática. Devido a isso, o presente estudo se caracteriza como um relato da experiência de uma aluna que integrou o Grupo de Alunos Voluntários da Extensão/PROEXT/PUC-Campinas, e a demonstração do aprendizado e benefícios adquiridos durante a referida experiência. Utilizou-se as bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) para a obtenção de conhecimento científico.

Resultados e Discussão

O aluno que participa da Extensão Universitária constrói uma formação mais ampla para sua vida acadêmica a partir do ponto em que cria um aprendizado mais profundo em relação ao tema escolhido, coloca em prática toda a teórica aprendida na sala de aula e afirma uma responsabilidade social para com a comunidade envolvida.

Assim, para ser cidadão é preciso que se aprenda a respeitar o próximo na sua diferença, com sentimentos de alteridade e coletividade. Deve ter seus direitos atendidos ao mesmo tempo em que se luta para que esses direitos sejam iguais para todos. Para isso se efetivar é preciso aprender alguns valores que são a base da postura cidadã para uma sociedade igualitária.

A aprendizagem se torna mais significativa quando é vivenciada e para isso a extensão torna-se essencial. Como ensina Almeida (2012), “O estudante passa a mudar sua postura frente ao outro, mudando atitudes, valores e compreendendo seu papel enquanto profissional do amanhã”. Portanto, os estudantes que tiveram essa oportunidade relataram a aprendizagem desses conhecimentos atitudinais formadores para o exercício da cidadania. (ALMEIDA 2012 apud COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

A responsabilidade, o compromisso, o respeito às diferenças culturais e socioeconômicas foram relevantes no valor atribuído por estudantes na aprendizagem dos valores morais e éticos. Aprende-se a querer contribuir sem ter algo em troca e o pensamento é direcionado ao bem-estar dos outros do próximo. Segundo Freire (1999), “mulheres e homens, seres históricos sociais, nos tornamos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper, por tudo isso, nos fizemos seres éticos”.

A sociedade atual, em constantes mudanças, apresenta uma realidade de democratização política com o objetivo de diminuir as injustiças sociais o que se inicia com a participação coletiva. A partir desse ponto de vista, os projetos de extensão buscam a aprendizagem de valores políticos, se evidenciando com base em relatos a respeito da importância de se conhecer a comunidade, seus indivíduos, sua estrutura e a organização, referentes à construção da cidadania. Destacou-se por estudantes, os valores políticos possíveis do aprendizado, o comprometimento, a liderança, o pró-ativismo, o diálogo, a imparcialidade e o voluntariado. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

Destaca-se, portanto, os valores sociais aprendidos na participação em projetos de extensão, a cooperação, dedicação, generosidade, superação, paciência, perseverança, humildade, atenção, honestidade, compreensão e a solidariedade. Esses valores surgem a partir da convivência com as diferenças, na reciprocidade das relações criadas ao se colocar no lugar do outro ou ao se ter um novo olhar sobre o próximo, na oportunidade de ajudar, ao compartilhar tristezas e alegrias, de modo que concebe a recompensa da dedicação ao próximo sendo valorização da vida, da família, dos amigos e da sua saúde, como um aprendizado para a vida e um crescimento pessoal para cada um dos envolvidos.

Conclusão

Os estudantes desfrutam da oportunidade de exercerem a cidadania e aprendem a se colocar no lugar do outro, compreendendo e respeitando as diferenças. Devido a isso, aprendem valores éticos, morais e sociais, respeitam as diferenças, ajudam o próximo em suas necessidades e contribuem para a emancipação dos indivíduos envolvidos. Aprende-se, também, a compreender que a maneira de trabalho de um é diferente do outro, o que colabora ainda mais para a troca de saberes em uma “visão sistêmica e integrada do saber acadêmico e da sociedade na qual se está inserido”. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

Os projetos de extensão garantem o desenvolvimento interpessoal e a autonomia dos alunos, tornando-os capazes de enfrentar desafios durante a vida acadêmica e profissional. Além do mais, proporcionam a aprendizagem a partir de uma visão holística que enaltece as relações interpessoais, a solidariedade e a realização de atitudes de amor.

A relação extramuros da universidade com a comunidade envolvida comprova que a participação em projetos de extensão permite que estudantes universitários adquiram a consciência do papel social, profissional e cidadão, à medida que atua de uma maneira mais efetiva e significativa frente aos problemas sociais presentes no país.

Finalmente, a extensão universitária proporciona sentimentos e ações por meio da troca de significados mais humanizados, o que garante a aquisição de valores e de atitudes como por exemplo, autonomia, ética, motivação e iniciativa, possibilitando o desenvolvimento acadêmico, profissional e o compromisso social dos estudantes universitários.

Referências

ASSIS, C. (2016). Projetos de extensão: graduação aliada ao benefício social. Disponível em: <<http://www.leiaja.com/carreiras/2016/06/10/projetos-de-extensao-graduacao-aliada-aobeneficio-social/>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

ALMEIDA, L. H. R. B; ROCHA, F.C; NASCIMENTO, F. C. L; CAMPELO, L. M. Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jul-ago; 60(4):460-3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a20.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

CALIPO, D. Projetos de extensão universitária crítica: Uma ação educativa transformadora.

Campinas, 2009. Biblioteca Digital da Unicamp. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000390135>>. Acesso em: 12 mar.2018.

CARBONARI, M; PEREIRA, A. A extensão universitária no Brasil, do assistencialismo à sustentabilidade. Rev Educação v. 10, n. 10, 2007. ISSN 1415-7772. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/educ/article/view/2133/2030>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

CARDOSO, L. S; CEZAR-VAZ, M. R; COSTA, V. Z; BONOW, C. A; ALMEIDA, M. C. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. Rev Bras Enferm. 2013 nov-dez; 66(6): 928-34. Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/18.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

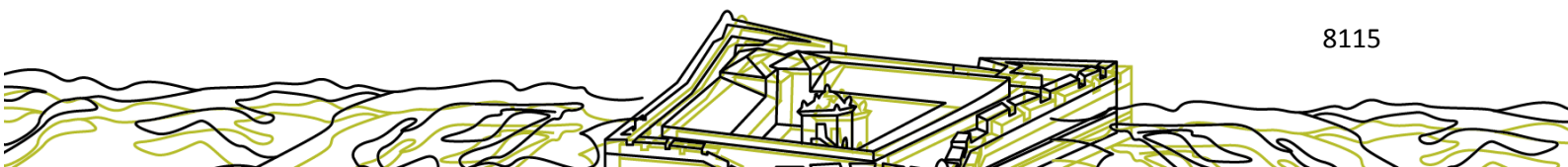


COSTA, A. A. C; BAIOTTO, C. R; GARCES, S. B. B. Aprendizagem: o olhar da extensão. In: SÍVERES, L (Org). A extensão universitária como um princípio de aprendizagem. Brasília, 2013. p. 61-80.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

JENIZE, E. As Práticas Curriculares e a Extensão Universitária. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrext/Gestao/Gestao12.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

RODRIGUES, A. L. L; PRATA, M. S; BATALHA, T. B.S; COSTA, C. L. N. A; NETO, I. F. P. Contribuições da extensão universitária na sociedade. Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais, Aracaju, v. 1, n.16, p. 141-148, mar. 2013. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/494>>. Acesso em: 09 mar. 2018.



CONDIÇÕES HIGIÊNICO SANITÁRIAS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA NO ABATE DE BOVINOS E BUBALINOS OBSERVADAS DURANTE O ESTAGIO VIVENCIA

Área Temática: Saúde

Jordeano Araujo Sousa¹; Úrsula Silva Freitas¹; Itaan de Jesus Pastor Santos²

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Resumo

O abate de animais para atender à necessidade humana por produtos de origem animal necessita de regras que garantam a segurança alimentar e consequentemente a saúde pública no consumo destes produtos. Uma experiência vivida durante o Estágio Vivencia, organizado pelo Núcleo de Extensão e Desenvolvimento – LABEX, da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, permitiu avaliar as condições higiênico-sanitárias, no âmbito das boas práticas de fabricação, no abate, preparação e conservação da carcaça de bovinos e bubalinos em um matadouro no município de Penalva e relacioná-las com os impactos na saúde pública através da visão de segurança alimentar. Foi percebido que o abate desses animais neste município funciona de forma irregular, visto que, o matadouro não possui inspeção veterinária o que acarreta problemas relacionados à falta de qualidade dos produtos. Dentre os problemas observados no abate damos ênfase à falta de higiene, a ausência de atordoamento dos animais antes da sangria, a limpeza das vísceras no chão do matadouro, a presença de cães no local, forma de armazenamento das carcaças após o abate que favorece o desenvolvimento de microrganismos patogênicos, principalmente os agentes advindos da contaminação ambiental e da manipulação pelos colaboradores que fazem o abate. A ausência do Serviço de Inspeção Municipal torna necessária a ação do órgão de defesa estadual para combater ou exigir adequações nestes locais de abate no intuito de garantir a segurança alimentar desses produtos e manter a saúde pública, se propõe ainda que trabalhos, principalmente de extensão, sejam feitos nesta região para conscientizar e orientar a população, os produtores, os empresários e

¹ Acadêmico de Medicina Veterinária, CCA, Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), FAPEAD

² Professor adjunto do Centro de Ciências Agrárias e do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioespacial e Regional; gerente do Núcleo de Extensão e Desenvolvimento - LABEX

principalmente os órgãos públicos objetivando o mesmo fim. O Estágio Vivência foi importante para que alunos do curso de Medicina Veterinária identificasse essa realidade e, ao mesmo tempo, pudessem informar as populações sobre os impactos que esses problemas podem causar à saúde das pessoas.

Palavras-chave: Abate clandestino, toxinfecções, carne, segurança alimentar.

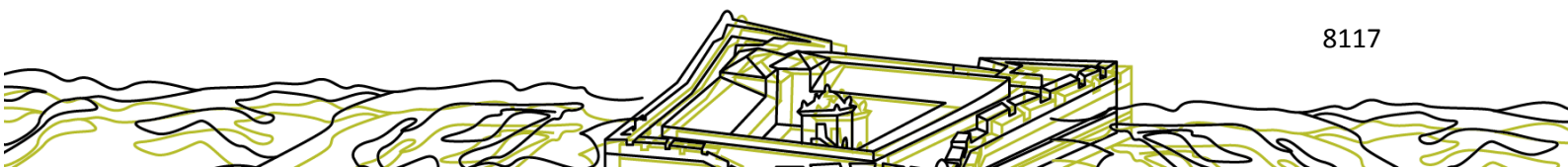
Introdução

O município de Penalva está localizado na Baixada Maranhense a 128 km da cidade de São Luís do Maranhão. Este município tem uma população total de 34 246 habitantes, onde 40 % vivem na sede (IBGE, 2010). O município tem como principais atividades produtivas a criação de animais, a produção vegetal no modelo tradicional da roca no toco, a piscicultura e a pesca artesanal.

O consumo de produtos de origem animal é principalmente de bovinos (*Bos taurus*), bubalinos (*B. bubalis*), peixes e galinhas (*Gallus gallus domesticus*). A maioria dos bovinos e bubalinos são criados pela agricultura familiar local e abatidos em matadouros particulares que não possuem inspeção medica veterinária, portanto, em estabelecimento clandestinos, segundo a distinção dada pela legislação da Agência Estadual de Defesa Agropecuária do Maranhão - AGED/MA 2008 e do Regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal - RIISPOA, 2017, que classifica os produtos de origem animal abatidos, seja para o comercio nacional, internacional, estadual, interestadual, , municipal ou intermunicipal sem selos de inspeção, como clandestino.

Segundo Lopes, (2014) e Pardi et al. (1994) a carne é um excelente meio para o crescimento microbiano, em função da alta atividade de água que é em torno de $a_w = 0,99$, o pH de cerca de 6,0 e, principalmente, por causa da composição química rica em nutrientes: 75% de água; 19% de proteínas; 2,5% de lipídeos; 1,2% de glicídios; 1,6% de componentes nitrogenados solúveis; 0,6% de componentes inorgânicos; 0,1 % de vitaminas. Estas características são suficientes para suprir as exigências mínimas para o desenvolvimento das bactérias.

Os produtos cárneos são os maiores causadores de infecção alimentar nos seres humanos e isso se dá pelos vários microrganismos que podem estar presentes ou podem ter surgido por contaminação cruzada, no alimento, desta forma pode ser encontradas, segundo Barros e Violante, (2014) desde bactérias patogênicas, como a



Salmonella e a Escherichia coli. Doenças como a tuberculose e a brucelose à helmintos como tênias.

É sabido que os produtos cárneos são de fácil contaminação e deterioração em função do alto teor de água presente nestes, tornando um meio de cultura ideal para o crescimento e multiplicação microbiana, precisando para tanto, apenas de pequenos descuidos ou falta de aplicação das Boas Práticas de Fabricação (BPF), pois segundo Machado et al., (2015) as BPF são ferramentas essenciais para que se alcance níveis adequados de segurança dos alimentos.

O contato com esta realidade ocorreu por meio do estágio vivência organizado pelo Núcleo de Extensão e Desenvolvimento – LABEX da Universidade Estadual do Maranhão - UEMA que executa atividades no interior do Estado do Maranhão no sentido de conhecer a realidade e facilitar a troca de conhecimentos entre a universidade e a população. De uma forma mais específica o Estágio Vivência é um projeto que visa proporcionar oportunidades para os estudantes da UEMA vivenciar a realidade das comunidades rurais e assentamentos de reforma agrária como forma de aprender sobre o funcionamento dessas áreas e trocar conhecimentos com seus moradores. Para além, o Estágio Vivência, provoca no estudante um novo compromisso ético-político que contribui nos processos de transformação do setor agropecuário, e o faz refletir acerca do seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais.

O estágio vivência é uma prática de extensão que proporciona a produção de conhecimento das mais diversas áreas, incluindo as condições que envolve a saúde pública dos moradores do interior do estado, onde neste trabalho se tem destaque para a qualidade dos alimentos consumidos pela população.

Desta forma, o trabalho se propõe analisar as condições higiênico-sanitárias, no âmbito das Boas Práticas de Fabricação, no abate, preparação e conservação da carcaça de bovinos e bubalinos em um matadouro no município de Penalva e relaciona-las com os impactos na Saúde Pública através da visão de segurança alimentar.

Metodologia

Durante o estágio vivência organizado pelo LABEX – UEMA, na etapa 2018.1 que ocorreu no município de Penalva-MA Foi feita uma visita em uma propriedade onde se encontra um matadouro particular e feita uma entrevista com os colaboradores e o dono do estabelecimento sobre conhecimentos relacionados à sanidade e higiene de produtos de origem animal e dentre estas medidas quais são executadas no local.

Também foram feitas observações diretas acerca da linha de abate e registrados na caderneta de campos os problemas encontrados relacionados à qualidade dos produtos ali produzidos e que poderiam influenciar na saúde pública.

Foi atentado para detalhes técnicos, que são estabelecidos em lei, relacionados a estrutura física do matadouro, ao abate propriamente dito já que a vista foi feita em horário de funcionalmente e tivemos a oportunidade de acompanhar a linha de abate, a manipulação, a conversação e as condições para a segurança do trabalhador, como previstos no RIISPOA, 2017 e nas de segurança do trabalho como a Norma Regulamentadora N° 36.

Resultados e Discussão

O matadouro abate 180 cabeças de animais por mês entre bovinos e bubalinos que são oriundos, em sua maioria, dos pequenos produtores do município que levam para o abate e comercializam e do proprietário que compra dos produtores e comercializa, sendo que nos dois casos os produtos são distribuídos nas feiras e mercados da cidade de Penalva.

Na ocasião foi descoberto que Penalva tinha um matadouro público municipal, mas com o crescimento da cidade o deixou dentro da área urbana, devido a esta urbanização rápida das áreas adjacentes, este precisou ser desativado por causa do odor ali produzido que incomodava a população que passaram a viver nas proximidades.

Os problemas higiênicos sanitários observados no local partem da inexistência de inspeção Veterinária no abate dos animais caracterizando assim, segundo a Lei (AGED/MA) nº 8.761 de 1º de abril de 2008, como abate clandestino de animais. Desta forma, Oliveira et al. (2013) falam que esta condição de abate ilegal compromete a segurança dos produtos.

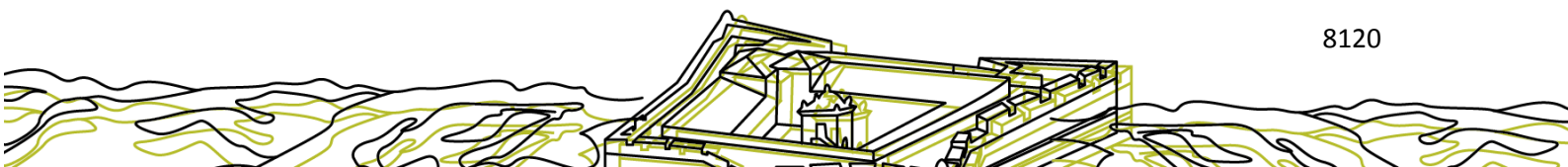
Percebeu-se que no local existe uma fossa séptica para armazenar os dejetos ali produzidos, porém foi notado que a encanação do matadouro até a fossa estava rompida e o que desviava os resíduos para o terreno baldio próximo. Dentre os resíduos ali produzidos têm-se efluentes líquidos (águas residuais contaminadas com sangue e esterco e etc.) e os resíduos sólidos (sebo, ossos, esterco, couro, vísceras e outros) que estarão contaminando o solo e pelo processo de lixiviação e infiltração os recursos hídricos também são contaminados o que segundo Araújo & Costa, (2014) constitui uma ameaça à saúde pública.

Toda a área do matadouro é aberta nas laterais (figura 1) existindo apenas uma cerca tipo de curral, existindo assim o livre acesso de animais errantes, cachorros (figura 1) e insetos como moscas e mosquitos que podem ser vetores de patógenos aos consumidores da carne produzida neste ambiente assim como a presença constante de pessoas que vão ao local comprar restos do abate para alimentar cachorros como a cabeça e vísceras que não são consumidas pelo homem, daí parte outro problema que é a contaminação dos cães por doenças como neosporose causada pelo protozoário *Neospora caninum* segundo Bertocco e Bertocco, (2008) e brucelose causada pela bactéria *Brucella abortus* como citou Megid et al. (2007) e esta condição traz estas doenças para mais próximo do ser humano através de sua relação próxima com os animais de companhia no dia a dia.



Figura 1 - Estrutura do matadouro e presença de animais de companhia no local.

O local da matança fica ao lado do curral de espera separados apenas por uma cerca de madeira. O curral de espera é desaterrado e cheio de lama, principalmente quando chove, de modo que os animais ficam muito sujos quando se deitam e daí vão direto para o abate levando uma carga microbiana significativa para o outro lado da cerca onde se prepara e armazena a carcaça. Outro aspecto, não menos importante, que é implicado pela proximidade entre os dois currais, é a observação da sangria pelos animais que estão na linha de abate que causa um grande desequilíbrio no animal que está assistindo e isso ocorre segundo Biscontini, (2015), pela sua qualidade de consciência de sentir medo, assim tem o desrespeito a, pelo menos, uma das liberdades dos animais, que é a ausência de medo.

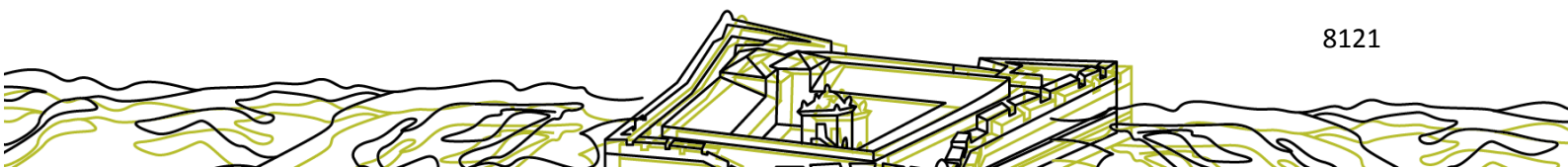


No processo de abate os animais são levados do curral de espera, que fica ao lado da área da matança, para a linha de abate por meio de uma corda a qual é amarrada em uma madeira fincada no centro do matadouro, então os animais são sangrados através de uma perfuração da veia jugular na entrada do tórax sem atordoamento prévio (Figura 2), o que causa ao animal grande dor, com isso os animais sangram no chão até a morte por choque hipovolêmico, desta forma se reprime mais uma liberdade dos animais segundo Biscontini, (2015) que é manter o animal livre de dor. É perceptível que este método de abate não condiz com o estabelecido pelas leis vigentes, portanto pode se dizer que é crime este procedimento, visto que o RIISPOA, 2017 estabelece que o abate de animais de produção deve ser por métodos humanitários, utilizando-se de prévia insensibilização baseada em princípios científicos, seguida de imediata sangria, esta por sua vez, deve ser completa e deve ser realizada com o animal suspenso pelos membros traseiros.



Figura 2 - Animal com alta sujidade na pele sendo sangrado sem atordoamento prévio.

Em relação ao pessoal que trabalha no abate se percebeu que estes não usam qualquer tipo de Equipamentos de Proteção Individual e isto compromete a saúde dos trabalhadores e é uma transgressão à lei uma vez que está fora do estabelecido pela Norma Regulamentadora Nº 36, assim como o piso cerâmico sem antiderrapante que pode acarretar acidentes, desta forma a RN em questão propõe que os equipamentos de proteção individual devem proporcionar segurança e ergonomia aos trabalhadores e o piso deve ser com antiderrapante obedecida as características higiênico-sanitárias legais.



Uma prática que deve ser adotada de modo a reduzir a contaminação das carcaças no abate é a lavagem dos animais no pré-abate, mas no local em questão isso não é adotado como rotina, com isso o ambiente fica muito sujo e conseqüentemente a contaminação da carcaça fica facilitada, sendo esta uma condição que leva as toxinfecções alimentares.

A esfola dos animais acontece ainda quando o animal está no chão, portanto, em contato direto com a sujeira do piso como se pode perceber na figura 3, de forma que o animal suspenso em uma corrente pela pata traseira de cabeça para baixo após a completa retirada do tegumento.



Figura 3 - Esfola dos animais em contato direto com o chão do matadouro.

As vísceras que servem como alimentação humana são preparadas pelos processos de limpeza em uma parte do matadouro que fica muito sujo e ainda por cima estes produtos são colocados no chão antes de serem preparados, como se percebe na figura 4. Desta forma se deduz que a qualidade deste produto quando chega ao consumo da população esteja muito aquém do esperado no que diz respeito à segurança alimentar.

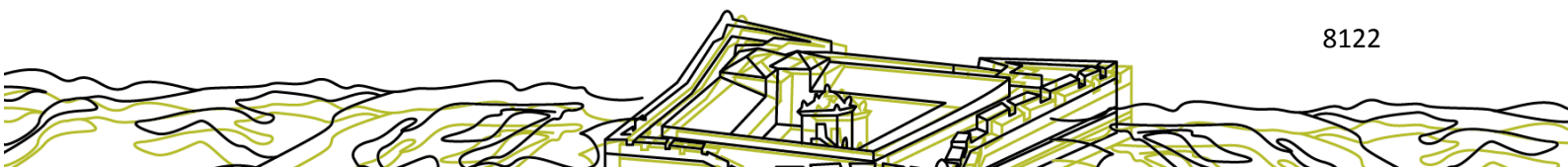
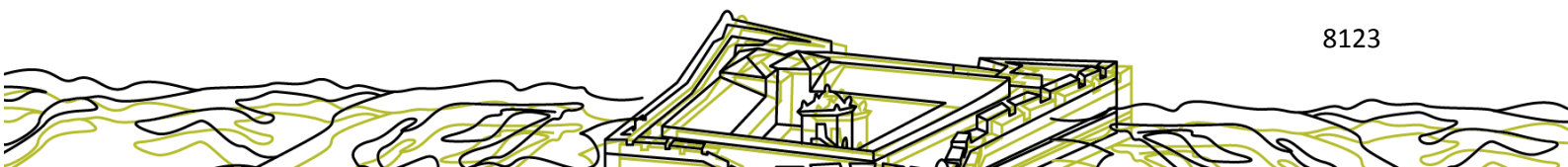




Figura 4 - Tratamento das vísceras no abate de bovinos para o consumo humano.

Após a eventração as carcaças são divididas em bandas ou quartos e levadas a uma terceira parte do salão onde são suspensas e ficam sem refrigeração até a manhã do dia seguinte quando são levadas para os açougues, feiras e mercados de Penalva. Este tempo que a carne fica exposta nestas condições, compreendido entre o abate e a distribuição para a comercialização ao consumidor final é em torno de oito horas sem contar no tempo de exposição até esta venda. Negrão et al. (2015) explicam que as carcaças devem ser postas em refrigeração entre 0 e 4°C para que se alcance a temperatura interna da carcaça em menos 7° C, e isso ocorra logo após o abate e permaneça nesta condição por uma média de 36 horas até serem comercializadas.

As bactérias podem se multiplicar nas mais diversas condições ambientais, desta forma tem-se as que vivem na temperatura fria assim chamadas de psicotérmicas, as que vivem em temperatura alta chamadas de termófilas e as que vivem em temperatura ambiente então chamadas de mesófilas. Dentre estes três grupos as que mais são patogênicas ao homem são as mesófilas, portanto, segundo Silva et al 2016 há necessidade deste controle de temperatura para garantir a qualidade dos alimentos que neste caso visto na figura 5 pode se afirmar com toda segurança que esta carne não alcança esta qualidade. Outras características inerentes aos alimentos que propiciam a



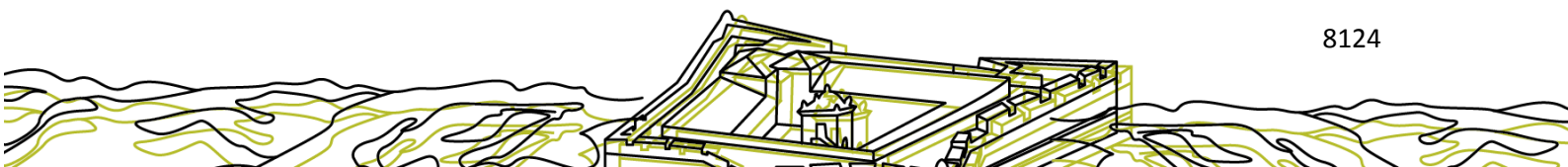
proliferação bacteriana são o teor de umidade, potencial hidrogeniônico, entre outros e nestes aspectos a carne in natura em condição ambiente também mantém condições ideais para ação bacteriana, visto que a umidade das carne bovina fresca, segundo Ferraz et al. 2015 está em torno de 77% e o pH segundo Braz et al. 2017 em torno de 6,38 e estes valores juntamente com os teores nutricionais da carne facilitam a deterioração quando não se toma os devidos cuidados higiênicos sanitários.



Figura 5 - Forma de armazenamento das carcaças após o abate para a distribuição posterior.

Desta forma, a responsabilidade pela ocorrência do abate clandestino no município é do poder público municipal, pois é a saída que os produtores têm para a comercialização dos animais produzidos nesta região, já que a venda dos animais a outras regiões que tenha abate inspecionado e a compra da carne destas fica inviável.

Sugerimos que a adequação as condições higiênico sanitárias mínimas, condições de segurança dos colaboradores e impactos ambientais causados, seja planejado e executado pela associação do proprietário e do poder público municipal através de órgãos como secretaria de agricultura e escritório local da AGED/MA, visto que, as condições observadas são preocupantes do ponto de vista, principalmente, da saúde pública. Foi percebido que esta condição do abate no município se deve ao fato de não



existir nenhum matadouro público municipal e muito menos matadouros particulares com selo de inspeção veterinária que possa atender aos anseios da população por produtos de origem animal.

Conclusão/Considerações Finais

Percebeu-se que as condições higiênico-sanitárias encontradas no abate dos animais não condizem com as normas estabelecidas pelas leis vigentes e isso infere negativamente na qualidade do produto, principalmente pela alta sujidade do local e pela exposição por tempo prolongado das carcaças a temperatura ambiente. Com isso se vê necessário a ação dos órgãos públicos responsáveis como a AGED/MA para combater ou exigir adequações no intuito de garantir a segurança alimentar desses produtos e manter a saúde pública.

Além disso, esta situação é conhecida pela gestão pública municipal que tem sua parcela de culpa, visto que não tem matadouro público municipal muito menos mantém serviço de inspeção municipal dos produtos de origem animal comprometendo, desta forma, a segurança alimentar da população ao consumo destes produtos.

Assim, sugere-se que outros trabalhos sejam feitos nos municípios vizinhos para levantamento geral da região. Ações de extensão são necessárias para aumentar os níveis de conscientização dos proprietários e funcionários de matadouros, além de orientar a população, e representantes dos órgãos públicos sobre as condições higiênico sanitárias encontradas na região para que estes tenham conhecimento das normas legais que garantem a sanidade dos alimentos e, por consequência, a saúde pública.

Referências

ARAÚJO P. P. P & COSTA E. L. P., impactos ambientais nas atividades de abate de bovinos: um estudo no matadouro público municipal de caicó-rn, Holos, 2014.

BARROS L. S. S., VIOLANTE P. C., Microbiologia da carne bovina “in natura” comercializada nas feiras livres do recôncavo baiano, Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal, v. 08, n. 3, p. 185-197, jul-set, 2014.

BARROS P. H; BLOCK N. C. S; GONÇALVES K. Y. et al., Produção da Carne Bovina: Abate, Processamento, Embalagem e Distribuição, IX encontro de engenharia de produção agroindustrial, 2015.

BERTOCCO B. P., BERTOCCO C. P., Infecção por *neospora caninum* em cães e outros carnívoros, revista científica eletrônica de medicina veterinária, Ano VI – Número 10 – Jan. 2008.

BISCONTINI G., Non-human animals well-being and ritual slaughter: religious freedom and good custom limit, • Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA, 2015.

Disponível em
<<https://portalseer.ufba.br/index.php/rppgd/article/download/15223/10376>> acesso em 17 de março de 2018, às 22h:14min.

BRASIL, Portaria nº 555 de 18 de abril de 2013, Aprova a Norma Regulamentadora nº 36 - Segurança e Saúde no Trabalho em Empresas de Abate e Processamento de Carnes e Derivados, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, dezanove de dez. 2013. Disponível em <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/MTE/Portaria/P555_13.html> acesso em 17 de março de 2018 às 22:20min.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Departamento Nacional de Inspeção de Produtos de Origem Animal. Regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de

Produtos de Origem Animal - RIISPOA. Brasília: MAPA, 1950. Aprovada pelo Decreto nº 9.013, de 29 de março de 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9013.htm> acesso em 17 de março de 2018 às 22h:22min.

FERRAZ A. P. C. R., MALHEIROS J. M., CINTRA R. M. G. C., CHARDULO L. A. L., Nutritional and qualitative values of bovine beef (*Longissimus thoracis*) from organic and conventional production systems, Rev Inst Adolfo Lutz. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em

<<https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=210830>> acesso em 17 de março de 2018 as 22h:25min.

LOPES D. F. M., (relatório de estagio), Estudo do período de vida útil de carne de novillo angus em vácuo, universidade do porto - instituto de ciências biomédicas abel Salazar, 2014, 50 p. disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73484/2/31525.pdf>> acesso em 17 de março de 2018, às 22h:17min.

MACHADO, R. L. P., DUTRA A. S., Pinto M. S. V., Boas práticas de fabricação (BPF) - Rio de Janeiro : Embrapa Agroindústria de Alimentos, 2015. p. 21. Disponível em <<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/132846/1/DOC-120.pdf>> aceso em 17 de março de 2018 às 22h:24min.

MARANHÃO, Lei nº 8.761 de 1º de abril de 2008, Dispõe sobre a prévia inspeção industrial e sanitária dos produtos de origem animal no Estado do Maranhão e dá outras providências

(AGED/MA). 2008, DOE em 1 abr. 2008. Disponível em <

http://www.aged.ma.gov.br/files/2014/01/EI-N%C2%BA-8.761-DE-01.ABR_.2008.pdf> acesso em 17 de março de 2018 às 22h:18min.

MEGID, JANE et al. Infecção em cão por Brucella abortus: relato de caso. Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, v. 59, n. 6, p. 1583-1585, 2007.

OLIVEIRA C. O; SILVEIRA R. O; ABREU C. C; et al., abate clandestino: um risco para saúde pública, Anais V SIMPAC - Volume 5 - n. 1 - Viçosa-MG - jan. - dez. 2013 - p. 133138.

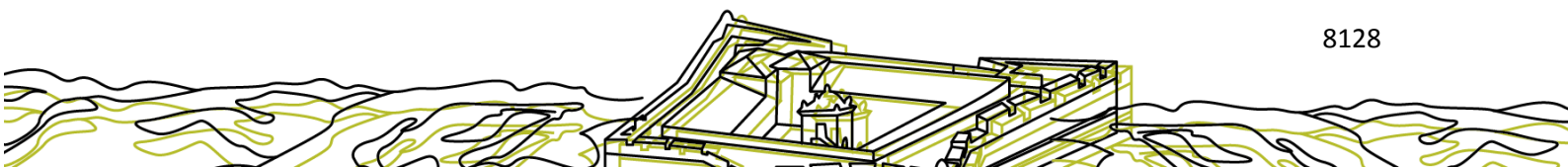
PARDI M C., SANTOS I. F., SOUZA E.R., PARDI H.S., (1994) “Tecnologia da carne de subprodutos. Processamento tecnológico” Ciência, Higiene e Tecnologia da carne, II, Rio de Janeiro: Editora UFG, 590. 1994.

SILVA J. B; PRAZERES A R., OLIVEIRA A. C. S., et al., Avaliação higiênico-sanitária de estabelecimentos comerciais e análise de micro-organismos indicadores em amostras



de carne bovina (coxão mole) in natura comercializadas em mercados públicos, Demetra; 2015; 10(1); 61-75p.

VAZ F. N., RESTLE J., PÁDUA J. T., MORALES D. C. S. P., et al.. Características de carcaça e da carne de bovinos mestiços não-castrados ou submetidos a diferentes métodos de castração, Cienc. anim. bras., Goiânia, v.15, n.4, p. 428-436, out./dez. 2014.



PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA PARA A COMUNIDADE: ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Área Temática: Saúde.

Eduardo Alves da Silva 1¹; Ana Paula de Fáveri 2²; Aryeli Cunha Gonçalves 3³; Gabriel Viana Carlos 4⁴; Geovana Andrade Fernandes 5⁵

Instituição: Instituto Federal do Tocantins (IFTO)

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo refletir sobre as atividades de educação popular em saúde mediadas pelo Agente Comunitário de Saúde que vão desde a promoção em saúde à prevenção e controle de doenças na comunidade. Historicamente, este profissional da saúde representa o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde vive e trabalha, sendo, por isso, um trabalhador singular no âmbito da saúde. O Agente Comunitário de Saúde tem como principal atribuição o exercício de atividades de promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de seu município. A metodologia do estudo foi a partir de pesquisa descritiva exploratória, bibliográfica, com dados fundamentados na literatura e nos relatos de cada agente. Apresenta-se um breve histórico sobre a Estratégia Saúde da Família, enquanto proposta de reorganização da Atenção Básica, e questões referentes ao serviço do ACS, suas competências e o processo de trabalho. Foi possível perceber a importância desse profissional pelo número crescente de profissionais em atividade, pela demanda e pela relevância de seu trabalho na vigilância e promoção da saúde e principalmente pelo vínculo que conseguem criar entre a comunidade e o serviço público de saúde.

Palavras-chave: agente de saúde 1, comunidade 2, educação em saúde 3, saúde da família 4.

Introdução

¹ Secretaria Municipal de Saúde – Palmas/TO. Superintendência de Atenção Básica.

² Graduanda de Agronegócio pelo Instituto Federal do Tocantins (IFTO) – Campus Palmas.

³ Graduanda de Agronegócio pelo Instituto Federal do Tocantins (IFTO) – Campus Palmas.

⁴ Graduando de Agronegócio pelo Instituto Federal do Tocantins (IFTO) – Campus Palmas.

⁵ Graduando de Agronomia pelo Faculdade Católica do Tocantins (FACTO).

O agente comunitário de saúde é um profissional que faz parte da equipe de saúde família, inserida na comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade. Esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social (FERRAZ, 2005).

A cidade de Palmas (TO) é referência em saúde pública na região norte brasileira, conta com 510 agentes comunitários de saúde inseridos às mais de 83 equipes de Saúde da Família (ESF) e 65 equipes de Saúde Bucal, um aumento significativo nos últimos anos em número de equipes e profissionais que contribuiu para que no ano de 2016 a capital do Estado do Tocantins, Palmas, alcançasse 100% de cobertura na Atenção Básica (O GIRASSOL, 2016).

Segundo Neto (2015), cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta minimamente por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é amparada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Segundo o Art. 3º, cabe aos ACS exercer, sob supervisão, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além do Agente Comunitário de Saúde existe também o Agente de Combate as Endemias (ACE), juntos aos ACS têm como atribuições os exercícios de atividades de promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado (BRASIL, 2006).

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional, proveniente de sua comunidade, tendo que residir na própria área de trabalho, conhecedor da realidade local, sendo fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança e que trabalha com discriminação de famílias em base geográfica definida. É responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas. A complexidade de seu trabalho se deve a diversificação e amplitude de ações, desempenhando múltiplas tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012). É um profissional conhecedor da realidade local, pois além de trabalhar na comunidade, é sujeito da mesma, sendo considerado um importante personagem na organização da assistência (PERES et al., 2011).

O ACS vivência os mais diversos tipos de situações e problemas, podendo ser negativamente afetado pelas experiências de saúde-doença originadas pelo trabalho,

resistência da população às informações e dificuldade em atender suas expectativas e relacioná-las às exigências impostas pelo trabalho. Está também exposto a situações geradas pela pobreza, condições sociais, deficiência na interação entre os setores dos serviços de saúde, o que exige flexibilidade e habilidade para desenvolver tecnologias que visem superar as adversidades de seu cotidiano (THEISEN, 2004).

Assim, este trabalho tem por objetivo fazer uma reflexão sobre a atuação do Agente Comunitário de Saúde inserido em um contexto de desafios e demandas atuais pelo modelo de atenção básica à saúde.

Metodologia

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisa exploratória descritiva e bibliográfica entre os meses de abril e junho de 2017 em um Centro de Saúde Comunitária da cidade de Palmas, Estado do Tocantins. A pesquisa se concentrou nas falas de 18 ACS, na leitura de documentos e relatórios disponibilizados no site da Secretaria da Saúde de Palmas e na relação entre diversos autores que discutem estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e cujas ideias sejam consoantes ou em divergentes com o atual modelo. Foram analisados as práticas e os discursos sobre os ACS, produzidos na realização de seu trabalho, por parte de usuários e profissionais das equipes de saúde.

Resultados e Discussão

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura-se como importante ator na reorientação do modelo assistencial proposto pela ESF, uma vez que representa o elo entre as equipes e a comunidade e contribui para o acesso da população aos serviços de saúde. Desenvolve ações de integração entre a equipe e a comunidade, ações educativas individuais e coletivas, acompanhamento das famílias e atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde. O quadro 1 apresenta de forma resumida as principais atividades dos agentes de saúde.

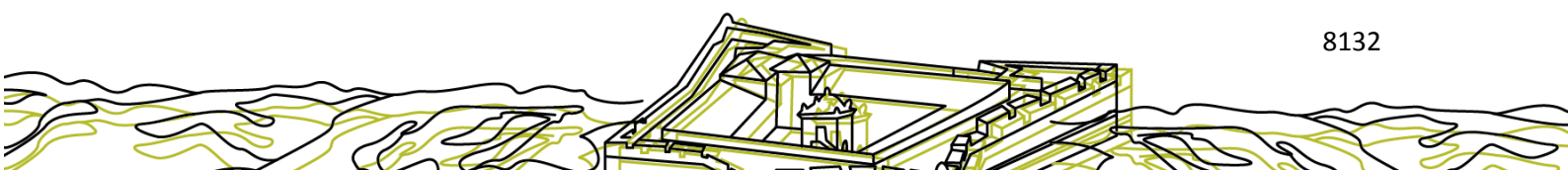
Quadro 1. Principais atividades dos ACS e ACE.

Atividades	ACE	ACS
Identificar, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco		X
Identificar manifestações de doenças e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde	X	X
Acompanhar usuários em tratamento	X	X
Desenvolver ações educativas, orientando quanto às medidas de proteção individual e familiar na prevenção de doenças, levando à participação social	X	X
Orientar medidas simples para controle de vetores	X	X
Atuar conjuntamente com a equipe da atenção básica/saúde da família em determinadas ações dos programas de controle de doenças	X	X
Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle de doenças	X	X
Preparar e aplicar agrotóxicos (a exemplo de larvicidas, moluscocidas, etc.), borrifação de produtos de efeito residual, aplicação espacial de adulticidas por meio de nebulizações térmicas e Ultra Baixo Volume (UBV)	X	
Mapear e manter atualizado o reconhecimento geográfico das áreas de atuação	X	X
Identificar e mapear coleções hídricas	X	
Notificar casos suspeitos de doenças de notificação compulsória	X	X

Fonte: Ministério de Saúde (2006)

Foram observados, em relação ao trabalho dos ACS: um aumento do seu poder de resolutividade; o papel de “tradutor” do universo científico ao popular; a entrada no mundo familiar das pessoas; ser facilitador do acesso das pessoas da comunidade aos serviços de saúde o reconhecimento do seu trabalho; um aumento do conhecimento biomédico; aumento de trabalho e de responsabilidades e, também, dificuldades de relacionamento com membros da comunidade.

Devido a essas condições, os ACS podem sofrer, a cada dia, inúmeras situações de tensão, nas quais devem rever suas práticas diante de novos desafios. Por residirem nas áreas onde trabalham, vivem o cotidiano da comunidade, com seus aspectos positivos ou negativos, certamente com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Apesar das dificuldades encontradas na prática profissional, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS em atividade no país tem proporcionado à saúde da população, pela contribuição na qualificação das ações de saúde, que resultam, por exemplo, em reduções dos índices de mortalidade infantil, aumento das taxas de



cobertura pré-natal, de vacinação, de vigilância à saúde de mães, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Conclusão

Considerando o número de Agentes Comunitários de Saúde atuando em Palmas (TO), pode-se salientar que o seu trabalho é de extrema importância para o atual estágio de cobertura da Atenção Básica em Palmas, pois entram em contato com diferentes demandas diariamente, sendo, por esta razão, profissionais que merecem especial atenção. Sem dúvida, o Agente Comunitário de Saúde trabalhando como elo entre a equipe profissional e a comunidade, desenvolve ações em três dimensões: a técnica, operando com saberes da epidemiologia e clínica; a política, utilizando saberes da saúde coletiva, e a de assistência social, possibilitando o acesso com equidade aos serviços de saúde¹⁶ – o que lhe confere uma condição especial. No entanto, apesar de todas essas atribuições, em alguns aspectos incongruentes, trata-se, em geral, do grupo de menor escolaridade na equipe de saúde da família e, conseqüentemente, de pior remuneração. As tensões envolvidas no processo de trabalho e as respectivas ações e desempenho profissional certamente afetam a qualidade de vida do agente comunitário de saúde, o que, sem dúvida, merece estudos mais aprofundados, posto serem assuntos também relevantes para viabilização da Atenção Básica e, por conseguinte, do próprio SUS.

Destacam a integração entre o ACS e a comunidade, o que torna fundamental o desenvolvimento de ações pelas equipes da ESF que deem visibilidade à comunidade sobre o trabalho do ACS, além da criação de novas estratégias que incentivem estes profissionais a desenvolverem suas atividades na perspectiva de alcançar a integralidade do cuidado, priorizando a corresponsabilidade para a transformação das práticas de saúde.

Referências

BRASIL. LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização



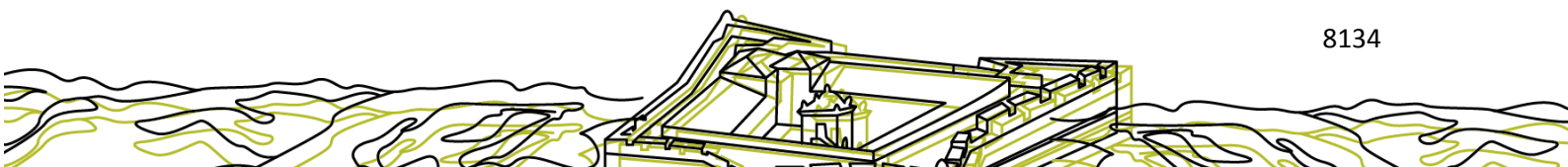
da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CAMELO, S.H.H, GALON T, MARZIALE M.H.P. Formas de Adoecimento pelo Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Gerenciamento. **Revista Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, p. 661-667, dez. 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 347-355, 2005.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.; TAKAYANAGUI, A.M.M., **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro, v.2, nº 5, abr / jun 2006.

NETO, D.F.M., **Curso de Direito Administrativo**. 16 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.



CÃOTERAPIA: AMOR QUE CURA

Área temática: Saúde

MANUELLA CARVALHO DA COSTA¹; CYNTHIA MIRANDA MARTINS²; KÁTIA FERNANDA DA PAZ ALMEIDA³; LUCAS MIRANDA MARTINS MOTA DE ALMEIDA⁴; VINICIUS XAVIER DA SILVA⁵; WALNÉIA APARECIDA DE SOUZA⁶; BRUNA PAULA NETO⁷; MARCELA MARINO PEREIRA DE LIMA⁸; ISABELA FERREIRA ALVES⁹

Instituição: Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)

Resumo

A relação dos homens com os animais vem se intensificando ao longo dos séculos, o que deu origem aos animais de companhia de diversas espécies, estando entre os mais comuns o cão e o gato. Desde então são muitos os benefícios encontrados nessa estreita relação do homem com o mundo animal. Para os humanos sabe-se dos benefícios na saúde fisiológica e psicológica. Promovendo menor incidência às doenças, diminuindo reações típicas de estresse, maior bem estar psicológico, e aumento do cuidado pessoal e auto-estima. Levando em consideração os efeitos benéficos dessa interação, foi criado o projeto Cãoterapia, onde voluntários acompanhados de animais visitam instituições como asilos, casas de apoio, centros de saúde mental, orfanatos e hospitais. A intenção é promover benefícios na saúde física e mental dos visitados, aumentando a autoestima e a capacidade motora, além de estimular a interação social e ter um resultado tranquilizante. O projeto é constituído por um grupo de profissionais da saúde junto a alunos da Universidade Federal de Alfenas, e voluntários da comunidade alfenense. Os participantes deste projeto recebem treinamento prévio antes de cada encontro para visita dos locais escolhidos. Os mesmos são responsáveis pela assepsia dos animais. Cada membro conduz um animal e é responsável pelo comportamento do mesmo. Atualmente o projeto é registrado na Universidade Federal de Alfenas como um projeto de extensão. Sendo assim, os graduandos envolvidos no

¹ Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB), PROBEXT-UNIFAL_MG

² Clínica Veterinária Mundo Animal

³ Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB), PROBEXT-UNIFAL_MG

⁴ Universidade José do Rosário Vellano, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB)

⁵ Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências da Natureza (ICN)

⁶ Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB)

⁷ Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB)

⁸ Universidade Federal de Alfenas, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB)

⁹ Universidade José do Rosário Vellano, Instituto de Ciências Biomédicas (ICB)

projeto tem a oportunidade de se envolver com a população local, proporcionando a troca de conhecimento e experiências entre os estudantes da UNIFAL e o público alvo, além de estimular a empatia e provocar uma postura crítica e não preconceituosa. Com o desenvolvimento das visitas, o projeto vem sendo reconhecido como uma atividade que auxilia na recuperação e na promoção do bem estar daqueles que recebem a terapia. O benefício não se restringe apenas ao público alvo, também se estende a toda à equipe participante, uma vez que os alunos e voluntários envolvidos no projeto conseguem desenvolver a cooperação e a prática da cidadania.

Palavras-chave: cãoterapia, animalterapia, cão, idosos, crianças

Introdução

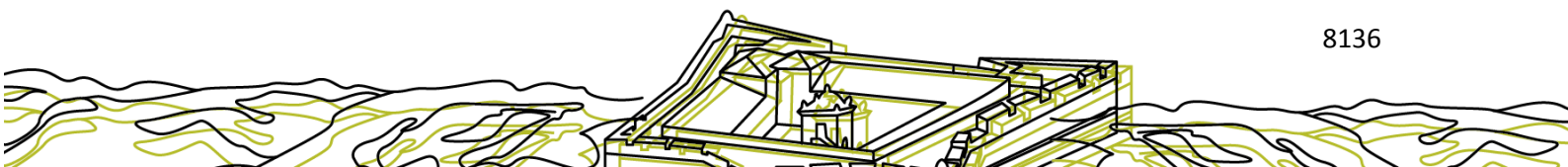
O Homem, desde os seus primórdios, sempre teve uma estreita relação com mundo animal, ligada sobretudo à sua própria subsistência e sobrevivência. Ao longo dos séculos estas relações intensificaram-se dando origem ao animal de companhia nas mais variadas espécies desde anfíbios, reptéis até ao comum cão e gato. Existem indícios de que a associação dos humanos com os cães, os mais populares entre os pets, tenha começado há aproximadamente 12.000 anos (LANTZMAN, 2004).

Atualmente os cães são considerados como membros da família. Há evidências convincentes de que as pessoas usualmente vêm sua relação com seus animais de estimação similares às que têm com seus filhos, pois os cães têm características benéficas para o ser humano, através de sua pureza e espontaneidade instintiva, resgatam a criança interior da pessoa e aumentam a capacidade de amar da mesma (KASSIS, 2002).

Procurando métodos alternativos de tratamento para diversas doenças pesquisadores apontam que a Terapia Assistida por Animais (TAA) pode ser responsável pela melhora de diversos casos (MUNOZ, 2014).

A terapia assistida por animais (TAA) é uma prática com critérios específicos onde o animal é a parte principal do tratamento, objetivando promover a melhora social, emocional, física e/ou cognitiva de pacientes humanos. Ela parte do princípio de que o amor e a amizade que podem surgir entre seres humanos e animais geram inúmeros benefícios (PEREIRA et al., 2007; MACHADO et al., 2008; MOREIRA et al., 2016).

Historicamente a TAA foi utilizada de forma pioneira e intuitiva em 1792 no tratamento de doentes mentais. A equoterapia, uma modalidade da TAA, teve seus primeiros relatos como tratamento médico no século XVIII, com o objetivo de melhorar o controle postural, a coordenação e o equilíbrio de pacientes com distúrbios articulares (KOBAYASHI et al., 2009). Nos anos 60, o psiquiatra Boris Levinson desenvolveu a



Psicoterapia Facilitada por Animais, utilizando-se frequentemente animais para o tratamento de pacientes com doença mental com o objetivo de reduzir o uso de medicações duras e restrições (KOBAYASHI et al., 2009).

A TAA traz consigo um aspecto importante de humanização, pois pode descontraír o clima tenso do ambiente hospitalar, melhorar as relações interpessoais e facilitar a comunicação entre pacientes e equipe de saúde. É indicada para auxiliar nas diversas situações clínicas, pois proporciona benefícios emocionais e espirituais para pacientes. Destacam-se ainda os benefícios específicos obtidos como aperfeiçoar as habilidades motoras finas; o equilíbrio de sustentar-se; melhorar adesão ao tratamento; aumentar a interação verbal entre os membros do grupo; melhorar habilidades de atenção; desenvolver recreações e lazer; aumentar a auto-estima; reduzir a ansiedade; a solidão; aperfeiçoar o conhecimento dos conceitos de tamanho e cor; melhorar a interação com a equipe de saúde e a motivação para o envolvimento em atividades em grupo (FLORES, 2009; KOBAYASHI et al., 2009; MUNOZ, 2014).

Segundo Flores (2009), a explicação das mudanças físicas e comportamentais referentes à aplicação da TAA é devida a ativação do sistema límbico situado no sistema nervoso central, que é responsável pelo emocional, no qual o contato com a natureza libera endorfinas gerando uma sensação de tranqüilidade, alegria e otimismo, facilitando assim, a recuperação orgânica de qualquer injúria; auxiliam também na produção de células de defesa, como os linfócitos T. Esta interação ajuda o doente a esquecer a dor, se sentir menos solitário e mais otimista, reduzindo a administração de medicamentos (PEREIRA et al., 2007).

A TAA pode ser aplicada em várias faixas etárias e em diferentes locais, tais como: hospitais, ambulatórios, casas de repouso, escolas, clínicas de fisioterapia e de reabilitação. São utilizados todos os tipos de animais que possam entrar em contato com os humanos sem proporcionar-lhes perigo como: gato, coelho, tartaruga, chinchila, hamster, peixe, furão, pássaro e até mesmo animais exóticos como a iguana (MACHADO et al., 2008; KOBAYASHI et al., 2009; MUNOZ, 2014).

O cão é o principal animal, pois apresenta uma natural afeição pelas pessoas, é adestrado facilmente, cria respostas positivas ao toque e possui uma grande aceitação por parte das pessoas (KOBAYASHI et al., 2009; MUNOZ, 2014; MOREIRA et al., 2016).

Estudos demonstram que animais que podem ser tocados resulta numa terapia mais efetiva. Relatos referentes a algumas patologias mostram que esta interação cão-paciente melhora o padrão cardiovascular, diminuindo a pressão arterial e os níveis de colesterol. Tal interação também produz o aumento da concentração plasmática de endorfinas, ocitocinas, prolactina, dopamina e diminui a concentração plasmática de

cortisol, substâncias que atuam positivamente no estado de ansiedade (PEREIRA et al., 2007; FLORES, 2009; KOBAYASHI et al., 2009).

Do ponto de vista fisiológico, estudos do American Journal of Cardiology mostram que pessoas, ao interagirem com animais, constantemente tendem a apresentar níveis controlados de estresse e de pressão arterial, além de estarem menos propensas a desenvolver problemas cardíacos (VICÁRIA, 2003).

A prática da Terapia Assistida por Animais (TAA) tem se tornado cada vez mais conhecida e aceita por profissionais da área da saúde e por leigos. O trabalho é realizado através da utilização de animais de companhia, em hospitais e escolas especializadas no tratamento de pessoas que apresentam problemas psicológicos e na reabilitação de portadores de deficiências múltiplas. O vínculo afetivo que o paciente logo estabelece com esses animais é o primeiro passo para o sucesso da terapia, pois abre caminho para a comunicação com o terapeuta (FLORES, 2009).

Sabe-se que este tipo de terapia traz inúmeros benefícios tanto a nível físico, como psicológico e educacional. A base da construção da relação terapêutica está no relacionamento entre homens e animais. Esta interação se dá de modo informal com animais de companhia e seus proprietários. O diferencial que caracteriza a relação sob ponto de vista terapêutico é que esta se constrói intermediada por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais da área da saúde humana, animal e educação, dentro de um planejamento direcionado para cada situação e objetivos (FLORES, 2009).

Desta forma, foi criado o Projeto Cãoterapia, constituído por um grupo de voluntários que, junto aos animais visitam instituições como asilos, centros de saúde mental, orfanatos e casas de apoio, inclusive sendo reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como modalidade terapêutica (MARTINS, 2006).

Material e Metodologia

O projeto foi desenvolvido por profissionais da área da saúde, alunos da graduação e voluntários que conduziram os cães nas instituições selecionadas. A equipe executora do projeto se reuniu em vários momentos para capacitação dos alunos com a contribuição de convidados.

Houveram visitas periódicas à algumas das instituições de Alfenas contemplando o público alvo (idosos asilados, crianças e adultos excepcionais) como: o Lar São Vicente de Paula, APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), CAPS (Centro de atenção Psicossocial, APAC (Associação de Proteção e Assistência aos Condenados), entre outros.

Os voluntários foram responsáveis pela assepsia dos animais, no dia anterior a visita. Cada estudante conduziu um animal e foi responsável pelo comportamento do mesmo. As visitas tiveram duração de 2 horas, previamente agendada com a instituição a ser visitada. Após cada visita, foram organizadas palestras e rodas de discussão, onde foram abordadas questões a respeito do público alvo.

O projeto contou com a participação de 15 cães de diferentes raças e portes. Os cães selecionados deveriam preencher alguns pré-requisitos como: ter um temperamento dócil, não pular, não latir e permitir a manipulação por outras pessoas. Esses animais estavam com as vacinas anuais em dia (V-10 e anti-rábica), vermifugados a cada 3 meses, com vermífugo de amplo espectro (para vermes chatos e redondos, incluindo protozoários como a Giárdia), isentos de ectoparasitas (pulgas e carrapatos) e isentos de Doença do Carrapato (Erliquiose e Babesiose).

Com relação a higiene, antes de cada visita, após o banho e escovação, esses cães tiveram a pelagem imunizada com Clorexidine a 20%, Chemitec®.

Além dos cães utilizados, o projeto contou ainda com a participação de um gato, um porquinho da índia, uma cobra e uma tartaruga, provenientes do laboratório de Zoologia da Unifal. Os estudantes receberam treinamento prévio a respeito do comportamento e manipulação desses animais.

Resultados de discussões

O Projeto Cãoterapia conseguiu atingir os objetivos propostos, onde foi perceptível a melhora do público alvo tanto do ponto de vista fisiológico quanto mental. Segundo relatos dos responsáveis/familiares e profissionais da equipe multidisciplinar foram evidenciadas melhorias significativas em relação a habilidades sociais dos participantes, diminuindo comportamentos de retraimento e promovendo uma sensação de bem estar. Segundo a literatura, a interação entre o cão e o paciente é um momento de alegria, e essa felicidade faz que o organismo reduza o nível de estresse e libere no sistema imunológico substâncias como a endorfina e adrenalina, minimizando os efeitos da depressão (KOBAYASHI et al., 2009; MOREIRA et., al. 2016).

Sabe-se que a interação do homem com os animais proporcionam inúmeros benefícios, do ponto de vista fisiológico, por exemplo: reduz a incidência de doenças cardiovasculares, reduz os níveis de triglicérides, colesterol, pressão arterial, da frequência cardíaca, da depressão, da dor, melhor recuperação e maior taxa de sobrevivência a infartos do miocárdio, aumenta a imunidade, diminuição do estresse, maior bem estar psicológico, maior taxa de recuperação de doenças psiquiátricas, além de aumento da auto-estima (KOBAYASHI et al., 2009; MOREIRA et al., 2016). De acordo

com Crippa & Feijó (2014) é mais comum esta interação ocorrer em pacientes oncológicos, pediátricos, geriátricos, psiquiátricos, cardiopatas e com portadores do vírus HIV.

O Projeto Cãoterapia inserido no contexto universitário proporcionou aos alunos, novas vivências por meio da interação com o público alvo, estimulando a empatia entre os participantes e influenciou uma postura não preconceituosa e mais crítica, desenvolvendo a cooperação e a prática da cidadania, onde o aluno pôde discutir questões sociais, como o papel do idoso na sociedade, bem como das crianças excepcionais e com câncer, despertando para a conscientização e inclusão na sociedade atual. Houve ainda a interação entre os estudantes e a equipe multidisciplinar, permitindo a troca de conhecimento e experiências entre diferentes segmentos da sociedade alfenense, como: médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, pedagogos, promovendo a igualdade, cooperação e socialização entre os participantes. Pôde-se observar que a Cãoterapia favoreceu a relação entre a equipe multidisciplinar, na medida em que os profissionais também apresentaram satisfação quando próximos aos animais, o que influenciou num cuidado diferenciado para o público alvo. Nesse mesmo contexto MOREIRA e colaboradores (2016) ressaltam que os benefícios da terapia assistida com animais atingem todos os envolvidos.

Os efeitos sociais positivos da Cãoterapia foram comprovados em crianças com transtornos sociais e incapacidades, como as da APAE. Foi observado um aumento da sensibilidade e do foco, e uma redução dos comportamentos negativos em crianças com incapacidades. Pesquisas sugerem que essa interação é capaz de aumentar a capacidade de concentração, consciência social e promover habilidades sociais desejáveis entre crianças com dificuldades (REED et al., 2012). Desde a década de 60, o psiquiatra Boris Levinson vêm trabalhando com a TAA em crianças para tratar transtornos de comportamento, déficit de atenção e problemas de comunicação (LEVINSON, 1969; KOBAYASHI et al., 2009). Corroborando com essa assertiva Munoz (2014) num estudo realizado com crianças autistas, observou que a interação com o cão proporcionou ao final do tratamento comportamentos de brincar adequados, utilizando objetos e situações de faz de conta, demonstrando uma melhora significativa do quadro anteriormente observado. Cada criança apresentou uma preferência para a interação. Algumas preferiram interagir com o cão e outras com o condutor ou terapeuta.

Durante as visitas do projeto os pacientes eram estimulados a chamarem os animais pelo nome, acariciarem, e brincarem com os mesmos, o que os induzia a produzirem expressões vocais e a recuperarem a fala, de maneira mais rápida e agradável. Houveram relatos de pacientes do Lar São Vicente de Paula e do CAPS que

não falavam, e quando entraram em contato com os animais começaram a falar, surpreendendo toda a equipe que lhes prestava assistência. Segundo MUNOZ (2014) a TAA pode oferecer certos benefícios que vão além dos tratamentos terapêuticos tradicionais como: melhoria na comunicação (dar nomes aos filhotes ou chamar o animal pelo nome estimulam os pacientes a produzirem expressões vocais); melhoria do desempenho motor (fazer o paciente acariciar o pelo, pentear e jogar a bola para o cão é um ótimo exercício de coordenação de movimentos), além de ajudar a controlar o estresse, diminuir a pressão arterial e reduzir os riscos de problemas cardíacos.

Pacientes psiquiátricos demonstraram domínio da ansiedade e permaneceram calmos durante as visitas dos cães e do porquinho da índia utilizados no projeto. É neste momento que o profissional conseguiu ter controle dos pacientes e estabelecer um contato mais próximo e menos estressante para ambos. De acordo com MOREIRA et al., (2016) a terapia assistida por animais promove a suavização do clima pesado de um ambiente hospitalar podendo ser usada como um recurso de aproximação entre o terapeuta e o paciente na medida em que a terapia facilita a comunicação entre ambos.

Pôde-se observar que o comportamento das pessoas contempladas pelo projeto, independente da idade, era sempre o mesmo, ficavam alegres, bem dispostas e foi comprovado que realmente os animais facilitam a aproximação entre as pessoas. Pessoas estranhas entre si, conseguiam iniciar e manter uma conversa sempre com o animal ao lado. O assunto inicial era sempre o animal, mas que abria caminho para outros temas. Alguns voluntários disseram possuir dificuldades de abordar outra pessoa e que, com o animal, essa dificuldade era vencida, pois o bicho lhes passava segurança. Foi observado que alguns pacientes esperavam pelas visitas, ansiosos, e que a maior carência emocional existia em idosos, pois a maioria foram abandonados ou não tinham família.

Apesar dos inúmeros benefícios da Cãoterapia, tanto para o público alvo quando para os participantes do projeto, a TAA ainda encontra barreiras para chegar aos hospitais brasileiros que não permitem a entrada de animais. Deste modo, as visitas não puderam ser direcionadas para os hospitais de Alfenas. Conforme Moreira e colaboradores (2016), apesar de todos os benefícios evidenciados pela terapia, ainda existem muitas dúvidas e medos por parte dos profissionais de saúde e familiares, principalmente entre as crianças com câncer devido ao estado de imunossupressão que favorece o aparecimento de infecções oportunistas. No entanto, estudo evidencia que os índices de infecção hospitalar entre unidades que recebem a visita de cães e aquelas que não recebem são semelhantes. Se seguidos os procedimentos adequados (higiene e

imunização) para a entrada do cão nesse ambiente, é mais comum um visitante humano transmitir infecções aos pacientes do que os animais.

A realização da terapia exige cuidados com o animal, havendo necessidade de atestado de saúde do mesmo, banho previamente às visitas e higienização realizada até 24 horas antes para reduzir agentes alergênicos e permitir que o animal tenha tempo para as eliminações fisiológicas; além disso, o percurso do animal até o hospital deve ser mínimo para evitar contaminação. Acrescenta-se a isso a necessidade de autorização da Comissão de Infecção Hospitalar e de que o cão seja visto como uma vida que contribui para o cuidado humano e seja tratado com respeito. Por isso, identificar os sinais de estresse do animal é indispensável para uma boa relação entre humanos e cães (MOREIRA et al., 2016). No presente projeto, todos os animais seguiram normas estritas de assepsia e higienização, bem como atenderam aos padrões de bom comportamento, para não causar nenhum transtorno durante as visitas.

No tocante ao condutor do animal, todos receberam um treinamento prévio para iniciar a interação entre o animal e o público alvo, e evitar qualquer situação de estresse durante essa interação. Os encontros duravam em torno de uma hora para evitar a manipulação excessiva do animal e conseqüentemente estresse do mesmo.

Para o cuidado de crianças e adolescentes com câncer, a introdução do cão, de forma terapêutica, tem colaborado para aumentar autoestima, compensar déficits afetivos e estruturais, aumentar a concentração plasmática de endorfinas e diminuir a concentração plasmática de cortisol, substância que atua diretamente no estado de ansiedade. Além disso, melhora a interação social, promove o autocuidado e comunicação entre equipe de saúde, família e entre outras crianças (MOREIRA et al., 2016).

A convivência com o público alvo do referido projeto, idosos asilados e crianças excepcionais permitiu associar disciplinas da área de saúde abordando aspectos físicos e mentais, pois já é conhecido que a TAA promove diversos benefícios físicos como: melhoria da condição cardiovascular, redução dos níveis de triglicérides e colesterol, aumento da imunidade, redução da quantidade de fármacos utilizado no tratamento de doenças, além de melhorias na saúde mental, desta forma disciplinas como fisiologia, patologia, farmacologia, imunologia entre outras puderam ser discutidas. Trata-se de um projeto de extensão em que pode se originar várias pesquisas na área da saúde e também do ponto de vista psicossocial.

Conclusão

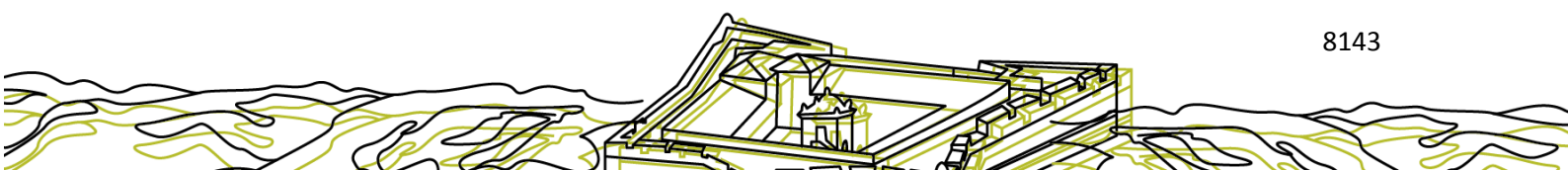
O projeto Cãoterapia é uma terapia alternativa de baixo custo que demonstrou muitos benefícios para o público alvo, sobretudo do ponto de vista psicossocial, e que possibilitou aos profissionais da equipe multidisciplinar fortalecer a comunicação, integração e formação de vínculo entre o profissional e paciente, tão importantes para o cuidado humanizado. Todavia, estudos apontam uma escassez de pesquisas sobre o assunto no Brasil, principalmente por profissionais da área da saúde, havendo pouca compreensão do funcionamento e objetivos da TAA, que de certa forma dificulta a sua implementação de forma rotineira.



Projeto Cãoterapia no Lar São Vicente de Paula em Alfenas



Projeto Cãoterapia na Escola Estadual Especial Esperança





Voluntários do Projeto Cãoterapia na Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC)

Referências

FLORES, L. N. **Os benefícios da interação homem - animal e o papel do médico veterinário.** Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Clínica Médica de Pequenos Animais) - Universidade Federal Rural do Semi-Árido. Rio Grande do Norte. p. 34.2009.

CRIPPA, A.; FEIJÓ, A. G. S. Actividad Asistida Por Animales. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 14, n, 01, p. 14-25, 2014.

MOREIRA, R. L.; GUBERT, F. A.; SABINO, L. M. M.; BENEVIDES, J. L.; TOMÉ, MARCELA, A. B. G.; MARTINS, M. C.; BRITO, M. A. *Terapia assistida com cães em pediatria oncológica: percepção de pais e enfermeiros.* **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.69, n.6, p. 1188-1194, 2016.

KASSIS, A. O amor que fica. **Revista Kalunga**, v. 30, n. 139, p. 24-25, 2002.

KOBAYASHI, C. T.; USHIYAMA, S. T.; FAKIH, F. T.; ROBLES, R. A. M.; CARNEIRO, I. A.; CARMAGNANI, M. I. S. Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 632-6, 2009.

LANTZMAN, M. **O cão e sua família: temas de amor e agressividade.** Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, p. 260. 2004.

LEVINSON, B. M. The dog as a co-therapist. **Mental Hygiene**, v. 46, p. 59-65, 1962.

MACHADO, J. A. C.; ROCHA, J. R.; SANTOS, L. M.; PICCININ, A. Terapia assistida por animais (TAA), **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, v. 6, n. 10, p. 1-7, 2008.

MARTINS, E. Homens e Animais: amizade sem limites- Projeto Criança e Cão em ação. **Revista Check up Altana**, n. 42, p. 18-41, 2006.

MUNOZ, P. O. L. **Terapia assistida por animais - Interação entre cães e crianças autistas**. Dissertação de Mestrado- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 85, 2014.

PEREIRA, M. J. F.; PEREIRA, L.; FERREIRA, M. L. Os benefícios da Terapia Assistida por Animais: uma revisão bibliográfica, **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 14, p. 62-66, 2007.

PEREIRA, C.; FERRARI, D.; BARROS, M. A. Utilização de Cães na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Intertexto**, v. 2, n.1, p. 1-15, 2014.

REED, R.; FERRER, L.; VILLEGAS, N. Curadores Naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar de doenças crônicas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.20, n. 3, p. 07, 2012.

VICÁRIA, L. A. Cura pelo bicho. **Revista Época**, n. 272, p. 83-91, 2003.

PROGRAMA MAIS SAÚDE: DIABETES E COMORBIDADES

Área Temática: Saúde

Melissa Maia Bittencourt¹; Riani Ferreira Guimarães¹; Milla Maia Bittencourt¹; Arthur Vieira Piau¹; Iara Fernandes¹; Viviane Flores Xavier¹; Juliana Cristina Santos Almeida Bastos¹; Jordana Fedrigo Menezes¹; Rosana Gonçalves Rodrigues das Dores²

Instituição: ¹Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); bolsista do Programa Mais Saúde, centro de saúde (UFOP/Minas Gerais).

²Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Coordenadora do Programa Mais Saúde, Centro de Saúde (UFOP/Minas Gerais). e-mail: plantasmed@ufop.br. Tel: 3135591957

Resumo

Diabetes *Mellitus* (DM) destaca-se como doença de alta prevalência no Brasil e fator de risco relevante para comorbidades. O tipo II caracteriza-se pela resistência insulínica, causando lesões micro e macrovasculares pela exposição crônica a hiperglicemia e função pancreática gradualmente prejudicada. No “PROGRAMA MAIS SAÚDE”, o projeto Diabetes e comorbidades atende usuários do Centro de saúde e comunidade universitária (servidores) orientando sobre possíveis interações do uso concomitante entre medicações, chás e/ou fitoterápicos e benefícios do tratamento não medicamentoso como atividade física e alimentação saudável. O projeto foi aprovado previamente pelo comitê de ética (CAAE-0010.0.238.000-11), a adesão é voluntária. A abordagem é no modelo snowball, (questionário-inquérito), onde os participantes são questionados sobre medicamentos e realiza-se a aferição da pressão arterial, glicemia e antropometria. Posteriormente, faz-se o estudo clínico com análise do prontuário e eventuais interações medicamentosas. No retorno, a conduta clínica foi repassada, individualmente, bem como as recomendações do tratamento, como orientação medicamentosa, mudanças no estilo de vida e encaminhamento a consultas, se necessário. Atualmente, acompanha-se 600 pacientes, dos quais 60,5% são servidores federais efetivos e os demais terceirizados. Destes 5% são diabéticos, 89% insulino independentes e 11% insulino dependentes. Dentre os insulino independentes prevaleceram os antidiabéticos Metformina (83%), Glibenclamida (11%) e Glimiperida

(6%). 66% dos pacientes com DM têm acompanhamento clínico em hipertensão arterial sistêmica (HAS). O projeto está em contínuo desenvolvimento, dada a longitudinalidade do acompanhamento, com renovação dos dados clínicos e inclusão de novos participantes ao estudo. A colaboração direta dos pacientes contribui na continuidade do cuidado e orientação à saúde.

Palavras chave: Diabetes *Mellitus*, saúde, trabalhadores federais, acompanhamento

Agradecimentos: UFOP e FAPEMIG

Introdução

Diabetes *Mellitus* (DM) é atualmente considerada uma epidemia em curso. Estima-se que a população mundial com diabetes esteja em torno de 387 milhões, alcançando 471 milhões em 2035. 80% dos indivíduos acometidos são de países em desenvolvimento, com crescente proporção de grupos etários mais jovens.

Dentre os fatores que contribuíram para essa epidemia estão o crescimento e o envelhecimento populacional, associado a progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo. Destaca-se como doença de alta prevalência no Brasil e relevante fator de risco para comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e dislipidemias.

Caracteriza-se por uma síndrome clínica de evolução crônica e degenerativa, dada por distúrbios na secreção e/ou ação da insulina no organismo, que determina uma gama de alterações metabólicas, caracterizadas pela exposição a hiperglicemia.

Quanto aos mecanismos etiopatogênicos e fisiopatológicos é classificada em diabetes do tipo 1 (DM tipo 1), do tipo 2 (DM tipo 2), podendo ter como outras causas defeitos genéticos na função das células beta, doenças pancreáticas, endocrinopatias, indução por medicamentos e infecções.

DM tipo 1 é ocasionado por destruição das células beta, que resultam em deficiência de insulina. É subdividido em tipos 1A e 1B. O tipo 1A, autoimune, ocorre em 5 a 10% dos casos de DM, enquanto o tipo 1B, idiopático, corresponde a minoria dos casos. Com início abrupto e sintomas que indicam de maneira contundente a presença da enfermidade.

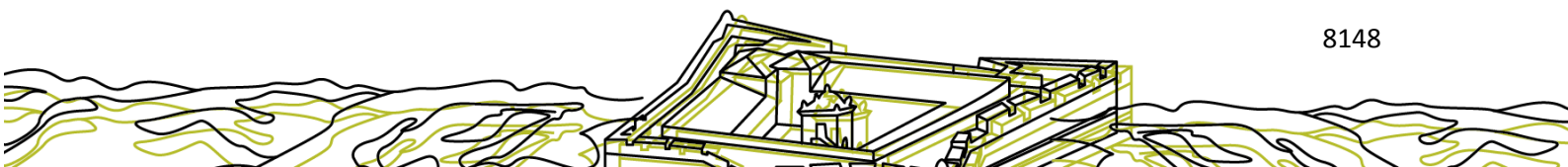
DM tipo 2, resultante da interação de fatores genéticos e ambientais corresponde a cerca de 90 a 95% dos casos. Caracteriza-se por distúrbios na ação e/ou secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta caracterizam a fase pré-clínica da doença, com tendência de destruição total de das células beta se tratamento inadequado ou ausente. Dentre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. Desenvolve-se em período de tempo variável, com estágios intermediários, glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Acomete qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos, enquanto o DM tipo 1 acomete pacientes jovens, menores de 20 anos.

O diagnóstico é realizado através da sintomatologia (poliúria, polidipsia e perda ponderal) acrescidos de glicemia casual ≥ 200 mg/dL, glicemia de 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL ou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL. Recentemente a hemoglobina glicada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (confirmada em outra coleta) também foi considerada como critério de diagnóstico para o DM.

A partir do diagnóstico, normalmente tardio pelo caráter insidioso da doença, o acompanhamento necessita de avaliação sistêmica devido as lesões crônicas de órgãos alvo. São destaque entre eles, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, olhos e pele. O acometimento destes locais ocasiona as complicações crônicas do diabetes seja na microcirculação (relacionada ao espessamento da membrana basal capilar dos pequenos vasos, capilares e arteríolas), visualizadas através dos quadros de retinopatia e nefropatia e na macrocirculação (com o acometimento de grandes vasos), através de miocardiopatia diabética, doença cerebrovascular e doença vascular periférica além de neuropatias. (MILECHET, 2016; AGUIAR, 2007, p. 204-211).

É importante ressaltar que a hiperglicemia é fator determinante para essas complicações, devido a formação endógena dos produtos de glicação avançada (AGEs), sendo responsável pelos danos celulares e teciduais observados nessa doença. As neuropatias autonômicas, responsáveis pela incapacitação gradual dos pacientes, acometem os sistemas cardiovascular, digestório, urogenital, glandular, caracterizando a polineuropatia sensitivomotora simétrica periférica ou polineuropatia distal (GROSS, 2002, p.16-26; FOSS, 2005, p.677- 682; NOLAN, 2015, p.673-678).

Diante da complexidade da doença e suas complicações, é essencial o planejamento de intervenções terapêuticas, com metas laboratoriais para cada paciente. As intervenções envolvem desde terapia não medicamentosa a terapia não medicamentosas. Como



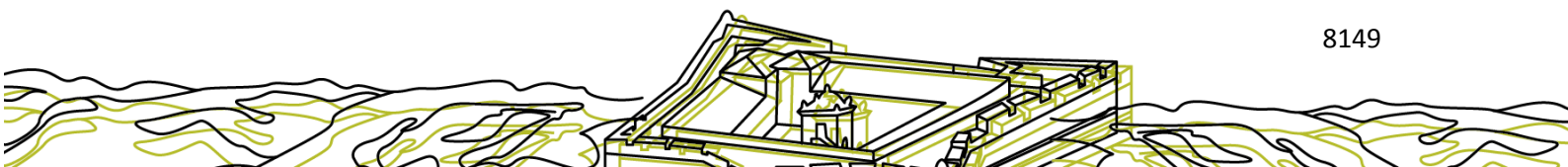
principal terapia não medicamentosa destacam-se as mudanças no estilo de vida, através da prática de atividades físicas e alimentação balanceada e saudável, ambas sob acompanhamento de profissionais capacitados. A mudança no estilo de vida é de suma importância em todos os pacientes, sendo fundamental em pacientes classificados como pré-diabéticos, visto que essa intervenção pode mudar completamente o prognóstico da doença.

Diante de um controle insatisfatório dos parâmetros glicêmicos com as mudanças no estilo de vida, são propostas terapias medicamentosas para complementar o tratamento. Neste sentido, destacam-se o uso de orais e de insulina, empregados a partir do grau de funcionalidade do pâncreas. Pacientes portadores de DM tipo 1, que apresentam deficiência total da secreção de insulina, são contemplados com o uso de alguma classe de insulinas ou combinações destas, o esquemas terapêuticos adaptáveis e individuais.

Já aos pacientes portadores de DM tipo 2 são propostos tratamentos iniciais com classes de antidiabéticos orais, adaptados às necessidades e demandas de cada paciente, com possibilidade de acrescentar outras medicações como a insulina, em caso de controle glicêmico pouco efetivo. É válido ressaltar que ambas as medicações empregadas necessitam de avaliação da eficiência no controle glicêmico, para os devidos ajustes e verificação da existência de efeitos adversos, principalmente quando há uso concomitante com medicações para outras comorbidades, como hipertensão e dislipidemias (MILECHET, 2016, p. 348).

A síndrome metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionado à deposição central e à resistência à insulina. A definição da OMS preconiza como ponto de partida a avaliação da resistência à insulina ou do distúrbio do metabolismo da glicose, o que dificulta sua utilização. A definição do *National Cholesterol Education Program's Adults Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) foi desenvolvida para uso clínico e não exige a comprovação de resistência à insulina, facilitando sua utilização. Dessa forma, o NCEP-ATP III classifica como componentes da síndrome metabólica a obesidade abdominal, por meio de circunferência abdominal > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres; triglicérides \geq 150 mg/dL, HDL colesterol < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres; pressão arterial \geq 130 mmHg ou \geq 85 mmHg e glicemia de jejum \geq 110 mg/dL. A existência de pelo menos três destes componentes configura a SM.

É importante destacar que a presença de DM não exclui o diagnóstico de SM. Com o crescimento de hábitos como sedentarismo e consumo de alimentos industrializados e



com alto teor de lipídios, tem sido cada vez mais comum a prevalência de SM na população, inclusive em faixas etárias mais jovens. A prevalência da SM na população depende dos critérios utilizados e das características da população estudada, variando as taxas de 12,4% a 28,5% no sexo masculino e de 10,7% a 40,5% no sexo feminino. Diante destas taxas e das consequências a qualidade de vida, torna-se de extrema importância o monitoramento de pacientes que apresentam algum destes componentes, afim de evitar evolução para SM (GARCIA LIRA NETO, 2017; I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2005, p. 27).

No “PROGRAMA MAIS SAÚDE”, o projeto Diabetes e comorbidades atende usuários do Centro de saúde e da comunidade universitária (servidores) visando orientar sobre possíveis interações do uso concomitante entre medicamentos e benefícios do tratamento não medicamentoso como atividade física e alimentação saudável, buscando acompanhar a evolução da doença e propor intervenções para melhorar o tratamento.

Metodologia

O projeto de extensão está vinculado a área de saúde da Pró-Reitoria de Assuntos comunitários e estudantis (PRACE) da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, desde 2011 e está em atividade. Para iniciar o delineamento experimental da proposta, o projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Ouro Preto, estando registrado na plataforma Brasil sob os números CAAE-0010.0.238.000-11.

Esse projeto é itinerante e os participantes são servidores federais e terceirizados que trabalham nas unidades e departamentos da Universidade. A equipe do Programa Mais Saúde – projeto *Diabetes mellitus* e comorbidades vai aos setores para realizar as atividades. Cada setor que recebe o Mais Saúde reserva um espaço/ sala para que a ação possa ocorrer. A equipe desloca-se com todos os equipamentos e materiais necessários para apresentação da proposta. Geralmente, os equipamentos são aparelhos de aferição de pressão arterial, de glicemia e balança antropométrica. Dentre os materiais destacam-se os alimentos da oficina de sal oculto e teores de carboidratos e lipídeos em preparações industrializadas/ lanches rápidos, com o objetivo de conscientizar sobre a importância da dieta saudável.

A abordagem foi feita por entrevistas semiestruturadas (tipo snowball), onde os servidores maiores de 21 anos, de ambos os sexos, foram entrevistados pelos bolsistas e convidados a participar do projeto. A adesão foi voluntária e, em qualquer momento, a evasão poderia ocorrer. Foram firmados os termos de esclarecimento e livre consentimento, onde os colaboradores tem ciência que a qualquer momento podem procurar a equipe para atendimento e esclarecimentos.

No questionário-inquérito, os participantes são questionados sobre medicamentos, uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos, realizando-se em seguida a avaliação da pressão arterial, glicemia e antropometria. Os setores nos quais foi aplicado o questionário foram restaurante universitário (RU), Departamento de Música/ Departamento de Artes (DEMUS/ DEART), Assessoria de Comunicação e Imprensa (ACI), Escola de Minas (EM), Setores de Almojarifado, Transporte, Marcenaria e Serralheria, Núcleo de Tecnologia e Informação (NTI), Escola de Nutrição (ENUT), Pró-reitorias de Pesquisa e Pós-graduação (PROPP), de Extensão (PROEx) e de Assuntos comunitários e estudantis (PRACE) e). Em um segundo momento, fez-se o estudo clínico com análise do prontuário do paciente no centro de saúde, bem como avaliam-se eventuais interações indesejadas entre medicamento/fitoterápico, medicamentos/plantas medicinais e medicamentos/alimentos.

Posteriormente, no retorno, que acontece nos setores, em ambiente individualizado, foram repassados os dados clínicos, as recomendações quanto ao tratamento, por meio de orientação medicamentosa e existência de interações indesejadas, proposição e ajustes nas mudanças no estilo de vida e encaminhamento à consultas com especialistas, se necessário ou solicitado pelos pacientes.

Resultados e Discussão

Atualmente, o projeto Diabetes e comorbidades acompanha 600 pacientes, considerando servidores federais e funcionários terceirizados. Destes 363 pacientes (60,5%) são servidores federais e 237 (39,5%) servidores terceirizados. Em relação aos servidores federais, amostra populacional de interesse nesse trabalho, foi verificado que 5%, são portadores de Diabetes *mellitus*. Quanto ao tratamento realizado para controle da glicemia, verificou-se que 89% são insulino independentes, e 11% são insulino dependentes. Foi observado que os servidores do setor restaurante universitário (RU) tiveram maior prevalência de portadores de DM, 5 pacientes, seguidos dos servidores dos setores Departamento de Música/Departamento de Artes

(DEMUS/DEART), Escola de Minas (EM) e Transporte, com total de 3 pacientes em cada. Os setores Núcleo de Tecnologia e Informação (NTI), Escola de Nutrição (ENUT), Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação (PROPP) e Assessoria de Comunicação e Imprensa (ACI) tinham 1 paciente cada. Dentre os pacientes insulinoindependentes prevaleceram os antidiabéticos orais, 83% referiram uso de Metformina, 11% de Glibenclamida e 6% de Glimepirida. Foi observado também que dos 18 pacientes portadores de DM, 12 deles, correspondente a 66%, recebem acompanhamento clínico em hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo prevalente essa associação nos setores

RU, transporte e DEMUS/DEART, com 3 pacientes em cada, seguido do setor EM, com 3 pacientes, e NTI com apenas 1. Nos setores ACI, ENUT e PROPP não foram observados pacientes com associação entre DM e HAS. Os medicamentos usados para tratamento da HAS associada ao DM destacaram-se Hidroclorotiazida, Losartana, Captopril e Enalapril. Foi verificado a existência de percentual de 5% de portadores de DM considerando os setores da universidade avaliados. Os locais com maior número de servidores, RU, transporte, DEMUS/DEART e EM foram os setores com maior prevalência de portadores da doença. A prevalência de pacientes classificados como insulinoindependentes mostra resultado favorável quanto a prognóstico e evolução da doença, visto que não foi demandada a necessidade de incrementar insulina para controle dos valores glicêmicos. Em outras palavras, a prescrição de antidiabéticos orais e mudanças no estilo de vida mostraram-se efetivos ao tratamento.

Os antidiabéticos orais utilizados são pertencentes a classe das sulfoniúreas (Glibenclamida e Glimeperida), que aumentam da secreção de insulina, e das Biguanidas (Metformina), que reduzem a produção hepática de glicose através de menor sensibilização à ação insulínica (MILECHET, 2016, p. 348).

Esses medicamentos reforçam a existência da funcionalidade do pâncreas, observada na maioria dos pacientes e justificando a não necessidade de acrescentar a insulina. Em linhas gerais, a escolha do antidiabético considera o estado geral do paciente e as comorbidades presentes (complicações do diabetes ou outras complicações), os valores das glicemias de jejum pós-prandial e da HbA1c, o peso e a idade do paciente e as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações. HAS e DM são condições frequentemente associadas.

No caso da DM tipo 1, existem evidências da relação entre HAS e desenvolvimento de nefropatia diabética, sendo que a primeira raramente ocorre na ausência de comprometimento renal. Após 3 anos do início da microalbuminúria, alteração frequente do DM, a pressão arterial começa a se elevar, mesmo dentro da faixa normal

(sistólica menor que 120mmHg e diastólica menor que 80 mmHg). No caso do DM tipo 2, 40% dos pacientes já se encontram hipertensos ao diagnóstico de diabetes. Preconiza-se que indivíduos diabéticos mantenham a pressão arterial menor que 140/90mmHg, sendo indicados para estes casos medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), como Captopril e Enalapril, e bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA), como Losartana. O tratamento da HAS em diabéticos é essencial para prevenção de doença cardiovascular, renal e retiniana, bem como minimiza a progressão a doença renal e da retinopatia preexistente (7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016; MILECHET, 2016, p. 348).

É válido ressaltar que todos os medicamentos utilizados pelos pacientes para tratamento do DM da HAS apresentam-se disponíveis na farmácia popular do Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando assim garantia dos direitos dos usuários e cidadãos à saúde (VIEIRA, 2008, p. 365-369).

Diversas publicações têm mostrado a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial e/ou diabetes, com resultados favoráveis. Por esse método, o indivíduo é convidado a refletir seu estilo de vida relacionado à sua patologia, caracterizando-o como um instrumento de educação em saúde em uma perspectiva de promoção de saúde, prevenção e controle da enfermidade.

No Projeto Diabetes e comorbidades são realizadas consultas individuais, atividades lúdicas com o uso de material educativo de comunicação e ações dedicadas exclusivamente para diabéticos, como oficinas no mês novembro em alusão ao dia de combate ao Diabetes. A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde do paciente é de extrema importância. A orientação específica sobre o Diabetes requer também consideração dos fatores comportamentais e emocionais, afim de identificar necessidades e dificuldades apresentados por cada diabético para o planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população (PONTIERI, 2010, p. 151-160).

O seguimento regular dos pacientes é capaz de estreitar a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a melhor adesão ao tratamento. Para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental na eficácia do tratamento (SILVA et al, 2006, p. 180-189; COSTA et al, 2011, p. 2001-2009; ALMEIDA et al, 2010, p. 1123-1132).

Conclusão/Considerações Finais

O projeto está em contínuo desenvolvimento, dado que são realizadas consultas de reavaliação de tempos em tempos. Esse fator permite longitudinalidade do acompanhamento clínico dos pacientes, por meio da renovação dos dados clínicos e inclusão de novos participantes ao estudo.

A colaboração direta dos pacientes, do convite a participação desses no seu próprio processo saúde-doença contribui para continuidade do cuidado e orientação à saúde. Os resultados positivos observados ao longo do acompanhamento refletem a importância de sua continuidade, considerando o aperfeiçoamento das técnicas de abordagens e avaliações dos dados, sempre em favor da melhor qualidade de vida de vida dos pacientes.

Agradecimentos

UFOP e FAPEMIG

Referências

7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, Rio de Janeiro: **Arquivos**

Brasileiros de Cardiologia, 2016. v 107, n. 3, Supl. 3.

AGUIAR, L. G. K. de et al. A microcirculação no diabetes: implicações nas complicações crônicas e tratamento da doença. São Paulo: **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2007. v. 51, n. 2, p. 204-211.

ALMEIDA, S. P. de; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. v. 15, p. 11231132.

COSTA, J. A. et al. Health promotion and diabetes: discussing the adherence and motivation of diabetics that participate in health programs. v. 16, n. 3, p. 2001-2009, Rio de Janeiro: **Ciencia & saude coletiva**, 2011.

FOSS, N. T. et al. Skin lesions in diabetic patients. v. 39, n. 4, p. 677-682. São Paulo: **Revista de saude publica**. 2005.

GARCIA LIRA NETO, J. C. et al. Prevalência da Síndrome Metabólica em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. v. 70, n. 2. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2017.

GROSS, J. L. et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. São Paulo: **Arquivos de Endocrinologia & Metabologia**, 2002. v. 46, n. 1, p. 16-

26.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME

METABÓLICA, Rio de Janeiro: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2005. v. 84, n. Supl.

I

MILECHET, A. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016); organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

NOLAN, C. J. et al. Insulin resistance as a physiological defense against metabolic stress: implications for the management of subsets of type 2 diabetes. São Paulo: **Diabetes**, 2015. v. 64, n. 3, p. 673-686.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Rio de Janeiro: **Ciência & saúde coletiva**, 2010. v. 15, p. 151-160.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. v. 15, n. 3, p. 180-189. **São Paulo: Saúde e Sociedade**, 2006.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 2008. v. 42, p. 365-369.

OFICINA SOBRE O CÂNCER DE MAMA EM UMA UNIVERSIDADE DO INTERIOR DO CEARÁ: EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Área Temática: Saúde.

Diego da Silva Ferreira¹; Francisco Mardones dos Santos Bernardo²; Karim Suleimane Só³; Brena Shellem Bessa de Oliveira⁴; Francisco Cezanildo Silva Benedito⁵; Gutemberg dos Santos Chaves⁶; Amiy Monteiro Sanca⁷; Carolina Maria de Lima Carvalho⁸.

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Resumo

Introdução: O câncer de mama é um problema de saúde pública devido ocasionar a morte de muitas mulheres no mundo. Assim, torna-se imprescindível que os enfermeiros realizem atividades de educação em saúde a fim de orientar a população acerca de formas de prevenção, detecção e tratamento precoces. **Objetivo:** Socializar as experiências, sensações e percepções de acadêmicos de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira na execução de uma oficina sobre câncer de mama. **Metodologia:** Tratou-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem durante a realização de uma oficina sobre câncer de mama. Participaram da oficina 23 estudantes da universidade supracitada. **Resultados:** Verificou-se que a maioria dos participantes: sabiam ou escutaram falar sobre câncer de mama, mas, demonstraram conhecimento deficitário acerca da fisiopatologia do câncer de mama; explicitaram curiosidade sobre a temática, expressaram suas dúvidas e buscaram discutir sobre o assunto abordado; não sabiam quais eram suas causas; apresentaram conhecimento deficitário acerca de formas de detecção do câncer de mama e desconheciam a existência de uma política nacional de atenção oncológica e de uma rede de serviços especializada ofertadas pelo Sistema Único de Saúde voltado para o câncer de mama. Por fim, ressalta-se que os participantes destacaram que o conhecimento adquirido seria importante para práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, rastreamento de alterações anatômicas e fisiológicas e afirmaram que o conhecimento adquirido seria compartilhado com outras pessoas. **Conclusão:** O relato de experiências exitosas como esta serve para re/pensarmos o nosso papel social na democratização do acesso a informação sobre o câncer de mama que se configura como um problema de saúde pública, tornando os indivíduos empoderados, além de

contribuir para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências e habilidades dos acadêmicos de enfermagem.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Neoplasias da Mama; Enfermagem.

Introdução

O câncer de mama é uma patologia ocasionada pela multiplicação de células anormais da mama, que resultam na formação de um tumor que possui potencial para invadir outros órgãos (INCA, 2014). Estimativas apontam que o número de ocorrência de novos casos de câncer de mama por ano atinja o quantitativo de 1.050.000, sendo prevista para 2020, a ocorrência de cerca de 15 milhões de casos novos anuais. Além disso, estima-se que 60% desta patologia ocorrerá em países em desenvolvimento (LOURENÇO et al., 2013).

Destaca-se que o câncer de mama é o tipo de afecção que mais acomete os indivíduos do sexo feminino em todo mundo, com exceção dos casos de câncer de pele não melanoma, e também se estabelece como uma das principais causas de óbitos por câncer englobando os países desenvolvidos e em desenvolvimento (CAVALCANTE et al., 2013; INCA, 2015).

No entanto, a detecção precoce dessa patologia é fator essencial para redução das mortes causadas pela doença. Estudos evidenciam que nos países desenvolvidos, embora tenha-se aumentado a incidência do câncer de mama, os índices de mortalidade pela patologia em questão estão em declínio, resultado da utilização de métodos eficazes de detecção precoce e disponibilidade de tratamento adequado (MEDEIROS et al., 2015).

Ademais, percebe-se a existência de disparidades regionais quanto às taxas de mortalidade pelo câncer de mama, sendo que o maior número de casos ocorre em países desenvolvidos. Entretanto, ressalta-se que este achado pode estar relacionado à presença de problemas no rastreio e no diagnóstico da doença, os quais ocorrem com maior frequência em países em desenvolvimento (INCA, 2015).

Quanto à atenção oncológica, o Ministério da Saúde estabeleceu o direcionamento dessas ações por meio da Política Nacional de Atenção Oncológica que versa acerca das intervenções para o controle do câncer abrangendo todos os pontos de atenção. Além do mais, a política pontua que a assistência seja oferecida por equipe multidisciplinar, com isso, ressalta-se que o enfermeiro também compõe esse quadro de profissionais (CAVALCANTE et al., 2013).

Dessa forma, destaca-se que a enfermagem possui um relevante papel no processo de rastreamento organizado, para isso, é necessário que esses profissionais

tenham qualificação específica para desenvolver ações pautadas no âmbito da comunicação, coordenação, manutenção dos dados e educação (LOURENÇO et al., 2013).

Um dos meios do enfermeiro desenvolver suas ações e atribuições consiste na realização de atividades de extensão. Estas atividades são importantes, pois, suscitam reflexões sobre o processo e percurso formativo dos acadêmicos estimulando uma formação diferenciada na perspectiva de contribuir para as práticas de democratização do acesso a informação, do cuidado e autocuidado de diversas temáticas envolvendo os diferentes cidadãos (BISCARDE, SANTOS, SILVA, 2014).

Diante disto, o objetivo deste trabalho consiste em socializar as experiências, sensações e percepções de acadêmicos de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) na execução de uma oficina sobre câncer de mama.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado durante a 6ª edição do Movimenta, evento promovido pela Pró-Reitoria de Extensão, Arte e Cultura da UNILAB. O Movimenta possui como objetivo reafirmar a Extensão e a Arte e Cultura da UNILAB oferecendo mecanismos que propiciem a formação e o aprimoramento artístico e cultural, sensibilização de novos públicos para a produção e o consumo da produção cultural, bem como oportunizar e estimular o intercâmbio dos participantes como forma de divulgação da Arte e das Culturas. As oficinas aconteceram no Campus da Liberdade, localizado em Redenção-CE, nos dias 26 e 27 de janeiro de 2016.

Participaram da oficina 23 estudantes de diferentes cursos e nacionalidades, a saber: brasileiros, guineenses e cabo-verdianos, dos cursos de enfermagem, bacharelado em humanidades, letras e engenharia de energias que fazem parte dos cursos de graduação ofertados pela UNILAB. Para a implementação das atividades, utilizou-se os seguintes recursos: *data show*, computador, cartolinas, lápis de cor, câmera filmadora, folhas de papel ofício, canetas, fita adesiva e tesoura.

O conteúdo programático contemplou os seguintes aspectos: conceito do câncer, causas e consequências do câncer de mama, formas de detecção, políticas públicas de saúde sobre câncer de mama e uma devolutiva como avaliação sobre os conteúdos ministrados que consistiu na confecção de uma árvore de papel na qual cada estudante colava uma fruta com uma palavra que retratasse o seu pensamento quando escutavam a palavra “câncer de mama”. Além disso, foi confeccionada uma colcha de retalhos que abordava o significado dos assuntos abordados na oficina.

As atividades foram implementadas seguindo as seguintes etapas: dinâmica, com intuito de integrar os participantes; chuva de ideias, como o objetivo de investigar o conhecimento prévio dos envolvidos a cerca da temática; explanação participativa dos assuntos abordados, na qual os estudantes interagiam com os facilitadores; e, recapitulação do conteúdo ministrado por meio de perguntas e respostas e/ou devolutivas sobre as atividades realizadas, como por exemplo, produção de poesias, cartazes e colcha de retalhos.

Resultados e Discussão

No início da atividade, os participantes da oficina foram convidados a fazer uma pré-avaliação sobre o que sabiam a respeito do câncer de mama. Esta pré-avaliação consistiu na construção de uma “árvore de ideias”. Assim, em um papel em forma de fruta, cada um retratava em uma frase, palavra ou imagem o que para eles representava o câncer de mama. Em seguida, cada um levantava e colava o seu papel na cartolina em formato de árvore. Posteriormente, foi dado início a explanação do conteúdo sobre a temática.

Durante o processo de conversa, percebeu-se que muitos sabiam ou já haviam ouvido falar sobre câncer de mama, mas, demonstraram possuir conhecimento deficitário acerca do processo fisiopatológico da doença. Conclusão essa, obtida por meio da comparação de algumas frases/palavras que foram fixadas na árvore de papel e nas perguntas que foram feitas durante a explanação. Por exemplo, a maioria dos participantes relatava o nódulo como principal sinal do câncer de mama, desconhecendo outras manifestações clínicas desta patologia, a saber: retração mamária, descarga papilar sanguinolenta, eritema, abaulamento na mama, edema, alterações na textura da pele (*American Cancer Society - ACS, 2017*).

Embora os alunos demonstrassem não conhecer o processo fisiopatológico do câncer de mama, observou-se que eles eram curiosos, expressavam suas dúvidas e buscavam discutir sobre o assunto abordado. Dessa forma, foi promovido um ambiente propício para a discussão e para a construção do conhecimento de forma horizontal.

Na realização destas atividades foi necessário que os facilitadores estivessem sensíveis ao contexto no qual estavam inseridos, uma vez que o ambiente precisa ser propício para o debate dialógico promovendo e respeitando a identidade individual dos participantes, seus conhecimentos e suas limitações, sendo essencial ainda, a demonstração de empatia. Assim, o momento se torna construtivo e prazeroso para os participantes e possibilita a participação ativa dos envolvidos (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Os termos técnicos foram decodificados para a linguagem acessível, algo que permitiu aos participantes compreenderem melhor sobre o comportamento e os riscos dessa patologia. No tocante às causas, consequências e a população acometida pelo Câncer de mama percebeu-se, durante a explanação, que a maioria dos participantes não sabia quais eram suas causas, pois, quando foram indagados acerca deste assunto eles não sabiam responder de forma consistente os fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama, as respostas consistiam em fatores de riscos poucos claros, como por exemplo, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, stress, dentre outros (ACS, 2017).

Diante disso, os facilitadores esclareceram que o desenvolvimento do câncer de mama pode estar associado aos seguintes fatores: idade, ser mulher, história de menarca precoce, nuliparidade, uso de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa, mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares consanguíneos. Ademais, ressaltou-se que este tipo de câncer também acomete a população masculina, entretanto, em menor incidência (ACS, 2017).

Referente às formas de detecção do câncer de mama, os participantes demonstraram conhecimento deficitário, visto que eles mencionaram, somente, a mamografia como forma de rastreio e diagnóstico do câncer de mama. Porém, este exame não se configura como única forma de se detectar o câncer de mama.

À vista disso foi feita uma explanação sobre os principais métodos empregados no processo de rastreamento e diagnóstico do referido câncer. Assim, embasando-se nas “Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil” elaboradas pelo INCA em 2015, os facilitadores abordaram os principais métodos existentes que possibilitam fazer o rastreamento da doença, bem como a eficácia da empregabilidade cada método. Destaca-se que os métodos abordados na explanação foram mamografia, a auto palpação das mamas, o exame clínico das mamas, a ressonância nuclear magnética, a ultrassonografia mamária, a termografia e a tomossíntese mamária.

Além disso, destaca-se que ao saberem os métodos de rastreio e diagnóstico precoce, os usuários dos serviços de saúde se sentem confiantes e corresponsáveis em buscar os serviços de saúde para adotarem práticas de autocuidado (LIMA; OLIVEIRA; MACEDO; DIAS; COSTA, 2014). Empoderar as pessoas significa dar autonomia e poder de decisão sobre a saúde e as práticas que visam promover saúde, prevenir doenças, escolha de tratamento e implicações sobre negligenciar esta patologia.

Nesse momento, os alunos questionaram quanto à faixa etária preconizada para fazer os exames, sendo dirimidas as dúvidas pertinentes aos questionamentos.

Ressalta-se que após a explanação, os alunos demonstraram surpresa ao tomarem conhecimento de que existem diversos métodos que possibilitam o diagnóstico desta patologia.

Um estudo realizado com 50 acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia e psicologia evidenciou que alguns alunos tinham conhecimento deficitário sobre câncer de mama e ressaltou que atividades de educação em saúde são extremamente importantes, pois servem para pensarmos e repensarmos sobre a inserção de atividades de educação em saúde de forma inter e pluridisciplinar. Além disso, por meio dela, é possível empoderar estes atores sociais de forma que eles também possam disseminar conhecimentos, democratizar o acesso à informação, promover a saúde e a prevenção de doenças, bem como disseminar suas formas de rastreio e diagnóstico precoce (FREITAS; TERRA; MERCÊS, 2011).

Outros aspectos abordados na oficina foram às consequências do não diagnóstico precoce e da ausência do tratamento e cura da doença. Acerca destes temas, observou-se que maioria dos participantes demonstrou conhecer as consequências do câncer de mama e as mais referidas foram: “medo”, “deficiência física”, “baixa autoestima”, “risco de morte” e “morte”.

O câncer de mama quando descoberto traz grandes re/significações para a mulher, pois, ela passa a conviver com uma doença que é muito temida pela sociedade e que pode causar deformações no corpo. Isso causa uma sensação de mal-estar com o próprio corpo e acaba afetando as relações interpessoais e a saúde mental devido as alterações anatômicas e fisiológicas causadas pelo tratamento e mudanças no estilo de vida (ALMEIDA, et.al.; 2015; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013). Para dar suporte aos grupos vulneráveis a esta patologia foram pensadas políticas públicas estratégicas para o rastreio, diagnóstico, tratamento e cura/reabilitação.

Quando foi explanado o assunto das Políticas Públicas de Saúde sobre o câncer de mama, percebeu-se que a maioria dos participantes desconhecia a existência de uma política nacional de atenção oncológica e de uma rede de serviços especializada ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para o câncer de mama. Diante disso, foi abordado que o Ministério da Saúde preconiza a realização de atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas com o intuito de assistir de forma integral e poder intervir de forma satisfatória no processo saúde-doença com a participação de uma equipe multiprofissional capacitada (BRASIL, 2005).

O cidadão possui diversos direitos garantidos constitucionalmente que asseguram direitos e deveres que devem ser gozados por todos permitindo a utilização

de serviços garantidos por leis, que não podem ser esquecidos pela desinformação para que a sociedade exerça o seu papel de protagonista no processo de construção, utilização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde e políticas públicas (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Dessa forma, é importante que os indivíduos conheçam como esta rede de serviços está organizada e o seu funcionamento, pois, assim eles poderão agir de maneira sistemática ao procurarem os serviços de saúde com o intuito de procurarem a melhor forma de resolver os seus problemas.

Nesta perspectiva, o enfermeiro contribui para consolidação das políticas públicas e assistência aos indivíduos que convivem ou conviveram com câncer, pois, ele possui o conhecimento científico-técnico necessário para intervir na situação epidemiológica e no processo saúde-doença com responsabilidade e conhecimento científico (BRASIL, 2001).

O enfermeiro quando realiza suas atividades anseia melhorar a qualidade de vida das pessoas e torná-las autônomas para serem protagonistas no seu autocuidado e terem consciência que precisam buscar soluções.

Após a explanação destes assuntos e como forma de recapitular o conteúdo ministrado foi realizada a construção da colcha de retalhos. Neste momento foi perceptível que os participantes conseguiram absorver as informações disseminadas.

Na confecção da colcha de retalhos, foi exposto o significado da presente oficina. Nesta exposição, os participantes definiram a oficina como um espaço de: “troca de saberes”, “luta contra câncer de mama”, “experiência nova”, “conhecimento”, “prevenção”, “aprimoramento do conhecimento”, “troca de experiência e informação”, “integração”, “valorização da saúde” e “educação em saúde”. O desenvolvimento desta atividade possibilitou um intercâmbio de conhecimentos entre os envolvidos, socialização de informações, empoderamento, esclarecimento de dúvidas e aperfeiçoamento do saber. Ações como estas se revestem de importância, pois, ao sensibilizarmos os cidadãos de uma doença que é considerada problema de saúde pública, eles se tornam pessoas conhecedoras do seu contexto podendo adotar um posicionamento diferenciado para as práticas de promoção, manutenção da saúde, prevenção de doenças, rastreamento precoce e tratamento.

A realização da oficina também serviu para ressaltar um dos papéis da enfermagem, que consiste na educação em saúde e sua interface transformadora no processo saúde-doença e intensificar o papel social da UNILAB na construção de momentos de conhecimento por meio dos seus estudantes.

Um estudo feito por Carvalho et al. (2015) mostrou que a realização e implementação de atividades de extensão por acadêmicos de enfermagem serviu para estimular o senso reflexivo e crítico sobre a teoria e prática estimulando a troca de saberes e novas descobertas por meio das relações humanas construídas a partir do processo de ensino e aprendizagem de forma ativa e participativa das pessoas envolvidas, além de propiciar o ambiente para a prática da multi e interdisciplinaridade.

Os relatos dos participantes após a realização das atividades foram de agradecimentos e ensejo para que mais momentos como estes sejam realizados, pois, a maioria não tem a oportunidade de estudar este conteúdo na sua matriz curricular. A oficina se mostrou relevante e importante para os envolvidos, pois, os participantes ressaltaram que o conhecimento adquirido seria importante para práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças, rastreamento de alterações anatômicas e fisiológicas. Além disso, afirmaram que o que tinha sido aprendido na oficina seria compartilhado com outras pessoas dos seus ciclos de amizades.

No quesito de aspectos que necessitavam ser melhorados na oficina foi apontado a linguagem e termos técnicos da área da saúde que uma boa parte dos participantes desconheciam e o pouco tempo de duração da atividade.

As considerações dos participantes foram importantes, pois, nas próximas atividades que serão propostas estes aspectos serão modificados com o intuito de explorar ao máximo as potencialidades do momento de construção, intercâmbio e aperfeiçoamento do conhecimento que as atividades de extensão proporcionam.

Conclusão/Considerações Finais

O relato de experiências exitosas como estas servem para re/pensarmos o nosso papel social na democratização do acesso a informação sobre o câncer de mama que se configura como um problema de saúde pública, tornando os indivíduos empoderados, além de contribuir para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências e habilidades dos acadêmicos de enfermagem.

Atividades como estas modificam as vidas dos participantes e nos proporcionam uma reflexão sobre o nosso papel enquanto acadêmicos, futuros profissionais e cidadãos inseridos em uma sociedade que necessita de conhecimento. E uma das formas de aprender consiste na realização das atividades de extensão que contribuem para refletir sobre a mão dupla que é o conhecimento, além de proporcionar o ensejo por uma formação de qualidade que vise o desempenho de uma prática profissional ética e compromissada com o desenvolvimento social.

Referências

CAVALCANTE, S. A. M.; SILVA, F.B.; MARQUES, C.A.V. et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n.3, p.459-466. 2013.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Câncer de mama: é preciso falar disso**. Rio de Janeiro: Inca, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_mama_preciso_falar_disso.pdf>. Acesso em: 19 Mar. 2017.

INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro: INCA, 2015.

LOURENÇO, T.S.; MAUAD, E.C.; VIEIRA, R.A.C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, n. 66, v. 4, p.585-591, 2013.

FREITAS, C.R.P.; TERRA, K.L.; MERCÊS, N.N.A. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p. 682-687, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília, 11 de novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 15 mar. de 2017.

American Cancer Society. **Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>>. Acesso em: 10 marc. 2018.

LIMA, C.A.; OLIVEIRA, A.P.S.; MACEDO, B.F.; DIAS, O.V.; COSTA, S.M. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev bioét. (Impr.)**, V.22, n.1, p. 152-160, 2014.

BISCARDE, D.G.S., SANTOS, M.P.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014.

CARVALHO, D.P.S.R.P.; REGO, A.L.C.; FERREIRA, K.S.; SILVA, S.B.; VITOR, A.F.; FERREIRA JÚNIOR, M.A.. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: Experiência dos estudantes. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.1, p.186-192, 2015.

ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n. 1, p. 157-165, 2013.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

DOLINA, J.V.; BELLAT O, R.; ARAÚJO, L.F.S. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2671-2680, 2013.

ALMEIDA, T.G.; COMASSETTO, I.; ALVES, K.M.Z.; SANTOS, A.A.P.; SILVA, J.M.O; TREZZA, M.C.S.F. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, 2015

MEDEIROS, G. C.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S.; THULER, L. C. S. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, 2015.

MONITORAMENTO DA COMUNICAÇÃO EM LINGUAGEM ACESSÍVEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR DE SEUS FILHOS, DE ZERO A 24 MESES DE IDADE

Área Temática: Saúde.

Maria Valéria Corrêa e Castro Campomori¹; Gustavo Martignago².

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Resumo

Introdução: o programa de *follow-up* infantil no Centro de Saúde Margarida dos Santos Silva do Distrito Noroeste de Campinas foi determinante para detecção precoce das alterações neuromotoras infantis, destacando, portanto, a eficiência do público-alvo (profissionais de saúde) e a contribuição da Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) para acompanhamento do desenvolvimento neuromotor de bebês e crianças de zero a 24 meses. A educação permanente do público-alvo ocorreu com sucesso no ano de 2016, o primeiro do biênio do Projeto de Extensão Docente, e em 2017 os profissionais conheceram a importância da comunicação em linguagem acessível para promover a conscientização e educação dos pais ou responsáveis sobre o desenvolvimento neuromotor das crianças e prevenção de suas alterações, como o atraso. **Objetivo:** monitorar a linguagem acessível do público-alvo no contato direto com pais ou responsáveis das crianças. **Metodologia:** oficinas socioeducativas para o desenvolvimento da linguagem acessível entre o bolsista da Extensão, os profissionais de saúde e pais ou responsáveis das crianças. Atuação do bolsista e público-alvo no exercício da comunicação de fácil entendimento pelos genitores ou responsáveis. Aplicação da AIMS nas crianças com fator de risco ou atraso neuromotor. **Resultado:** o monitoramento presencial do bolsista junto ao público-alvo, apropriando-se da linguagem de fácil acesso com pais ou responsáveis pelas crianças, obteve êxito. **Conclusões:** A linguagem de fácil entre profissionais da atenção primária e genitores ou responsáveis foi determinante para compartilhar orientações do desenvolvimento neuromotor prevenindo, precocemente, seu atraso, e corrigindo fatores de risco para permitir a evolução adequada das etapas neuromotoras infantis, contribuindo para a promoção da saúde infantil.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Palavras-chave: comunicação acessível em saúde; desenvolvimento neuromotor infantil; profissional de saúde; unidade básica de saúde; atuação na atenção primária.

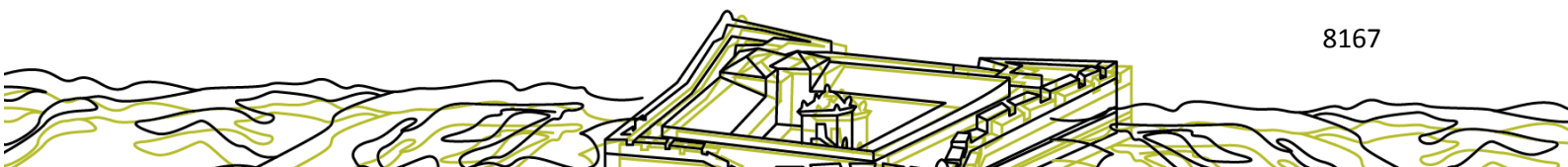
Introdução

As atividades do Plano de Trabalho discente na Extensão Universitária foram desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região metropolitana de

Campinas-SP no ano de 2017, relacionadas ao Projeto de Extensão docente 'Vigilância do desenvolvimento neuromotor infantil em Unidade Básica de Saúde do Distrito Noroeste de Campinas', com duração de um biênio 2016-2017. O Plano de Trabalho do bolsista consistiu do monitoramento da comunicação em linguagem acessível dos profissionais de saúde aos pais sobre o desenvolvimento neuromotor de seus filhos, de zero a 24 meses de idade.

Durante o primeiro ano do biênio (2016), foi desenvolvida a educação permanente do público-alvo para identificar fatores de risco e detectar atraso neuromotor em crianças de zero a 24 meses, com o seguinte quadro de profissionais: médico pediatra, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, obtendo-se considerável êxito. Diante disso, no segundo ano do biênio, motivou-se a comunicação acessível por parte do então público-alvo para promover a conscientização e educação dos pais ou responsáveis das crianças a respeito da importância do desenvolvimento neuromotor e a prevenção de alterações, contribuindo-se, assim, para reduzir os impactos negativos decorrentes de injúrias relacionadas ao desenvolvimento mencionado. Os profissionais envolvidos se tornaram os verdadeiros vigilantes de como bebês e crianças que frequentaram e frequentam a UBS e residem em seu entorno se desenvolvem e adquirem habilidades motoras. Entretanto, não só os profissionais deveriam exercer tal papel, mas também os pais ou responsáveis, pois são os primeiros que na rotina familiar convivem diariamente com as crianças. As escolas também devem contribuir para o sucesso neuromotor do desenvolvimento infantil, porém, não foi envolvida diretamente no Projeto de Extensão realizado no período citado.

A educação em saúde engloba uma série de fatores: social, religioso, cultural, filosófico, aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade. Ademais, o conceito educação em saúde destina-se à prevenção/tratamento de doenças e prevenção/tratamento das complicações causadas pelas patologias, sendo que, o principal meio de educação, é representado pelas informações acessíveis que buscam



atingir a promoção em saúde por meio da comunicação, opinião pública e participação social (SALCI *et al.*, 2013).

O conceito citado anteriormente por Salci *et al.* (2013), tem em seu objetivo a educação por meio de tecnologias avançadas ou não. A educação em saúde agrega o caráter participativo e emancipatório para sensibilizar e conscientizar o enfrentamento de situações individuais e em grupos em prol da qualidade de vida.

Educação participativa em saúde é a forma mais eficaz para a prevenção de doenças e promoção da saúde e, uma vez realizada em linguagem acessível, facilita o envolvimento e entendimento da população e contribui para seu aprendizado (LIMA *et al.*, 2017).

Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “um estado completo de bem-estar físico, social e mental”. Entretanto, o completo “bem-estar” é uma meta difícil de ser atingida, assim, a população busca cada vez mais atendimentos multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) para alcançar sua melhora. Dessa forma, os profissionais da rede pública procuram desenvolver com competência e envolvimento tarefas rotineiras e desenvolvidas em parceria com as universidades, por meio do compartilhamento do conhecimento produzido intramuros, promovendo autonomia em seus usuários para que se tornem menos dependente do Sistema Único de Saúde, favorecendo a prevenção e a promoção da saúde (SANTOS & ROS, 2016). Afinal, o conceito citado anteriormente por Santos & Ros (2016), reforça a ideia de que os Projetos de Extensão Universitária realizem as atividades extramuros para promover a educação com participação, compartilhar informações e produzir conhecimento com o público-alvo envolvido acerca de temas diversificados que atendam as reais demandas da sociedade. Neste caso, o Plano de Trabalho de Extensão desenvolvido almejou a prevenção de atraso do desenvolvimento neuromotor infantil por meio de práticas que utilizaram a linguagem de fácil acesso com os profissionais de saúde, promovendo, assim, melhor entendimento por parte da população, a qual recebeu dos profissionais orientações também processadas em linguagem acessível, a fim de assegurar-lhe melhor compreensão e aprendizado.

Portanto, a comunicação é uma forma de interação entre os seres humanos, podendo ser ela de forma verbal, escrita e por meio do toque terapêutico, isto é, a linguagem corporal.

Na saúde a comunicação clara, objetiva e, em algumas situações detalhada, é de extrema relevância, desenvolvendo a interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade, ou seja, a troca de saberes entre equipes, e assim, ser replicada

aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ou qualquer outro sistema, contribuindo para a orientação e divulgação temática, favorecendo a promoção de saúde com a participação da sociedade (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

No caso do Plano de Trabalho de Extensão, desenvolvido pelo bolsista, e do Projeto de Extensão docente, além da comunicação acessível aos pais ou responsáveis das crianças de zero a 24 meses de idade, os profissionais possuíam aptidão para identificar o atraso ou fatores de risco para o desenvolvimento infantil, como fora mencionado, e o seu maior desafio residia no fato de transformar a linguagem técnico-científica em linguagem acessível aos sujeitos da comunidade que não detinham tais conhecimentos.

A utilização da Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) com bebês e crianças, cuja suspeita de atraso neuromotor se confirmava por meio da avaliação fisioterapêutica tradicional e diálogo com pais, ou responsáveis, foi fundamental para o acompanhamento do desenvolvimento das etapas neuromotoras dos pequeninos. A AIMS, muito utilizada na área da neuropediatria por fisioterapeutas, foi desenvolvida por Piper & Darah (1994), também fisioterapeutas canadenses da Província de Alberta, e tem por objetivo avaliar o desenvolvimento neuromotor infantil, acompanhando e confirmando a maturação do sistema nervoso central, especialmente do nascimento até os dezoito meses de idade, cuja faixa etária é considerada de extrema importância para as crianças adquirirem diversas habilidades e desenvolverem o controle postural e o equilíbrio, aquisições essas necessárias para as mudanças de posturas nos diversos decúbitos até o vencimento da ação da força de gravidade, pela conquista da posição bípede ou em pé. Assim, a AIMS identifica bebês que estão com atraso neuromotor ou se o seu desenvolvimento prossegue normalmente (CÂMARA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2012; HERRERO *et al.*, 2011; MÉLO, 2011; TECKLIN, 2002). É considerada um recurso observacional de aplicação rápida entre 20 a 25 minutos, de baixo custo, objetiva, obtendo valores satisfatórios de validade e confiabilidade e podendo ser realizado um acompanhamento mensal para a detecção precoce de alterações motoras, acompanhamento da evolução de etapas do desenvolvimento ainda insuficientes para a idade cronológica do bebê, ou, ainda, a verificação da aquisição de novo repertório neuromotor.

Porém, é uma escala exclusivamente motora, não possibilitando a detecção de problemas ortopédicos. (CÂMARA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2012; HERRERO *et al.*, 2011; MÉLO, 2011). Concluindo as informações e conhecimentos sobre referida escala motora, em que pese a brevidade das descrições, foi elaborada contendo 58 itens, organizados em quatro posturas, sendo: 9 itens na posição supina, 21 em prono, 12 na posição sentada e 16 em pé, avaliando o alinhamento postural, os movimentos

antigravitacionais e a superfície de contato para sustentação de peso (CÂMARA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MÉLO, 2011).

A partir do programa de *follow-up* infantil para vigiar como os bebês avaliados se desenvolviam, foi possível o público-alvo do Projeto de Extensão encaminhá-los para tratamentos multiprofissionais e, com isso, prevenir agravos de atraso do desenvolvimento, caso estivesse presente.

Antes de realizar a avaliação por esta escala motora era de extrema importância que o examinador verificasse se as crianças não apresentavam as seguintes condições: fome, agitação, irritação e sono, pois, a presença de tais estados prejudicaria ou alteraria os resultados obtidos na Escala, invalidando o exame.

Metodologia

Tratou-se de um Plano de Trabalho de Extensão Universitária discente (bolsista) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), vinculado ao Projeto de Extensão Universitária docente, intitulado “Vigilância do desenvolvimento neuromotor infantil em Unidade Básica de Saúde do Distrito Noroeste de Campinas”, que durou um biênio (2016-2017), cuja entidade parceira foi a Prefeitura Municipal. O projeto se desenvolveu em um Centro de Saúde (CS) denominado “Margarida dos Santos Silva”, localizado no bairro Parque Floresta no próprio Distrito Noroeste da cidade. O entorno do CS é caracterizado por bairros carentes, de classe média baixa e população com importante vulnerabilidade socioeconômica e cultural, dependente do Sistema Único de Saúde (SUS).

O público-alvo envolvido no Projeto de Extensão docente foi constituído por dezessete profissionais de saúde, os quais trabalhavam na UBS, a saber: doze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico pediatra, um enfermeiro, um técnico e um auxiliar de enfermagem. A coordenadora do local deu suporte ao desenvolvimento do Projeto junto ao profissional do referido Distrito, que apoiou o serviço de saúde e as atividades realizadas.

Durante o primeiro ano do biênio, portanto em 2016, o público-alvo desenvolveu a capacidade e a habilidade para identificar as crianças do CS e seu entorno com atraso e/ou fatores de risco para o desenvolvimento neuromotor, e oficinas técnicas e socioeducativas representaram a metodologia de escolha para atender aos objetivos propostos.

Outro método utilizado foi a Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), comentada e brevemente explicada na Introdução deste trabalho. Na medida em que o público-alvo detectava fatores de risco para alterações neuromotoras ou o atraso do desenvolvimento, as crianças eram encaminhadas para o bolsista avaliá-las sob a supervisão docente da Extensão, na própria UBS ou no domicílio, este último considerado o local ainda mais indicado, pois representava o ambiente natural onde elas eram criadas e, portanto, adaptadas e acostumadas. Para esta avaliação não foram necessárias mais do que algumas placas de E.V.A. (Ethil Vinil Acetat, abreviação do nome em inglês, ou Etileno Acetato Vinila, denominação na língua vernácula) encaixadas umas nas outras e dispostas ao chão, e fichas contendo as especificações, etapas e os escores da AIMS.

A partir da avaliação pela AIMS, os pequenos foram acompanhados mensalmente pela equipe da Extensão Universitária atuante no local e pelos profissionais de saúde envolvidos, integrando um programa de *follow-up* que durou os dois anos do biênio. Concomitantemente, e já adentrando o segundo ano do biênio, os pais ou responsáveis precisariam se integrar com as equipes, conhecer e acompanhar as etapas neuromotoras do desenvolvimento de suas crianças, porém, tinham muitas dificuldades para compreender as orientações em linguagem técnico-científica. Por esta razão, optou-se por uma comunicação em linguagem de fácil acesso, originando, então, o Plano de Extensão discente, tema deste trabalho.

No segundo ano do biênio o Plano de Trabalho discente na Extensão contou com oficinas socioeducativas, docente e discente, com os profissionais de saúde envolvidos para o desenvolvimento da linguagem acessível, a fim de se comunicarem de maneira inteligível, como dito anteriormente. No entanto, o aspecto mais importante deste trabalho de monitoramento da comunicação do público-alvo se relacionou às reuniões semanais dialogadas com os profissionais para verificar se as orientações aos pais ou responsáveis da criança acerca do desenvolvimento neuromotor normal de seus filhos eram de forma correta comunicadas em linguagem acessível por este público.

Quanto ao método de análise a opção se definiu pelo monitoramento da comunicação em linguagem de fácil acesso pelos público-alvo do Projeto de Extensão, por meio de acompanhamento semanal direto nos contatos pessoais com pais ou responsáveis, e de oficinas socioeducativas mensais, utilizando o diálogo como forma de aprendizado e compartilhamento para promover a educação permanente destes profissionais que, por sua vez, promoveriam a saúde da população infantil na comunidade.

Resultados e Discussão

Realização do monitoramento presencial do público-alvo: o bolsista foi semanalmente ao CS para o acompanhamento desses profissionais, que eram distribuídos em diversos setores da UBS, como: sala de vacina, puericultura, sala de coletas de exames, sala de curativos e acompanhamento dos ACS nos domicílios das famílias das crianças.

A permanência junto ao público-alvo para acompanhá-los na interação com os pais, ministrando-lhes informações e conhecimentos, foi fundamental para conquistar o sucesso da tarefa. Entretanto, e não menos importante, o envolvimento dos moradores da comunidade na proposta para o aprendizado e apreensão dos conhecimentos e orientações representou o alicerce para o contingente atuante. Como acrescentou Cardoso *et al.*, (2013), tal envolvimento “constitui-se na essência propulsora para a realização de um trabalho com possibilidades de elevar a saúde da comunidade, sem eximir a realização das ações clínicas”.

Foram coletadas informações e relatos abordados no momento da comunicação do público-alvo com a família e na sequência seguem descritos alguns exemplos:

“Menino com 21 dias de nascido, prematuro, de 35 semanas, fez acompanhamento na pediatria de um hospital escola da cidade de Campinas, não houve nenhuma intercorrência durante o parto. Segundo a pediatra o desenvolvimento neuromotor estava adequado para a idade. O público-alvo constatou que não havia alterações neuromotoras, porém orientou pais quanto às atividades que a criança deveria desenvolver nesta idade e, assim, estimulá-la evitando-se quaisquer repercussões negativas em seu desenvolvimento, haja vista a prematuridade. Caso percebessem alguma alteração em seu desenvolvimento, a mãe retornaria à Unidade Básica de Saúde para o acompanhamento dos profissionais e verificação dos fatores de risco para o atraso neuromotor, ou constatação do atraso, de fato, tomando-se as medidas necessárias para corrigi-lo”.

A prematuridade pode ocorrer por fatores perinatais, questões socioeconômicas, culturais e ambientais. Por esta razão, é considerada risco para o desenvolvimento neuromotor. Foram observadas as seguintes habilidades: motor grosso, motor fino, adaptativo, pessoal-social e linguagem das crianças à termo e pré-termo, na faixa etária de um a três anos. Nas crianças atendidas pelo público-alvo envolvido com monitoramento dos respectivos atendimentos, notou-se que o desempenho global e motor de crianças nascidas prematuras foi inferior quando comparado ao desempenho de crianças nascidas a termo, como sugere Ribeiro *et al.* (2017).

“Bebê com 2 meses de idade apresentava como patologia concomitante diabetes, pois a mãe informou que apresentou diabetes gestacional. Porém, conforme verificado pelos

profissionais da UBS, a criança possuía desenvolvimento neuromotor adequado para a idade e foram realizadas orientações quanto ao adequado desenvolvimento motor”.

Segundo Amaral *et al.* (2012), o diabetes gestacional está relacionado a altos índices de complicações fetais e neonatais podendo acarretar atraso do desenvolvimento infantil. Os recém-nascidos de mães diabéticas apresentam hipoglicemia e são muitas vezes assintomáticos, evidenciando um risco significativo de morbimortalidade. Em longo prazo as complicações causadas pela hipoglicemia pré-natal aumentam os riscos de alterações metabólicas no período pós-natal, causando um comprometimento neurológico por carências vitamínicas, do elemento ferro, asfixia, hipoxemia e hipoglicemia. Em linguagem de fácil acesso tais orientações foram discutidas com a mãe, a qual demonstrou interesse em levar o bebê periodicamente às consultas médicas na UBS, assim como ao programa de *follow-up* para o acompanhamento infantil pelos ACS, pediatra, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem. Segundo estes profissionais, público-alvo do Projeto de Extensão, conforme fora mencionado, antes das atividades extensionistas os pais dos pequenos não mantinham com eles relação de proximidade para verificarem juntos como seus bebês estavam se desenvolvendo. Profissionais e comunidade iniciaram uma fase de transição paradigmática, onde a aproximação entre estes dois lados da sociedade possibilitou até hoje a construção de uma relação interpessoal de confiança. Assim, o interesse e a motivação dos pais asseguraram-lhes mais segurança, apoio e a certeza do acolhimento para lidarem com as etapas do desenvolvimento neuromotor de seus filhos e com as maneiras lúdicas e corporais de os estimularem em casa e no meio ambiente.

“Menina 10 meses: nasceu de parto normal e era adequada para a idade gestacional, apresentava desenvolvimento motor normal. O público-alvo identificou que a criança realizava os seguintes marcos do desenvolvimento: sentar independente, engatinhar, ficar em pé com apoio, e foram realizadas orientações acerca do desenvolvimento infantil para que futuras aquisições motoras ocorram normalmente”.

O desenvolvimento motor se processa com mais intensidade no primeiro ano de vida devido à neuroplasticidade do Sistema Nervoso Central (SNC). Dessa forma, o bebê apresenta uma evolução progressiva dos principais marcos motores, como: rolar, sentar, engatinhar e deambular. Durante o segundo ano de vida a criança apresenta melhor desenvoltura ao realizar tais habilidades. O meio ambiente é o principal fator para possibilitar a evolução adequada e cronológica do desenvolvimento mencionado, destacando a importância da fisioterapia e de outros profissionais da saúde para realizar a estimulação destas crianças, principalmente em um ambiente familiar, favorecendo o

maior desenvolvimento da qualidade do aprendizado (DORNELAS *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2012). E se o meio no qual vivem as crianças conspirou a favor de seu desenvolvimento neuromotor e crescimento, levando-se em conta as mudanças de atitudes paternas que iniciaram suas transformações a partir das ações junto ao público-alvo, a coletividade certamente colheu resultados benéficos, para além do término do Projeto. Isto foi possível em razão da emancipação dos profissionais e aquisição de competências paternas, fortalecendo seus potenciais como integrantes da comunidade para o controle, amenização e prevenção de enfermidades e seus agravos relacionados ao desenvolvimento infantil. (CARDOSO *et al.*, 2013).

*“Menino 2 anos de idade, nasceu de parto normal e adequado para a idade gestacional, mas durante o parto criança aspirou **mecônio** (destaque nosso para lembrar ao leitor que se trata das primeiras fezes do feto intrauterina ou nas primeiras horas de nascido). Durante o acompanhamento médico foi informado que a criança poderia ter um atraso do desenvolvimento. Entretanto, em sua inspeção, o público-alvo pôde perceber o desenvolvimento neuromotor adequado para idade, mas, mesmo assim, foram realizadas orientações quanto às etapas normais do desenvolvimento motor em linguagem acessível aos pais para assegurar o caráter preventivo de quaisquer alterações neuromotoras acometendo seus filhos”.*

No exemplo acima, mais uma vez, constatou-se a intervenção do público-alvo para proceder às interações com a comunidade, com fins de transformações nas posturas dos pais para vigiarem o desenvolvimento neuromotor de seus descendentes.

Com relação ao mecônio, Osava *et al.* (2012) alertam para a probabilidade de o neonato aspirar esta substância pastosa de coloração esverdeada e, assim, significar uma das importantes complicações em partos a termo, com considerável causa de mortalidade perinatal. Este fato ocorre constantemente em idades gestacionais mais avançadas, isto é, em média de 42 semanas. As causas mais comuns são: hipóxia e infecção intrauterina. A aspiração de mecônio pode causar hipóxia no bebê por obstrução das vias aéreas acarretando a Lesão Encefálica Crônica não Progressiva da Infância, mais conhecida por Paralisia Cerebral.

“Em um bebê com 3 meses de nascido, o público-alvo identificou desenvolvimento adequado para a idade; criança apresentou ausculta pulmonar com presença sibilos e fez acompanhamento em um Hospital Universitário da cidade de Campinas com suspeita de bronquiolite. Profissionais da UBS orientaram quanto às atividades indicadas para a idade da criança”.

A bronquiolite viral é uma doença respiratória com prevalência em crianças até dois anos de idade. Crianças acometidas por essa doença apresentam um elevado risco de internações hospitalares, muitas vezes necessitando de acompanhamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), permanecendo por prolongados períodos de internação. Possui como etiologia: prematuridade, cardiopatias congênitas, doença pulmonar crônica e imunodeficiência (COUTINHO *et al.*, 2015; FERLINI *et al.*, 2016). O público-alvo, conhecendo a possibilidade de haver atraso neuromotor devido à internação prolongada, se antecipou com competência e autonomia para prestar à família as orientações acerca do adequado desenvolvimento neuromotor infantil.

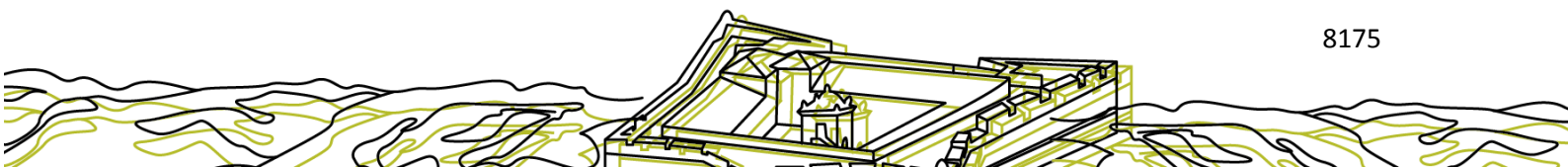
Portanto, a patologia, citada anteriormente, acarreta um atraso do desenvolvimento neuromotor devido ao longo período de hospitalização, diminuindo as oportunidades de a criança explorar o ambiente e os brinquedos, prejudicando-a na aquisição dos marcos motores (COUTINHO *et al.*, 2015).

O sucesso dos profissionais envolvidos para se comunicarem com os pais utilizando a linguagem acessível representou o aspecto mais gratificante e bem-sucedido deste trabalho de Extensão, fruto da interação da universidade com a comunidade por meio de ações potencialmente transformadoras da sociedade. (GIROUX, 1997). Em saúde “o ato de transformar as vulnerabilidades dos moradores em motivação para o desenvolvimento e fortalecimento de potenciais individuais” confirmou que um trabalho planejado e de parceria realmente pode dar certo, visando à promoção da saúde da população. (CARDOSO *et al.*, 2013).

Para finalizar, de acordo com Lima *et al.*, (2017), a educação em saúde é o meio mais eficaz para a prevenção de doenças e promoção da saúde. A capacitação do público-alvo pelas atividades extensionistas promoveu a educação permanente do grupo envolvido para, de fato, transformar a sociedade de modo mais justa e igualitária (GIROUX, 1997). Neste aspecto, a universidade e a extensão, apropriando-se do conhecimento produzido intramuros, atuou em prol de um serviço de saúde que exerce programas com a população de seu entorno, consolidando, assim, o efetivo papel da instituição de ensino nas ações extramuros, segundo as demandas da sociedade.

Conclusão

Durante o primeiro ano do biênio 2016-2017 do Plano de Trabalho discente e Projeto de Extensão docente, ao qual esteve vinculado, pudemos acompanhar e compartilhar a gradual aquisição de autonomia por parte dos profissionais do Centro de Saúde, ou seja, público-alvo do Projeto de Extensão, ao promoverem a saúde da população infantil que frequenta a Unidade e aquela de seu entorno, haja vista que os Agentes Comunitários



de Saúde estabeleceram e ainda estabelecem esta relação com a comunidade regional em sua rotina de trabalho na atenção primária.

Ao término do segundo ano do biênio, a educação permanente do público-alvo envolvido, munido da linguagem acessível em sua rotina de trabalho, estimulou os pais ou responsáveis pelas crianças para conhecerem o desenvolvimento neuromotor de seus filhos, visto que dos genitores se esperou que configurassem como protagonistas para realizarem a observação e o estímulo neuromotor dos pequenos sob sua responsabilidade. Além disto, os profissionais envolvidos adquiriram conhecimento e autonomia para procederem à vigilância de fatores de riscos potencialmente ameaçadores para acarretar o atraso neuromotor infantil.

Para os casos nos quais o atraso mencionado já estivesse instalado, a capacitação do público-alvo se tornou fundamental para detectarem-no obtendo-se, então, um resultado satisfatório que consistiu do encaminhamento das crianças comprometidas para a equipe multiprofissional da universidade ou ambulatórios especializados e hospitais localizados nas imediações do Centro de Saúde.

Portanto, o monitoramento da utilização da linguagem acessível pelo público-alvo aos pais ou responsáveis das crianças com fatores de risco ou atraso neuromotor obteve seu êxito pela constatação de sua educação permanente diante do exposto.

Finalmente, ao término do Projeto de Extensão no final do ano de 2017 na UBS mencionada, sugerimos aos profissionais e à coordenação que sua educação permanente, desenvolvida a partir das atividades do Projeto, seja referência para todas as UBS de Campinas e região, especialmente aquelas localizadas em seu entorno, para que outros profissionais de saúde possam ser beneficiados pelas atividades do projeto.

Referências

AMARAL, A. C. S. et al. Complicações neonatais do diabetes mellitus gestacional – DMG. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p.40-42, jun. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/gusta/Downloads/v22s5a11 (2). pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CÂMARA, A. M. S. et al. Aplicabilidade da Escala Motora Infantil de Alberta: Experiência com crianças prematuras no NUTEP. **Extensão em Ação**, Ceará, v. 3, n. 12, p.67-75, dez. 2016. Disponível em: <http://www.revistaprex.ufc.br/index.php/EXTA/article/viewFile/264/189>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CARDOSO, L. S.; CEZAR-VAZ, M. R.; COSTA, V. Z. da; BONOW, C. A.; ALMEIDA, M. C. V. de. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. *Rev. Bras. Enferm.* 2013 nov-dez; 66(6): 928-34.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.1356-1369, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

COUTINHO, S. E. *et al.* Os múltiplos agentes associados à bronquiolite aguda e à gravidade da doença. **6 Boletim Científico de Pediatria**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 1, p.5-9, 10 jun.

2015. Disponível em:

<http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/150915221136bcped_v4_n1_a3.pdf>.

Acesso em: 14 dez. 2017.

DORNELAS, L. F.; DUARTE, N. M. C.; MAGALHÃES, L. C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 33, n. 1, p.88-103, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n1/pt_0103-0582-rpp-33-01-00088.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

FERLINI, R. *et al.* Characteristics and progression of children with acute viral bronchiolitis subjected to mechanical ventilation. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 28, n. 1, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20160003>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n1/0103-507X-rbti-28-01-0055.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

GIROUX, H. Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HERRERO, D. *et al.* **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 122132, 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822011000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2017.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p.181-189, 20 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0181.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

MÉLO, R. T. Escalas de Avaliação do Desenvolvimento e Habilidades Motoras: AIMS, PEDI, GMFM e GMFCS. *Fisioterapia em movimento*. Capítulo 2, p. 25-37, 2011, ISBN 97885- 64619-01-2.

OLIVEIRA, S. M. S.; ALMEIDA, C. S.; VALENTINI, N. C. Programa de fisioterapia aplicado no desenvolvimento motor de bebês saudáveis em ambiente familiar. **Rev. Educ. Fis./uem**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 1, p.25-35, abr. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/11551>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

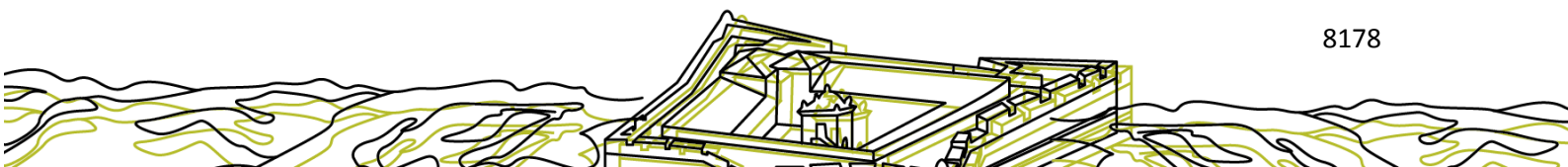
OSAVA, R. H. et al. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 24 maio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2013nahead/ao3777.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

PIPER, M. C.; DARRAH, J. *Motor assessment of the developing infant*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1994.

RIBEIRO, C. C. et al. Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. **Codas**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.1-6, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162016058>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n1/2317-1782-codas-2317-178220162016058.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

SALCI, M. A. et al. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS: ALGUMAS REFLEXÕES. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.224-230, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27>. Acesso em: 14 dez. 2017.

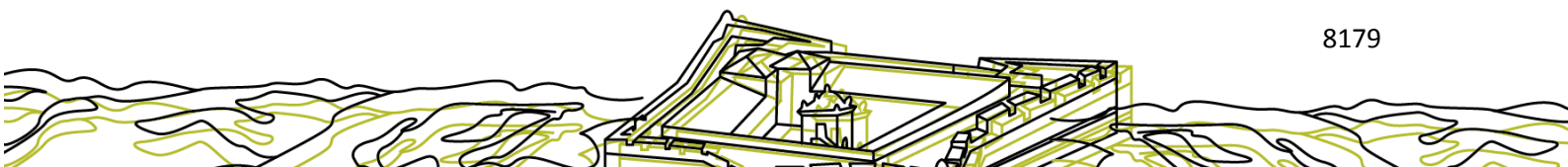
SANTOS, S. K. Z.; ROS, M. A. Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para





Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 40, n. 2, p.189196, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/198152712015v40n2e02272014>. Acesso em: 14 dez. 2017.

TECKLIN, J. S. *Fisioterapia Pediátrica*. 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2002.





O NÚCLEO UNIVERSITÁRIO DE BIOSSEGURANÇA EM SAÚDE/UEPB-CAMPUS I E SUA ATUAÇÃO ENQUANTO PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Área Temática: Saúde.

Samara Ellen da Silva¹; Criseuda Maria Benício Marques²; Mariana de Souza Gomes³; Janaína Benício Marques⁴; Denise Nóbrega Diniz⁵

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo

Introdução: Os profissionais de saúde estão constantemente expostos a riscos ocupacionais, que podem afetar tanto a sua saúde, como também de seus pacientes. É nesta conjuntura que a biossegurança deve atuar, como forma de normatização com vistas na prevenção e conscientização a respeito destes eventuais riscos. Deste modo, o Núcleo Universitário de Biossegurança em Saúde (NUBS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I, promove ações de prevenção e assistência aos acidentes ocupacionais envolvendo risco biológico, além de ser um setor ativo na produção científica nesta área. **Objetivo:** Relatar e discutir diversas ações do NUBS, voltadas principalmente para biossegurança. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um relato de experiência. As informações foram coletadas a partir de registros e dados armazenados no NUBS no departamento de Odontologia da UEPB/Campus I, através da análise de relatórios e publicações. Estas foram transcritas para o instrumento de coleta de dados na forma de um protocolo estruturado. **Resultados:** Após a análise dos dados, observou-se que o NUBS possui 12 projetos de extensão distribuídos nas categorias de prevenção, imunização, biossegurança e assistência. Foram realizadas 6 ações de testes rápidos no ano de 2017, onde 860 testes rápidos foram executados. No aspecto da prevenção, foram administradas 105 doses de vacinas para Difteria, Tétano e Hepatite B, no período 2016.2. O NUBS publicou ao longo de 2017, sete trabalhos de diferentes áreas temáticas em diversos eventos científicos. **Conclusões:** O NUBS é uma ampla extensão que tem crescido e contribuído para a conscientização e prevenção da comunidade acadêmica, bem como da comunidade em geral, a respeito dos acidentes e

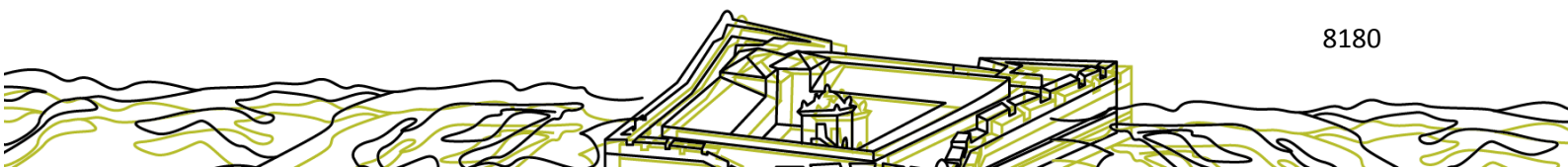
¹ Graduanda de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

² Professora Doutora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

³ Professora Doutora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

⁴ Mestranda em Ensino de Ciências e Matemática da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

⁵ Professora Mestre do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).



doenças ocupacionais. E para que esta extensão continue a se desenvolver, é importante que a mesma mantenha a interdisciplinaridade no âmbito acadêmico e o comprometimento de todos os integrantes do NUBS para com a comunidade necessitada.

Palavras-chave: Biossegurança; Imunização; Assistência.

Introdução

O ambiente clínico-hospitalar, como outros cenários de trabalho, oferecem riscos ocupacionais aos profissionais de saúde e demais trabalhadores, bem como aos pacientes que estão expostos a uma diversidade de materiais, como os biológicos e os perfuro-cortantes. Nos EUA, 1.200 pessoas que trabalham na área de saúde são infectadas por ano, o centro de controle de doenças estimou que a infecção dos trabalhadores na área de saúde implica 600 internações hospitalares e 250 mortes por ano (GUIMARÃES JUNIOR, 2001; GRANOVSKI; IOSHIMOTO, 1999). Esta dicotomia mostra a dificuldade de se promover saúde para os próprios trabalhadores da saúde.

A preocupação com a questão do bem-estar dos trabalhadores no ambiente hospitalar no Brasil iniciou-se na década de 70, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo enfocaram a saúde ocupacional em trabalhadores hospitalares (BENATTI; NISHIDE, 2000). A partir da década de 80 houve maior interesse dos profissionais desta área no estudo das repercussões do processo de trabalho hospitalar como causador de doenças e acidentes em seus trabalhadores e usuários (NISHIDE; BENATTI, 2004).

Ciente de tais riscos ocupacionais, é nessa conjuntura que a biossegurança deve atuar na conscientização e prevenção de acidentes. O termo biossegurança surgiu inicialmente para indicar um conjunto de ações necessárias à contenção de riscos, tendo como preocupação central a construção de ambientes saudáveis para as pessoas. Avanços da ciência e da tecnologia trouxeram diferentes inquietudes, ampliando seu foco e campo de aplicação de modo a abranger a construção de sistemas de prevenção e controle para diferentes situações de risco (CARDOSO, 2008; NAVARRO; CARDOSO, 2007).

Pensando nisto, criou-se na Universidade Estadual da Paraíba-UEPB/ Campus I, o Programa de Extensão Núcleo Universitário de Biossegurança em Saúde (NUBS), que tem como objetivo a prevenção, assistência e controle de doenças infectocontagiosas, enfatizando sempre a adesão dos profissionais de saúde às normas de Biossegurança.

Neste sentido, o presente trabalho, tem como objetivo relatar e discutir diversas ações deste programa de extensão (NUBS), que favorecem tanto aos profissionais de saúde como a comunidade em geral.

Metodologia

O NUBS é composto por doze Projetos de extensão vinculados aos departamentos de Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Biologia e direito. O setor localiza-se no departamento de Odontologia da UEPB/Campus I e possui parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de saúde do Estado da Paraíba e Universidade Federal da Paraíba.

Para atender as exigências éticas e científicas fundamentais da Resolução 196/96 (Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o registro de nº 54320116.7.0000.5187, na data de 14/04/2016. Os dados de identificação dos sujeitos não fizeram parte do protocolo de coleta de dados, o que garantiu o anonimato dos participantes.

As informações foram coletadas a partir de registros e dados armazenados no NUBS no departamento de Odontologia da UEPB/Campus I, pelos próprios extensionistas do Núcleo, através da análise de relatórios e publicações. Estas foram transcritas para o instrumento de coleta de dados na forma de um protocolo estruturado.

As informações de interesse incluídas na análise foram as seguintes: (a) Quantidade e citação dos projetos de extensão do NUBS; (b) Quantidade das Ações de Testes Rápidos no ano de 2017; (c) Quantidade das ações de Imunização em 2016.2; (d) Produções científicas durante o ano de 2017.

Resultados e Discussão

Os doze projetos de extensão do NUBS, foram distribuídos em quatro áreas temáticas (prevenção, imunização, biossegurança e assistência).

Os projetos de extensão do NUBS sobre prevenção são: Sistema de Gerenciamento da Prevenção de Doenças Imunopreveníveis na Comunidade Universitária¹; Prevenção contra a perda auditiva induzida pelo risco ocupacional (PAIRO) na comunidade acadêmica do curso de Odontologia da UEPB/CAMPUS I (FONODONTO); Doenças Sexualmente Transmissíveis: Prevenção e Conscientização em Escolas Estaduais do Município de Campina Grande. Estes projetos, têm como objetivos gerais conscientizar indivíduos a respeito da importância da prevenção da saúde.

Em relação ao projeto de conscientização e prevenção de DST's, por exemplo, o Ministério da Saúde adverte que a estratégia básica para o controle da transmissão das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do HIV é a prevenção pelos meios que

permitam atividades educativas que focalizem os riscos inerentes a uma relação sexual desprotegida, a mudança no comportamento e a adoção do preservativo (BRASIL, 2006).

Apecih (1998); Bolyard et al. (1998), corroboram tal afirmação ao falarem que a adesão a medidas ou programas de controle de infecção, só se concretiza quando há a compreensão de suas bases, sendo a educação um elemento fundamental neste processo. Ações educativas de prevenção e promoção à saúde são, portanto de extrema importância tanto para comunidade acadêmica como para comunidade em geral.

Os projetos de extensão do NUBS sobre Imunização são: Imunização: uma medida preventiva para os profissionais e acadêmicos da área de saúde; Estudo imunoepidemiológico dos agravos presentes na comunidade universitária - Avaliação das doenças: Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e AIDS. Tais projetos têm como objetivo principal realizar estudos imuno-epidemiológicos e promover a imunização de profissionais e pacientes.

Deste modo, a vacinação é considerada uma das mais importantes medidas de prevenção de aquisição de infecções. A vacinação contra hepatite B (HBV), rubéola, caxumba, tétano e influenza tem sido recomendada para todos os profissionais de saúde (GUIMARÃES, 2001). Sendo assim, os trabalhos de extensão do NUBS conscientizando acadêmicos e profissionais de saúde a respeito da importância da imunização tem um papel fundamental na obtenção de uma saúde perfeita. Afinal, alguns distúrbios comuns e mesmo inofensivos podem provocar danos irreversíveis (BRASIL, 1995).

O NUBS ainda possui projetos sobre Biossegurança, que são: Manejo e Segregação do Material Perfurocortante: Estratégias para minimizar o risco ocupacional; Medidas profiláticas tomadas por discentes dos cursos de saúde do CCBS/UEPB após acidentes com materiais perfurocortantes; Sistema de Gerenciamento de Resíduos Químicos do Departamento de Odontologia da UEPB; Questões de Direito e de Saúde: Informação de Direitos a Ter Direitos; Viagem ao mundo invisível: Monitoramento da contaminação microbiológica em vários setores das clínicas-escola e laboratórios do CCBS da UEPB.

Tais projetos tem como meta a conscientização e adesão as normas de biossegurança, bem como prevenção e assistência em casos de acidentes envolvendo risco biológico.

Sendo assim, à adoção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos pacientes, dos profissionais e dos visitantes (SCHEIDT; ROSA; LIMA, 2006), ou seja a biossegurança destes, é imprescindível no ambiente clínico-hospitalar.

O risco biológico, por exemplo, é o mais comum entre os profissionais de saúde (CORREA; DONATO, 2007). Especialmente nos serviços de urgência e emergência, grande parte dos acidentes que envolvem profissionais da área da saúde se deve à falta de observância e adoção das normas de biossegurança (VALLE; FEITOSA; ARAÚJO, 2008).

É nesta perspectiva que atuam os projetos de extensão do NUBS, voltados à biossegurança, buscando implementar medidas com a participação do profissional, a partir da sua compreensão acerca do risco existente nas diferentes ações da assistência aos usuários (PAULINO; LOPES; ROLIM, 2008).

Os projetos de extensão do NUBS que trabalham com assistência são: Implantação da coleta de amostras para teste rápido molecular da tuberculose (TRM-TB) na UEPB: possibilidades de novos diagnósticos; Acolhimento psicológico aos profissionais de saúde em risco ocupacional com material perfurocortante.

A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim a conceitua: "Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (DEJOURS, 1986). Desse modo, Observa-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde (ENGELS, 1986). Desta forma, o NUBS promove trabalhos com a comunidade acadêmica de saúde, fornecendo acompanhamento psicológico, bem como assistência à comunidade em geral.

O NUBS no ano de 2017 realizou seis ações abertas de testes rápidos para toda comunidade acadêmica e comunidade em geral, totalizando o número de 381 pessoas atendidas, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1: Quantidade de testes realizados pelo NUBS no ano de 2017.

DATA	LOCAL DA AÇÃO	ATENDIMENTOS	QUANTIDADE DE TESTES
08/03/2017	Sala do NUBS	56	224
22/03/2017	Sala do NUBS	59	236
26/07/2017	Sala do NUBS	40	160
28/07/2017	UNIMED	37	74
13/09/2017	Central de Integração Acadêmica (CIA)	166	166
04/10/2017	II SEOC (FIEP)	23	92

As ações das datas 08/03, 22/03, 26/07 e 04/10, promoveram a realização de testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C. Enquanto a ação do dia 28/07 realizou testes rápidos de Hepatite B e C e a do dia 13/09 promoveu apenas a realização de testes rápidos para HIV.

Uma intervenção correta e eficaz tanto para os cuidados agudos como para uma fase seguinte de doenças emergentes e reemergentes, depende da detecção rápida e segura do agente patógeno (Cavalcanti; Lorena; Gomes, 2008). Por isso, a utilização dos testes rápidos, para o diagnóstico de doenças como o HIV e a sífilis, tem se mostrado uma estratégia eficaz na implementação de novas medidas de abordagem para o diagnóstico dessas infecções (EUA,1995).

Além disso, métodos de diagnósticos mais rápidos certamente auxiliarão a vigilância epidemiológica, pois doenças infecciosas que apresentem significantes consequências para a saúde pública poderão ser eficientemente controladas se identificadas precocemente (CAVALCANTI; LORENA; GOMES, 2008). Graças ao desenvolvimento desses métodos que os resultados podem ser obtidos em poucas horas ou até mesmo em minutos.

A maior parte desses métodos baseia-se na detecção do complexo antígeno-anticorpo. A imunocromatografia tem sido bastante utilizada para diagnóstico em campo. Por outro lado, no laboratório outros métodos imunológicos são utilizados graças à simplicidade da execução, ao baixo custo e à acurácia (PERUSK; PERUSKI, 2003; SANCHEZ, 2011).

Além disso, o Núcleo Universitário de Biossegurança em Saúde atuou no período de 2016.2 na imunização de 105 pessoas entre docentes, discentes, técnicos e usuários dos serviços do Centro de Ciências Biológicas e de Saúde (CCBS) da UEPB/Campus I. Foram então realizadas ações de imunização para Difteria, Tétano e Hepatite B, como mostra a figura 1.

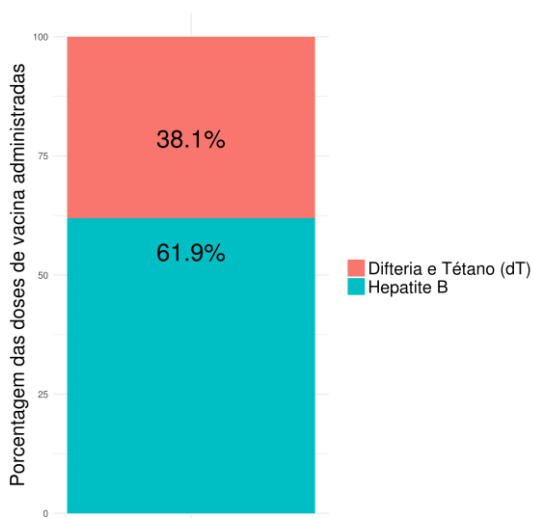


Figura 1: Doses dT e Hepatite B administradas no período de 2016.2

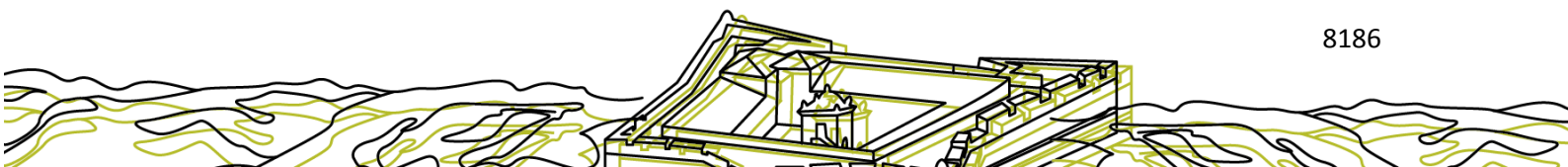
Sendo assim, percebe-se que houve uma maior procura pelas vacinas dT's (61,90%). Vale salientar que as maiores procuras foram para as doses de reforços das vacinas dT, que são administradas a cada 10 anos. Portanto, das 65 doses de dT administradas, 36 foram doses de reforço.

O tétano é doença infecciosa, não contagiosa, usualmente de início agudo, resultante do binômio solução de continuidade de pele/ mucosa e contaminação pelo bacilo *Clostridium tetani* (VERONESI, 1960). Caracteriza-se por espasmos dolorosos, rigidez muscular e disautonomia, causados pela tetanospasmina, potente neurotoxina bacilar. A letalidade é bastante elevada, principalmente, nas faixas etárias extremas (TRIGUEIRO, 1976).

Em alguns países desenvolvidos, o tétano ainda persiste, isto se deve, em grande parte, à queda linear dos níveis séricos da antitoxina tetânica com o avançar da idade, à imunossenescência com prejuízo da atividade Thelper (KISHIMOTO et al, 1980) , e à negligência nas doses de reforço da vacina antitetânica (HEATH et al, 1996).

Portanto, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) classifica as doenças transmissíveis preveníveis por vacinação como doenças de tendência decrescente uma vez que apresentaram uma drástica redução da incidência nas últimas décadas (BRASIL, 2004). O tétano e a difteria, por exemplo, são consideradas doenças raras, porém ainda ocorrem em populações que não completaram a imunização primária (LUZ; SOUZA; CICONELLI, 2007). O que pode explicar o maior interesse de alguns indivíduos pela tomada das doses de reforço das dT's.

Entretanto, é preocupante que a procura por imunização contra a Hepatite B, principalmente pelos profissionais de saúde não tenha sido tão acentuada, uma vez que



esta é uma doença infecciosa grave de ocorrência mundial que constitui importante problema de saúde pública. De acordo com alguns autores, há entre 250 e 350 milhões de portadores crônicos do vírus da hepatite B (HBV) em todo mundo, e mais de 50 milhões de pessoas (cerca de 5% da população mundial) são infectadas anualmente (BALDY, 2003; KEATING, NOBLE, 2003).

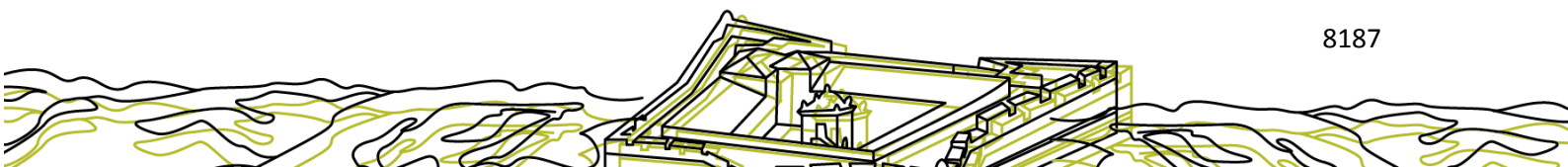
Além disto, o vírus da hepatite B é dotado de infectividade 57 vezes maior que o vírus da imunodeficiência humana- HIV (BRASIL, 2000). E segundo o Centro de Controle de Doenças (CDC) (2001), cerca de 300 mil infecções com o vírus da Hepatite B ocorrem todo ano nos Estados Unidos. Entre esses, cerca de 12 mil casos afetam profissionais da área da saúde (EUA,

Quando à produção científica em 2017 os extensionistas do NUBS participaram de diversos eventos. Os resumos, artigos e capítulos de livro publicados abrangem uma variedade de áreas temáticas, como mostra o quadro 2:

Quadro 2: Publicação de Trabalhos do NUBS em 2017

Área temática	Quantidade	Eventos
1. Microbiologia	01	II CONAPESC
2. Promoção da Saúde Biossegurança	05	II CONAPESC II COMBRACIS XXX MICO CINASAMA
3. Biossegurança	12	II COMBRACIS XXX MICO CINASAMA XIX SNNPqO
4. Imunização	04	II COMBRACIS CINASAMA XIX SNNPqO
5. Assistência	03	XXX MICO CINASAMA

Através do Quadro 2, percebe-se a ativa produção científica do NUBS, totalizando 27 publicações no ano de 2017. O que faz do NUBS um setor de extensão que além de prestar serviços à comunidade acadêmica e à comunidade em geral, também contribui para a disseminação de saberes científicos, o que é de grande importância, uma vez que,



os eventos científicos constituem-se como fonte essencial na busca e apreensão de novos conhecimentos (DE LACERDA, 2008).

Para Carmo e Padro (2005) a ciência é uma atividade social, e, portanto, precisa ser divulgada, debatida e refletida, os eventos científicos, portanto, são meios altamente eficientes na comunicação oral do conhecimento (OHIRA, 2002). Tais conceitos são corroborados por Marchiori et al. (2006), que citam como principais funções destes eventos: criar oportunidades para a troca de experiências entre os pesquisadores e divulgar novos conhecimentos.

Sendo assim, os extensionistas do NUBS, através da participação e publicações em eventos científicos, divulgam dados, pesquisas, relatos, bem como todo trabalho que este setor desenvolve para com a comunidade acadêmica e à comunidade em geral. Como ressaltado anteriormente, o núcleo promove deste a assistência, realizando testes rápidos até ações preventivas, as quais tem feito diferença na vida de todos que passam pelo Núcleo Universitário de Biossegurança em Saúde da UEPB/Campus I.

Considerações Finais

Sabe-se que os profissionais de saúde, bem como seus pacientes enfrentam diversos riscos no ambiente clínico. Desta forma, pelos resultados e dados obtidos, conclui-se a importância do trabalho desenvolvido pelos doze projetos de extensão do NUBS, os quais têm atuado de forma brilhante nas áreas de biossegurança, com vistas a prevenção e assistência à comunidade acadêmica e à comunidade em geral.

Além disso, foi possível observar a ativa participação do NUBS nos eventos científicos, através de diversas publicações. O que é de grande valia, uma vez que, os eventos científicos são fonte de divulgação, reflexão e apreensão de novos conhecimentos.

Diante dos resultados apresentados e dos objetivos alcançados, pode-se observar que o NUBS é uma ampla extensão que vem crescendo e proporcionando aos alunos extensionistas da UEPB/Campus I, oportunidades de trabalhar com ensino, pesquisa e extensão. Para que seu desenvolvimento seja ainda mais significativo, portanto, vale salientar, a importância da manutenção da interdisciplinaridade no âmbito acadêmico e do comprometimento de todos os integrantes do NUBS para com a comunidade necessitada.

Referências Bibliográficas

APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Orientações para controle de infecção em pessoal da área da saúde**. São Paulo, p. 94, 1998.

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Senado Federal: Centro Gráfico, 1998.
- BALDY, J.L. et al. Intradermal vaccination of adults with three low doses (2 µg) of recombinant hepatitis B vaccine. I. Seroconversion rate and adverse effects. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v. 98, n. 8, p.1101-7, 2003.
- BENATTI, M. C. C. et al. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2000.
- BOLYARD, E. A. et al. Guideline for infection control in healthcare personnel. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, New Jersey, v.19, n. 6, p. 410-463, 1998.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. 196/96) e outras**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atendimento integrado à saúde e desenvolvimento da criança**. Ações básicas. Módulo III. Brasília, 1995
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de Aids: manual de condutas**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Ministério da Saúde, 2004.
- CARDOSO, T. A. O. **Análise da construção da competência do Brasil em direção ao Laboratório de Contenção Máxima: realidades e perspectivas**. 2008. Tese de Doutorado.
- CAVALCANTI, Milena Paiva Cavalcanti et al. Avanços Biotecnológicos Para O Diagnóstico Das Doenças Nfecciosas E Parasitárias. **Revista de Patologia Tropical**, v. 37, n. 1, p. 01-14, 2008.
- EUA. CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. **MMWR**, v. 50, n. RR11, p. 1-42, 2001.
- CORREA, C. F.; DONATO, M.. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva-a percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 197-204, 2007.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

- DE LACERDA, A. L. et al. A importância dos eventos científicos na formação acadêmica: estudantes de biblioteconomia Importance of scientific meetings at the academic formation: library science students. **Revista ACB**, v. 13, n. 1, p. 130-144, 2008.
- DOS SANTOS CARMO, J.; DO PRADO, P. S. T. Apresentação de trabalho em eventos científicos: comunicação oral e painéis. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 1, 2005.
- ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra: segundo as observações do autor e fontes autênticas**. Boitempo Editorial, 2015.
- EUA. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION et al. United States Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 44, p. 1-15, 1995.
- GUIMARÃES, J. J. Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos. In: **Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos**. 2001.
- GRANOVSKI, N.; IOSHIMOTO, L. M. Situação atual e perspectivas para o controle da hepatite B no Brasil. **São Paulo**. v. 27, 1999. HEATH, T. C. et al. Tetanus immunity in an older Australian population. **The Medical journal of Australia**, v. 164, n. 10, p. 593-596, 1996.
- JUNIOR, J. G. Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos. In: **Biossegurança e controle de infecção cruzada em consultórios odontológicos**. 2001.
- KEATING, G.M.; NOBLE, S. Recombinant hepatitis B vaccine (Engerix-B®). **Drugs**, v. 63, n. 10, p. 1021- 51, 2003.
- KISHIMOTO, S. et al. Age-related decline in the in vitro and in vivo syntheses of, anti-tetanus toxoid antibody in humans. **Journal of immunology**, v. 125, n. 5, p. 2347-2352, 1980.
- LUZ, K. R.; SOUZA, D. C. C.; CICONELLI, R. M. Vacinação em pacientes imunossuprimidos e com doenças reumatológicas auto-imunes. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 2007.
- PAULINO, D. C. R.; LOPES, M. V. O.; ROLIM; I.L.T.P. Biossegurança e acidentes de trabalho com pérfuro-cortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza – CE. *Cogitare Enferm*. 2008.
- PERUSKI, A. H.; PERUSKI, L. F. Immunological methods for detection and identification of infectious disease and biological warfare agents. **Clinical and diagnostic laboratory immunology**, v. 10, n. 4, p. 506-513, 2003.
- NAVARRO, M. B.; Cardoso, T. A. O. **Biossegurança e Ambiente: Complexidade e Instrumentalização**. *Gaia Scientia*. v. 1, n. 2. p. 107-114, 2007.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 4, p. 406-414, 2004.

SANCHEZ, M. C. A. Testes sorológicos. In: Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2. ed., 2001.

SCHEIDT, K. L. S. et al. As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares. 2006.

TRIGUEIRO, G. S. **Tétano no Rio Grande do Norte. Alguns aspectos epidemiológicos e clínicos.** 1976. Tese de Doutorado. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

VALLE, A. R. M. C. et al. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 304-309, 2008.

VERONESI, R. **Contribuição para o estudo clínico e experimental do tétano.** Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1960.

SORRISO NA MELHOR IDADE: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM GOVERNADOR VALADARES-MG

Área Temática: Saúde

Lilian Lopes Barbosa¹; Ana Maria Lucas Guimarães¹; Eliseu Aldrighi Münchow²; Mauricio Malheiros Badaró²; Rodrigo Furtado de Carvalho³

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV)

Resumo

Assim como vários países já passaram por um profundo processo de envelhecimento decorrente da transição demográfica, o Brasil vivencia um envelhecimento rápido. A partir da perspectiva de que os conhecimentos gerados na universidade poderiam ser trocados com a comunidade, através de atividades de extensão com linguagem e metodologias adequadas, este projeto objetivou promover educação em saúde para uma parcela populacional desprovida de atendimento especializado e suprir carências regionais em uma amostra populacional de idosos institucionalizados, no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. O público alvo consistiu em idosos institucionalizados, com faixa etária entre 60 e 95 anos e a equipe de profissionais da Casa de Recuperação Dona Zulmira da Sociedade São Vicente de Paula. As atividades realizadas no projeto “Sorriso na melhor idade” abordaram temas como: noções básicas de saúde, saúde bucal, higiene bucal, alternativas protéticas existentes, cuidados para manutenção de próteses dentárias, importância de acompanhamento periódico com profissional Cirurgião-Dentista. Assim, promoveu-se saúde aos idosos e conhecimento à equipe de cuidadores, além de apresentar fundamental importância no processo de ensino e aprendizagem dos integrantes do projeto, viabilizando a troca de experiências

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares – MG (UFJF-GV).

² Professor Colaborador, Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares – MG (UFJF-GV).

³ Professor Orientador, Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares – MG (UFJF-GV).

e contribuindo para o crescimento pessoal e profissional. Conclui-se que: a prática de promoção em saúde deve ser orientada sob a constatação da realidade e necessidade do grupo a ser assistido, possibilitando acesso a informações, promovendo a educação em saúde bucal e motivando o autocuidado; a extensão é um instrumento estratégico e eficiente para ofertar informações e saúde para grupos que apresentam demandas em saúde; a continuidade de ações de promoção e educação em saúde para idosos é um fator essencial para se obter resultados.

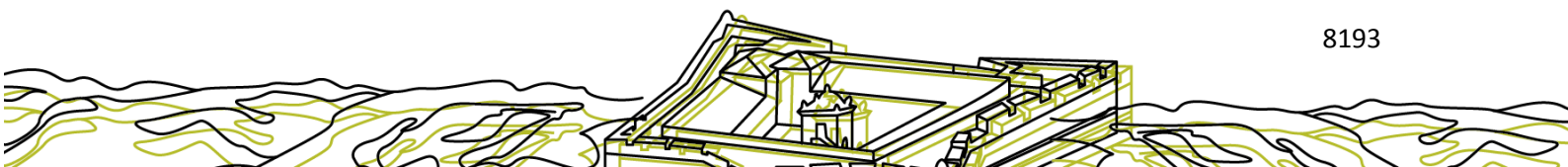
Palavras-chave: Idosos; qualidade de vida; idosos institucionalizados; saúde bucal; prótese dentária.

Introdução

O envelhecimento é um fenômeno global. A população idosa, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos ou mais, vem crescendo de forma rápida e progressiva, comparado aos outros grupos etários. Estima-se que até 2025 o número de idosos será superior a 30 milhões, sendo que nesse momento o Brasil representará a sexta população mais idosa do mundo. Esse processo de transição demográfica se deve aos avanços médicos e tecnológicos que propiciaram a redução nas taxas de natalidade e mortalidade, e elevaram a expectativa de vida da população. (LIMA, 2003; FREITAS, 2004; CERVATO, et al, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; LIMA, et al, 2008; BRITO, et al, 2013; KUCHEMANN, 2012)

A longevidade é uma experiência nova na trajetória da humanidade, que é idealizada com a qualidade de vida. No entanto, o processo de envelhecimento é associado à uma série de alterações fisiológicas, que variam de um indivíduo para outro, e que resultam em maior predisposição ao desenvolvimento de agravos crônico-degenerativos, e tornam os indivíduos dependentes do meio social e familiar. Em contrapartida, decorrente do estilo de vida da sociedade capitalista contemporânea, tem se verificado a sistemática procura por institucionalização de idosos por parte de seus familiares. (MENDONÇA, 2003; ASSIS, 2005; CALDAS, 2008; NASCIMENTO, 2013)

A literatura mostra que os idosos institucionalizados apresentam altos índices de edentulismo, cárie e doença periodontal, assim como os idosos no geral, mas que, a assistência odontológica é ainda mais negligenciada nestas instituições de longa permanência, mesmo sendo a saúde bucal essencial para a saúde sistêmica. A maioria desses idosos possuem capacidade funcional, cognitiva e física debilitada que dificulta a realização de suas atividades diárias, incluindo a higiene bucal. No entanto, os cuidadores não são capacitados para essa tarefa. (MELLO, et al, 2006; ROSA, 2008; FREITAS, 2010; BIANCO, 2010)



Em razão do edentulismo, o uso de próteses entre os idosos é frequente, mas também esses indivíduos não são instruídos em relação à higiene desses aparelhos e assim desenvolvem uma série de lesões na cavidade oral, sendo a estomatite protética, candidíase eritematosa e hiperplasia inflamatória as principais, que interferem na qualidade de vida desses indivíduos. (FURTADO, et al, 2015; BONFÀ, 2017)

Assim, a partir da perspectiva de que os conhecimentos gerados na universidade poderiam ser trocados com a comunidade, através de atividades de extensão com linguagem e metodologias adequadas, este projeto objetivou promover educação em saúde para uma parcela populacional desprovida de atendimento especializado e suprir carências regionais em uma amostra populacional de idosos institucionalizados, no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Metodologia

Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF - Número do Parecer: 1.300.266 (CAAE 43503114.3.0000.5147), sendo desenvolvido por discentes do curso de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, sob orientação de Professores e em colaboração com Técnicos Administrativos em Educação.

O público alvo deste projeto são os idosos institucionalizados da Casa de Recuperação Dona Zulmira da Sociedade São Vicente de Paula, composto por 19 indivíduos do sexo masculino e 33 do sexo feminino, com faixa etária entre 60 e 95 anos e a equipe de profissionais da instituição.

Este projeto iniciou no ano de 2014, onde foi feita a seleção dos primeiros graduandos do curso de Odontologia. Nesse primeiro ciclo a equipe reuniu periodicamente para a discussão de artigos científicos a respeito do assunto, e fizeram a visita inicial à instituição objetivando reconhecer o espaço, a rotina de trabalho da equipe local e suas peculiaridades (Figura 1).

Posteriormente, foram realizadas palestras de educação em saúde e rodas de conversa com internos (Figura 2) e com cuidadores (Figura 3), abordando os temas: noções básicas de saúde, saúde bucal, higiene bucal, técnicas de higiene bucal, alternativas protéticas existentes, técnicas de higiene para próteses dentárias, cuidados para manutenção de próteses dentárias, importância de acompanhamento periódico com profissional Cirurgião-Dentista, onde utilizou-se como ferramentas auxiliares, apresentações em multimídia, abordagens em macro-modelo, macro-escova, fio dental, modelos de próteses parciais e totais (Figura 4). Ampliou-se assim, o nível de

conhecimento dos cuidadores e dos internos sobre saúde bucal, ofertando e trocando informações.

Também foram entregues kits de escovação com escova dental, dentífrico e fio dental, e realizada a instrução de higiene bucal de forma assistida e individualizada, possibilitando uma abordagem mais adequada para as diferentes realidades constatadas. Para internos que apresentavam dificuldade motora, foi feita a adaptação de escovas (Figura 5, Figura 6). Também foi desenvolvido e executado, com o auxílio dos cuidadores, um protocolo de higiene bucal para acamados (Figura 7).

Somado a isso, foram feitas avaliações individuais através de exames clínicos (extra/intra-oral), e aplicação de questionários, proporcionando um levantamento epidemiológico significativo (Gênero; Cor; Estado Civil; Estado físico de independência; Profissões desempenhadas; Escolaridade; Satisfação com sorriso; Satisfação com eficiência mastigatória; Conhecimento quanto a perda de dentes; Frequência de visitas ao cirurgião dentista; Razões para visitas ao cirurgião dentista; Necessidades de tratamento odontológico; Odontograma; Necessidades de utilização de próteses dentárias; Uso de próteses dentárias; Estados das próteses dentárias existentes; Conhecimento quanto à utilização e cuidados com próteses dentárias; Conhecimento quanto ao câncer bucal e medidas de prevenção; Dimensão vertical de oclusão; Dimensão vertical de repouso; Amplitude de abertura de boca; Queilite angular; Testes fonéticos).

No segundo ciclo do projeto houve uma nova seleção de graduandos, e a equipe continua realizando atividades de promoção e educação em saúde bucal, atuando também nas necessidades protéticas dos internos. A equipe é dividida em dois grupos que trabalham sobre essas duas vertentes, e a cada três vistas ocorre o revezamento entre as áreas de atuação. Foram abordados temas como: noções básicas de saúde, saúde bucal, higiene bucal, alternativas protéticas existentes, cuidados para manutenção de próteses dentárias, importância de acompanhamento periódico com profissional Cirurgião-Dentista.

A equipe de promoção e educação em saúde desenvolve a atividade e apresenta a proposta em uma reunião previamente à visita, objetivando abordar os assuntos de forma lúdica e dinâmica. Constatou-se que os internos interagiram mais nas atividades em que participavam ativamente. Assim, foram desenvolvidas atividades recreativas, constatando grande participação dos internos. Entre estas, podem ser citadas: “Bingo da Saúde Bucal” (Figura 8) e “Pescaria da Saúde Bucal” (Figura 9). Também foi realizada a colagem de cartazes sobre a higiene bucal em locais estratégicos, a fim de estimular os internos a realizarem a higiene bucal de forma independente (Figura 10, Figura 11).

A equipe de cuidados e manutenção das próteses dentárias, inicialmente realiza a higienização das próteses totais, através da imersão em hipoclorito de sódio 0,5% por 10 minutos e posteriormente realiza a higienização das mesmas. Com a prótese higienizada, inicia-se a verificação da mesma quanto a presença de falhas (Trincas, fraturas, regiões cortantes,...) e quanto à adaptação em boca. Constatadas as falhas, os alunos realizam os ajustes necessários (Figura 12, Figura 13). Constatadas desadaptações, os alunos realizam o reembasamento da prótese (Figura 14). O processo de reembasamento consiste em depositar um material na superfície da prótese para obter melhor adaptação. Por ser um material temporário, os internos também são encaminhados para o atendimento odontológico nas clínicas da UFJF-GV para confecção de novas próteses. Tem sido utilizados para o reembasamento o Soft Rebase (TDV Dental Ltda) e o Soft Confort (VIPI Indústria, Comércio, Exportação e Importação de Produtos Odontológicos Ltda).

O projeto busca também conciliar sua visita a atividades lúdicas, interativas e culturais. Estas são desenvolvidas ao final de cada visita, através de apresentações musicais realizadas por voluntários (Figura 15).

Resultados e Discussão

O aumento da expectativa de vida é uma realidade nas últimas décadas, e deveria ser acompanhado por qualidade de vida. No entanto, a população idosa tem sofrido com uma série de doenças crônico-degenerativas que os torna indivíduos dependentes de assistência. Somados a isso, a falta de tempo ou condição financeira da família, desamparo ao idoso, tem-se contribuído para altos índices de institucionalização de idosos no Brasil. (BRITO, et al, 2013; NASCIMENTO, 2013)

A saúde bucal é extremamente importante para a qualidade de vida do indivíduo. Segundo Medeiros (2012), o envelhecimento sem o adequado cuidado com a saúde oral pode levar a intensas mudanças no aparelho estomatognático, reduzindo sua capacidade física e funcional. Com isso, o edentulismo se torna um forte indicador de saúde para adultos e idosos. Em contrapartida, a saúde bucal não tem sido priorizada para os idosos, e ainda mais negligenciada para aqueles que estão institucionalizados, o que resulta em altos índices de perda dentária, cárie e doença periodontal, assim como foi observado na instituição trabalhada através dos exames clínicos. (MELLO, 2005; BIANCO, 2010)

O uso de próteses dentárias por idosos é muito frequente devido ao edentulismo, mas quando esses aparelhos não são higienizados, podem ser um local de acúmulo de resíduos e micro-organismos que levam ao desenvolvimento de diversas patologias na

cavidade bucal. De acordo com Fonseca (2007), tanto a higiene bucal, como a higiene da prótese são essenciais para manter a saúde dos tecidos, prevenindo o desenvolvimento das patologias, e conseqüentemente aumentando a longevidade de uma reabilitação oral com próteses removíveis. A falta de instrução dos cirurgiões-dentistas e a idade avançada dos pacientes, que apresentam uma diminuição da destreza manual são alguns dos fatores que dificultam a higiene. (BASTOS, 2015)

Quando a higiene não é realizada, as lesões mais recorrentes na cavidade bucal, segundo Caldeiras (2010) são: estomatite protética, candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa inflamatória, queilite angular, hiperplasia papilar do palato, úlcera traumática, doença periodontal e, eventualmente, processo alérgico desencadeado pelo material usado na confecção da prótese.

A equipe constatou que o uso de próteses dentárias entre os idosos era frequente, mas que a higiene era deficitária. Os cuidadores não apresentavam capacitação para instruir ou fazer a higiene bucal dos idosos, corroborando com Mello (2005), que relata que nesses locais não há protocolos de procedimentos, há uma falta de planejamento para a atenção especializada, e ausência de capacitações por parte dos cuidadores. Por isso, a equipe deste projeto desenvolve atividades de promoção e educação em saúde bucal, onde ensinam a forma correta de higienizar as próteses e a cavidade bucal, ofertando desta forma, informações aos cuidadores, e saúde bucal para os idosos.

Diante do exposto, Carrard (2011) afirma que nos serviços de Estomatologia no Brasil, constata-se frequentemente a existência de lesões potencialmente malignas em locais com relação direta com próteses dentárias mal adaptadas. Assim, esse é um fator que justifica a atividade prática de ajustes e reembasamento das próteses na unidade. A adaptação das próteses dentárias é essencial para uma boa função mastigatória, fonética, estética, e autoestima do indivíduo. (HUGO et al, 2007; CARREIRO et al, 2008)

A continuidade do projeto na instituição também tem sido um ponto importante, pois, essa sequência de visitas gera uma aceitação dos idosos, além deles fixarem melhor as informações de saúde bucal que são ressaltadas em todas as atividades de promoção de saúde, e esse resultado é observado através da participação deles nas atividades.

Para os graduandos, a atividade de extensão tem se mostrado uma experiência enriquecedora. Eles colocam em prática o que aprendem na sala de aula, fixando dessa forma o conteúdo, e ainda fazem seu papel de cidadão para a comunidade (RODRIGUES, 2013)

A institucionalização pode gerar isolamento social, que leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, e o estado de solidão nos idosos. Como forma de entretenimento para os internos, introduziu-se a música, pois a literatura mostra que na área da geriatria e gerontologia, é a terapia complementar mais utilizada, por proporcionar ganhos psicoemocionais, físicos e sociais, melhorando a autoestima e sociabilização. (PIZARRO, 2004; GOMES, 2012)

Conclusão/Considerações Finais

- A prática de promoção em saúde deve ser orientada sob a constatação da realidade e necessidade do grupo a ser assistido, possibilitando acesso a informações, promovendo a educação em saúde bucal e motivando o autocuidado.
- A extensão é um instrumento estratégico e eficiente para ofertar informações e saúde para grupos que apresentam demandas em saúde;
- A continuidade de ações de promoção e educação em saúde para idosos é um fator essencial para se obter resultados.

Referências

ASSIS, M., Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista APS, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

BASTOS, P.L., et al, Métodos de higienização e, Próteses dentais removíveis. Revista Bahiana de Odontologia..v.6, n.2, p.129-137, Ago,2015.

BIANCO, V.C., O impacto das condições bucais na qualidade de vida das pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. Ciência e Saúde Coletiva. p. 2165-72, 2010.

BONFÁ, K, et al, **Percepção de cuidadores de idosos sobre a saúde bucal na atenção domiciliar.** Ver. Bras. Geriat. Gerontol. Rio de Janeiro, v. 20, pp. 651-660, 2017.

CALDAS C.P., **A saúde do idoso: arte de cuidar.** Ed. UERJ. v. 213, 1998.

Caldeira JCM. **Principais lesões de mucosa na cavidade bucal de idosos, em decorrência do uso de próteses** [monografia]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

CARRARD V., et al. **Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil.** Oral diseases. 2011; 17 (2):171-9.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto et al. **Aspectos Biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes de suporte**. R. Periodontia, v.18, n. 1, pp.105-113, mar., 2008.

CERVATO, A. M., DERNTL, A. M., LATORRE, M. R. O., & MARUCCI, M. F. N.. **Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para Terceira Idade**. Revista de Nutrição, v.18, n. 1, pp.41-52, 2005.

FREITAS, E. V., **Demografia e epidemiologia do envelhecimento**. Em: L. Py, J. L.Pacheco & S. N Goldman. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. pp. 19-38. Rio de Janeiro: Nova Editora, 2004.

FREITAS, M.A.V., SCHEICHER, M.E., **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro. v.13, n. 3, pp.395-401, 2010.

FONSECA P., AREIAS C., FIGUEIRAL M.H. **Higiene de próteses removíveis**. Rev. port. estomatol. cir. maxilofac. v.48, n. 3, pp.141-46, 2007.

FURTADO F.I. et al, **Avaliação do conhecimento em saúde dos cuidadores de idosos institucionalizados – Juazeiro do norte-CE**. Revista Interfaces, p.1, 2015.

GOMES, L., AMARAL, J.B., **Os efeitos da utilização da música para idosos: revisão sistemática**. Revista de Enfermagem, Salvador. v.1, n.1, pp. 103-117, dez. 2012.

HUGO, Fernando Neves et al. **Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly**. Community Dentistry and Oral Epidemiology. v. 35, n. 3, p. 224- 232, 2007.

LIMA, A. M. M., **Saúde e envelhecimento: o autocuidado como questão** (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Ciências, Universidade de São Paulo, 2003.

LIMA, A. M. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R., **Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras**. Interface. v. 12, n.27, pp.795-807, 2008.

MEDEIROS, JJ, et al., **Edentulismo , uso e necessidade de prótese e fatores associados em município do Nordeste Brasileiro**. Pesq.Bras. odontoped.Clin. Integr., João Pessoa, v.12, n.4, pp. 573-78, out/dez., 2012.

MENDONÇA J.A., MARQUES NETO JF., **Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas**. Ver. Ciên. Med. v.12, n.4. pp. 299-306, 2003.

MELLO, A.L.S.F., ERDMANN, A L. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir d contexto da instituição de longa permanência para idosos.** Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC: 2006.

NASCIMENTO, R.S. **Idosos institucionalizados: perfil socioeconômico e motivos de institucionalização de idosos atendidos no creas de um município da grande vitória.** Vitória, 2013. Acessado em: <http://www.ucv.edu.br/fotos/files/IDOSOS%20INSTITUCIONALIZADOS.pdf>. Dia 06 de março de 2018.

PARANHOS H.de F., PANZERI H., LARA E.H., CANDIDO RC, ITO IY. **Capacity of denture plaque/biofilm removal and antimicrobial action of a new denture paste.** Braz Dent J.; v.11, n. 2, pp. 97-104, 2000.

PIZARRO R.A. D.S. **A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da cidade de São Paulo.** [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis; 2004.

RODRIGUES, A.L.L., **Contribuições da extensão universitária na sociedade.** cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais. Aracaju .v. 1, n.16, p. 141-148, mar. 2013

ROSA, L.B.; ZUCCOLOTTO, M. C.C.; BATAGLION, C.; CORONATTO, E. A. S., **Odontogeriatría – a saúde bucal na terceira idade.** Revista da Faculdade de Odontologia da UPF. v. 13, n. 2, p. 82-86, mai/ago, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OrganizaçãoPan-Americana da Saúde. 2005.

FIGURAS



Figura 1: Aplicação de questionário aos internos



Figura 2: Rodas de conversar com internos



Figura 3: Rodas de conversar com cuidadores



Figura 4: Demonstração de higienização oral com macro-modelos



Figura 5: Adaptação de escovas para idosos com dificuldade motora



Figura 6: Escovas adaptadas por diferentes técnicas

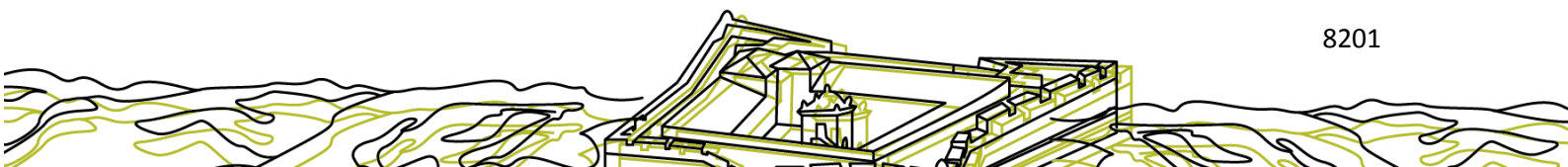




Figura 7: Realização de protocolo de higiene oral em idosos acamados com participação dos cuidadores.



Figura 8: Atividade de promoção e educação em saúde: “Bingo da Saúde Bucal”.



Figura 9: Atividade de promoção e educação em Saúde Bucal: “Pescaria da Saúde Bucal”.



Figura 10: Atividade de promoção e educação em Saúde Bucal: “Fixação de cartazes”



Figura 11: Modelos dos cartazes fixados



Figura 12: Ajuste das próteses totais

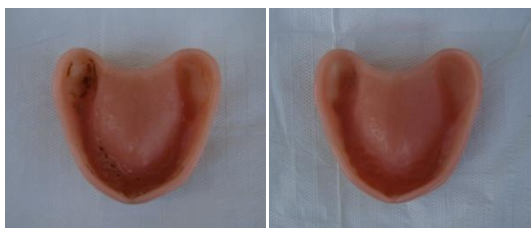


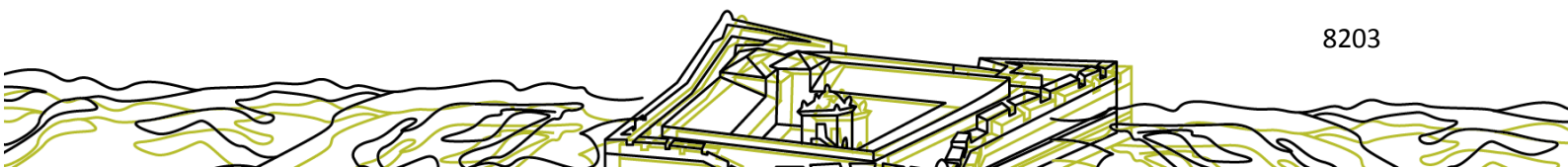
Figura 13: Prótese total previamente e após higienização e ajustes



Figura 14: Realização de reembasamento de prótese total



Figura 15: Apresentação musical



ESCUTA AO SIGNIFICANTE: O BRINCAR COMO POSSIBILIDADE

Área temática: Saúde

Hellen Silva; Jailma Souto; Agnes Durães; Pâmela Queiroz; Syzaine Silva

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo

O presente artigo aborda o recorte de um trabalho de extensão, sustentado na teoria e ética da psicanálise, segundo Freud e Lacan, cuja prática desenvolve-se com a utilização de atividades lúdicas escolhidas pelas crianças envolvidas. Nesse sentido, foi realizada revisão bibliográfica, privilegiando um recorte histórico da evolução do conceito de infância e sobre o processo de ressignificação das crianças durante o ato de brincar. Serão apresentados e analisados os resultados de oficinas lúdicas realizadas com crianças e adolescentes na faixa de idade entre 7 e 16 anos em situação de acolhimento institucional, usuárias do projeto de extensão “Lar Possível Lar: Projeto de Extensão Em Psicologia Infanto/juvenil Com Meninas Em Casa de Acolhimento Institucional”, realizado na Universidade Estadual da Paraíba, Campina grande /PB. Os resultados do projeto têm sido consequentes. Tem proporcionado condições de fala e novas elaborações à criança e adolescentes com situações de vida marcadas pelo desamparo, possibilitando ressignificações para os possíveis desfechos ainda por enfrentar.

Palavras-chave: Casa de acolhimento. Sujeito da psicanálise. Lúdico. Ressignificações

Introdução

O lugar da infância, tal qual o conhecemos na atualidade, como fase do desenvolvimento humano foi sendo construído paulatinamente na era moderna, e de acordo com Phillipe Ariés (1986), na Idade Média, esse conceito era desconhecido. No processo contínuo dessa construção, atrelado a propriedade privada, a família nuclear e a escola como transmissora de ensinamentos, muitos saberes foram constituídos em tornos de novo elemento criança, necessitado de cuidados precisos e elaborados.

No século XIX, quando já havia para a infância um lugar diferenciado dentre as etapas de desenvolvimento humano, Sigmund Freud, de maneira inovadora e polêmica para a

época, trouxe a criança a partir de um viés psicosssexual. Assim, Freud, a partir de relatos das histéricas em sua clínica psicanalítica, os quais revelavam conflitos sexuais desde a tenra idade, e que posteriormente revelaram seu caráter fantasioso, descobriu a existência de uma sexualidade infantil. Como explicitado por Coutinho Jorge:

Diga-se desde já que a ampliação do conceito de sexualidade baseou-se na concepção freudiana de sexualidade infantil – objeto de investigação do segundo ensaio –, que, situada como perverso-polimorfa, constituiu a ponte entre a sexualidade dita normal e a patológica ou perversa (JORGE, 2010 p.22).

Dessa forma, além de transformações históricas, sociais e econômicas que culminaram no surgimento do conceito de infância, a clínica psicanalítica também ampliou o olhar acerca da criança, ao concebê-la como um sujeito, ou seja, portadora de faltas e desejos. Já compreendida a sua diferenciação perante o adulto, cada vez mais foi possibilitada à criança a posse de uma gama própria de direitos (à vida, à família, moradia, educação, segurança, entre outros), os quais lhe propiciariam um desenvolvimento saudável. A fim de assegurar esses direitos, criou-se no Brasil, ano de 1990 (Lei n. 8.609) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que visa preservar os direitos do infante e trazer medidas que os restituam caso não estejam presentes na vida do mesmo, de modo que se constata nos últimos anos o crescimento de medidas protetivas ao direito da criança e do adolescente, especialmente no âmbito das políticas públicas. Como afirmado no Estatuto:

A rt. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 2016 p. 25).

Nesse contexto surgem as casas de acolhimento institucional, estas com a função de, em casos excepcionais e de caráter urgente, acolher em suas dependências crianças e adolescentes cujos direitos se encontrem ameaçados ou violados. Desse modo, a tutela

da criança antes pertencente à sua família é transferida ao Estado, o qual tem o dever de assegurar o cumprimento de tudo aquilo proposto pelo ECA, como postulado no artigo 98º do Estatuto (ECA, 2016 p. 56).

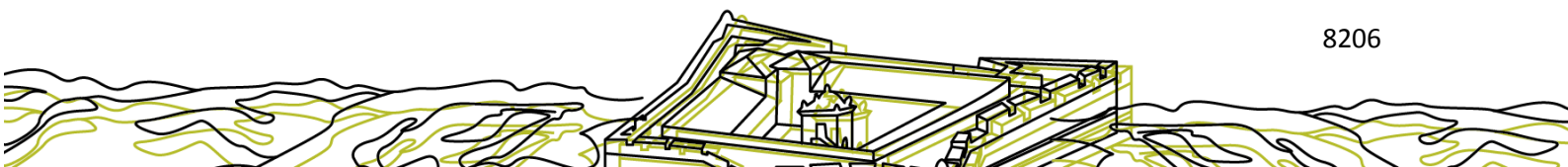
Garantir a satisfação de suas necessidades mais básicas, porém, tem-se mostrado insuficiente para o desenvolvimento sadio e integral de muitas crianças e adolescentes abrigados. Afinal, há algo para além do corpo físico do infante: trata-se de sua subjetividade, de sua história de vida, daquilo que lhe faz sujeito.

Este artigo aborda o recorte de uma experiência de extensão, baseado na teoria e ética da psicanálise, de acordo com Freud e Lacan. No desenvolvimento da prática utiliza-se de atividades lúdicas escolhidas pelas próprias usuárias envolvidas no processo. Nesse sentido, foi realizada revisão bibliográfica, considerando um recorte histórico da evolução do conceito de infância e uma leitura sobre o processo de ressignificação das crianças durante o ato de brincar. Na sequência, serão apresentados e analisados os resultados de oficinas lúdicas realizadas com crianças e adolescentes na faixa de idade entre 7 e 16 anos em situação de acolhimento institucional, usuárias do projeto de extensão “Lar Possível Lar: Projeto de Extensão Em Psicologia Infanto/juvenil Com Meninas Em Casa de Acolhimento Institucional”, realizado na Universidade Estadual da Paraíba, Campina grande /PB. As oficinas têm alcançado resultados consequentes, na medida em que as crianças têm conseguido fazer uso da palavra, via atividades lúdicas, contar sua história singular e fazer elaborações frente às novas situações que se colocam constantemente.

História Social da Infância

Para apreender a questão da infância e de como atualmente ela é concebida, faz-se necessário adentrar na historicidade desse conceito. De acordo com Ariès (1986), até o século XII, não havia lugar para a infância. Costumeiramente se via em pinturas o retrato do que se pode chamar de *pequenos adultos*, que refletiam a imagem que se tinha das crianças, haja vista que em nada se diferenciariam das características dos adultos a não ser pelo tamanho representado. Essa ideia perpassou ainda todo o século XIII. Tal conotação pôde ser vista nos retratos otomanos ainda no século XII, quando os corpos infantis *deformados* mostravam as características dos adultos. A respeito disso, Ariès comenta que:

Uma miniatura otomaniana do século XI nos dá uma ideia impressionante da deformação que o artista impunha então



aos corpos das crianças, num sentido que nos parece muito distante de nosso sentimento e de nossa visão. O tema é a cena do Evangelho em que Jesus pede que se deixe vir a ele as criancinhas, sendo o texto latino claro: *parvuli*. Ora, o miniaturista agrupou em torno de Jesus oito verdadeiros homens, sem nenhuma das características da infância: eles foram simplesmente reproduzidos numa escala menor. Apenas seu tamanho os distingue dos adultos (ARIÈS, 1986 p.50).

As crianças nas pinturas em sua maioria eram representadas vestidas. É na fase gótica, porém, que a criança aparece desnuda. Ariès (1986) argumenta: “Na arte medieval francesa, a alma era representada por uma criancinha nua e em geral assexuada.” Além disso, era assemelhada à alma e relacionada à morte, pois acerca desta última, logo após o falecimento a figura de uma criança era exalada do corpo de alguém simbolizando a alma deste. Foi em meados dos séculos XV e XVI que as crianças participaram mais comumente das pinturas, e estas últimas anunciavam em suas telas o cotidiano das mesmas. Tal retratação não constituía ainda a visão da infância, porém trazia as crianças como centrais, embora de modo não exclusivo, já que eram pintadas sempre na companhia dos adultos. Isto pois nos faz indagar qual o lugar e a relevância atribuída à criança na sociedade e em seu contexto familiar.

Ainda no século XVI a taxa de mortalidade infantil era alarmante, até pelas

condições precárias de higiene da época, e o processo de luto não recebia a devida atenção, porquanto também se tratava de um mecanismo de defesa frente à perda.

Já no século XVII, conforme se desenvolvia o conceito de infância, as crianças começaram a ser pintadas sozinhas, ou como protagonistas em meio ao seu círculo familiar. De acordo com Philippe Ariès, o surgimento da infância se deu no século XIII, porém o desenvolvimento desse conceito e realidade foram oriundos dos séculos XVI e XVII, como explicitado a seguir:

A descoberta da infância começou sem dúvida no século XIII, e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e na iconografia dos séculos XV e XVI. Mas os sinais de seu desenvolvimento tornaram-se particularmente numerosos e significativos a partir do fim do século XVI e durante o século XVII (ARIÈS, 1986 p. 65).

As concepções acima citadas facilitam o entendimento da evolução do conceito de infância e de sua importância progressivamente adquirida ao longo dos séculos. Já na Modernidade, no âmbito do saber psicanalítico, emerge a ideia do infantil que não morre no adulto, donde advém a grande relevância da infância na vida do sujeito. Mediante a isso, tal saber contribui para as representações de quem é a criança, como esta se sente, o que pensa, o que fala, e até mesmo o que deixa de ser dito por ela. A noção de que a criança não é inocente e pura, e é corpo pulsante e sexualizado, contudo, causou grandes descontentamentos e discussões na época de Freud, porquanto “A criança que Freud descortina sente tristeza, solidão, raiva, desejos destrutivos, vive conflitos e contradições, é portadora de sexualidade, escapa ao controle da educação...” (PRISZKULNIK, 2004. p. 72).

Pontuações acerca da infância e o infantil em psicanálise

A criança para a Psicanálise não é vista do mesmo modo que esta é entendida pela Biologia, a qual é definida por sua idade cronológica e limitada conforme suas fronteiras anatômicas e funcionais. A criança para a Psicanálise é entendida como um sujeito e, como tal, não é imune à sexualidade humana. Nos dizeres de Prizskulnik (2004), acerca de Freud, o pai da Psicanálise:

A criança que Freud descortina é um sujeito desejante, ela está submetida às leis da linguagem que a determinam, demandando amor e não só os objetos que satisfaçam as necessidades. Não é a criança "inocente", aquele ser em quem o "demônio da sensualidade" não provoca abalos, inquietações e perturbações.

Assim, Freud descobre na criança um ser que também goza. E mais: afirma a sexualidade infantil como perverso-polimorfa, o que não poderia gerar mais polêmica numa época, final do século XIX e início do século XX, em que predominava um ideal de pureza, inocência e assexualidade infantil (PRISZKULNIK, 2004).

Contudo, é mais do que fundamental, para fins de evitar prejuízos interpretativos, o entendimento do que é essa sexualidade da qual Freud fala. Muito além do meramente ligado aos órgãos genitais, a sexualidade é "uma função corpórea mais abrangente que visa basicamente ao prazer e que pode, ou não, servir às finalidades de reprodução" (PRISZKULNIK, 2004).

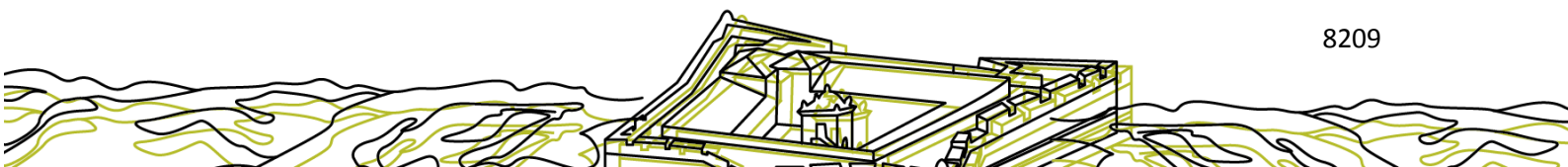
Uma vez compreendido o que é a sexualidade humana, pode-se pensar, psicanaliticamente, o que é a criança. Para o adulto, ela é o equivalente à uma falta (FLESLER, 2012, p. 16), uma vez que é a partir do desejo dos pais que uma criança é convocada ao mundo, desejo esse que só existe porque existe uma falta. Um outro ponto importante acerca da existência de uma criança é que esta precede seu nascimento biológico. Antes de existir no mundo propriamente dito, essa criança já existe no imaginário dos seus pais. Assim, nasce a criança à mercê de expectativas dos outros e já alocada numa determinada cultura, o que confere à sua existência um lugar simbólico.

Em referência ao fato de que, na análise de uma criança, além de à história, é preciso direcionar uma atenção especial à pré-história da criança, isto é, ao mito familiar (significantes que perpassam gerações), Rodolfo (1990, p.25) coloca que

[...] quando nos perguntamos o que é a criança, em psicanálise, localizamos certas coisas que denominamos significantes, as quais têm muita relação com a formação dessa criança; porém estas coisas não são necessariamente produzidas por ela, inventadas por ela, nem ditas por ela; ao invés disso, costumamos encontrá-las em lábios e ações daqueles que a rodeiam.

Freud ao afirmar a existência de uma sexualidade infantil trouxe à tona a noção de infância como um tempo passível de suas angústias, uma vez que a sexualidade humana torna-se conflitiva à medida que forças pulsionais e culturais se contrapõem. Em referência à contribuição psicanalítica para um olhar diferenciado da infância, Prizskulnik (2004, p. 77) coloca que Freud:

Contesta a concepção de infância como sendo um período calmo e tranquilo ao enfatizar que as crianças também precisam achar sentidos para muitas questões e enigmas que geram muita ansiedade, como “de onde viemos”, “para que estamos aqui”, “para onde vamos”, “o que é a morte, o sexo, a maldade, a rejeição, o desejo, o limite, o amor”, ou seja, enfatiza que elas também vivem conflitos e contradições diante de questões essenciais do ser humano diante de si mesmo e dos grandes mistérios da vida e do universo.



Portanto, ainda que o próprio Freud não tenha defendido as crianças enquanto portadoras das condições ideais para uma submissão à análise, ele lançou as bases para que um de seus maiores seguidores, Lacan, chegasse à compreensão de que é possível incluir a criança na clínica, uma vez que o objeto da psicanálise nem é a criança, nem é o adulto, é o sujeito.

"[...] as crianças nem são analisáveis como um adulto, nem deixam de ser analisáveis por não serem adultos. Algumas perguntas, como dizia Jacques Lacan, falham mais pelo que buscam do que pelo que não encontram." (FLESLER, 2012).

Sobre o brincar

É correto atribuímos a Freud o status de primeiro analista a discorrer sobre a atividade lúdica. Apesar de não se ater ao tema da análise infantil, já em 1920, no texto *Além do princípio do prazer*, o teórico aponta a importância do brincar para a criança, situando seus efeitos simbólicos e de representação frente aquilo que angustia o infante. Contudo, foram apenas alguns anos depois, através das observações clínicas de Melanie Klein, que a criança passou a ocupar o lugar de analisante enquanto tal. Klein observou em sua prática com crianças que elementos característicos da análise com adultos apresentavam-se também no processo da análise de crianças, diferenciando, entretanto, no que diz respeito à configuração do *setting*, uma vez que o brincar é na análise com crianças a principal ferramenta de acesso ao inconsciente (NASIO, 1995).

Para Klein, através do brincar fantasias e angústias pertinentes à experiência psíquica do infante seriam lançadas ao mundo externo, possibilitando, desta forma, a reorganização de seu mundo interior. A autora deixou de considerar, entretanto, o aspecto significante, ou simbólico, presente nas atividades lúdicas, questão que somente com as considerações de Lacan, em sua releitura da obra freudiana, puderam ser levantadas (NASIO, 1995).

Ao conceber o inconsciente estruturado como linguagem, Lacan reforça um aspecto fundamental da teoria freudiana, a saber, o de manifestação do inconsciente através da fala (associação livre, chistes, atos falhos). Deste modo, o autor discorre sobre uma escuta diferenciada, capaz de captar aquilo que do inconsciente – o significante –, se insinua, se repete no discurso (dito ou silenciado) do sujeito (ALONSO, 2005). No que tange à clínica com crianças, Lacan não apenas destacará a prática estruturante do brincar (RODULFO, 1990), como lhe tomará enquanto linguagem possível à criança.

Assim sendo, o autor concordará com Klein no que diz respeito à função de representação do brincar. Todavia, ele propõe que a escuta do analista se dê para além dos elementos imaginários expressos na brincadeira, atentando, desta forma, para a dimensão do significante que se repete durante os jogos infantis; é este [o significante] que apontará para a verdade do sujeito e, por conseguinte, determinará a direção do tratamento (SIMÕES; PONTES, 2013).

Como apontado anteriormente, a infância é um momento decisivo na estruturação psíquica dos sujeitos. A relação com o par parental, a resposta dada à criança diante do mito familiar e aos complexos que marcam o período, assim como a dinâmica do espaço em que está inserida, deixarão marcas profundas na psiquê do sujeito em constituição. Ao ouvir a criança em atendimento psicanalítico, portanto, é necessário "ouvir" também o contexto de onde vem essa criança, os discursos que circulam em seu meio familiar, o lugar que essa criança ocupa no desejo de seus pais. Há toda uma história e pré-história fornecedora de significantes os mais diversos que possam representar o sujeito. No caso da criança, tão ainda aprisionada ao discurso alheio, um certo tempo será demandado até que disponha de uma função simbólica própria, o que não quer dizer que não é possível conversar com ela (PRISZKULNIK, 2004). Tanto é possível, que é justamente esse espaço à fala que lhe propiciará o resgate às concepções adultas que lhes obstaculizam o emergir subjetivo.

É sabido que o espaço institucional foi, e o é, ao longo da história, atravessado pelo discurso do mestre. A instituição, e aqueles que lhe representam, sabem, portanto, "o que é melhor" para a criança; esta é silenciada, alienada de sua história e, logo, da sua condição de sujeito. Sendo assim, é importante que "furos" sejam realizados no discurso do Outro institucional de modo que seja possível a emersão do sujeito (RODULFO, 1990). Deste modo, o espaço ofertado durante as oficinas do referido projeto, tem por objetivo resgatar, através do lúdico, a fala de crianças institucionalizadas: é preciso que elas falem de sua história, de suas angústias e fantasias; isto, aliado a um ouvido pronto a suportar, e de um ambiente atravessado pela transferência, tornará possível o deslizamento da cadeia de significantes, de modo a permitir a elaboração do novo sobre as repetições na vida dos sujeitos.

Metodologia

A extensão teve como público alvo meninas entre 7 e 16 anos de idade em contexto de acolhimento institucional na cidade de Campina Grande - PB. Foram realizadas oficinas lúdicas apoiadas na leitura psicanalítica, que ocorreram semanalmente nas terças-feiras na Universidade Estadual da Paraíba, iniciando às 9:00 horas e contando com 1 hora de

duração. Fizeram parte do projeto 4 extensionistas e foram acolhidas em média 6 participantes por oficina. Foram oferecidos durante as oficinas materiais de desenho e de costura, brinquedos e livros.

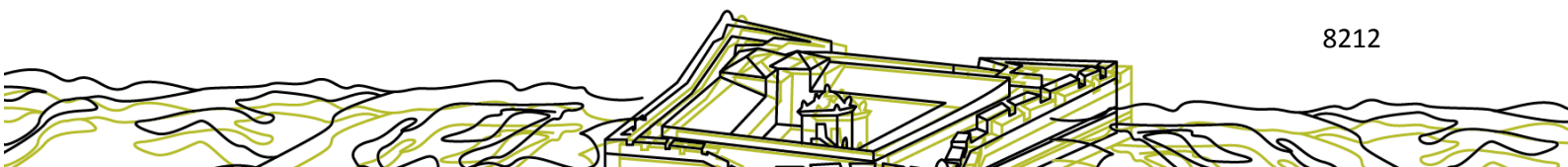
Resultados e Discussão

O brincar, enquanto importante meio de elaboração para as crianças, propicia que as mesmas coloquem em cena questões subjetivas, bem como fragmentos de sua história de vida, que em suas palavras e atos enigmáticos fornecem rico material interpretativo. No referido projeto, não por acaso, o brincar revelou-se como uma dinâmica constante nos encontros de extensão. E em função de muito se repetirem, o que dá indício de certo grau de significação para os sujeitos em questão, a seguir serão analisadas algumas das brincadeiras que mais se destacaram nestes encontros.

Um dos brinquedos oferecidos no projeto, uma boneca negra, despertou grande enamoramento por todas as usuárias do serviço de extensão, um grupo predominantemente negro, o que é interessante de se notar tendo em vista que anteriormente à chegada de tal boneca, as meninas pouco investiam nas outras bonecas ali presentes, as quais eram de cores claras. Já a boneca de cor negra foi alvo de repetidas disputas por parte das meninas desde o primeiro contato, onde cada uma delas envolvia a boneca em diferentes vivências. A partir da nítida preferência por esse brinquedo, pode-se indagar que ele se constitui como um significante frente aos sujeitos que lhe tomaram como mais representativo de si que os demais brinquedos, tanto é que, não satisfeitas em utilizar a boneca durante as oficinas, as meninas muito insistiam em levá-la para o abrigo.

Outro material presente nas oficinas, as almofadas, foi manuseado por parte das meninas de forma a permitir elaborações, onde as mesmas se puseram a construir “montanhas” - almofadas sobre almofadas - que se pode inferir representarem obstáculos da vida, uma vez que utilizaram como palavras de ordem os verbos “pular”, “derrubar”, “vencer” e “destruir”. Ademais, uma das meninas acentuou que “cada uma tem sua própria montanha”, ao que ao término da brincadeira as montanhas já se tornavam maiores que as próprias meninas, o que, entretanto, não as impediam de seguir superando-as.

A seguir, será apresentado um recorte da última oficina em que uma das crianças do projeto, Bárbara – nome fictício, estivera presente. Bárbara fora acompanhada pelas extensionistas durante três anos, a criança que na época da oficina tinha 12 anos, encontrava-se afastada da família de origem por 6 anos, evitando qualquer menção ao



período em que estivera convivendo com seus familiares. A casa em que estava abrigada era o lar de Bárbara, e as outras residentes, assim como os funcionários do local, eram a sua família; falar sobre o passado era doloroso, e qualquer menção ao assunto era seguido de silêncio ou por um tímido “não sei, tia” ou “não me lembro”, até que no dia em questão, mobilizada pelo real que mais tarde chegou ao conhecimento das extensionistas, a criança encontrou no lúdico uma forma de contar a história que evitava, mas que era sua:

Bárbara

Bárbara dirigiu-se até uma das extensionistas e pediu que esta escrevesse no caderno que lhe entregara, afirmou que seria secretária da extensionista, que iria lhe ajudar, assim como esta havia lhe ajudado. Assim, entregou-lhe um caderno e pediu que desenhasse o que quisesse. A extensionista, por sua vez, sugeriu que a menina desenhasse o que desejasse. Deste modo, Bárbara conduziu a extensionista até um canto da sala, desenhando em seguida uma casa e uma árvore. Enquanto coloria o desenho, Bárbara apontou para o número transcrito abaixo do telhado da casa, afirmando ser um número que uma mulher (sua professora) pedira que jamais esquecesse em uma atividade proposta em sala de aula, em que foi demandado que as crianças falassem sobre o que sentiam, sobre como eram suas famílias.

Assim, sendo questionada acerca de como eram seus familiares, a criança afirmou não saber, já que há seis anos, desde quando foi levada ao abrigo, não os via. Em seguida, Bárbara trouxe para a oficina uma sucessão de lembranças, contou sobre maus tratos e negligência, relatou sobre o sentimento de impotência, tristeza e desamparo experienciado diante de diversas agressões narradas com riqueza de detalhes. A criança repetiu a narrativa por duas vezes durante a oficina. Na primeira usou o desenho como recurso, na segunda, uma série de lápis de cor encarnaram os personagens dessa história: Ela (que perdera a mãe ainda bebê), um irmão (vítima de castigos injustos), uma madrasta (agressora), um pai (negligente e alcoólatra), e uma avó (que apesar de amá-los, não podia fazer nada por ela e o irmão). Eventos e personagens que, assim como o número escrito abaixo do telhado da casa desenhada nas folhas de um caderno, não poderiam ser esquecidos; uma história marcada por significantes que se repetem a cada encenação, significantes que falam de Bárbara e de suas verdades.

Após alguns instantes em silêncio, Bárbara deu continuidade à sua história: falou de uma família feliz, de irmãos que podem brincar e de pais que conversam e se divertem, esta, entretanto, não se tratava da sua família: “Não é assim, deveria ser assim, mas não era [...] Tiraram a gente de lá porque a gente tinha uma família ruim, não deveria ser assim”.

A história de Bárbara, assim como a de milhares de crianças que se encontram em situação de acolhimento institucional, possui marcas de violência e de dor. Foi escolhido, entretanto, acolher aquilo que Bárbara tinha a dizer, abraçar seus silêncios e gritos, suportar tudo aquilo que a fazia sujeito, que fazia-lhe Bárbara. As oficinas eram espaços de ressignificação e protagonismo, de aposta no “saber fazer” – com sua história, com seu sintoma - de cada criança. E assim, Bárbara segue acreditando que pode ser quem quiser ser, segue apostando em um futuro, e na possibilidade de amor no novo lar (que tempos depois a acolheu):

“Agora eu estou no abrigo, e eu posso ser adotada. Ganhar uma família nova, que me dê carinho e amor de verdade, que me deixe brincar e que me leve para escola. Que não faça o que a minha outra família fez”.

Considerações finais

Considerando o crescente interesse acerca da temática do lugar do lúdico na infância e adolescência e da importância deste na elaboração e ressignificação das vivências, percebe-se a necessidade de uma atenção dirigida à clínica infantil, onde a criança mostra o conteúdo do seu inconsciente, se utilizando da transferência, onde os jogos e as brincadeiras as permitem se implicarem em seus próprios contextos e experiências. A experiência narrada neste trabalho, possibilita escutar na prática a nuance construtiva do brincar: à medida em que “saltam montanhas”, que envolvem nos braços uma boneca, que pintam números... As crianças contam de si, da sua história, elas se apropriam de experiências marcadas por significantes que lhes representam, mas que podem, em transferência, ganhar um novo sentido.

Brincar é elaborar! Trata-se de deixar explícito os conteúdos antes obscuros pela resistência, é implicar a criança e o adolescente de modo a se perceberem enquanto protagonistas de sua existência. Quando se brinca o silêncio é quebrado, emergindo junto da fala o imenso potencial criativo do sujeito, e assim, as adversidades que como montanhas se põem diante dos pequenos podem ser contornadas.

Referências

- ALONSO, L. S. **A escuta psicanalítica**. 2005. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pes35/35Alonso1.htm>. Acesso em: 01/03/2018.
- ARIÈS, P. **História Social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- BRASIL. Senado Federal. **Estatuto da Criança e do Adolescente e Normas Correlatas**. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Brasília, 2016.
- FLESLER, A. **A psicanálise de crianças e o lugar dos pais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012
- FREUD, S. **Além do princípio de prazer**, 1920. In: _____. Além do princípio de prazer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-75.
- JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia**, v. 2. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- NASIO, J. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- PRISZKULNIK, L. **A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações**. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, Vol. 5, nº.1, 2004, pp. 72-77.
- RODULFO, R. **O brincar e o significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- SIMÕES, L. M. G.; PONTES, V. V. **O brincar como instrumento de linguagem da criança: um estudo de caso**. PSICOLOGIA.PT, 2014.

AÇÕES DE CUIDADO DE PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE E QUALIDADE DOS REGISTROS DE INFORMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Área temática: Saúde

Nome dos Autores: Jorginete J Damião¹; Luciana Maria C. Castro¹; Andressa de Luna¹; Brenda Akemi¹; Jéssica Pimentel¹; Lorena Morais¹; Mariana Angeloff¹.

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Resumo

Introdução: A obesidade tem crescido de forma alarmante. A reversão desta tendência demanda ações intersetoriais, cabendo ao setor Saúde ações de monitoramento, prevenção e cuidado em saúde. **Objetivo:** Analisar a qualidade das informações de diagnóstico nutricional de crianças e adolescentes e ações de cuidado em sobrepeso e obesidade, nas unidades de atenção básica (UAB) da Área Programática (AP) 2.2/RJ. **Metodologia:** Foram realizadas duas etapas: 1) Levantamento de ações de cuidado de pessoas com obesidade e sobrepeso nas UAB da AP 2.2, utilizando questionário preenchido por gestores; 2) Análise de informações registradas no prontuário eletrônico (PEP) das UAB da AP 2.2. Foram descritos os percentuais de registro das medidas antropométricas para cada faixa etária: < 5 anos, 5 a 10 anos e > 10 anos, para o total de atendimentos nas unidades da AP 2.2 e os percentuais de registros de dados de estado nutricional com discrepância, de acordo com a faixa etária. **Resultados:** Quase metade dos gestores, afirmou que a obesidade não é considerada prioridade (45,4%) e na maioria das unidades existiam ação de cuidado referente a ela. Embora todas as UAB realizem diagnóstico nutricional, apenas 2 delas o fazem em todo atendimento. Nove gestores afirmaram que as UAB realizam ações voltadas à prevenção da obesidade. Na segunda etapa, dos 18925 registros analisados, entre as crianças < 5 anos, 2,16% não apresentavam informações de peso e 3,90% de estatura; de 5 a 9 anos, 5,36% dos atendimentos não havia registro de peso e 7,2%, de estatura, entre aqueles de 10 a 19 anos a falta de registro de peso e estatura correspondeu a 15,05% e 17,42%, respectivamente. Nestas mesmas faixas etárias 25,82%, 13,8% e 45,87% dos valores foram discrepantes. **Conclusão:** É de extrema relevância a capacitação de profissionais de saúde da rede de atenção básica para o diagnóstico nutricional e a organização das ações visando o cuidado do sobrepeso e obesidade.

Palavras-chave: Obesidade, atenção básica, vigilância nutricional

Introdução

A Política Nacional de extensão Universitária sinaliza que é necessário

“criar condições para a participação da Universidade na elaboração das políticas públicas voltadas para a maioria da população, bem como para que ela se constitua como organismo legítimo para acompanhar e avaliar a implantação das mesmas” (FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO, 2012)

Esta participação da universidade deve se dar tendo como meta a interação dialógica entre universidade e setores sociais e a indissociabilidade Ensino - Pesquisa – Extensão.

Tendo em vista estas premissas e diretriz, desenvolveu-se no ano de 2013 o Projeto de extensão Pro-saúde – Projeto de reorientação da formação em saúde, no Instituto de Nutrição da UERJ. Este tem como objetivo ampliar as possibilidades de formação de nutricionistas, sejam eles docentes e discentes do curso de nutrição da UERJ ou profissionais da rede de saúde. Esta é uma oportunidade para que a Universidade colabore na formação de pessoas e na produção de conhecimentos que possam impulsionar redirecionamentos nas políticas públicas. No ano de 2016, o Pro-Saúde optou por centrar esforços num dos eixos prioritários de ação na área de alimentação e nutrição: a obesidade e, além de desenvolver ações de extensão, desenvolveu o estudo “Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade: indicadores para o acompanhamento e mapeamento das ações”, sendo parte dos resultados apresentados aqui.

OBESIDADE E SEU ENFRENTAMENTO

A obesidade tem sido considerada um dos maiores problemas de saúde pública. Sua prevalência tem crescido de forma alarmante nas últimas décadas. Cerca de 74 milhões de brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso (BRASIL, 2011).

Em todo o mundo, sua prevalência mais que duplicou a partir dos anos 70. (WHO, 2018). No Brasil, a análise temporal, desde meados desta década, demonstrou rápido crescimento do problema, nas diferentes idades, em todas as regiões e em todos os estratos de renda. Comparando as estimativas sobre o perfil antropométrico nutricional

das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009 com estimativas do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) realizado em 1974-1975, entre 1974/1975 e 2008/2009, a obesidade teve sua prevalência aumentada em mais de quatro vezes nos homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes nas mulheres (de 8% para 16,9%) (IBGE, 2010; OLIVEIRA, 2013). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 apontam que 57,3% e 17,5% dos homens e 59,8% e 25,2% das mulheres tem excesso de peso e obesidade, respectivamente (IBGE, 2015). Os resultados do VIGITEL 2016, inquérito por telefone realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal, apresentam, para a cidade do Rio de Janeiro, índices de excesso de peso e de obesidade superiores à média nacional. Nesse ano, enquanto 53,8% dos adultos estavam com excesso de peso e 18,9% estavam obesos no país. Na cidade do Rio de Janeiro, as prevalências eram de 55,8% e 20,9%, respectivamente (BRASIL, 2016).

A reversão desta tendência só será possível com ações intersetoriais efetivas, articuladas e continuadas. Cabe ao setor saúde o desafio de organizar sua rede de serviços para atender a essa demanda de maneira organizada e qualificada. Para apoiar esta ação o Ministério da Saúde tem induzido os municípios a implementarem uma linha de cuidado (LC) para pessoas com sobrepeso e obesidade, visando à melhoria da atenção à saúde deste grupo (BRASIL, 2014a, BRASIL, 2013a, BRASIL, 2013b, BRASIL, 2014b). No entanto, esta proposta ainda é um desafio para a maioria dos municípios. No município do Rio de Janeiro, embora tenha havido um investimento para capacitação dos profissionais da rede de atenção primária no cuidado da obesidade desde 2000, este cuidado acontece de forma fragmentada, sem definição de protocolos para as ações de prevenção e tratamento, nem definição dos fluxos assistenciais (LIMA, 2014).

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é ação estratégica para viabilizar o estabelecimento da linha de cuidado em alimentação e nutrição de crianças e adolescentes na Atenção Básica (AB), face à necessidade de identificação da população que demanda intervenções e de classificação da gravidade, para melhor planejamento das ações (BRASIL, 2015). No cenário atual de avanço da obesidade, o diagnóstico coletivo auxilia a definir ações e estratégias para enfrentamento deste agravo. No entanto, tem-se observado desinvestimento desta ação na rede de saúde no município do Rio de Janeiro, implicando em baixas coberturas desta ação e qualidade desta ação (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

Neste sentido, faz-se necessário compreender como estas ações de prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade estão sendo desenvolvidas na atenção básica, para subsidiar propostas de delineamento de uma linha de Cuidado para este agravo.

Para apoiar a execução destas atividades, universidades em parceria com as SES e municípios têm desenvolvido estudos e estratégias tanto para mapeamento quanto para desenho de propostas de atividades que possam colaborar para a qualificação das atividades e sua proposição delas (ALCÂNTARA *et al.*, 2013, DAMIÃO, 2016).

O objetivo deste artigo é analisar a qualidade de informações de diagnóstico nutricional, que subsidiam a vigilância alimentar e nutricional e as ações de cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade existentes na rede de saúde da área de planejamento 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS-Rio.

Metodologia

CENÁRIO

Pela extensão do seu território e dimensão da sua rede de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro utiliza-se da divisão setorial em Áreas de Planejamento (AP), para coordenação e planejamento. São 10 AP, cada uma com estrutura de coordenação da rede de saúde. A Área de planejamento 2.2 (AP 2.2) abrange 7 bairros, sendo eles: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú. Totalizavam até o último Censo Demográfico do IBGE (2010), 371.120 habitantes (sendo 163.603 homens e 207.517 mulheres), 634 setores censitários, e uma área de 55,2 km². Isto significa uma densidade demográfica de 6.727,33 habitantes/km². (CAP, 2.2). Nesta área existem 11 unidades de saúde. Destas, uma foi inaugurada após a coleta de dados deste estudo.

A pesquisa foi dividida em 2 etapas:

1) Mapeamento de ações de cuidado da obesidade

Foi realizado levantamento de ações de cuidado de pessoas com obesidade e sobrepeso junto aos 11 gerentes das 10 unidades de saúde (uma unidade apresenta dois gestores, por ser uma unidade mista, contemplando no mesmo espaço físico o modelo tradicional de atenção básica e equipes de Estratégia de Saúde da Família). Para descrição dos resultados, considerou-se 11 unidades. As informações foram coletadas utilizando questionário auto aplicável, contendo questões abertas e fechadas sobre o diagnóstico e intervenções para sobrepeso e obesidade.

O questionário continha 28 questões, sendo 19 questões abertas (para resposta do próprio gestor) e 9 de múltipla escolha. As perguntas tinham por objetivo abordar questões referentes a ações diagnóstico nutricional e ações de promoção de saúde para

sobrepeso e obesidade priorizadas na unidade de saúde. Este questionário foi aplicado em novembro de 2016.

O compilado com as respostas digitadas se deu por meio do programa *Excel*, versão 2010. Para as análises, foi realizada descrição simples das variáveis e consolidados das questões abertas.

2) Coleta e Análise de informações de vigilância nutricional

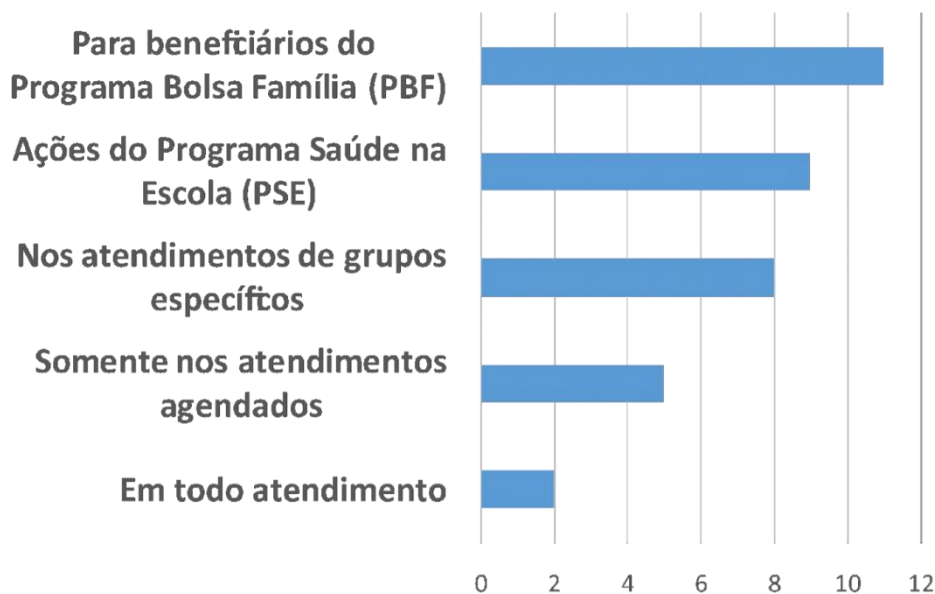
Foram analisadas informações de nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) da A.P. 2.2. Os dados foram extraídos de banco de dados do Prontuário Eletrônico (PEP) utilizado nas unidades, que registra as informações de atendimento. Foi analisada a presença do registro de medidas antropométricas utilizadas para o diagnóstico nutricional de crianças e adolescentes (zero a 19 anos), sendo descritos os percentuais registros ausentes das medidas antropométricas para cada faixa etária: < 5 anos, 5 a 10 anos e entre 10 anos e 19 anos. Também foram descritos os percentuais de dados com valores discrepantes de diagnóstico de estado nutricional, utilizando o indicador estatura / idade, para as mesmas faixas etárias, segundo parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2015). Utilizou-se como ponto de corte para dados discrepantes o escore Z -3, uma vez que se estima que apenas 0,1 % dos dados poderiam apresentar valores acima deste e entendendo que na nossa população este agravo (muito baixa estatura para a idade) é pouco prevalente.

Resultados e discussão

1) Mapeamento de ações de cuidado da obesidade

Em relação à prioridade dada ao enfrentamento da obesidade nas unidades, a maioria dos gestores, 54,54%, afirmou que ela é considerada prioridade no cuidado à saúde no território. Cerca de 91% informou o desenvolvimento de alguma ação de cuidado. Porém, embora todas as unidades realizem diagnóstico nutricional (DN), apenas duas delas o fazem em todo atendimento (gráfico 1).

Gráfico 1: Momento ou ação em que realiza-se o diagnóstico nutricional, unidades da AP 2.2, Rio de Janeiro, 2016.



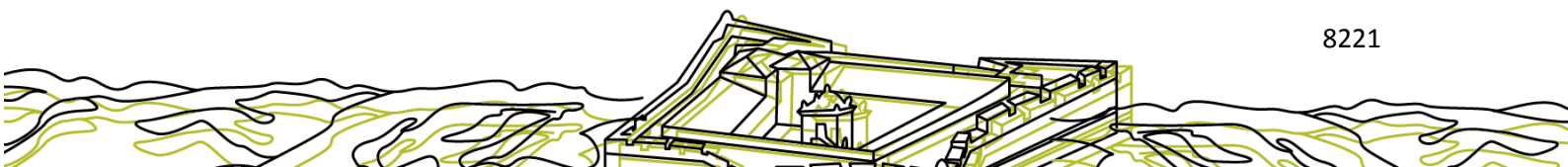
Esta ação é feita para Programa Bolsa Família (11), Programa Saúde na Escola (9), grupos específicos como crianças e hipertensos e diabéticos (8), ou somente nos atendimentos agendados (5).

Em relação ao diagnóstico nutricional, a maioria das unidades o registra e analisa (54,5 %), mas 36,4% relataram registrar no prontuário eletrônico, sem analisar os dados. Quando foi solicitado um consolidado contendo o número e percentual de pessoas com sobrepeso e obesidade, segundo fase do curso de vida, atendidas na unidade nos meses anteriores ao preenchimento do questionário, nenhuma unidade gerou o consolidado. Outro aspecto a ser destacado é de que o prontuário eletrônico não fornecia, até o final de 2017, o consolidado de pacientes segundo DN, dificultando o diagnóstico coletivo.

Quanto às ações de promoção de saúde desenvolvidas, a maioria dos gerentes (10) afirmaram haver ações de cuidado para obesidade. No entanto, estas não são específicas para pessoas com este agravo. Apenas dois gestores relataram grupos específicos de obesidade (Gráfico 2). Estas informações foram discutidas em encontro com gestores e profissionais das unidades de saúde.

Gráfico 2: Ações realizadas para a promoção da saúde para pessoas com da obesidade.

Unidades de atenção primária da AP 2.2/ RJ, em 2016.





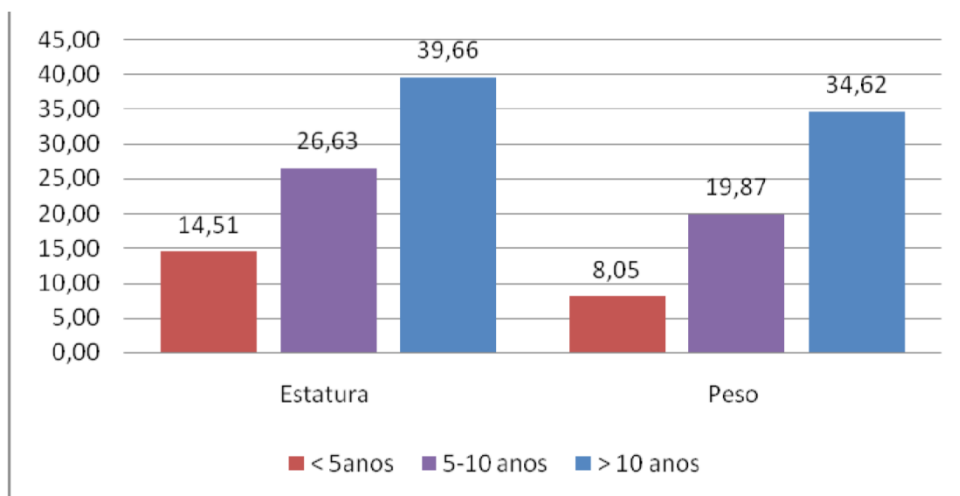
2) Análise de informações de vigilância nutricional

Analisando-se 18925 registros de medidas para o diagnóstico nutricional das crianças e adolescentes atendidos nas unidades de saúde da AP 2.2, percebe-se a fragilidade com que a ação está implementada nestes grupos, que são prioritários para o enfrentamento da obesidade.

2.1- Presença de registro das medidas antropométricas (peso e estatura)

Verifica-se a ausência de 28,58% do registro de peso e de 22,58% para altura. Quando se analisam, por faixa etária, os dados de peso e estatura, verifica-se de todas as crianças < 5 anos com registros de atendimento no PEP, 8,05% não havia informação de peso e 14,51%, de estatura. Na faixa etária de 5 a 10 anos, 19,87% dos atendimentos não havia registro de peso e 26,63%, não apresentavam registro de estatura. Já na faixa etária de > 10 anos a falta de registro de peso e estatura correspondeu a 34,62% e 39,66%, respectivamente (Gráfico 3).

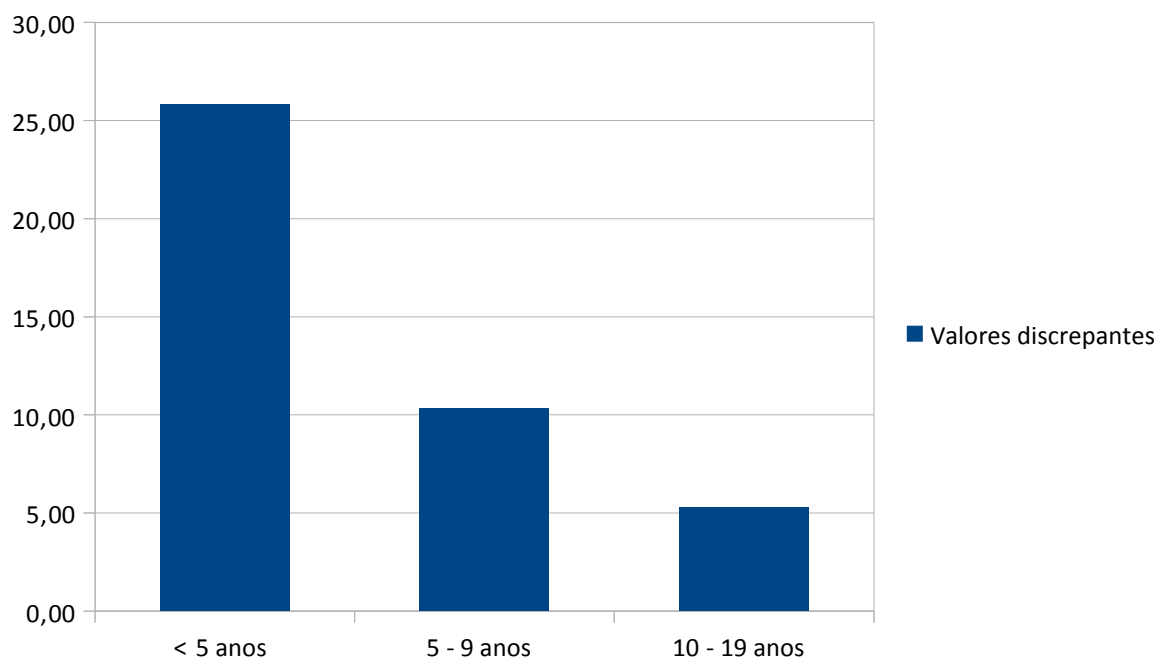
Gráfico 3: Registro de informação das medidas de peso e estatura no prontuário eletrônico de unidades básicas da área de planejamento 2.2, Rio de Janeiro, 2017.



2.2- Qualidade do registro do índice estatura/ idade

Além de os dados de estatura terem menores percentuais de registro em todas as faixas etárias, quando analisamos os dados discrepantes, ratifica-se a baixa qualidade das informações registradas. Encontramos 25,82%, 13,8% e 45,87% de valores discrepantes deste indicador, entre menores de 5 anos, de 5 a 9 e de 10 a 19 anos respectivamente (Gráfico 4).

Gráfico 4: Valores discrepantes de diagnóstico nutricional, segundo o índice estatura/idade, registrado no prontuário eletrônico de unidades básicas da área de planejamento 2.2, Rio de Janeiro, 2017.



Discussão

O que se percebe com os resultados deste trabalho é que, embora os gestores apontem a obesidade como prioridade, as unidades não parecem ter clareza de que ações devem ser realizadas. As ações de promoção realizadas, são voltadas ao enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) em geral, e não específica para este agravo (BRASIL, 2014c).

Foi observado também que as unidades não analisam os dados registrados no Protocolo Eletrônico (PEP), instrumento utilizado para registro dos atendimentos realizados na rede de atenção básica do município do Rio de Janeiro. O fato de recentemente ter sido implantado um relatório com estas informações no prontuário eletrônico seria fator positivo para esta ação. No entanto, a implementação deste relatório ainda não foi trabalhada junto aos gestores e profissionais.

A falta de registro de medidas utilizadas para o diagnóstico nutricional aumenta conforme a idade, demonstrando fragilidade no diagnóstico nutricional coletivo de crianças e adolescentes. O que é ratificado pela baixa qualidade das informações registradas de diagnóstico nutricional.

Assim, percebe-se que a vigilância alimentar e nutricional desta população fica comprometida, o que pode ser agravado pelo fato dos gestores não terem facilidade de acesso aos relatórios de diagnóstico coletivo da população atendida.

O município do Rio de Janeiro optou em não implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) - sistema do Ministério da Saúde para VN, para não ter um sistema paralelo ao utilizado pela atenção primária. Contudo, esta ausência da disponibilização de relatório sobre estes dados desde a implementação dos PEP foi um dos fatores que levaram a um desinvestimento nesta ação. A VAN é de suma importância para a implementação da LC da obesidade, pois, é através dela que se tem a identificação das pessoas e da população que apresenta sobrepeso, obesidade ou que podem futuramente apresentar estes agravos. A estratificação do risco pode ser realizada com a VAN através do IMC e sua associação com comorbidades, com isso, os profissionais de saúde da AB podem definir ações e estratégias para serem ofertadas (BRASIL, 2015).

Considerações finais

Nas duas últimas décadas, o país migrou de um quadro onde a desnutrição era mais prevalente, para a obesidade, num processo conhecido como transição nutricional. Ao mesmo tempo em que a desnutrição diminuía na população infantil, houve um crescimento da obesidade na população adulta (BRASIL, 2006). Nos últimos anos vimos o excesso de peso crescer também nos grupos mais jovens, com grande repercussão

para o adoecimento e qualidade de vida destes grupos. No entanto, a desnutrição continua a existir em grupos de maior vulnerabilidade (IBGE, 2015).

O enfrentamento deste problema ainda se apresenta como um desafio. O aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) está associado a doenças cardiovasculares, diabetes, doenças músculo esqueléticas e alguns tipos de câncer (WHO, 2018). Além de ser um fator de risco importante para outras doenças, a obesidade é uma doença em si, associada a maiores taxas de mortalidade geral e com expressão em redução da qualidade de vida, afetando as famílias e a sociedade tanto em termos psicossociais como econômicos (Flegal *et al.*, 2013).

A partir da análise da evolução temporal, a constatação de que a obesidade vem se tornando o principal problema nutricional em todas as idades, reforça a necessidade de frear esta evolução através da prevenção e do diagnóstico precoce deste agravo.

Diante dos resultados apresentados cabe perguntar: como a Universidade pode colaborar para a superação das questões apresentadas? Acreditamos que aproximar as universidades dos territórios da saúde e no caso, da atenção básica, pode favorecer a compreensão dos diferentes componentes sociais dentro de um território que colaboram com os agravos de saúde. Ao se aproximarem, serviço de saúde e Universidade, é possível a troca de saberes o que pode levar à revisão e/ou adoção de novas estratégias e metodologias que impactem positivamente na saúde da população. Na análise dos resultados percebe-se a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde da rede para que os dados sejam coletados, registrados e analisados adequadamente de forma que possam subsidiar estratégias que visem a redução do sobrepeso e obesidade nas faixas etárias estudadas, além de implementação de ações de prevenção e cuidado voltadas à obesidade.

Dentro da universidade a possibilidade de se pautar a agenda de pesquisa com a temática do SUS redireciona a produção acadêmica para a qualificação do cuidado em nutrição, para inovação em educação alimentar e nutricional, para a reflexão sobre o processo de trabalho do nutricionista e sobre o trabalho em equipe.

Referências

ALCÂNTARA L. B. C, Afonso F. M. , Castro I. R. R., Castro L. M. C., *et al.* *Intervenções nutricionais para o enfrentamento da obesidade na atenção básica do SUS no estado do Rio de Janeiro*. 2013. (Projeto de pesquisa) – Universidade Federal Fluminense.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro. IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada e temática. Coordenação-geral de atenção às pessoas com doenças crônicas. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Manual Instrutivo)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (Cadernos de Atenção Básica, n.38)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf> Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF. Ministério da Saúde, v. 20, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Brasília: 2013a. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html>. Acesso em 03 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Brasília: 2013b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em 03 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde – Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Obesidade. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006, n. 12, 108 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd12.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

CAP 2.2. Coordenadoria Geral da Área Programática. *CAP 2.2: Quem Somos*. Disponível em: <<http://cap22tijuca.blogspot.com.br/p/depoimentos.html>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

DAMIÃO, J. J. *Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade: indicadores para o acompanhamento e mapeamento das ações*. 2016. [Projeto de pesquisa] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FLEGAL, K. M. et al. *Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Jama Network*, jan. 2013. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1555137>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRAS. *Política Nacional de Extensão Universitária*. Manaus, AM: imprensa universitária, 2012. 10 p. Disponível em: <<http://proex.ufsc.br/files/2016/04/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Extens%C3%A3o-Universit%C3%A1ria-e-book.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional de Saúde. Ciclos de Vida*. 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

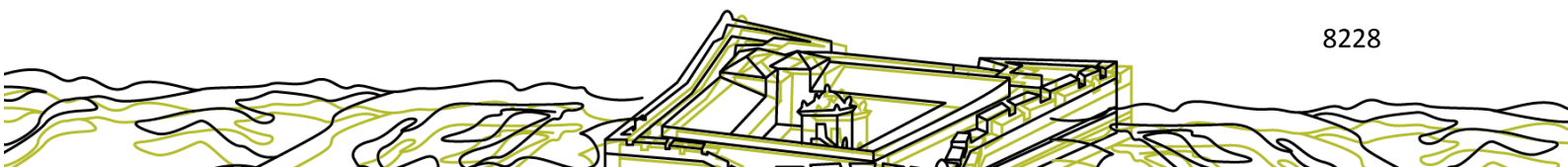


LIMA, D. M. C. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. *Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001205010&lang=pt>

OLIVEIRA, M. L. *Estimativa dos custos da obesidade para o sistema único de saúde do Brasil*. 2013. 95 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity and overweight*. Fact sheet. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.





COMO IDENTIFICAR E COMBATER O MOSQUITO DA DENGUE: UMA AÇÃO DE EXTENSÃO COM CRIANÇAS

Área Temática: Saúde

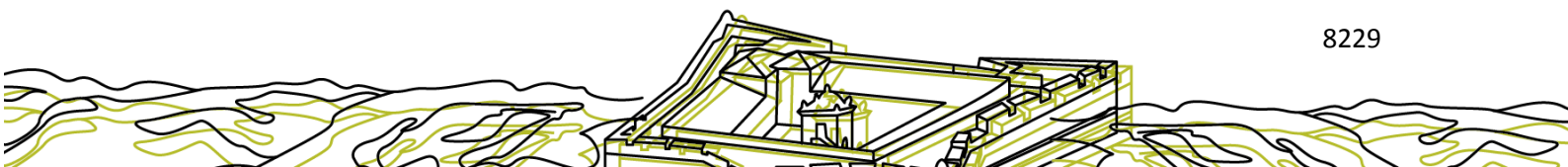
Juliana Raque Duarte da Silva Camilo; Amanda Nicoli Vital de Oliveira; Sarah Rebeca Bezerra Silva; Fabiana Emanuela Câmara De Moura; Paulo Wendel Ferreira Fonseca; Júlia Silva Fonseca dos Anjos; Isabel Pires Barra; Franciely Medeiros dos Santos; Gisele de Oliveira Mourão Holana; Thomas Matheus da Silva Lopes; Ana Elza Oliveira de Mendonça.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

O Brasil passa por um momento turbulento no que se refere à saúde pública; os casos de dengue registrados no Brasil, representam cerca de 80% dos casos das Américas. Para que a comunidade possa ajudar no combate ao vetor, é necessário que sejam informados sobre as medidas preventivas através da educação em saúde. Este trabalho tem como objetivo trazer ao conhecimento da comunidade acadêmica a ação de extensão intitulada “Como identificar e combater o mosquito da dengue?”. Justifica-se a realização do projeto de prevenção e combate a dengue pelas crianças, tendo em vista que o objeto das campanhas contra a dengue é sempre voltado ao público adulto. Foram elaborados materiais audiovisuais para a abordagem do tema, por meio de slides e folder informativo. Após o consentimento e concordância das escolas, foram explicados os objetivos do projeto às professoras das turmas de 3º e 4º ano do ensino fundamental e foi entregue um questionário para os alunos realizarem uma busca por possíveis focos do mosquito da dengue em suas residências, visando estimular a prática de prevenção e a disseminação de informações. O desenvolvimento de materiais educativos lúdicos, possibilitou maior interação com o público alvo da extensão, permitindo despertar o interesse, prender a atenção e possibilitar a retirada de dúvidas.

Esse projeto de extensão oportunizou a aquisição de conhecimentos e habilidades quanto aos aspectos relacionados à prevenção das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, tanto pelos discentes que se envolveram nas pesquisas para produção de materiais educativos, quanto das crianças e professores das escolas.



Palavras-chave: dengue, educação em saúde, saúde escolar, educação infantil, relações comunidade-instituição.

Introdução

A extensão se apresenta com um grande desafio que é repensar a relação estabelecida entre o ensino e pesquisa com as necessidades sociais, determinar as contribuições para o crescimento da cidadania e para a modificação efetiva da sociedade. O modelo de extensão consiste em proporcionar suporte e auxílio à sociedade, contribuindo para melhoria dos cidadãos. A compreensão da relação entre extensão e sociedade é fundamental para possibilitar que haja qualidade na assistência prestada para as pessoas (PEREIRA, 2007 apud RODRIGUES et al., 2013).

O Brasil passa por um momento turbulento no que se refere à saúde pública. Estamos com elevadas incidências de diversas arboviroses e uma delas é a dengue. Os casos de dengue registrados no Brasil, representam cerca de 80% dos casos das Américas. Entre os anos de 2002 e 2014, a dengue se tornou um problema de saúde pública, não somente nacional, mas mundial, principalmente pela capacidade de espalhamento, pela capacidade de acomodação a novos ambientes e hospedeiros (vertebrados e invertebrados), pela possibilidade de causar epidemias extensas, pela vulnerabilidade universal, pelo acontecimento de grande número de casos graves, e pelo aumento no número casos e de hospitalizações em diferentes populações. Sua ocorrência é especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições climáticas e ambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti* (DONALISIO; FREITAS; VON ZUBEN, 2017).

A dengue é uma doença febril aguda que pode acometer qualquer indivíduo. Ela é transmitida por vetores pertencentes ao gênero *Aedes*, sendo o mais importante o *Aedes aegypti*. As manifestações clínicas da doença são percebidas de acordo com a fase. Na fase aguda, o principal indício é a febre (por isso também é chamada fase febril), juntamente com poliartralgia, fadiga e cefaleia. Essa fase tem uma duração média de 7 dias. Já na fase subaguda, a febre desaparece e há uma aumento nas dores articulares, mas que tendem a desaparecer conforme o tratamento. Caso os sintomas persistam por mais de 3 meses, é estabelecida a fase crônica, que acontece mais frequentemente em pessoas que tenham mais de 45 anos, sexo feminino e que já tenham uma desordem articular (BRASIL, 2017).

Predomina, no Ministério da Saúde, a ideia suprema de que o controle da dengue só pode ser efetivado pela eliminação do vetor, considerado o único elo vulnerável da

cadeia de transmissão. Esta razão atribui a esforços comunicacionais estratégicos um lugar fundamental: atribui-se à geração de relações com públicos e à divulgação e à circulação de informações um caráter central para o extermínio da doença – já que é necessário que diferentes sujeitos sociais tomem conhecimento de como podem contribuir para o seu controle, em seus próprios espaços cotidianos de vivência, e se sintam, nesta lógica, vinculados a uma causa social mais ampla, que os exceda. Observa-se, nas avaliações de alguns planos governamentais de controle da dengue, a indicação para execução de ações de caráter educativo voltadas a modificar o comportamento dos cidadãos no tocante ao controle do vetor (MAFRA; ANTUNES, 2015).

A grande dificuldade de se controlar a dengue é relacionada aos fatores que não estão correlacionados ao setor saúde, como, por exemplo, aglomerados urbanos, condições inadequadas de habitação, destino impróprio de resíduos, trânsito de pessoas e mudanças climáticas. São fatores que favorecem a continuidade e dispersão da doença e de seu transmissor.

O mosquito da dengue pode ser impedido a partir de medidas de controle. Esse controle pode ser biológico, com o uso do larvicida *Bacillus thuringiensis israelensis (Bti)*; controle legal, que consiste em usar medidas que possam ser instituídas pelo município, como por exemplo, a responsabilização dos proprietários pela manutenção e limpeza de terrenos baldios; controle químico, com uso de inseticidas; e controle mecânico, que consiste em práticas que impeçam a procriação do *Aedes aegypti*. Neste último, o papel da comunidade é fundamental, pois estudos apontam que cerca de 90% dos criadouros estão no interior dos domicílios (BRASIL, 2009).

Para que a comunidade possa ajudar no combate ao vetor, é necessário que sejam informados sobre as medidas preventivas através da educação em saúde. A Educação em Saúde abrange um campo de conhecimento que tem como objetivo promover saúde através de uma relação de ensino-aprendizagem dialogada, baseada no respeito e na valorização das experiências e costumes da comunidade. Investir na educação em saúde é primordial, pois desencadeia reflexão crítica e contribui para a conscientização individual e coletiva das pessoas (CANÇADO, 2014).

As atividades de educação em saúde encontram-se vinculadas ao desenvolvimento da cidadania na busca por melhores condições de vida e a saúde da população, principalmente quando percorrem as fases do atendimento integral, promovendo espaços de aprendizagem mútua, diminuindo a distância habitual entre profissionais de saúde e população. Dessa forma, o conceito de educação em saúde está fundamentado

no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana (OLIVEIRA, 2009). Portanto, a prevenção se mostra eficaz no combate a essa doença.

Segundo Nascimento, 2015, a escola tem um papel fundamental nesse processo de prevenção, já que tem a possibilidade de criar projetos, campanhas de mídia e outros meios de comunicação que propaguem as medidas preventivas e colocá-los em ação junto com a população das comunidades. Como as crianças são disseminadores de informações em seus domicílios, através dessa prática a população terá condições de conhecer, aprender e participar diretamente de ações efetivas no combate à dengue.

No Brasil, as ações educativas em saúde para colegiais começaram a aparecer a partir de 1889. Porém eram centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. A educação em saúde objetivava o desenvolvimento de uma classe sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. Porém, não viam as crianças como meios de propagação das informações (CARVALHO, 2015).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo trazer ao conhecimento da comunidade acadêmica a ação de extensão intitulada “Como identificar e combater o mosquito da dengue?”. Justifica-se a realização do projeto de prevenção e combate a dengue pelas crianças, tendo em vista que o objeto das campanhas existentes para o combate ao mosquito transmissor da dengue ser sempre voltado ao público adulto e por isso, esse projeto visa despertar as crianças para o seu importante papel na prevenção e controle da doença, como um agente de saúde mirim.

Metodologia

Durante os meses de março, abril e maio de 2016, foram realizadas diversas reuniões para elaboração do folder explicativo sobre a prevenção da dengue e formulação das perguntas que deveriam compor o questionário a ser repassado para os alunos. Nos meses de junho e julho foi elaborado o material didático (audiovisual) e a capacitação para a apresentação deste material.

Foram elaborados dois materiais audiovisuais para a abordagem do tema “Como identificar e combater o mosquito da dengue (*Aedes Aegypti*)?”, sendo o primeiro uma apresentação de slides do programa Power point, que trazia nos últimos slides perguntas para fixação de assuntos (tipo Quiz). O segundo material produzido foi um folder informativo com imagens e destaque para os passos para combater os focos do mosquito da dengue, que foi fornecido para afixação nos murais das escolas,

possibilitando que todos os estudantes e demais professores tivessem acesso. O folder foi identificado com a logomarca da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e com o nome do projeto de extensão vinculado a Pró-reitoria de Extensão da universidade (PROEX/UFRN).

Foi oportunizado além de treinamento junto a outros projetos semelhantes da UFRN, a participação da Campanha Nacional de mobilização de enfrentamento ao *Aedes aegypti* e à microcefalia e do Seminário sobre avanços e desafios no combate ao *Aedes aegypti*. Com a parceria entre os professores e coordenadores de projetos de extensão “Dengue, Zika e Chikungunya: construindo parcerias e implementando ações de promoção, prevenção à saúde” e do projeto “Como identificar e combater o mosquito da dengue (*Aedes Aegypti*)?”, foi disponibilizado para a atividade de extensão um filme com a apresentação dos sintomas das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, com linguagem acessível e utilização de desenhos. Após a apresentação do filme, os estudantes eram convidados a preencher um formulário de avaliação do vídeo e sugestões para aprimorá-lo.

No segundo semestre do ano de 2016, foi realizado o projeto e para a sua execução foram realizadas inicialmente visitas nas escolas da rede pública de ensino para avaliar junto a direção e coordenação pedagógica a viabilidade da atividade educativa junto a discentes do ensino fundamental. Por ocasião da visita já se estabelecia um calendário para o agendamento da extensão.

As duas instituições escolhidas foram o Colégio Estadual Walfredo Gurgel, localizado no bairro Alto da Candelária em Natal e a Escola Estadual Professor Otto de Brito Guerra no município de Ceará Mirim, ambas no Estado do Rio Grande do Norte. Após o consentimento e concordância das escolas, foram explicados os objetivos do projeto às professoras das turmas de 3º e 4º ano do ensino fundamental I e foi entregue um questionário para os alunos realizarem uma busca por possíveis focos do mosquito e dengue em suas residências, para avaliar a prática de prevenção a dengue.

A estratégia adotada para estimular o combate ao mosquito transmissor da dengue dentro de casa e gerar multiplicadores de ações preventivas na comunidade, foi potencializada a partir do diálogo e sensibilização de grupos socioeducativos (professores e estudantes do ensino fundamental), além da utilização de materiais informativos descritos.

Resultados e Discussão

O desenvolvimento infantil está alicerçado na interação da criança com o meio; a criança aprende e depois se desenvolve. Desta forma, o desenvolvimento de um ser humano resulta da aprendizagem de tudo aquilo que o ser humano construiu socialmente ao longo da história da humanidade. Em referência a escola, estamos em uma esfera mais aprofundada, pois para além de transmitir o conhecimento adquirido, este processo deve se dar de forma organizada e sistematizada, com todas as ações realizadas pela escola e seus profissionais, articuladas, refletidas, discutidas e planejadas, pois todas as ações devem ter intenção e finalidade (DUARTE, 2015).

O Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, contribui para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporciona à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação (BRASIL, 2015).

Segundo o Caderno de Saúde e Educação Ambiental de 2015, o PSE pode ser definido como uma estratégia intersetorial da saúde e da educação, voltada ao desenvolvimento integral do educando e do território de responsabilidade compartilhada por escolas e unidades de saúde, propondo a promoção da saúde ambiental e o desenvolvimento sustentável, utilizando como ferramentas a realização de atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção do cuidado consigo e com o ambiente escolar.

Refere-se a uma estratégia intersetorial em razão das questões abordadas no ambiente escolar serem complexas e precisarem de articulação entre diferentes setores tanto para planejar, como para executar e avaliar o impacto das ações referentes a resolução das demandas apresentadas (CARVALHO, 2015). Tendo em vista a necessidade dessa conexão entre os diversos âmbitos, foram planejadas oficinas nas quais participaram discentes dos Cursos de Enfermagem, Educação Física e Design da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Participaram da ação de extensão os estudantes do ensino fundamental, dos quais foram aplicados questionários após a busca por focos do mosquito da dengue em suas residências. As temáticas apresentadas aos alunos durante as atividades educativas foram: Origem e ciclo de vida do mosquito *Aedes aegypti*; Dengue: sinais e sintomas; Fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde para as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*; Tratamento da dengue; Importância do combate ao mosquito nas

residências e em locais públicos, ressaltando a responsabilidade de cada indivíduo no combate ao mosquito.

Esta extensão possibilitou aumentar o nível de conhecimento sobre prevenção da dengue e permitiu o repasse de conhecimentos, pois essas ações possibilitaram aos alunos tomarem conhecimento sobre o mosquito, seu ciclo de vida, modo de transmissão, sintomatologias e forma de prevenção.

O projeto foi idealizado para o público infantil, já que as crianças do ensino fundamental podem promover a circulação de mensagens significativas entre múltiplos receptores e se tornarem multiplicadores dessas informações na comunidade onde vivem. Com esse entendimento, esperava-se sensibilizar as crianças para importância da prevenção da dengue dentro de suas próprias residências.

Um aspecto desafiador foi a utilização de ferramentas da informática para o desenvolvimento de materiais educativos lúdicos, possibilitando uma maior interação com o público alvo da extensão, permitindo despertar o interesse e ao mesmo tempo prender a atenção e possibilitar a retirada de dúvidas. Por ser um público infantil foi preciso adequação de linguagem e das imagens utilizadas para os materiais.

Outro ponto que também merece destaque, foi a receptividade por parte dos profissionais das escolas que nos acolheram e cooperaram com as nossas proposições, e ao término da nossa atividade se mostraram gratos por terem sido contempladas com as ações de extensão desenvolvidas pela UFRN.

Isso demonstra a importância das extensões universitárias, tanto por abranger as necessidades vigentes, que no caso do projeto foi a identificação e combate da dengue, quanto pelo fato de que a população se sente notada e privilegiada por poder participar e contribuir de alguma forma com a resolução dos problemas da sociedade.

Conclusão/Considerações Finais

Considerando que o público escolar é o que está mais propenso a diversos problemas de saúde, tanto pela fragilidade imunológica, quanto pela falta de instrução deste público ou de seus cuidadores, os trabalhos realizados nas escolas são de fundamental importância e relevância, no que diz respeito à prevenção e propagação de informações. Isso devido ao vasto público e ao seu potencial de retenção e divulgação daquilo que for ensinado.

Esse projeto de extensão oportunizou a aquisição de conhecimentos e habilidades quanto aos aspectos relacionados à prevenção das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, tanto por quem estava participando da ação, quanto pelo público alvo. Cabe ressaltar que a oportunidade de lidar com público infantil foi extremamente estimulante e contribuiu para um despertar diferenciado em relação à escola. Ao invés de ser apenas um ambiente para a educação formal, foi possível identificá-la como um importante espaço para a equipe de saúde desenvolver ações de promoção e prevenção de agravos a saúde.

A realização de um projeto com essa temática abre oportunidades para realização de outros projetos com formatos semelhantes, entretanto voltados para outras doenças também transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, como por exemplo a febre chikungunya e a zika, que são doenças emergentes e por compartilharem do mesmo vetor que a dengue, podem ser evitadas com as mesmas condutas preventivas. Além disso, por essas doenças estarem em uma fase de deliberado crescimento, a população tende a deter várias dúvidas e inseguranças, que podem ser sanadas a partir da instrução oferecida.

Referências

ARAÚJO, Inesita Soares. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **RECIIS Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, p. 42-50, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]** - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde e Educação Ambiental** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANÇADO, Myrella Silveira Macedo et al . Percepções de representantes de um comitê contra dengue nas ações de educação em saúde, Goiás, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São

Paulo, v. 48, p. 94-99, Dez. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000800094&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 17 Mar. 2018.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.1207-1227, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000400009>.

DONALISIO, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo Ribas; VON ZUBEN, Andrea Paula Bruno. Arboviruses emerging in Brazil: challenges for clinic and implications for public health. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p.1-6, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006889>.

LENZI, Márcia de Freitas; COURA, Lea Camillo. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 343-350, Ago. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822004000400011&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 10 Fev. 2016.

DUARTE, Bruna da Silva. Desenvolvimento infantil: Importância das Atividades Operacionais na Educação Infantil. **Xvi Semana da Educação**, Londrina, v. 1, n. 1, p.292306, out. 2015.

MAFRA, Rennan Lanna Martins; ANTUNES, Elton. Comunicação, estratégias e controle da dengue: a compreensão de um cenário público de experiência. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.977-990, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s010412902015133744>.

OLIVEIRA, Carla Braga et al . As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 635-644, Apr. 2009 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200032&lng=en&nrm=iso)

81232009000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19

Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200032>.



RODRIGUES, Andréia Lilian Lima et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 1, n. 16, p.141-148, mar. 2013.

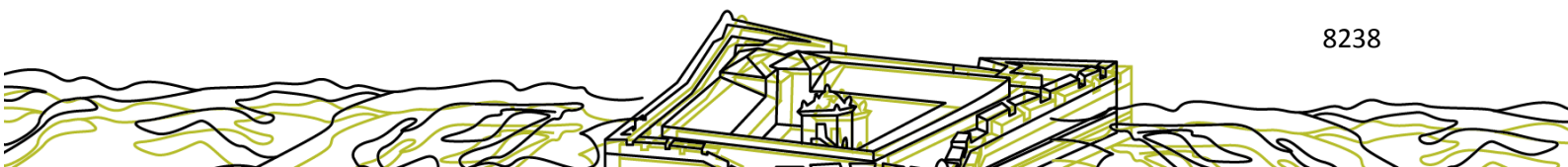
Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Superintendência de Controle de Endemias,

Diretoria de Combate a Vetores. **Informativo sobre situação de dengue no Estado de São Paulo e as medidas de prevenção e controle**. São Paulo: SUCEN; 2010. Disponível em: < www.ambiente.sp.gov.br/cea/imagens/informe_dengue_120510.pdf >. Acesso em: 08 fev. 2016

SILVA, Líliam Barbosa et al. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 6, p.

1160-1167, dez. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000600019&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 10 fev. 2016.

XVII SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA EDUCAÇÃO NO MERCOSUL, 7., 2015, Rio Grande do Sul. **Importância da escola na prevenção de novos casos de Dengue**. Rio Grande do Sul: Unicruz, 2015. 2 p.





VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO PROJETO DE EXTENSÃO “INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO MATERNO-INFANTIL”

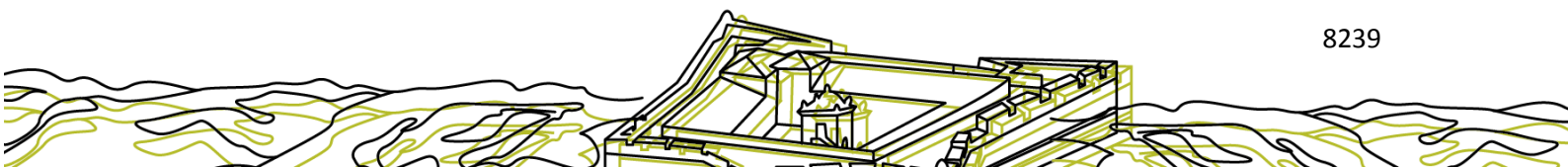
Área temática: Saúde

Maria Alzira Rego Pinheiro; Alexandra do Nascimento Cassiano; Amanda Nicoli Vital de Oliveira; Ana Elza de Oliveira Mendonça; Gabrielle Bezerra dos Santos; Gisele de Oliveira Mourão Holanda; Isabel Pires Barra; Júlia Silva Fonseca dos Anjos; Juliana Raquel Duarte da Silva Camilo; Samara Isabela Maia de Oliveira; Sarah Rebeca Bezerra Silva.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Resumo:

O presente artigo aborda o percurso histórico e de influências pelas quais a integralidade entre educação e saúde perpassam bem como ela se insere na atualidade, utilizando-se de mecanismos como a multidisciplinaridade na assistência e construção do conhecimento do discente de forma ativa, isto é, por meio do desenvolvimento do seu raciocínio clínico e pensamento crítico diante das especificidades humanas no âmbito da saúde, além do biopsicossocial, cultural e econômico. Objetiva relatar a vivência de estudantes de enfermagem durante as atividades do projeto de extensão integração ensino-serviço para assistência multiprofissional no âmbito materno-infantil. A metodologia escolhida foi a ativa, especificamente a metodologia de problematização, a qual embasa o projeto de extensão “Integração ensino-serviço para assistência multiprofissional no âmbito materno-infantil”, realizado no centro de referência na assistência aos agravos na área materno-infantil, utilizada como exemplo na implementação das práticas integrais entre ensino e serviço, no qual as autoras do artigo fizeram parte. Os resultados obtidos com o projeto consistem na associação da teoria à prática e ao subjetivo por meio da análise da realidade encontrada em cada situação, para fins de construção do conhecimento através da experiência prática por meio das consultas de enfermagem. Conclui-se que o projeto é relevante para a integralidade no âmbito do ensino e serviço, propiciando um conhecimento além da universidade e fortalecendo o vínculo docente-discente-comunidade como meio de se transformar e ampliar o ensinamento para uma assistência de qualidade, com isso, espera-se a sua permanência e divulgação a fim de alcançar e se obter o máximo de



discentes contribuintes possíveis que objetivam apreender o conhecimento através das vivências proporcionadas pelas práticas multidisciplinares ofertadas pelo projeto.

Palavras-chave: Relações Comunidade-Instituição, Saúde materna, Saúde da criança, Integralidade em saúde, Equipe Multiprofissional.

Introdução:

Historicamente, a saúde brasileira foi organizada de forma fragmentada, desigual e com a objetificação do paciente. Essa construção de saúde seguiu os princípios econômicos do Toyotismo, caracterizado pelos seguintes ideais: trabalho altamente especificado, redução do tempo de produção, relação entre cliente-fornecedor de forma direta, sem criação de vínculos, fluxo de processo simples. Percebe-se que essas definições foram trazidas para o âmbito da assistência. A especialização e hierarquização, principalmente, do campo médico, com uso excessivo de tecnologias duras resultaram na minimização do paciente, tornando-o objeto. Essa cultura já está enraizada em nossa sociedade, mas que, progressivamente, tentase interromper.

Por volta do início dos anos 70, com a atuação da Reforma Sanitária, percebeu-se a necessidade de obter uma assistência que pudesse atender as necessidades da população de forma mais justa, efetiva e em prol da promoção da qualidade de vida (AGUIAR, 2015).

Através de vários movimentos e construções de modelos que visam o acesso universal e de qualidade à saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), algumas barreiras começaram a ser derrubadas e, hoje, tem-se a avaliação do indivíduo como um ser multidimensional, isto é, a saúde deve ser analisada em todos os âmbitos biopsicossociais, culturais e econômicos (AGUIAR, 2015).

Mesmo assim, observa-se, ainda, a existência de um longo caminho a ser percorrido para garantir o acesso igualitário à saúde. O modelo assistencial e o processo de trabalho, focados no modelo biomédico, dificultam a assistência integral de saúde devido a diversos fatores, como a ausência de um acolhimento eficiente, acesso e descontinuidade no atendimento, decorrente das relações enfraquecidas entre profissional e paciente, marcadas por relações médico-centradas. (BEHEREGARAY e GERHARDT, 2010). A saúde do paciente é vista apenas sob o aspecto da doença manifestada visivelmente pelo corpo de acordo com padrões já definidos socialmente. (CANGUILHEM, 2011).

Semelhantemente à saúde, existe também a fragmentação da educação. Esta deve permitir o conhecimento do todo de forma interdisciplinar e crítica para que,

dessa forma, o indivíduo possa elevar sua consciência individual e coletiva, transformar e compreender a sua realidade, bem como aquela na qual o seu paciente está inserido. (MITRE; BATISTA et.al., 2008)

No âmbito acadêmico, nota-se a reprodução do conhecimento gerado de maneira vertical descendente, ou seja, geralmente, apenas o docente transmite os conteúdos enquanto que o discente assimila-os de maneira passiva, impedindo, assim, que o estudante adquira a capacidade criativa, crítica, de contribuição e indagação. (MITRE, BATISTA et.al., 2008)

A extensão universitária, por sua vez, traz ao discente a oportunidade e a experiência de pôr em prática o conhecimento apreendido em sala de aula e de ter o contato mais próximo com comunidade, exercitando, assim qualidades como a coletividade e o trabalho em equipe. Entende-se que essa realidade também é uma via de mão dupla, ou seja, a comunidade também usufrui de benefícios, como o aprendizado adquirido e as contribuições sociais trazidas. Sendo assim, a extensão tem como objetivo básico contribuir positivamente para a construção da sociedade. Nota-se, portanto, que esta atividade acadêmica fortalece a relação universidade-sociedade. (RODRIGUES; PRATA; BATALHA et. al., 2013).

Reforça-se ainda que:

A relação da universidade com a comunidade se fortalece pela Extensão Universitária, ao proporcionar diálogo entre as partes e a possibilidade de desenvolver ações sócio-educativas que priorizam a superação das condições de desigualdade e exclusão ainda existentes. E, na medida em que socializa e disponibiliza seu conhecimento, tem a oportunidade de exercer e efetivar o compromisso com a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. (ROCHA 2007 apud SILVA, 2011, p.2).

É preciso entender também que educação não se faz apenas no espaço escolar e acadêmico. Ela é reflexo da sociedade, logo, quem cria e organiza esses processos educacionais são os próprios cidadãos e sua reprodução também advém da observação dessas significações na própria cultura.

Nossa sociedade, alicerçada no modelo capitalista, apresenta como características a especificidade, o isolamento e a desigualdade, o que reflete, portanto, nos modelos educacionais e assistenciais. Dessa forma, percebe-se que são necessárias mudanças em alguns aspectos para que haja maior aceitação da integralidade e

multiprofissionalismo como também na experiência de se aprender em outras instituições e espaços. (BRANDÃO, 1995).

Sabe-se que a educação e a saúde são dois direitos básicos do cidadão. Com aplicação de uma educação de qualidade e de políticas públicas eficientes, pode-se estabelecer também mecanismos para se atingir modelos assistenciais competentes. Entende-se, portanto, que educação e saúde são conceitos que devem caminhar lado a lado e de forma interdependente. Sendo assim, deve-se valorizar cada vez mais a associação do ensino-assistência nos cursos de graduação voltados para saúde, uma vez que esses profissionais lidam com as áreas diretamente ligadas a educação em saúde, prevenção, promoção e qualidade de vida. Uma acolhida eficiente e esclarecimento das informações ao paciente garantem cumprimento de medidas preventivas, continuidade ao tratamento e melhorias do quadro clínico. (SOBRAL;CAMPOS, 2012)

Na perspectiva de que a educação e saúde devem ser construídas coletivamente, o projeto de extensão, intitulado: “Integração ensino-serviço para assistência multiprofissional no âmbito materno-infantil” realizado na instituição de referência, no município de Macaíba/RN, tem como objetivo integrar o ensino-serviço com a formação acadêmica e humanística. Existe, portanto, a articulação da teoria e da prática, enfatizando a integralidade de forma multiprofissional, permitindo que o discente aprenda nos muros invisíveis da universidade.

A relevância social do projeto se dá no momento em que os discentes possam se reconhecer como futuros membros atuantes em uma equipe multiprofissional e entender a assistência de saúde integral, permitindo a reprodução de novos profissionais capacitados para atender de modo holístico. Além disso, como os profissionais de saúde trabalham diretamente com a educação em saúde, faz-se necessário o entendimento também de como realizar esse processo.

Além disso, o centro ao qual este trabalho faz alusão também recebe populações de regiões quilombolas e indígenas de Macaíba. Devido ao difícil acesso que esses grupos têm, visto que os serviços de saúde se projetam principalmente na área urbana, e a fim de permitir saúde integral de qualidade, os profissionais, juntamente com os estudantes, se deslocam até essas comunidades. Essa atividade permite ao discente observar outras realidades e, dessa forma, integrar o saber acadêmico com o popular, permitindo, assim, a reflexão sobre a multidisciplinaridade nos diversos âmbitos e situações de saúde. (BEHEREGARAY; GERHARDT, 2010).

Mediante ao exposto, o artigo objetiva relatar a vivência dos discentes de Enfermagem em um projeto de extensão na área materno-infantil, utilizando-se o método de integração do ensino-serviço.

Metodologia:

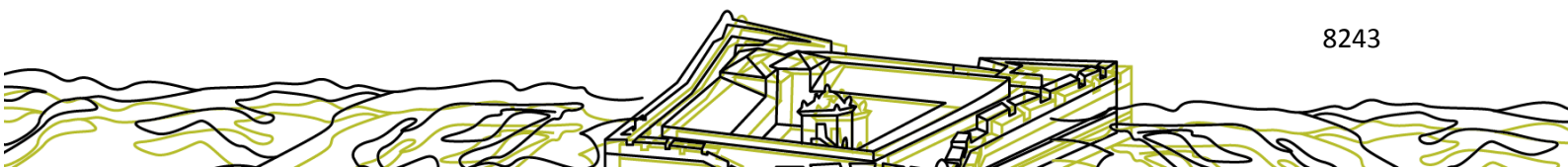
A individualidade é hoje uma característica da sociedade capitalista e de toda uma tecnologia a nosso favor: cada vez mais nos afastamos das pessoas e nos individualizamos. Perde-se, assim, essa característica de conjunto, equipe e socialização, construída desde o início da história da humanidade. Sabe-se que a vida humana só foi possível do jeito que conhecemos a partir do convívio humano que permitiu o compartilhamento de informações e ideias. Posteriormente, criamos leis, normas e regras que passaram a reger a sociedade. A pressuposição de viver bem, em paz e harmonia advêm do seguimento desses valores, que se encontram prontos antes mesmo de nascermos.

O projeto de extensão, intitulado “Integração ensino-serviço para assistência multiprofissional no âmbito materno-infantil”, foi realizado no serviço de saúde de referência, construído na proposta de educação baseada na comunidade, conveniado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Situa-se em Macaíba e é referência ambulatorial do SUS para atenção multidisciplinar à saúde materno-infantil e para reabilitação auditiva, física e intelectual.

O itinerário terapêutico percorrido pelas parturientes e puérperas, dá-se através da constatação médica, em unidades de saúde, de que suas gravidezes são de alto risco. Ao chegar a este serviço, a mulher e o recém-nascido receberão todo acompanhamento multiprofissional para garantir uma gestação estável ou recuperação sem comprometimentos. Todo atendimento para outras especialidades e idade devem também ser referenciadas por outra instituição.

O projeto foi realizado no período de 11/01/2017 a 31/12/2017. Contou com a participação de 33 participantes, sendo 28 estudantes de graduação dos mais variados cursos da saúde, como Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Fisioterapia, e 5 contribuintes, sendo profissionais da Instituição ou servidores da UFRN. Para a realização do projeto, foram gastos 72 reais correspondentes ao uso de material impresso e canetas, se necessário. O deslocamento dos discentes e funcionários era disponibilizado pela instituição.

O desenvolvimento do projeto seguiu da seguinte maneira: Inicialmente, foram selecionados os discentes que manifestaram interesse pelo projeto e pelas áreas



materno-infantil e saúde da mulher, em seguida, houve uma reunião com esclarecimento prévio sobre as atividades que seriam realizadas, visita a Instituição para conhecer a área física, profissionais que faziam parte de outros projetos de extensão e pesquisa. Com a confirmação de vínculo, tem-se o acompanhamento das ações desenvolvidas e socialização dos conhecimentos e dúvidas após cada atividade.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo projeto, os discentes realizaram e vivenciaram as seguintes experiências: o acompanhamento de consultas multidisciplinares, discussão de casos vinculados ao serviço de atendimento especializado materno-infantil, atividades de pesquisas vinculadas ao ambulatório de ginecologia, obstetrícia, puericultura, acompanhamento e orientação nas consultas de crescimento e desenvolvimento infantil, participação de projetos desenvolvidos pelos próprios profissionais, como arte de nascer e arte de crescer, que são programas em educação em saúde voltados para a área materno-infantil. Sendo o primeiro relacionado às gestantes, promovendo dinâmicas, atividades e orientações interativas sobre o período gestacional. Já o arte de crescer tem como enfoque o envolvimento e a interação da mãe com seu filho, logo, as atividades são planejadas de acordo com essa nova fase na vida da mulher. Têm-se como exemplos de atividades do arte de nascer e crescer, com a participação dos discentes, o banho de Ofurô, Shantalla e atividades que estimulem o desenvolvimento cognitivo das crianças. Todas as atividades são orientadas por preceptores multiprofissionais, sendo assim, o estudante experimentará a integralidade da atenção à saúde no âmbito materno-infantil com excelência.

Como forma de romper com os modelos tradicionais e dicotômicos da geração de conhecimento, metodologicamente, foi utilizada como prática de ensino a metodologia ativa, que apresenta como principal característica o estudante como autor principal na construção do conhecimento. Ele deixa, portanto, de ser receptor passivo e torna-se autônomo nessa geração.

As metodologias ativas podem ser divididas em aprendizagem baseada em problemas (ABP) e metodologia da problematização (MP). Este projeto utilizou-se da pedagogia de problematização, uma vez que valoriza a socialização e estimula o discente a promover e produzir seu próprio conhecimento, estimulando a liberdade e autonomia do estudante em tomar suas próprias escolhas e decisões, passo importante para o desenvolvimento profissional, por exemplo. Sendo assim, é necessário um cenário real para construção do conhecimento gerado através das experiências vivenciadas. (SOBRAL e CAMPOS, 2012).

A MP apresenta cinco etapas. A primeira consiste na observação da realidade. Nesse momento, o estudante pode identificar as potencialidades e fragilidades da realidade social. A segunda etapa chama-se identificação dos pontos-chaves, ou seja, a partir de conhecimentos prévios sobre determinado assunto, o estudante tenta analisar e refletir sobre a situação de forma crítica. A terceira etapa caracteriza-se pela autonomia do aluno. Este deve buscar o conhecimento e informações científicas para melhor compreender a situação ou problema. A quarta etapa é a formulação de hipóteses de solução, isto é, nesse momento, o estudante irá traçar soluções mais coerentes para solucionar a situação/problema. E, por fim, a quinta etapa corresponde à aplicação à realidade. É o momento de pôr em prática as soluções pensadas anteriormente. Independente da situação/problema abordado na Instituição, os discentes buscam percorrer as cinco fases da metodologia de problematização e, após isso, é socializado com o grupo para que, coletivamente, a situação seja discutida da melhor forma. (SOBRAL e CAMPOS, 2012).

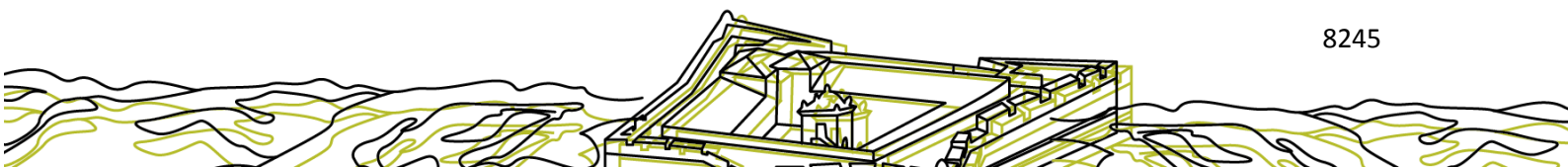
Resultados e discussões:

Embora existam diferenças quanto à atuação, espera-se com o projeto maiores socializações e interações ativas entre o docente e o discente, visto que ambos são essenciais na construção do processo de aprendizagem. Além disso, espera-se que o campo prático seja de fundamental importância para conciliar os conteúdos teóricos aprendidos na academia com os saberes populares e a vivência em comunidade.

Com isso, o projeto, no que se refere às vivências das discentes de Enfermagem, proporcionou o acompanhamento de consultas pré-natal e puerpério no qual são realizadas orientações quanto à dieta do recém nascido, de acordo com a faixa etária, bem como acompanha-se a regularidade vacinal, perímetro cefálico, peso, comprimento e avaliação clínica por meio do exame físico e anamnese. Também foram assistidas as puérperas quanto a alimentação, avaliação da incisão cirúrgica ou região vaginal, métodos contraceptivos, retorno a atividade sexual e instrução quanto aos comportamentos esperados em determinadas fases da vida da criança.

Essa construção de conhecimento não deve ser necessariamente apenas teórica, mas também subjetiva, permitindo que o estudante analise outros contextos profissionais, bem como outras realidades e tenha sensibilidade para lidar com as diferentes reações humanas.

Diante desse contexto, pode-se citar como experiência prática da união desses conhecimentos teóricos, práticos e subjetivos a realização de uma palestra, ministrada pela enfermeira preceptora, numa roda de conversa, coordenada pela fisioterapeuta da



Instituição. Nesse diálogo de caráter formal-informal, foram abordados os aspectos teóricos da lavagem das mãos e da inserção da sonda intermitente para lesionados medulares a fim de que reduzissem os riscos de contaminação através das mãos, assim como a forma de inserção correta da sonda pelo próprio lesionado, procedimento conhecido como autocateterismo, dando maior autonomia e qualidade de vida para este paciente. No entanto, além da explanação teórica, alguns estudantes expressaram, após a reunião com os seus preceptores, a sensibilização e ampliação do entendimento quanto às dificuldades enfrentadas por essas pessoas no que se refere a acessibilidade, sexualidade, autoestima e até mesmo a valorização da micção, ato que por ser rotineiro no cotidiano das pessoas, acaba não sendo notável para alguns como para aqueles que não conseguem realizá-la de maneira espontânea.

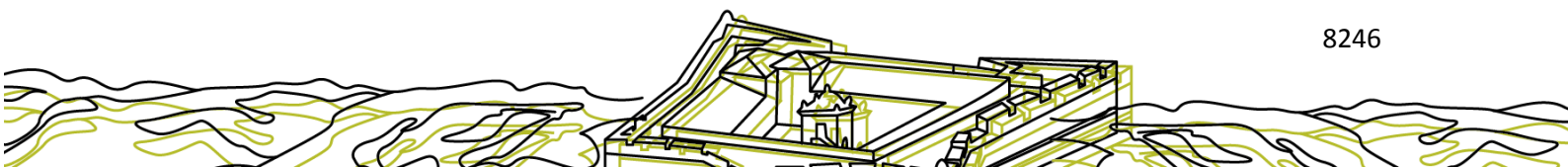
O enfrentamento de uma realidade promovida pela integração ensino-serviço perpassa os ideais, por vezes utópicos, dos cenários abordados no meio acadêmico nas práticas em saúde, o que permite ao discente a construção de um raciocínio adequado e resolutivo para uma situação específica, promovendo a integralidade das reações humanas, bem como o seu amadurecimento profissional, pessoal e social. Este raciocínio reforça a relevância na associação entre a teoria e a prática sob a ótica da autonomia do discente quanto a construção dos seus conhecimentos, sem deixar de lado o ensinamento fundamental que é proporcionado pela tríade entre docente-discente-comunidade.

Além disso, espera-se que o projeto de extensão divulgue as contribuições sociais realizadas até o momento a fim de valorizar, garantir prosseguimento e, acima de tudo, mostrar-se relevante para a sociedade. Ressalta-se ainda a importância da associação da extensão já existente com pesquisa. Dessa forma, os discentes terão a oportunidade de ampliar ainda mais seus conhecimentos para essa temática focalizada e poder, assim, garantir mais enriquecimento ao projeto com o desenvolvimento do pensamento crítico.

Para que isso seja efetivo, é necessário que atividade de extensão seja visualizada pela sociedade e academia como um processo de ensino e não apenas uma contribuição e prestação de serviços para comunidade. Ao considerar a extensão como mecanismo de aprendizado e conhecimento, a pesquisa entra em jogo como ação indissociável da extensão. (GOULART, 2014).

Conclusão:

Conclui-se com este projeto a possibilidade de se propiciar uma maior visibilidade para questões da integralidade do ensino e serviço, desfragmentando os



espaços, ampliandoos além da universidade, abrindo, assim, novos horizontes e possibilidades de transformações na construção dos conhecimentos entre discente-docentes como também da comunidade.

Espera-se que haja a continuação do projeto, visto que os objetivos, nesse período foram alcançados. Além disso, sugere-se a divulgação do projeto por meio da estimulação dos estudantes e contribuintes na participação de eventos e ações com temáticas voltadas para assistência-ensino.

Referência:

MITRE, S.M. et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 16. mar. 2018.

CECILIO, L.C.O. et al. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. V. 1, 2001. d. Disponível em <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saide__Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf> Acesso em 16 mar. 2018.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>> Acesso em 16 mar. 2018.

CENTRO DE SAÚDE ANITA GARIBALDI. Disponível em <<http://www.institutosantosdumont.org.br/unidades/saude-anita-garibaldi/>> Acesso em 16 mar. 2018.

AGUIAR, Zenaide Neto. SUS - Sistema Único de Saúde. Martinari, São Paulo, 2ª ed, 2015.

SOUZA, A.M.P.A; MOREIRA B.; SCHMITT R.S.S.; JESUS, S.; SCHROEDER S.S. Educação em Saúde: Proposta de Atenção Interdisciplinar na Área Materno-Infantil. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte. Disponível em <<https://www.ufmg.br/congnext/Saude/Saude75.pdf>> Acesso em 16 mar. 2018.

BEHEREGARAY, L.R.; GERHARDT, T.E. A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno-infantil em um Contexto Rural: um relato de experiência. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.201-212, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/17.pdf>> Acesso em 16 mar. 2018.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. Revista Esc Enfermagem USP, p. 208 a 218. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a28.pdf>> Acesso em 16 mar. 2018.

OLIVEIRA, M.G.; PONTES, L. METODOLOGIA ATIVA NO PROCESSO DE APRENDIZADO DO CONCEITO DE CUIDAR- UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Curitiba. Disponível em <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5889_3479.pdf> Acesso em 16 mar. 2018.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico, 7ª ed. Forense Universitária, 2011.

BRANDÃO. Carlos. O que é educação, São Paulo, 1995. Disponível em <<http://resumos.netsaber.com.br/resumo-1208/o-que-e-educacao>> Acesso em 17 mar. 2018.

RODRIGUES, L.L.; PRATA, M.S.; BATALHA, T.B.S.; COSTA, C.L.N.A.; NETO, I.F.P. Contribuições da extensão universitária na sociedade. Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais, Aracaju, v. 1, n.16, p. 141-148, mar. 2013. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>> Acesso em 19 mar. 2018.

GOULART, A.T. A importância da pesquisa e da extensão na formação do estudante universitário e no desenvolvimento de sua visão crítica. Horizonte, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 60-73, 1º sem. 2004. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/580/611>> Acesso em 19 mar. 2018.

A DANÇA COMO FERRAMENTA DO CUIDADO

Área Temática: Saúde

Eliany Nazaré Oliveira¹; Maristela Inês Osawa Vasconcelos²; Pedro Leonardo de Araújo Carvalho³; Eveline Carneiro de Oliveira⁴; Gleisson Ferreira Lima⁵; Roberta Magda Martins Moreira⁶; Clara de Maria Oliveira Lopes⁷; Sineonny Vieira dos Santos; Piedade Machado Albuquerque

Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA ¹, Pró-Reitora da Pró –Reitoria de Extensão e Cultura - UVA², Coordenador de Cultura da Pró Reitoria de Extensão - UVA³, Bolsista PBPB-UVA^{4,5,7,6,8,9}, Discente de Educação Física - UVA⁵. Mestranda em Saúde da Família –UFC⁶ **Instituição:** Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Palavras – Chave: Atividade física; Saúde mental; Comunidade.

Introdução: A dança é uma atividade física que reflete na saúde mental e física do indivíduo que a pratica, visto que melhora a disposição, equilíbrio, força muscular, estética corporal e autoestima. Dessa maneira, enfatiza-se a necessidade de executar projetos de extensões nas universidades com foco na realização de atividade física para a comunidade em geral, como forma de promover saúde e socialização. Assim, a Pró-reitora de Extensão e Cultura criou em abril de 2017 o projeto Ritmize com o intuito de envolver atividades de dança com vários ritmos, bem como propiciar bem-estar para as pessoas da comunidade. **Objetivos:** Descrever a percepção dos participantes do Projeto Ritmize sobre as atividades e caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos nas ações. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo exploratório- descritivo com participantes do Projeto de Extensão Ritmize. Para coleta das informações, utilizou-se 130 fichas de cadastro do projeto, as quais foram organizadas no Excel 2016 e analisadas com medidas simples de porcentagem e as subjetivas foram categorizadas conforme unidades temáticas. **Resultados:** Os resultados demonstraram que 97% são do sexo feminino, 26% possuem um filho e 34% não possuem filhos, a faixa etária prevalente está entre 31 e 50 anos de idade, o que corresponde a 50%. Em relação ao local de residência, 44% moram no bairro das Pedrinhas. Na perspectiva qualitativa surgiram 5 categorias de análise: Possibilita Saúde Física e Mental, Impacta na Interação Social,

Auxilia no Controle do Peso Corporal, Proporciona Aptidão Física e Gratuidade/Oferta das atividades em todos os dias uteis. Os achados demonstraram a efetividade do projeto na vida da comunidade apresentando benefícios proporcionados pela realização de atividades físicas regulares. **Conclusão:** As ações desenvolvidas possuem uma boa aceitação como também oportunizam a integração e lazer para os participantes do projeto, contribui para o bem-estar individual e coletivo e interação entre os participantes. Além disso, praticar atividade física colabora para reduzir as chances do aparecimento de sintomas de depressão e ansiedade e apresenta benefícios sociais como o aumento no número de amizades, no qual se torna um fator importante para entender como o exercício reflete na saúde mental.

Palavras-chave: Atividade física; Saúde mental; Comunidade.

INTRODUÇÃO

Uma parcela significativa de pessoas, principalmente com baixo poder aquisitivo, não desenvolve atividade física de forma sistemática em seu dia a dia, tornando-se sedentárias. O sedentarismo é considerado uma epidemia mundial, visto que a inatividade física está fortemente relacionada à incidência e severidade de um vasto número de doenças crônicas. Assim sendo, o exercício físico se torna uma das ferramentas terapêuticas mais importantes na promoção de saúde (GUALANO; TINUCCI, 2011).

O desenvolvimento de algum tipo de atividade física tem possibilidades reais de otimizar o bem-estar, favorecendo uma aproximação com a saúde mental. É consenso o efeito nocivo do estresse sobre o organismo e os benefícios da atividade física no combate ao estresse e suporte para prevenção de doenças e promoção da saúde, quando realizada regularmente. Nesse sentido, sabe-se que pessoas que praticam atividade física estão otimizando sua qualidade de vida (QV). Machado *et al.* (2012) afirmam que a qualidade de vida pode ser interpretada a partir do entendimento do indivíduo em relação a vida, no que se refere a cultura e valores que acreditam, assim como seus objetivos, expectativas e preocupações. Desse modo, entende-se que a QV é subjetiva e difere de acordo com a pessoa, todavia, o conceito geral envolve estado de saúde, satisfação no trabalho, longevidade, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade, bem como se encontra inserida no âmbito do bem-estar físico, psicológico, social e ambiental.

O Projeto de Extensão Ritmize oferta gratuitamente para comunidade aulas de

dança em vários ritmos. Conforme Marbá, Silva e Guimarães (2016) a dança é uma atividade física que melhora a disposição para as atividades do dia-a-dia e proporciona ao indivíduo prática, equilíbrio, força muscular, estética corporal e autoestima, através dos movimentos realizados.

Além disso, a dança envolve outros elementos além da atividade física. É uma forma ancestral de magia, a partir da invenção dos deuses que ensinaram aos homens, a mitologia hindu. Existe um misterioso envolvimento entre a dança e o dançarino que promove um prazer (OSTETTO, 2010). Nesta perspectiva, ao fazer uma relação entre o corpo e a dança, Liberato e Dimenstein (2009) afirmam que o espaço, não só na dança, mas sempre que há um investimento afetivo no corpo, não é dado, mas construído, criado. O corpo se torna um operador, por meio de um processo desencadeador de produção de imagens virtuais na dança que gera diferentes modos de perceber esse corpo.

Witter *et al.* (2013) defendem que a dança é uma forma expressiva de movimentos guiados pela música. Dançar desperta emoções positivas, prazer e socialização. São esses fatores que motivam o indivíduo a dançar e os mantêm empenhados na atividade. Sabe-se que qualquer forma de atividade física proporciona benefícios para saúde física e mental.

A prática de atividade física tem possibilidades reais de otimizar o bem-estar e favorece uma aproximação com a saúde mental. Dessa maneira, denotam-se, alguns benefícios da atividade física, tais como: está relacionado positivamente com o bem-estar físico, emocional e psíquico em todas as idades e ambos os sexos; reduz respostas emocionais frente ao estresse, estado de ansiedade e abuso de substâncias; reduz níveis leves e moderados de depressão e ansiedade; a prática regular se relaciona com a redução de alguns comportamentos neuróticos; a criatividade e memória são estimuladas; e aumenta a capacidade de concentração. Pelo o exposto, sugere-se que há relação direta entre atividade física e saúde mental (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de elaborar e implementar projetos de extensões nas universidades com foco na realização de atividade física para a comunidade acadêmica e os indivíduos em geral, como forma de promover saúde e socialização. Além disso, torna-se importante evidenciar a partir dos meios científicos, a importância desse artefato bem como a percepção dos participantes e os efeitos positivos desse exercício. Diante disso, este trabalho objetiva descrever a percepção dos participantes do Projeto Ritmize acerca das atividades desenvolvidas e caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos nas ações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório- descritivo com indivíduos participantes do Projeto de Extensão (PROEX) Ritmize, o qual foi implantado em abril de 2017 pela Pró Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Este é facilitado por estudantes do curso de Educação Física e funciona na área externa da Sede do Memorial da Educação superior de Sobral, de segunda a sexta de 17:30 horas às 18:00 horas com aulas de dança dos variados ritmos como: forró, dance, axé, música latina, hip hop, funk, entre outros.

Para a coleta das informações se utilizou a ficha de cadastro que deve ser preenchida após está frequentando assiduamente a pelo menos um mês o projeto. Para integrar os dados deste relato utilizou-se 130 fichas/cadastros e foram descartadas 21 por estarem incompletas. As informações objetivas foram organizadas no Excel 2016 e expostas em quadros, analisadas com medidas simples de porcentagem e as subjetivas foram categorizadas.

Os relatos dos participantes do projeto foram organizados com base em Minayo (2014), em que a princípio foi feita uma leitura flutuante do material presente no fórum, após, houve a exploração das narrativas com índice de profundidade mais apurado, o texto foi desdobrado e as unidades temáticas e suas respectivas categorias foram selecionadas. O estudo respeitou as exigências éticas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PROEX criou o projeto RITMIZE com o intuito de atender a comunidade dos bairros adjacentes a universidade. Nos dois primeiros meses foi realizada uma intensa divulgação que culminou com excelente aceitação do público, e desde então o projeto tem se consolidado com participação importante da comunidade e atividades aprimoradas.

Quadro 1. Distribuição do perfil dos participantes do Projeto de Extensão Ritmize, Sobral, 2018.

Sexo	Feminino	127	98%
	Masculino	3	2 %

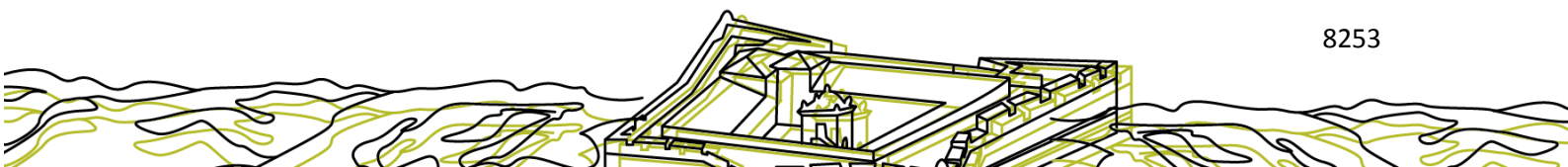
Idade	10 - 20 anos	15	12%
	21- 30 anos	29	22%
	31- 40 anos	36	28%
	41 - 50 anos	30	23%
	Acima de 50 anos	20	15%
Nº de Filhos	Nenhum	43	33%
	Um filho	29	22%
	Dois filhos	27	21%
	Três ou mais filhos	31	24%
Bairros	Pedrinhas	84	65%
	Alto da Brasília	18	14%
	Centro	09	7%
	Expectativa	08	6%
	Outros Bairros	13	10%

Fonte: Própria.

As informações do quadro 1 apresentam de forma sintética o perfil dos participantes do Projeto. A maioria é representado pelo sexo feminino (98%), a faixa etária predominante é a de 31 - 50 anos. Quanto aos filhos 43% possuem um a dois, 31% destas mais de três e 43% nenhum filho. Em relação ao local de residência a maioria reside no próprio bairro onde funciona o projeto, ou seja, nas Pedrinhas, 65%.

No Programa de Extensão Ritmo e Movimento do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) o perfil dos integrantes constituem de mulheres, solteiras (44%), com média de idade de 33 anos, 44% tem filhos, 23% possuem nível superior e 34% têm atividade remunerada (GUIMARÃES *et al.*, 2011). Percebe-se algumas semelhanças entre o projeto em análise, o qual apresenta que a maioria são mulheres com filhos.

As pessoas com mais de cinquenta anos é um público que está crescente no projeto, em que se ressalta a relevância da dança para favorecer o bem-estar físico, psicológico e social; visto que é benéfica para a saúde e é uma atividade que traz



satisfação pessoal. Pode-se afirmar que as pessoas quando dançam se esquecem dos problemas diários, desinibem-se e superam limitações individuais, pois o ato de dançar é viver feliz sem se preocupar com o mundo ao seu redor. Dançar não exige idade, cor e raça (MARBÁ; SILVA; GUIMARÃES,2016).

Em pesquisa realizada com participantes de um projeto de dança de salão, observou-se que os principais motivos que levam à aderência estão voltados para o lazer, melhoria/manutenção da saúde e a aquisição de habilidades para frequentar salões. Embora não se possa estabelecer uma relação de causa e efeito, verificou-se que os domínios da qualidade de vida se associam a algumas características nos quais os mais relevantes parecem ser a participação em outra atividade, a faixa etária, o tempo de prática dos praticantes, aspectos da realização da dança e relação significativa entre os quatro domínios, sendo que alguns aspectos resultantes da prática da dança se relacionam positivamente com os domínios da qualidade de vida e que estes, por seu turno, também estão associados (MACHADO *et al.*, 2012).

Para analisar a percepção dos participantes, os relatos foram organizados em cinco categorias que estão expostas no Quadro 2. Para cada uma, apresentam-se três exemplos das falas mais potentes e o número total de relatos.

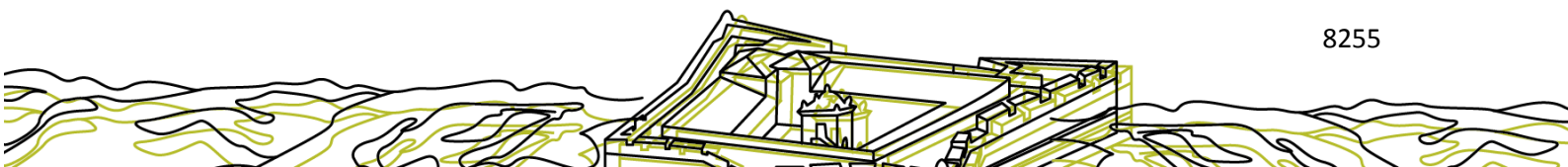
Quadro 2. Percepção dos participantes do Projeto de Extensão Ritmize acerca das atividades oferecidas, Sobral, 2018.

CATEGORIA DE ANÁLISE	DE	AS FALAS QUE REPRESENTAM	Nº DE RELATOS
Possibilita Física e Mental	Saúde	<p>“Com as aulas do projeto saúde melhorou, estou tomando menos remédios”. M3</p> <p>“Estou dormindo melhor”. M12</p> <p>“Minha saúde física e mental ficou melhor depois da dança”. M40</p> <p>“Estou no Céu, depois das aulas minha saúde de maneira geral melhorou”. M 103</p>	63

<p>Impacta na Interação Social</p>	<p>“No projeto eu fiz amizade, eu brinco e me divirto”. M121</p> <p>“Tenho me distraído e feitos amizades ” .M34</p> <p>“O grupo é animado e alegre, não tem jeito a gente acaba se animando também”. M23</p>	<p>43</p>
<p>Auxilia no Controle do Peso Corporal</p>	<p>“Já perdi 05 quilos e estou me sentindo bem melhor”. M90</p> <p>“Sinto que emagreci depois de frequentar o projeto, e isso é muito bom”. M124</p> <p>“Venho mantendo meu peso, e isso me anima a dançar cada vez mais”. M94</p>	<p>32</p>
<p>Proporciona Aptidão Física</p>	<p>“Tenho mais disposição para fazer as coisas dentro de casa”. M23</p> <p>“Me sinto com vigor e minha flexibilidade aumentou”. M105</p> <p>“Já consigo fazer várias coisas que não conseguia antes”. M13</p>	<p>21</p>
<p>Gratuidade/Oferta das atividades em todos os dias úteis</p>	<p>“Aqui é de graça é todo dia, e isso não existe em lugar nenhum”. M77</p> <p>“Só em eu não ter que pagar nada e ainda poder dançar de segunda a sexta é bom demais”. M 45</p> <p>“Em Sobral não existe uma academia que ofereça dança todos os dias, além disto, aqui as aulas são de graça”. M33</p>	<p>15</p>

Fonte: Própria.

Possibilita Saúde Física e Mental



Esta categoria de análise surge nos depoimentos com potência, visto ser o primeiro assunto abordado pelos participantes. A otimização do estado de saúde física e mental parece ser um dos principais benefícios da dança para este grupo de pessoas que frequentam o projeto de forma sistemática.

“Minha saúde física e mental ficou melhor depois da dança”. M40

O depoimento de um dos participantes, apresentado acima, evidencia os benefícios das atividades do projeto na saúde, o que possibilita afirmar que a dança é capaz de se tornar uma atividade física que pode contribuir muito para a melhoria da saúde, pois são inúmeros os benefícios. Entretanto, para adquirir esses privilégios, o indivíduo deve adotar outro estilo de vida como modificar seus hábitos, comportamento, adquirir uma vida mais ativa com ações que proporcionem prazer em praticar e atividades que melhorem a autoestima. A dança é uma opção que pode auxiliar muito nessa mudança de estilo de vida. É através dos movimentos corporais que a dança favorece os seus praticantes com bons resultados para uma melhor qualidade de vida. Desse modo, o número de pessoas que buscam essa prática está aumentando, pois, a mesma está com amplo destaque. Além disso, o motivo da aceitação por essa atividade vem crescendo pelo fato de proporcionar alegria e diversão (MARBÁ; SILVA; GUIMARÃES., 2016).

Para Oliveira *et al.* (2011), o reconhecimento científico da importância da prática de atividade física regular na saúde do indivíduo, a conscientização do grande valor dessa prática como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde são temas que estão se sobressaindo no cenário atual, exigindo discussões amplas.

A atividade física pode ser entendida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético, o qual possui componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, exemplificada por meio de jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos. Neste contexto, pode-se afirmar que a dança pode ser considerada uma atividade física que contribui de forma significativa para o bem-estar físico e mental (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Impacta na Interação Social – Socialização

Quanto a essa temática, os participantes revelaram em seus depoimentos que a interação social acontece entre os frequentadores do projeto, gerando vínculos e laços sociais.

“O grupo é animado e alegre, não tem jeito a gente acaba se animando também”.
M23

Os depoimentos destacam a presença desta interação e animação. Assim, percebe-se que a dança contribui significativamente na manutenção ou melhora das dimensões que estão inseridas no contexto da qualidade de vida, entre elas a adaptação das condições da aptidão funcional e integração social, visto que é uma forma de se expressar a partir dos movimentos guiados pela música, dançar desperta emoções positivas, prazer e socialização. Esses são os motivos que influenciam as pessoas a dançarem e a se manterem empenhados na atividade (WITTER *et al.*, 2013).

A dança se configura como atividade física que está diretamente associada à vivência humana, ocasionando melhoras significativas em relação direta com o bem-estar e a saúde. Pesquisas evidenciam que a maioria das pessoas não se importam se estão dançando corretamente ou não, ao invés disso, procuram a partir da dança vivenciar uma emoção intensa (BARBOSA *et al.*, 2012).

Autores confirmam que a dança sempre foi utilizada como uma maneira de se comunicar através dos movimentos, tornando-se em uma atividade física antiga. Todavia, essa prática também se destaca como a atividade que mais propicia prazer, sensação de alegria, bem-estar físico, social, mental e de poder. Além disso, a dança é de absoluta importância na superação de limites indispensáveis para a vida diária e os movimentos (MAYWORM; SILVA; NETO, 2015).

Auxílio no Controle do Peso Corporal

A prática regular de atividade física fornece diversos benefícios como a diminuição da pressão arterial, aumento da força e da elasticidade muscular, melhora do funcionamento do sistema cardiovascular, favorece a redução do peso corporal, melhora no perfil das gorduras, preserva e aumenta a massa muscular, melhora nos

níveis de açúcar no sangue, promove uma sensação de bem-estar e melhora a qualidade de vida. Assim, obtém-se uma imagem corporal positiva e maior autoestima e motivação intrínseca para as atividades físicas o que irá influenciar de forma significativa no controlo do peso a longo e médio prazo (VIEIRA *et al.*, 2014), corroborando com o discurso da participante, citado abaixo.

“Venho mantendo o meu peso, e isso me anima a dançar cada vez mais”. M94

Para Gualano e Tinucci (2011) o indivíduo sedentário não pode ser considerado saudável; a realização da atividade física na vida do homem moderno é essencial à manutenção da função normal (fisiológica) do organismo. O exercício físico é barato, seguro e, se realizado de forma sistemática ajuda na perda ou manutenção do peso. Ademais, estudo demonstra que nas academias há uma busca em evidente pela prática da dança com principal objetivo de os indivíduos buscarem meios para conseguir o peso ideal e conseqüentemente melhorar a autoestima, visando uma boa aparência na sua imagem corporal (MARBÁ; SILVA; GUIMARÃES, 2016).

Proporciona Aptidão Física

A boa disposição e melhora da aptidão física foi declarada por maioria dos integrantes do projeto. A aptidão física relacionada à saúde envolve principalmente a resistência cardiorrespiratória, força, resistência muscular e flexibilidade. Abrange também habilidades como a velocidade, agilidade, coordenação motora e equilíbrio (FUHRMANN; PANDA, 2015).

“Me sinto com vigor e minha flexibilidade aumentou”. M105

Os sujeitos revelaram a existência de melhores condições físicas como resultado das práticas de dança ofertada pelo Projeto Ritmize, como constatado no discurso acima. Na perspectiva da promoção da saúde constata-se que a atividade física pode ser uma alternativa para obter uma melhor aptidão cardiorrespiratória e ganhos de força (CAMPOS, 2013).

Então, ressalta-se a importância de realizar tal prática de maneira regular para a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos, de maneira que indicadores positivos

relacionados a aptidão física na saúde proporciona proteção ou menor risco para o desenvolvimento de distúrbios orgânicos nesses indivíduos. Desse modo, hábitos na prática de atividade física podem refletir de forma positiva no estado de aptidão física e saúde durante toda a vida (FUHRMANN; PANDA, 2015).

Gratuidade/Oferta das atividades em todos os dias úteis

Os projetos sociais gratuitos são em geral muito bem aceitos pela comunidade, com o Ritmize não foi diferente em que a adesão de muitos aconteceu principalmente por ser gratuito. Para Cardoso e Costa (2014) o projeto social traz na sua essência a proposta de intervenção em dada situação que visa produzir mudanças nas relações sociais, em geral, descritas como desiguais e assimétricas. Percebe-se que a maioria dos frequentadores do projeto não poderiam pagar uma academia para fazer a mesma atividade que desenvolve no Ritmize, nesta perspectiva a iniciativa possui o intuito de amenizar esta assimetria e desigualdade, promovendo a saúde nessa comunidade, como observado no relato abaixo.

“Em Sobral não existe uma academia que ofereça dança todos os dias, além disto, aqui as aulas são de graça”. M33

O projeto foi criado para envolver a comunidade em uma atividade física sistemática e prazerosa, e a dança com vários ritmos foi o caminho encontrado para atrair a população. Para Maia e Silva (2012) a dança é uma atividade universal, visto que todos os povos da terra dançam e esta é praticada em vários níveis (amador, semiprofissional, profissional), sendo diferenciada pela idade, ou seja, crianças, jovens, adultos e idosos. Vale ressaltar que, o apoio social é importante para o sucesso da adesão das pessoas às atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados denotam que a maioria dos integrantes do grupo Ritmize são mulheres com idade de 31 a 50 anos e com filhos, que enfatizam o quanto a dança possibilita saúde física e mental, interação social, auxilia no controle do peso corporal bem como proporciona aptidão física, além de destacarem a gratuidade e oferta das atividades durante os dias úteis.

Diante disso, observa-se a efetividade do projeto na vida da comunidade a partir da inserção da prática de atividade física regular, como a dança, tornando-se uma potente estratégia de cuidado a comunidade, uma vez que contribui para o bem-estar individual e coletivo, reflete na qualidade vida e na saúde física e mental, com melhorias na autoestima e redução no número de ocorrência de sintomas depressivos e ansiedade, bem como oportuniza lazer e interação social, gerando vínculos e amizades.

Assim, enfatiza-se a necessidade e importância de desenvolver projetos de extensão com características semelhantes ao Ritmize, uma vez que possibilita a Universidade a se aproximar da comunidade com ações efetivas no cuidado, intervindo na realidade social desses indivíduos. Portanto, destaca-se o quanto essas atividades merecem divulgação e reprodução nas instituições públicas e privadas do país.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. R. *et al.* Os benefícios da dança na qualidade de vida dos idosos do centro de convivência da melhor idade Maria Salvador FAIS-CCMI no Município de Altamira -PA. *FIEP Bulletin On-line*, v. 82, n. 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. *Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; Ministério da Saúde: 2012.

CAMPOS, A.L.P. *et al.* Efeitos do treinamento concorrente sobre aspectos da saúde de idosas. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 437-447, ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372013000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2018.

CARDOSO, M.L.M.; COSTA, D.M. O que a perspectiva antropológica tem a dizer sobre a avaliação de projetos sociais apoiados pela cooperação internacional?. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 20, n. 41, p. 117-140, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2018.

FUHRMANN, M.; PANDA, M.D.J. Aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho esportivo de escolares do PIBID/ UNICRUZ/Educação Física. *Rev. Biomotriz*, v. 9, n.1, p. 81-99, 2015.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev. bras. educ. fís. esporte*, São Paulo, v. 25, p. 37-43, dez. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092011000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

GUIMARÃES, A.C.A.; FERNANDES, S.; SIMAS J.P.N. Do diagnóstico à ação: programa ritmo e movimento: dançando para um estilo de vida ativo. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, v. 16, n. 2, 2011.

LIBERATO, M.T.C.; DIMENSTEIN, M. Experimentações entre dança e saúde mental. *Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 163-176, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MACHADO, Z. et al. Qualidade de vida dos praticantes de dança de salão. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*, Pelotas, v.17, n.1, p. 39-45, fev. 2012.

MAIA, L.B., SILVA, R.M. A dança como estratégia de promoção da saúde para adolescentes. *Cad. Cult. Ciênc.*, v.11, n.1, dez. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/500>>. Acesso em: 26 mar.2018.

MARBÁ, R. F.; SILVA, G. S., GUIMARÃES, T. B. A dança na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v.9, n.1, fev. 2016.

MAYWORM, T.C.C.; SILVA, M.C.; PEREIRA NETO, E. Estudo da influência de diferentes tipos de exercícios físicos na qualidade de vida e no índice de medo de quedas de idosos. *FIEP Bulletin Online*, v. 85, n. 2, 2015.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, E. N., et al. Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. *Saúde Coletiva*, v.8, n.50, p. 126-130, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84217984006>> Acesso em: 27 mar.2018.

OSTETTO, L.E. Para encantar, é preciso encantar-se: danças circulares na formação de professores. *Cad. CEDES*, Campinas, v. 30, n. 80, p. 40-55, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

VIEIRA, P.N. *et al.* Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 83-92, jan. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100083&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2018.

WITTER, C. *et al.* Envelhecimento e dança: análise da produção científica na Biblioteca Virtual de Saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 191-199, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

ÓLEOS E GORDURAS UTILIZADOS EM PROCESSOS DE FRITURA: AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, ORIENTAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS E APROVEITAMENTO DO ÓLEO USADO

Área Temática: Saúde; Meio Ambiente.

R. M. SIMÃO¹; D. C. D. NASCIMENTO¹; L. M. NEVES²; T. S. PINELLI²; E. P. RIBEIRO²; A. C. R. REZENDE²; J. C. S. R. UBALDO³; H. C. B. COSTA³; A. K. F. I. CÂMARA³; D. C. PINHEIRO³; C. N. KOBORI⁴

Instituição: Universidade Federal São João del Rei (UFSJ)

Resumo

Óleos e gorduras são utilizados em processo de fritura, dando origem a alimentos apreciados por grande parte da população. A qualidade dos produtos fritos está atrelada ao nível de degradação do óleo utilizado, o que por sua vez depende da sua exposição aos fatores que aceleram a sua degradação, como luz, temperatura alta e contato com oxigênio. Este trabalho teve como objetivo avaliar os procedimentos de fritura realizados em estabelecimentos comerciais de Sete Lagoas-MG e orientar sobre as práticas recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além disso, o impacto do descarte inadequado do óleo residual ao meio ambiente também foi abordado e foram criados pontos de coleta de óleo de cozinha usado na cidade. Foram aplicados questionários em 77 estabelecimentos comerciais que realizam o processo de fritura e foi possível observar que falta disseminação das informações sobre boas práticas de fritura, pois muitos locais ainda realizam o processo de forma inadequada. Alguns procedimentos simples, como controlar a temperatura do óleo, evitar o contato do óleo com o oxigênio atmosférico, realizar a filtração, armazenar adequadamente e determinar o momento correto do descarte do óleo, não são realizados pela maioria dos estabelecimentos entrevistados. Constatou-se ainda que mais da metade dos estabelecimentos entrevistados nunca foram orientados sobre boas práticas de manipulação em processos de fritura, no entanto, 68% gostariam de receber mais informações e a maioria dos estabelecimentos descarta corretamente óleo usado.

¹ UFSJ, Engenharia de Alimentos e Aluna Bolsista PROEX/UFSJ.

² UFSJ, Engenharia de Alimentos e Aluna Voluntária.

³ UFSJ, Engenharia de Alimentos e Professor Colaborador.

⁴ UFSJ, Engenharia de Alimentos e Professora Coordenadora.

Panfletos informativos sobre boas práticas de fritura e descarte correto de óleo usado foram elaborados e distribuídos para os estabelecimentos comerciais e a comunidade. Pontos de coleta de óleo foram estabelecidos em supermercados e na UFSJ. Cerca de 80L de óleo de cozinha usado pela comunidade foram coletados e este foi utilizado para ministrar minicursos de fabricação de sabão e para produção de biodiesel.

Palavras-chave: óleo de cozinha; descarte; poluição; coleta; sabão; biodiesel.

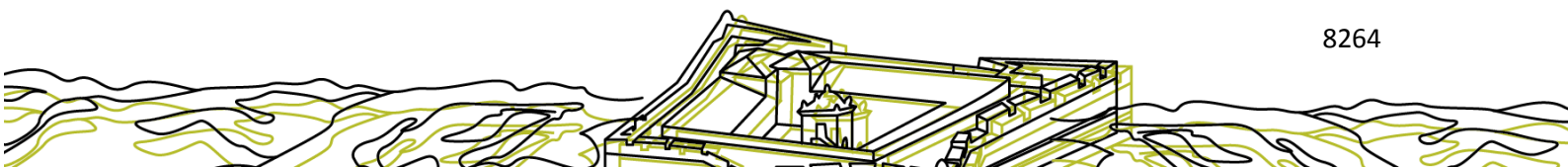
Introdução

A fritura se dá pela imersão do alimento em óleo quente, que atua como meio de transferência de calor. Ao longo desse processo, ocorrem complexas reações químicas que modificam as características funcionais, sensoriais e nutricionais do alimento. As temperaturas alcançadas nos processos de fritura são superiores àquelas alcançadas pela água em ebulição, tornando a cocção do alimento mais eficiente quando comparada com o cozimento por ar quente em fornos e mais rápido que o cozimento em água (ANS et al., 1999).

As alterações promovidas no óleo e no alimento durante o aquecimento do processo de fritura podem culminar em um produto menos saudável e com características sensoriais indesejáveis, a depender de vários parâmetros, como tempo e temperatura (ANS et al., 1999). Porém, a fritura por imersão total é um método considerado eficiente e rápido que fornece alimentos comumente apreciados (SANIBAL; MANCINI FILHO, 2002).

Existem doenças que estão associadas ao consumo de fritura. O uso inadequado dos óleos de fritura origina um óleo alterado que produz um alimento de baixa qualidade e prejudicial à saúde. A aterosclerose é uma das doenças provenientes do consumo constante de alimentos fritos, é um processo inflamatório crônico da parede vascular que, como consequência, pode aumentar o risco de doenças coronarianas. As ocorrências mais graves associadas a essas doenças que atacam o coração são muitas vezes limitantes ou fatais, como infarto ou acidente vascular cerebral (SPOSITO et al., 2007).

No Brasil, não existe regulamentação vigente sobre os parâmetros a serem atendidos pelos estabelecimentos comerciais quanto à qualidade de óleos e gorduras utilizados em processos de fritura por imersão. Assim como não há orientações sobre o procedimento de descarte do óleo após o seu uso (SANIBAL; MANCINI FILHO, 2002). Hoje, tem-se disponível no Brasil, apenas o Informe Técnico nº 11 de 05 de outubro de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que recomenda práticas de



fritura adequadas visando garantir a qualidade do óleo e dos produtos fritos, e a Resolução RDC nº 216 de 15 de setembro de 2004 que estabelece apenas uma temperatura máxima a ser atingida pelo óleo de 180°C (CAMILO et al., 2010).

Segundo Freire et al. (2013), estabelecer métodos analíticos e parâmetros que apontem a qualidade de óleos de fritura na legislação brasileira seria de grande valia, assim como informar de maneira mais eficiente os comerciantes e as indústrias brasileiras sobre tais procedimentos. Um indicativo de ponto de descarte do óleo é outro fator considerado crítico por estes autores, a utilização de testes químicos rápidos aliados à percepção de alteração de aparência, cor e textura do óleo contribuiria para determinar o momento correto do descarte do óleo de fritura.

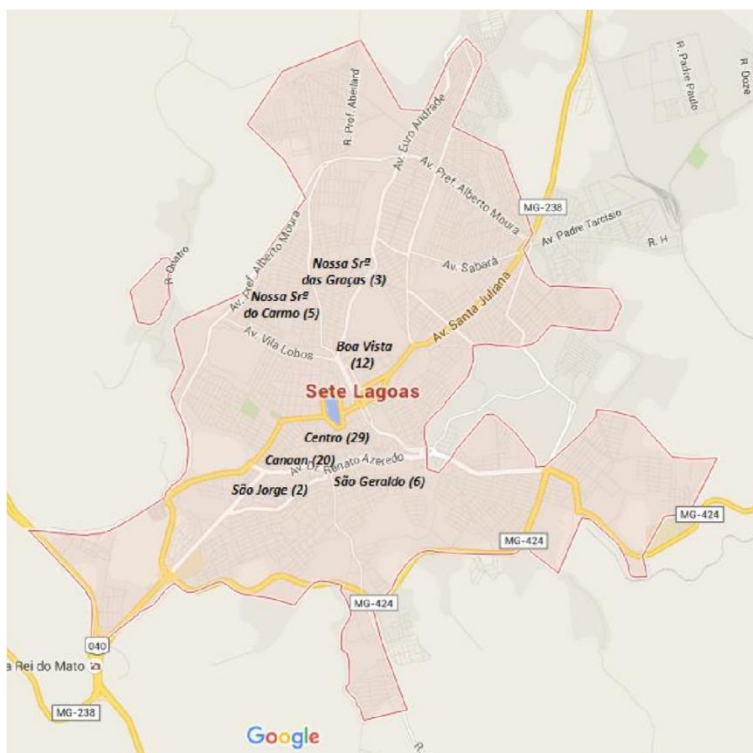
O descarte do óleo usado em processos de fritura também pode produzir dano ao meio ambiente, os sistemas de saneamento básico infelizmente ainda são o destino de grandes quantidades de óleos e gorduras residuais utilizados no preparo de alimentos em residências, restaurantes e lanchonetes. Esse lançamento é inadequado e prejudicial aos sistemas de tratamento de esgotos e ao meio ambiente. Ambientalistas concordam que não existe um modelo de descarte ideal do produto, mas sim, alternativas de reaproveitamento do óleo de fritura para a fabricação de biodiesel, sabão, detergentes, dentre outros (DUARTE, 2010).

Portanto, o objetivo foi avaliar os procedimentos de fritura praticados em estabelecimentos comerciais localizados na região central da cidade de Sete Lagoas – MG e orientar os responsáveis sobre as boas práticas recomendadas. Além disso, o momento e a forma como ocorre o descarte do óleo/gordura residual também foram abordados neste trabalho, houve a criação de pontos de coleta de óleo de cozinha usado domesticamente e minicursos para reaproveitamento do óleo para fabricação de sabão ou biodiesel.

Metodologia

Definição dos estabelecimentos comerciais entrevistados

Para a avaliação dos procedimentos de fritura praticados em lanchonetes, bares e restaurantes da cidade de Sete Lagoas-MG foram aplicados questionários em 77 estabelecimentos comerciais do ramo alimentício localizados na região central da cidade. O mapa da Figura 1 mostra os bairros contemplados na pesquisa, sua localização na cidade e o número de estabelecimentos visitados em cada um.



Fonte: Google Maps. Editado pela autora.

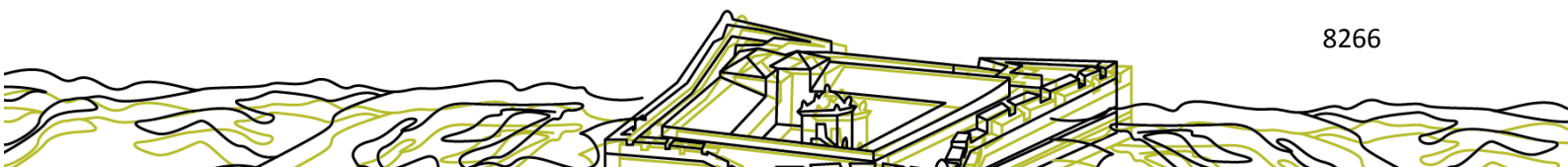
Figura 1: Mapa da cidade de Sete Lagoas – MG com bairros contemplados na pesquisa, sua localização indicada e o número de estabelecimentos visitados.

Os estabelecimentos que participaram da pesquisa eram de pequeno e médio porte considerando o volume de produção e estes comercializavam diferentes tipos de alimentos fritos, como salgados, batatas, peixes e carnes.

Elaboração e aplicação do questionário

O questionário utilizado para a realização da pesquisa (Quadro 1) foi aplicado por meio de entrevista pessoal com os responsáveis pelo procedimento de fritura nos estabelecimentos no período de 01 a 18/12/2015.

Quadro 1: Questionário aplicado em estabelecimentos comerciais de Sete Lagoas – MG para avaliação dos procedimentos de fritura praticados.



PERGUNTAS	RESPOSTAS / OPÇÕES
1. Quem é o responsável pelo processo de fritura?	Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M Experiência: _____
2. Qual o tipo de óleo utilizado?	A. () Óleo de soja B. () Óleo de girassol D. () Gordura vegetal hidrogenada C. Outros: _____
3. O recipiente de fritura é redondo ou quadrado?	A. () Redondo B. () Quadrado
4. Qual o volume do recipiente de fritura?	Em aberto: _____
5. Quais produtos fritos são produzidos no estabelecimento?	Em aberto: _____
6. Qual a quantidade diária desses produtos?	Porções/unidades: _____
7. Diferentes produtos são fritos no mesmo recipiente de óleo?	A. () Sim B. () Não Quais: _____
8. Há controle da temperatura do óleo? Qual o limite?	A. () Sim Temp. (°C): _____ B. () Não
9. O óleo é desligado entre os processos de fritura?	A. () Sim B. () Não
10. Quando a fritadeira está ligada, porém, não sendo utilizada, ela permanece tampada ou destampada?	A. () Tampada B. () Destampada

11. Quando desligada, a fritadeira permanece tampada ou destampada?	A. () Tampada B. () Destampada
12. O óleo é filtrado? Se sim, com qual frequência?	A. () Sim Frequência: _____ B. () Não
13. Se o óleo não for utilizado por um longo período de tempo (como de um dia para o	A. () Temperatura ambiente; Local: _____
outro), onde ele é armazenado?	B. () Geladeira
14. Quando se faz necessário, o óleo é totalmente descartado ou um novo é adicionado a fim de “completar” o volume necessário?	A. () Descarte total B. () Adição de novo óleo
15. O óleo é trocado por qual(is) motivo(s)?	A. () Tempo de uso (Qual: _____) B. () Escurecimento intenso do óleo C. () Formação de fumaça e espuma D. () Alteração de sabor e odor do produto frito E. Outros: _____
16. Onde o óleo é descartado?	A. () Pia B. () Lixo doméstico C. () Pontos de coleta Outros: _____
17. É feito algum tipo de análise do óleo para se conhecer o momento correto de descarte?	A. () Sim B. () Não
18. Em sua opinião, a qualidade do óleo influencia na qualidade do produto	A. () Sim B. () Não

frito?	
19. Em sua opinião, o descarte incorreto do óleo acarreta em problemas ambientais?	A. () Sim B. () Não
20. Já foi orientado sobre Boas Práticas de Fabricação quanto ao processo de fritura?	A. () Sim B. () Não
21. Gostaria de receber mais informações/treinamento neste sentido?	A. () Sim B. () Não

Fonte: Baseado em ANVISA (2004) elaborado pela autora.

Elaboração dos panfletos informativos

Para melhor instruir os comerciantes e a comunidade sobre as boas práticas de manipulação em processos de fritura de alimentos, foi elaborado um panfleto informativo com as principais orientações estabelecidas pela ANVISA (2004). No verso, foram incluídas informações sobre o impacto do descarte inadequado do óleo de cozinha ao meio ambiente e indicações de pontos de coleta de óleo.

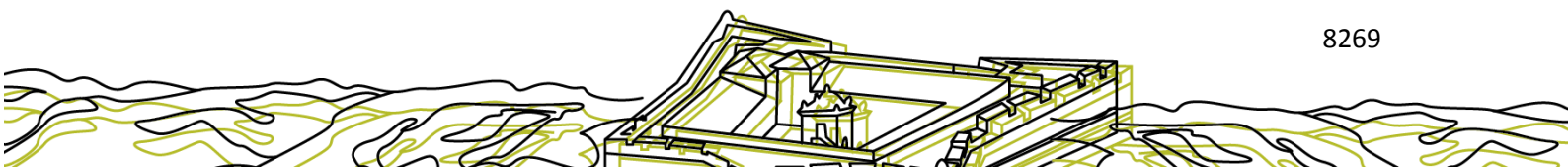
Coleta e aproveitamento do óleo usado

Coletores foram implantados em locais estratégicos na cidade, como supermercados, onde a comunidade poderia depositar o óleo usado em fritura doméstica. Os óleos coletados foram utilizados nos minicursos de fabricação de sabão e para fabricação de biodiesel (parceria com a empresa Recóleo).

O minicurso de elaboração de sabão em barra e líquido foi ministrado no Laboratório de Química de Alimentos da UFSJ – Campus Sete Lagoas com duração de 4 horas, contemplando parte teórica com princípios da transformação do óleo em sabão e parte prática dividida em elaboração de sabão em barra e sabão líquido.

Resultados e Discussão

Avaliação dos procedimentos de fritura



Analisando-se o perfil dos manipuladores, observou-se que na maioria dos estabelecimentos comerciais, os responsáveis pelo processo de fritura eram mulheres (82%) com faixa etária entre 26 e 35 anos.

Esperava-se que a gordura vegetal hidrogenada (GVH) fosse a mais utilizada no processo de fritura por ser a indicação da ANVISA (2004), pois esta sofre menos alterações devido a maior saturação da sua cadeia. Porém, o óleo de soja foi a reposta mais frequente (75%), seguido pela GVH (18%) e pelo óleo de algodão (6%) (Figura 2). Em estudo realizado por Damy e Jorge (2003), o óleo de soja apresentou maior alteração e uma maior tendência à polimerização que a GVH, independente das condições de tempo e temperatura avaliados.

Qual o tipo de óleo utilizado?

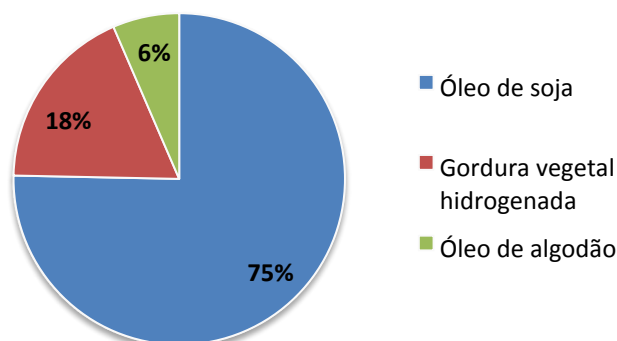
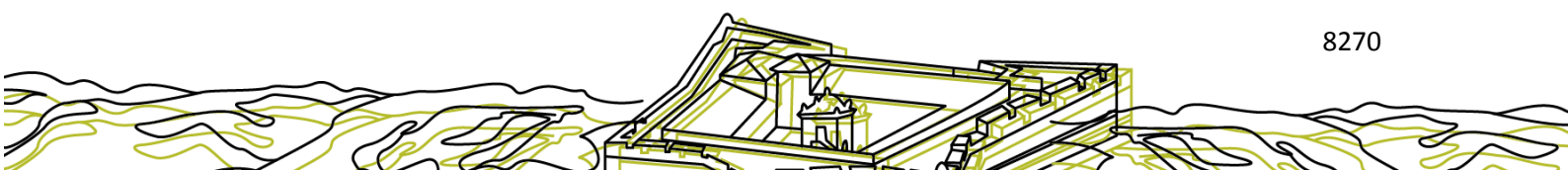


Figura 2: Tipo de óleo ou gordura utilizado no processo de fritura.

Em relação à forma do recipiente de fritura, 99% dos estabelecimentos utilizam recipiente redondo. Esta é a indicação da ANVISA (2004), já que o óleo polimerizado e depositado nas quinas da parede do recipiente tende a catalisar as reações de degradação do óleo. O mesmo foi constatado por Osawa et al. (2010), que afirmam que a facilidade de limpeza da fritadeira é um fator a ser levado em consideração.

Houve grande variação no volume do recipiente em que a fritura era realizada, sendo que a grande maioria dos entrevistados utilizava fritadeira/panela com volume inferior a 5 litros (Figura 3).

Qual o volume do recipiente de fritura?



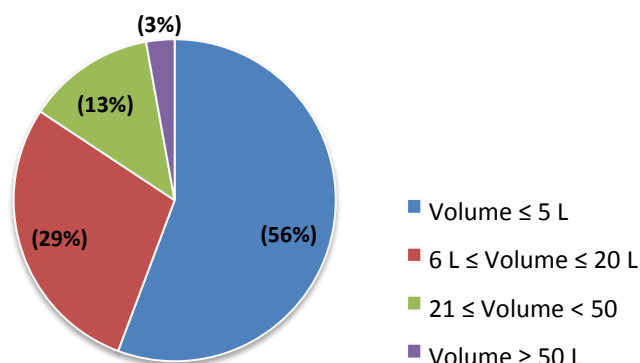


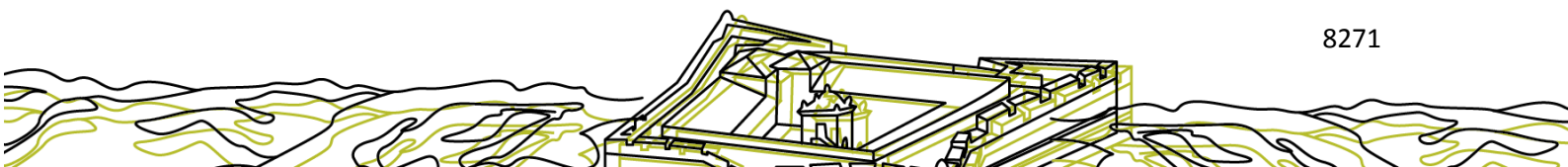
Figura 3: Volume do recipiente utilizado para realizar a fritura dos alimentos.

Ao perguntar se diferentes produtos são fritos no mesmo óleo, 68% dos entrevistados alegaram não misturar os produtos, um procedimento ideal para evitar que compostos catalisadores de alguns alimentos não acelerem a degradação dos demais óleos. Porém, em relação ao controle da temperatura do óleo de fritura, apenas 39% das empresas adotam temperaturas inferiores a 180 °C e realizam o seu controle. De acordo com a ANVISA (2004), temperaturas excessivamente altas degradam o óleo mais rapidamente.

Estudos apontam que óleos aquecidos por longos períodos sob temperaturas extremamente elevadas (acima de 180°C) dão origem a produtos que contém mais de 50% de compostos polares, produtos de degradação dos triglicerídeos (CELLA et al., 2002). Há limitações de uso de óleos em alguns países baseadas em seu teor, em torno de 24 a 27% de compostos polares (DEL RÉ; JORGE, 2006). Ans et al. (1999) afirmaram que muitos trabalhos já demonstraram a influência da alta temperatura sobre a decomposição de lipídeos, e que a partir de aproximadamente 200°C o efeito é drástico, por isso, recomenda-se o uso de temperaturas até 180°C no processo de fritura.

Em estudo realizado por Osawa et al. (2010) em Campinas-SP, verificou-se que alguns estabelecimentos não respeitavam o limite de temperatura do óleo (180°C) e dependiam de critério exclusivamente sensorial para descarte de óleo (escurecimento) ou se baseavam no tempo de uso. O mesmo foi percebido para a cidade de Sete Lagoas-MG. Outras características semelhantes são a adição de óleo novo para completar o volume do recipiente de fritura, a não realização de filtragem do óleo ou gordura e a mistura de diferentes tipos de alimentos na mesma fritadeira.

No trabalho desenvolvido por Souza et al. (2005) em Santos-SP, também foi observado a utilização de temperaturas excedentes a 180°C. Tavares et al. (2007) concluíram que a



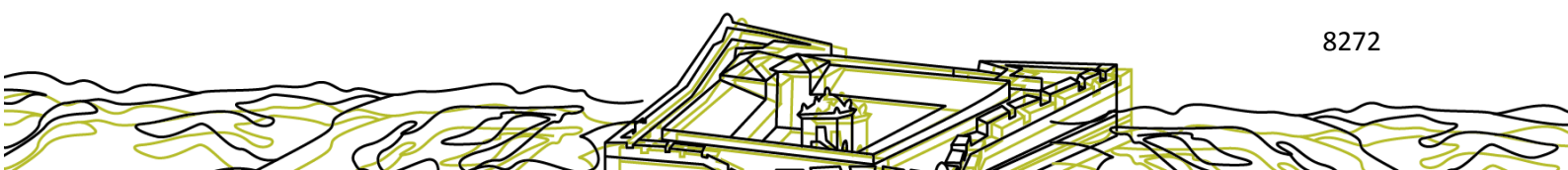
temperatura do óleo de fritura utilizada em estabelecimentos comerciais da Baixada Santista também era superior ao limite recomendado e apontaram que a fiscalização é inexistente no Brasil, por isso, este tipo de problema é recorrente.

A ANVISA (2004) informa também que não se deve descontinuar o aquecimento do óleo em intervalos curtos em que este não será utilizado. Porém, 83% dos entrevistados realizam essa prática de retirar o óleo/gordura do aquecimento. No Brasil, as frituras descontínuas são bastante utilizadas tanto no preparo doméstico de alimentos quanto em estabelecimentos comerciais. Nestes casos, o óleo é utilizado várias vezes com a mínima reposição, sistematicamente reaquecido, originando um óleo com elevados níveis de alteração (DAMY; JORGE, 2003).

Segundo Osawa et al. (2010), a fritura descontínua ocorre geralmente em estabelecimentos estilo *fast foods*, como pastelarias e restaurantes. Na maioria destes casos, as fritadeiras trabalham de forma intermitente, operando com a sua capacidade total durante poucas horas e permanece em desuso na maior parte do tempo. Períodos curtos de uso são mais destrutivos ao óleo do que longos, ocasionando a degradação do óleo em maiores proporções. Esse efeito ocorre porque no óleo quente, as reações oxidativas ocorrem fundamentalmente na superfície de contato da massa de óleo com o ar. Já durante o resfriamento do óleo, a solubilidade do óleo ao ar aumenta e há um favorecimento da entrada de ar no interior do recipiente, produzindo uma maior quantidade de hidroperóxidos e radicais livres durante o aquecimento posterior (POZO, 1995). Reda e Carneiro (2007) concluíram em seu estudo que o aquecimento intermitente, sob ação do oxigênio atmosférico, acelera muito o mecanismo de deterioração de óleos e gorduras pela ação da hidrólise, oxidação e termo oxidação.

Outra recomendação é manter o recipiente tampado enquanto o óleo permanece sob aquecimento, porém sem a ocorrência de fritura. Contra o recomendado, 72% dos estabelecimentos revelaram deixar o recipiente destampado. Jorge et al. (2005) indicam o contato do óleo com o oxigênio através da superfície do recipiente como fator determinante na alteração oxidativa do óleo.

Ao serem questionados se quando desligada, a fritadeira permanecia tampada ou destampada, 64% dos estabelecimentos informaram tampar o recipiente, em acordo com o estabelecido pela ANVISA (2004), que alega que com essa ação, evita-se o contato do óleo com os principais catalisadores de oxidação, o oxigênio e a luz. Durante o armazenamento em contato livre com oxigênio, os óleos e gorduras se deterioram devido à auto-oxidação (REDA; CARNEIRO, 2007).



Deve-se também, com frequência, remover os particulados de alimento e crostas da fritadeira de modo a mantê-la sem sedimentos. O acúmulo de sedimentos pode levar a formação de produtos de degradação do óleo e/ou gordura de fritura e ao escurecimento dos alimentos processados sob estas condições. Portanto, recomenda-se filtrar o óleo após a sua utilização e arrefecimento (ASAE, 2010). Dentre os 77 questionados, apenas 58% afirmaram filtrar o óleo.

Partículas que se desprendem do alimento para o óleo estão sujeitas a serem queimadas, intensificando o escurecimento e conferindo sabores desagradáveis para o óleo, além de acelerarem a sua degradação. O tipo de alimento influencia na quantidade de partículas dispersas, os alimentos empanados e de origem animal costumam apresentar maior quantidade desses compostos (FREIRE et al., 2013). Camilo et al. (2010) relataram que em locais em que os produtos de fritura eram massas e salgados ocorria maior desprendimento de partículas do alimento no óleo. Estes estão mais facilmente sujeitos a carbonização e contribuem com uma maior termo-oxidação do óleo.

Questionou-se também o local onde o óleo era armazenado quando não utilizado, por exemplo, de um dia para o outro. A melhor prática é armazená-lo em geladeira para se aumentar a vida de prateleira do óleo/gordura (ANVISA, 2004). Porém, 99% dos estabelecimentos afirmaram armazenar o óleo em temperatura ambiente, geralmente, no mesmo recipiente onde a fritura foi realizada.

Durante a fritura, o alimento absorve o óleo/gordura e em determinado ponto da operação, o volume de óleo torna-se insuficiente para a realização do processo. O recomendado é descartar todo o volume e recomeçar o processo de fritura com óleo/gordura novo, pois a degradação do óleo adicionado é muito mais rápida ao adicioná-lo sobre um óleo já degradado (ANVISA, 2004). Contra este princípio, 40% dos estabelecimentos tem o costume de realizar adição de óleo novo sobre o óleo já usado na fritadeira e/ou panela.

A maioria dos estabelecimentos entrevistados (79%) respondeu que descarta o óleo usado adequadamente, entregando para instituições especializadas que fazem a destinação correta do óleo ou para produção caseira de sabão. Infelizmente, os demais entrevistados (21%) ainda descartam o óleo residual em lixo doméstico ou em ralo de pias (Figura 4).

Onde o óleo usado é descartado?

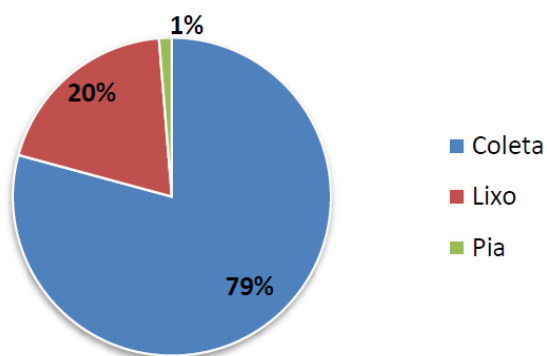


Figura 4: Local de descarte do óleo de cozinha usado.

Óleos e gorduras descartados de forma incorreta são uma ameaça para o meio ambiente, como o despejo desses em esgoto doméstico e corpos d'água. Estes óleos residuais são altamente poluentes e ainda geram problemas como a obstrução de tubulações. Para desentupi-las, utiliza-se de produtos químicos altamente tóxicos, o que propaga o ciclo de contaminação. Outros efeitos danosos também causados pelo descarte incorreto do óleo no meio ambiente são a formação de uma película superficial que dificulta a troca gasosa entre o ar e a água, impermeabilização de raízes de plantas e a sua ação tóxica para os seres aquáticos ao diminuir a quantidade de oxigênio dissolvido no meio (REIS et al., 2007).

Quanto à realização de análises *in loco* para verificação do momento ideal para o descarte do óleo, há *kits* que realizam testes rápidos, auxiliando na determinação do momento ideal de descontinuidade do uso do óleo/gordura. Souza et al. (2005) compararam os resultados obtidos com o *Oil Test* (3M) e análises tradicionais, verificaram certa correlação com a determinação de compostos polares, confirmando que este pode ser utilizado como indicativo da qualidade do óleo, pois seus resultados foram correlacionados com 75% das amostras consideradas insatisfatórias quanto à concentração de compostos polares, quantificados em laboratório.

Dentre os estabelecimentos visitados, 95% não fazem o uso de análises químicas de qualidade para indicar o momento correto de desuso do óleo, o descarte é realizado considerando a avaliação visual e o tempo de uso.

Em estudo realizado em Campinas-SP (OSAWA et al., 2010), dos 15 estabelecimentos estudados (estilo *fast food*), apenas 4 utilizavam as fitas do *Oil Test* para análise de qualidade do óleo e gordura de fritura. Os demais também só utilizavam critérios sensoriais e subjetivos como cor, odor, fumaça e sabor do óleo. Os fatores usados para determinar o momento do descarte do óleo pelos entrevistados nesta pesquisa foram: tempo de uso (40%), escurecimento intenso do óleo (39%), alteração de sabor e odor do produto frito (11%) e a formação de fumaça e espuma (10%) (Figura 5).

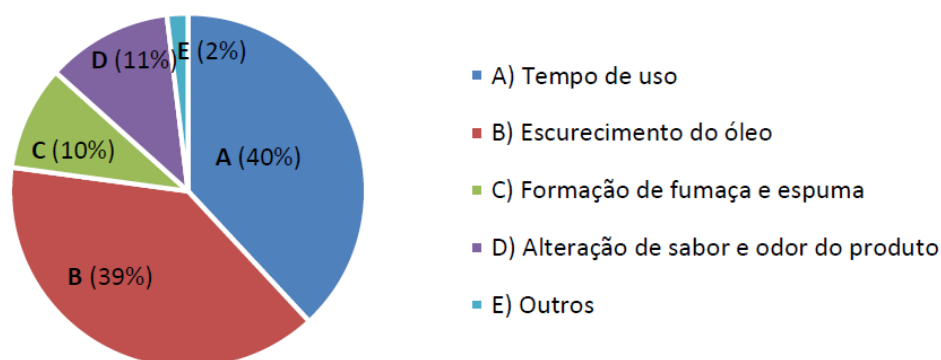
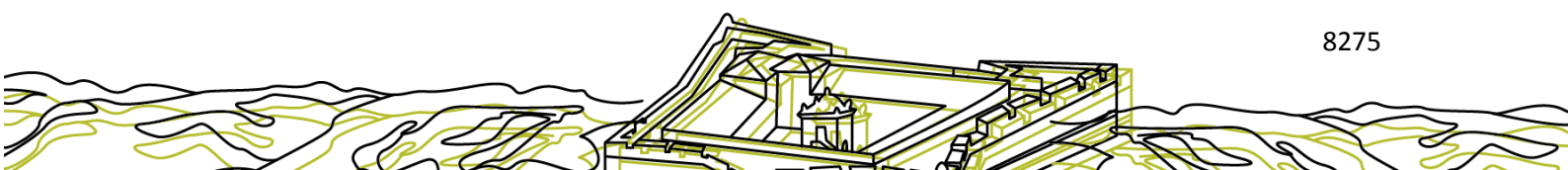


Figura 5: Fatores utilizados para determinar o momento do descarte do óleo usado.

Para Sanibal e Mancini Filho (2002), a avaliação da deterioração de óleos e gorduras no processo de fritura com base nas características sensoriais torna a conclusão subjetiva e instável. Outros métodos são mais eficientes de realizar esta determinação. A avaliação de compostos polares é o método que fornece a medida mais segura quanto ao processo de deterioração na maioria dos casos. Um método simples para avaliação durante o processo de fritura é a mudança da constante dielétrica do óleo, assim como a utilização de testes rápidos. Outras análises utilizadas de forma isolada, como índice de peróxido e a determinação de ácidos graxos livres, são passíveis de aplicação apenas na fase inicial do processo de oxidação, não sendo recomendadas como medidas para avaliação da deterioração de óleos e gorduras de fritura.

As condições sob as quais o processo de fritura ocorre (temperatura elevada, contato com o oxigênio) levam às modificações físico-químicas nos óleos como termo-oxidação



e rancificação. Estas modificações, a dependerem do grau de severidade, podem se tornar visíveis, como o escurecimento, aumento da viscosidade, formação de espuma e fumaça (SANIBAL; MANCINI FILHO, 2002; REDA; CARNEIRO, 2007). A aceitabilidade do produto frito é influenciada por estas modificações sensoriais dos óleos de fritura, além de trazerem efeitos maléficos à saúde do consumidor a partir da ingestão contínua de produtos já rancificados, como irritação gastrointestinal, inibição de enzimas, destruição de vitaminas e carcinogênese (REDA; CARNEIRO, 2007).

Os estabelecimentos também foram questionados quanto a sua opinião sobre a influência do nível de deterioração do óleo na qualidade do alimento frito e quanto à ocorrência de problemas ambientais devido ao descarte incorreto do óleo. Com o decorrer das alterações, as qualidades funcionais, sensoriais e nutricionais dos óleos se modificam, podendo chegar a níveis em que não se consegue mais obter alimentos de qualidade (DEL RÉ; JORGE, 2006). A maioria dos entrevistados tem ciência de que o nível de deterioração do óleo influencia na qualidade do produto frito (89%) e que o descarte inapropriado do óleo prejudica o meio ambiente (97%).

Constatou-se também que mais da metade dos estabelecimentos entrevistados (59%) nunca foram orientados sobre boas práticas para processos de fritura e que 68% estão abertos a receber mais informações, um ponto positivo observado na postura dos entrevistados.

Conclui-se que a informação pode ser uma forma de aumentar a qualidade dos produtos ofertados ao consumidor. O procedimento realizado de forma inadequada pode ocorrer não por falta de interesse ou má intenção, e sim por falta de instrução quanto ao procedimento correto a ser realizado. Aliado a isso, a maioria dos estabelecimentos visitados disseram que gostaria de receber mais informações. Portanto, há uma lacuna que deve ser explorada a fim de beneficiar a saúde do consumidor, o meio ambiente e dar vantagens competitivas ao comerciante que fornecerá um produto de melhor qualidade. Recomenda-se, portanto, investimento por parte das empresas para capacitação de mão de obra e melhoria em infraestrutura, além de uma efetiva fiscalização dos órgãos competentes.

Camilo et al. (2010) observaram em seu estudo que os resultados encontrados para as amostras de óleo de fritura coletadas nos estabelecimentos indicaram que todos os óleos já deveriam ter sido descartados pelos valores encontrados para acidez, peróxido e compostos polares totais. A fim de disponibilizar maiores informações sobre boas práticas para procedimento de fritura de alimentos, foram distribuídos mil panfletos (Figura 6) contendo as principais orientações da ANVISA (2004) em estabelecimentos

comerciais e para transeuntes do centro da cidade de Sete Lagoas – MG em março de 2016.

No panfleto, foram disponibilizadas as principais informações sobre o procedimento correto para obter um produto frito de qualidade e melhorar a qualidade do óleo utilizado, com ações que reduzem a oxidação lipídica. Além disso, a conscientização sobre as implicações ao meio ambiente do descarte de óleo inadequado.



Veja dicas de boas práticas para fritura:

- Temperatura máxima do óleo 180°C (não deve produzir fumaça)
- Frite por longos períodos ao invés de vários períodos curtos
- Se precisar manter o óleo aquecido, tampe parcialmente a fritadeira
- Evite completar o óleo em uso com óleo novo
- O óleo deve ser filtrado em cada término de uso
- Armazenar em recipiente tampado, protegido da luz e em local fresco/refrigerado

Chegou a hora de descartar o óleo...

- **Formação de fumaça e espuma durante a fritura**
- **Escurecimento intenso do óleo e do alimento**
- **Odor e sabor não característicos**

O uso de óleo degradado no processo de fritura gera compostos responsáveis por odor e sabor desagradáveis, além de substâncias que podem causar riscos à saúde do consumidor.

Realização: 

Tudo muito simples!

Pro Óleo

Você sabia?
1 litro de óleo jogado na pia pode contaminar 1 milhão de litros de água!

O óleo descartado na pia, rio ou quintal polui o meio ambiente e prejudica toda forma de vida.

Faça sua parte, é simples!

- 1º Passo:** Espere o óleo de cozinha esfriar
- 2º Passo:** Despeje o óleo frio na garrafa PET usando funil para evitar vazamentos e feche-a bem
- 3º Passo:** Leve a garrafa cheia de óleo ao ponto de coleta mais próximo e deixe-a no coletor

Pontos de coleta: 

Ajude você também a preservar a natureza descartando corretamente o óleo da sua cozinha.

Figura 6: Panfleto informativo de boas práticas de fritura e descarte adequado do óleo usado.

Coleta do óleo usado em processos de fritura

O Programa de Extensão que foi denominado Pró-Óleo estabeleceu 4 pontos de coleta de óleo de cozinha usado durante a vigência em 2015: Supermercado Santo Antônio, Supermercado EPA, Supermercado Mônica e UFSJ Campus Sete Lagoas. Foram fixados cartazes com a informação de como descartar o óleo em garrafas PET junto ao tambor coletor (Figura 7).



Figura 7: Painel informativo e tambor coletor de óleo usado para descarte do óleo usado.

Após a campanha realizada com a distribuição dos panfletos, ao final do Programa Pró-óleo em 2016, foi coletado cerca de 80L de óleo de cozinha usado descartado pela comunidade nos coletores.

Minicurso de fabricação de sabão

Uma parte do óleo usado coletado foi utilizada no minicurso de fabricação de sabão realizado na UFSJ – CSL (Figura 8). Foram elaborados sabão em barra (2 Kg) e detergente líquido (10 L), sendo estes destinados ao consumo interno dos Laboratórios do Curso de Engenharia de Alimentos.

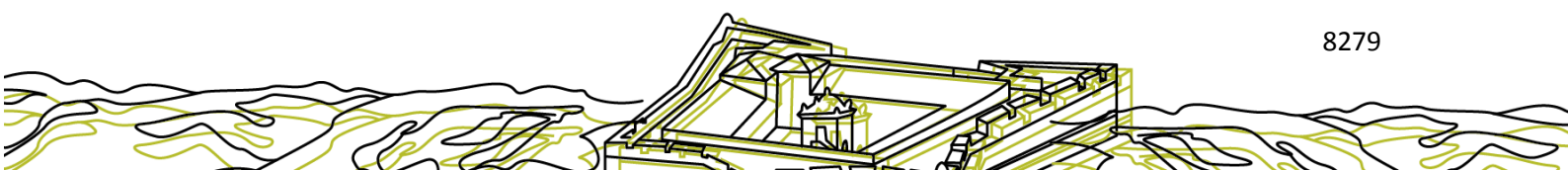


Figura 8: Fotos do minicurso realizado para fabricação de sabão utilizando óleo usado.

Conclusão/Considerações Finais

Há a necessidade de disseminar as boas práticas de manipulação em processos de fritura, pois muitos estabelecimentos comerciais ainda realizam a fritura inadequadamente. Alguns procedimentos simples não são realizados pela maioria dos estabelecimentos entrevistados. Além disso, a não realização de alguns procedimentos parece estar mais associada à falta de acesso à informação e não por negligência. Um ponto positivo observado com a pesquisa foi a consciência dos entrevistados quanto a influência do óleo na qualidade final do alimento frito e sobre os prejuízos ao meio ambiente ocasionados pelo descarte incorreto do óleo. Outro ponto a ser destacado é a abertura para receber mais orientações sobre os processos de fritura.

Os pontos de coleta de óleo usado foram estabelecidos nos supermercados, porém, uma maior divulgação sobre a importância do descarte correto para a população é necessária, pois não houve grande aderência do público ao programa, mesmo após a divulgação dos panfletos. O maior volume coletado foi proveniente do coletor instalado na UFSJ. O retorno dos participantes do minicurso de fabricação de sabão foi positivo e indica que deve ser replicado para um público maior.



Agradecimentos

Agradecimentos a Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX) da UFSJ e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Referências

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Informe técnico nº 11, de 5 de outubro de 2004: Óleos e gorduras utilizados em fritura**, 2004.

ANS, V. G.; MATOOS, E. de S.; JORGE, N. Avaliação da qualidade dos óleos de fritura usados em restaurantes, lanchonetes e similares. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v.19, n. 3, p. 413-419, 1999.

ASAE - Autoridade de Segurança Alimentos e Econômica. **Óleos de fritura**, Portugal, 2010; Disponível em: <<http://www.asae.pt/pagina.aspx?back=1&codigono=541054845488>>.

CAMILO, V. M. A.; ALMEIDA, D. T.; ARAÚJO, M. P. N.; CARDOSO, L. A.; BONELLI, M. Avaliação da qualidade de óleos e gorduras de fritura em bares, restaurantes e lanchonetes. **Revista Instituto Adolfo Lutz**, v. 69, n. 1, p. 91-98, 2010.

CELLA, R. C. F.; REGINATO-D'ARCE, M. A. B.; SPOTO, M. H. F. Comportamento do óleo de soja refinado utilizado em fritura por imersão com alimentos de origem vegetal. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 22, n. 2, p.111-116, 2002.

DAMY, P. C.; JORGE, N. Determinações físico-químicas do óleo de soja e da gordura vegetal hidrogenada durante o processo de fritura descontínua. **Brazilian Journal of Food Technology**, v. 6, n. 2, p. 251-257, 2003.

DEL RÉ, P. V.; JORGE, N. Comportamento de óleos vegetais em frituras descontínuas de produtos pré-fritos congelados. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, v. 26, n.1, p. 56-63, 2006.

DUARTE, A. **Um litro de óleo não contamina 1 milhão de litros de água**; 2010. Disponível em <<http://www.biodieselbr.com/noticias/bio/um-litro-oleo-contamina-1-milhaolitros-agua-120110.htm>>.

FREIRE, P. C. M.; MACINI-FILHO, J.; FERREIRA, T. A. P. C. Principais alterações físicoquímicas em óleos e gorduras submetidos ao processo de fritura por imersão: regulamentação e efeitos na saúde. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 3, p. 353-368, 2013.

JORGE, N.; SOARES, B. B. P.; LUNARDI, V. M.; MALARICA, C. R. Alterações físicoquímicas dos óleos de girassol, milho e soja em frituras. **Química Nova**, v. 28, n. 6, 2005.

OSAWA, C. C.; GONÇALVES, L. A. G.; MENDES, F. M. Avaliação dos óleos e gorduras de fritura de estabelecimentos comerciais da cidade de Campinas/SP. As boas práticas de fritura estão sendo atendidas? **Alimentos e Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 47-55, 2010.

POZO, D. R. M. **Estudiodelproceso de fritura de alimentos frescos y congelados prefritos. Comportamientodel aceite de semilla de girasol de alto contenidoen ácido oleico.** Tese (doutorado em Farmacia). Facultad de Farmacia. Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, 1995.

REDA, S. Y.; CARNEIRO, P. I. B. Óleos e gorduras, aplicações e implicações. **Revista Analytica**, v. 27, p. 60-67, 2007.

REIS, M. F. P.; ELLWANGER, R.S.; FLECK, E. Destinação de óleos de fritura. **Anais do 24º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental.** Belo Horizonte. 2007.
SANIBAL, E. A. A.; MANCINI FILHO, J. Alterações físicas, químicas e nutricionais de óleos submetidos ao processo de fritura. **Food Ingredient South American**, v. 18, p. 64-71, 2002.

SOUZA, D. L.; KUMAGAI, E. E.; GONZALEZ, E.; SILVA, M. L. P.; TAVARES, M.; CARUSO, M. S. F.; BARSOTTI, R. C. F.; PIMENTEL, S. A. Avaliação da qualidade de óleos e gorduras utilizados para fritura no comércio do município de Santos, Estado de São Paulo. **Anais do II Congresso Brasileiro de Plantas Oleaginosas, Óleos, Gorduras e Biodiesel, Varginha**, 2005.

SPOSITO, A. C.; CARAMELLI, B.; FONSECA, F. A. H.; BERTOLAMI, M. C. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção de aterosclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 1-18, São Paulo, 2007.

TAVARES, M.; GONZALEZ, E.; SILVA, M. L. P.; BARSOTTI, R. C. F.; KUMAGAI, E. E.; CARUSO, M. S. F.; AUED-PIMENTEL, S.; RUVIER, V.; SOUZA, D. L. Avaliação da qualidade de óleos e gorduras utilizados para fritura no comércio da região metropolitana da Baixada Santista, estado de São Paulo. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 66, n. 1, p. 4044, 2007.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

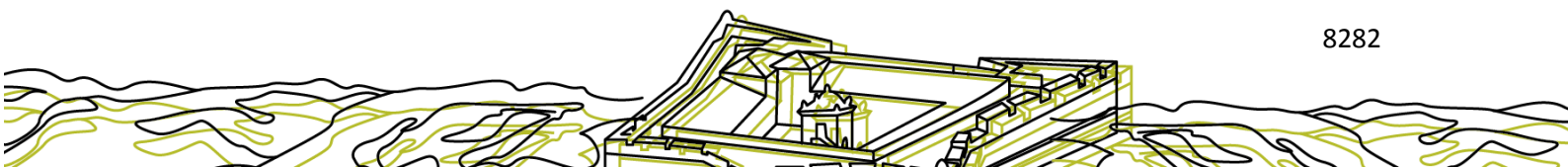
Área Temática: Saúde

Sarah Valentina Cruz da Silva; Isabel Pires Barra; Rosemary Araújo Monteiro; Ana Elza Oliveira de Mendonça; Gleyce Any Freire de Lima Carvalho; Bertha Cruz Enders; Gisele de Oliveira Mourão Holanda; Amanda Nicoli Vital de Oliveira; Sarah Rebeca Bezerra Silva; Juliana Raquel Duarte da Silva Camilo; Maria Alzira Rego Pinheiro

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)

Resumo

A qualidade do atendimento em uma Unidade de Saúde da Família envolve aspectos inerentes ao relacionamento da comunidade com os profissionais e da completa multidisciplinaridade da equipe. Isso envolve a necessidade da boa convivência entre os profissionais das diversas áreas da saúde, que favorece o bem estar social. Nesta perspectiva, surgiu a necessidade de desenvolver o projeto de extensão na disciplina Saúde e Cidadania aplicada aos cursos de graduação na área da saúde, a fim de diminuir o estresse entre os profissionais da Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um Relato de Experiência vivenciado pelos discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte por meio da realização da intervenção de extensão intitulada “AS QUATRO ESTAÇÕES DO SER NORDESTE”, desenvolvida na Unidade de Saúde da Família do bairro Nordeste, em Natal/RN. Para o cumprimento dessa intervenção, se utilizou a metodologia qualitativa, por meio da oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PCIS). Dessa forma, realizaram-se divisões do Grupo Tutorial (GT) em quatro setores, responsáveis por oferecer os serviços de massoterapia, meditação, ginástica laboral e exibição de um vídeo sobre a qualidade do sono. Os servidores de saúde foram beneficiados com um dia de atenção especial e foram sensibilizados frente à necessidade de um cuidado da saúde pessoal e de como a diminuição do estresse pode trazer benefícios à saúde e melhorar sua prática profissional por meio da oferta de um serviço humanizado e de qualidade para a comunidade.



Palavras-Chave: Enfermagem, Saúde do Trabalhador; Práticas Integrativas e Complementares; Profissional de Saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) se relaciona com a população por meio da Atenção Primária a qual se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo. A Atenção Primária envolve um conjunto de ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, quais sejam: proteção, promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. E tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde e da coletividade (BRASIL, 2012).

Em 1997 surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de atenção à saúde com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária, na busca por ampliar e aperfeiçoar esse nível de atenção, por meio da construção de redes de atenção e cuidado, e ampliação da resolutividade das ações (FIGUEIREDO, 2012).

A equipe de profissionais que compõe a ESF é composta por médico generalista ou médico da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e podem ser complementada pelos profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e agente de saúde bucal (PIMENTEL, 2015).

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem ser compostas de outros profissionais como assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais. Os cargos administrativos como auxiliar de serviços gerais, motoristas e digitadores podem estar presentes tanto no ESF como no NASF (LEITE, 2014).

A eficiência e qualidade dos serviços públicos de saúde muitas vezes tornam-se comprometidas por um conjunto de relações conflitantes. As fontes mais comuns que desencadeiam situações de conflito são: problemas de comunicação com sua chefia, ou entre membros da equipe, volume e rítmico de tarefas diárias, ausência de recursos

humanos e materiais, e ainda, ausência de autonomia para expressar ideias (TAMBASCO, 2017).

Para a desenvoltura de um bom trabalho em equipe é necessário que os profissionais possam perceber as vantagens de relações interpessoais auxiliando na troca de informações entre profissionais e usuários, uma relação de mutualidade convívio de trocas humanas, seja elas de cunho técnico, teórico ou experiências cotidianas. A construção do vínculo inverte uma postura fragmentada, torna o grupo de trabalho integrado o qual valoriza a troca de trabalho e experiências significativas que possibilitam mais riqueza e subjetividade ao trabalho (NICOLETTI FERNANDES, et al. 2015).

A saúde do trabalhador é o resultado das correspondências estabelecidas entre o processo saúde-doença e as condições de vida e de trabalho dos profissionais. Nos últimos anos o cenário do trabalho e da saúde vem sofrendo transformações, essas incidem na saúde do profissional nos dias atuais, por meio de novas organizações de gestão e modalidades de serviços que transformaram o processo de trabalho e impactaram na saúde dos trabalhadores (MENDES et al 2015).

Os profissionais de saúde são afetados pelo estresse ocupacional, visto que são expostos a grandes cargas de pressão no ambiente de trabalho. O estresse muitas vezes é causado pela inserção do trabalhador em um contexto adverso, situa em que o trabalho que deveria ser uma fonte de satisfação, crescimento e realização pessoal, torna-se uma fonte de insatisfação, desinteresse e frustração (DE JESUS OLIVEIRA; CUNHA 2014).

No ambiente da atenção primária a saúde o estresse dos funcionários pode estar associado à escassez de recursos humanos e materiais, esses aspectos de escassez de componentes necessários para a desenvoltura de uma boa assistência, favorece a consideração dos trabalhadores nas UBS, de forma que propiciam maior desgaste físico e mental. Segundo um estudo que enfatizou a experiência profissional na organização de equipes de saúde da família, mostrou que o fato de desenvolver múltiplas tarefas com um alto grau de exigências e responsabilidades que dependem do ambiente, da organização do trabalho e do preparo para exercer seu papel, favorece situações de tensão para o trabalhador e para a equipe, capaz de influenciar na coletividade da assistida (DE JESUS OLIVEIRA; CUNHA; LEITE, 2014).

A grande demanda de usuários gera sentimentos de cansaço, desgaste, incompetência, sofrimento que prejudicam na qualidade de vida desses trabalhadores.

As interações profissionais são moldadas pelo presente e acabam sendo influenciadas pelo estresse, que interfere nas relações entre os próprios profissionais e implicam negativamente em sua qualidade de vida e favorece uma assistência de menos qualidade para a coletividade (LEITE, 2014).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são sistemas e recursos que envolvem abordagens as quais buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Envolve a abordagem do ser humano de forma integral com o meio ambiente e sociedade utilizando-se da escuta acolhedora e vínculo terapêutico, uma visão ampliada do processo de saúde e doença, e a promoção do cuidado global humano em especial estimulando o autocuidado (BRASIL, 2015).

As PICs enxergam o ser humano de forma holística ao promover ações de saúde que envolve os aspectos físico, mental, social e espiritual, por meio de uma concepção ampliada de saúde. As PICs proporcionam técnicas, saberes e ações promotoras de saúde e por vezes integram a elas cuidados terapêuticos, potenciais de cura e fortalecem a saúde. As práticas ainda contribuem para o empoderamento do indivíduo. E ainda, favorece o fortalecimento da autoestima e a capacidade de adaptação ao meio ao desenvolver o mecanismo de autoajuda e solidariedade, o desenvolvimento desses mecanismos podem ter efeitos benéficos na vida em sociedade (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

As PICS conhecidas também como medicina tradicional/complementar/alternativa incluem naturoterapia, medicina tradicional chinesa a qual inclui acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, Chi gong, Tai chi chuan, ventosas, meditação. Homeopatia e fitoterapia, práticas corporais e mentais e terapias manuais tales como quiropraxia e osteopatia, assim como práticas como yoga, medicina termal, física, mental, espirituais e psicofísicas, tratamento com águas minerais termais (crenoterapia), medicina antropofísica que tem atividades como massagens, escalda-pés, enfaixamentos, emplastos, banhos terapêuticos e terapia artística (ROCHA, 2016).

A realização de intervenções que façam uso de PICs para promover a saúde de forma holística traz benefícios à sociedade. A escolha dessa intervenção partiu da vivência durante o primeiro semestre de 2017 na Unidade da Estratégia de Saúde da Família no bairro Nordeste.

Percebeu-se que atualmente o índice de stress no ambiente de trabalho é elevado, devido a vários fatores como: carga horária excessiva, não ter uma boa relação com os colegas de trabalho, não ter um ambiente adequado para exercer a função entre outros.

A problemática identificada despertou o interesse em realizar uma ação capaz de promover a saúde dos trabalhadores, por meio de uma vivência destinada exclusivamente para esses profissionais, ao proporcionar um dia de relaxamento, e bem-estar por meio das Práticas Integrativas e Complementares para os funcionários da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de promover a saúde a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de atividades vivenciadas durante o primeiro semestre de 2017, no projeto de extensão referente à disciplina Saúde e Cidadania II intitulado: “AS QUATRO ESTAÇÕES DO SER

NORDESTE”, realizado na Unidade de Saúde da Família, do bairro Nordeste, em Natal, Rio Grande do Norte. A metodologia utilizada para a realização desta intervenção foi qualitativa, por meio do emprego das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PCIS). O relato de experiência é uma divulgação de vivências profissionais e/ou acadêmicas, já realizadas ou ainda em andamento, que traz contribuições para a área em que os alunos se inserem (ENFAM, 2016).

O projeto foi idealizado durante as aulas realizadas na própria Unidade de Saúde, pelos discentes e por a professora responsável pela disciplina. As atividades foram realizadas em uma manhã no mês de junho, do mesmo de 2017, e teve a finalidade de viabilizar a promoção à saúde dos profissionais de saúde daquela unidade por meio de atividades clínicas e educativas.

O projeto contou com a participação de dez discentes dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem de diversos períodos do curso. Para a escolha e elaboração do projeto houve um processo de investigação por meio da realização de uma atividade com os funcionários da Unidade de Saúde da Família, em que os mesmos pudessem expor suas opiniões.

A atividade foi intitulada de: “Apenas um minuto de atenção” e constituiu-se na produção de três caixas denominadas: caixa 1 (um), “Confessionário”, em que o

profissional fez anotações de análise crítica (reclamações); caixa 2 (dois) “Cutucar”, o profissional fez análise de opinião (sugestões); caixa 3 (três) “Reflexão”, o profissional recebeu mensagens sobre pensamentos de autoajuda (mensagens motivacionais). A partir da análise dos resultados obtidos da atividade que visava colher informações acerca da opinião de cada membro da equipe sobre a unidade, pode-se traçar um plano de intervenção.

Após a coleta dos resultados, foi realizada uma reunião com toda a equipe de discentes, docente e o diretor da unidade de saúde, e assim, definiu-se a proposta do projeto. As atividades desenvolvidas foram voltadas para promoção da saúde dos profissionais de saúde, por meio da realização de atividades como massoterapia, técnica de meditação, educação sobre a importância do sono e ginástica laboral.

Para a realização dessas atividades, os discentes receberam uma capacitação no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foram quatro reuniões no período de um mês, para o aprendizado das técnicas de massoterapia e ginástica laboral com a orientação de uma fisioterapeuta. Além disso, houve reuniões com os discentes, professora da disciplina, o diretor da unidade de saúde e a enfermeira preceptora da disciplina para realização do planejamento e orientação das atividades a serem executadas.

O Grupo Tutorial (GT) foi dividido em quatro setores, responsáveis por oferecer os serviços. Os setores foram denominados de acordo com a atividade a ser executada sendo: sala de massagem “Estação Primavera: Sentir a leveza”; sala para ginástica laboral; “ Estação

Verão: Movimento em ação”; sala de meditação “ Estação Inverno: Abrandar o espírito”, e a sala onde se passou um vídeo sobre a importância do sono “ Estação Outono: O caminho do sonhar”. Após a passagem por todas as atividades, a equipe da unidade recebeu doações de mudas de plantas medicinais.

As metodologias empregadas por meio dessas práticas visaram proporcionar e conscientizar sobre o bem-estar do profissional, em que é importante ter um cuidado com sua própria saúde.

Por se tratar de um relato de experiência, com o intuito de compartilhar as vivências dos extensionistas, durante a realização de ações de promoção em saúde, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

A ação realizada na Unidade de Saúde da Família do Bairro Nordeste, proporcionou aos seus funcionários momentos especiais em que, por meio dos quatro setores terapêuticos, foram sensibilizados do autocuidado da saúde e bem-estar geral, de como aprimorou sua percepção e atenção nas atividades profissionais e pessoais, com consequência de gerarem melhor acolhimento e assistência diferenciada com benefícios à comunidade. Dessa forma foi alcançado o objetivo proposto, num pouco espaço de tempo, promover a saúde daqueles que fazem o cuidado dos outros diariamente.

Na investigação para a escolha do projeto de intervenção intitulada “Apenas um minuto de atenção” em que se fez a coleta das opiniões dos membros da equipe da Unidade de Saúde, no período de duas horas, para não atrapalhar os serviços da unidade, as caixas foram postas em uma mesa no corredor da unidade e os discentes ficaram orientando-os como a atividade funcionava. Observou-se a baixa adesão, porém ouve o encorajamento dos profissionais por parte dos discentes.

Em relação às reclamações e sugestões, pode-se obter os seguintes resultados na caixa 1 “Confessionário” onde o profissional anotou suas reclamações ou situações problemas, foi relatado a falta de médico; falhas no acolhimento ao usuário; falhas na qualidade da assistência; relação interpessoal prejudicada; falta de educação em saúde da população entre outros.

O item que mais se destacou foi à relação interpessoal prejudicada entre os membros da equipe da unidade, houve poucas sugestões na caixa “Cutucar”. Assim, diante dos resultados, foi realizada uma reunião para discussão dos mesmos, com a participação do diretor da unidade. Observou-se a necessidade de se realizar um trabalho voltado para os funcionários daquela unidade, a fim de proporcionar a promoção da saúde, aproximação entre os próprios funcionários em um ambiente descontraído, por um momento distante da rotina estressante do trabalho, valorizando-os enquanto seres humanos e promovendo o autocuidado, onde as relações interpessoais tornam-se harmoniosas e resulta na qualidade de vida e consequentemente promove uma melhor assistência ao usuário, com qualidade e humanizada.

A implantação das intervenções ocorreu na própria Unidade Básica e se deu por meio de um circuito em que os profissionais tiveram que passar por quatro salas denominadas: *Estação verão*, em que aconteceu a ginástica laboral, foi observado que os profissionais participaram de forma ativa e com disposição ao aprendizado, cientes que

era importante e favorável ao bem-estar físico. Ocorreram comunicações coordenadas e animadoras onde a atividade física no ambiente de trabalho teve sua resposta positiva.

Na *estação primavera*, massoterapia, os profissionais puderam experimentar a reação ao toque e como seu estado de tensão muscular estavam presentes e com regiões incômodas com processo álgico. Constituiu o setor mais procurado pelos profissionais. Na *estação outono*, qualidade do sono, foi realizada com a apresentação de um vídeo sobre o sono e uma discussão sobre a sua essencialidade no seu modo de vida, com conscientização de melhor rendimento nas atividades do dia a dia, porque muitos deles relataram uma má qualidade do sono.

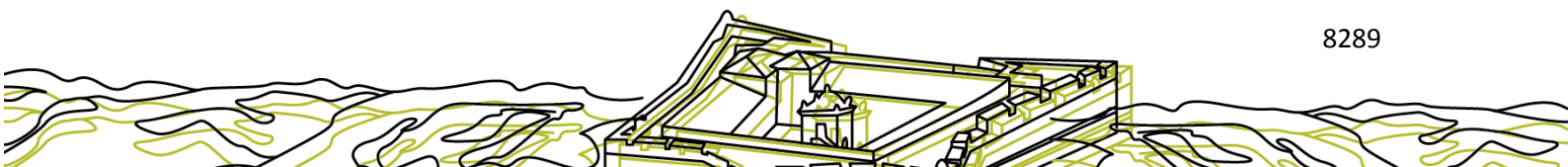
Na *estação inverno*, a meditação, foi realizada num ambiente climatizado e com pouca luminosidade, com um método de relaxamento progressivo que condicionava um estado corporal mais reflexivo. Além do cuidado com a saúde dos profissionais, um desejo de colaborar com a recente horta da Unidade de Saúde da Família do Bairro Nordeste, fez com que os discentes fizessem doações de mudas de plantas medicinais para chás.

O uso de plantas medicinais incorporadas as equipes de Saúde da Família, visam proporcionar a prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde. As ações decorrentes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC são imprescindíveis para a melhoria da atenção à saúde da população e a ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Desse modo, também se faz necessário à aplicação da PNPIC para a promoção da saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde, em que compreende a produção de conhecimento, a utilização de tecnologias e práticas de saúde, por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças, sejam de origem ocupacional ou relacionada ao trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As mudas escolhidas a serem doadas foram de plantas que pudessem ser usadas na alimentação e que tivessem propriedades fitoterápicas e pudessem contribuir para a comunidade. Sal de ervas foi distribuído para os funcionários, como um estímulo para cuidarem mais da alimentação.

Neste contexto, analisou-se que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, tem se tornado eficiente no SUS, à forma como tem sido expressa de que é possível programar outras práticas de saúde, além de trabalhar somente com os sistemas médicos complexos, podendo se estender aos recursos terapêuticos, os quais



são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Esses tipos de recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo a Portaria 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, entende-se tecnologias eficazes no âmbito da saúde como sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Desse modo, as Práticas Integrativas e Complementares configuram-se como uma tecnologia leve que são produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo as relações de interação e subjetividade, com o intuito de produzir acolhimento, vínculo, e responsabilização (OLIVEIRA; SUTO; SILVA, 2016).

Atividades como essas são essenciais em qualquer local de trabalho, dado que ela permite uma integração e melhoria nas relações interpessoais dos profissionais. Ao se considerar que a interação seja dada de forma harmoniosa e humanizada, é essencial para o alcance da promoção da saúde. Além disso, poderão proporcionar aos profissionais de saúde uma melhor visão da importância de cada um dentro da equipe, melhorando seu desempenho profissional.

Conclusão

A partir da intervenção realizada, pode-se concluir a importância das Práticas Interativas e Complementares no âmbito do sistema de saúde, o SUS, que visa fortalecer a terapêutica da atenção primária, tendo uma visão da totalidade do indivíduo. Essas práticas visam estimular a prevenção e recuperação em saúde, por meio de uma escuta acolhedora, fortalecendo o vínculo entre os profissionais, como também entre os profissionais e pacientes e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Essas ações integrativas são úteis na promoção da saúde do trabalhador, e podem ser utilizadas para estabelecer uma prática profissional mais humanizada.

A importância dessa proposta se consolida na sua contraposição à visão altamente tecnológica de saúde que impera na sociedade de mercado, uma visão que não busca a integralidade do indivíduo e que tem foco no lucro. Enxergar a saúde do

trabalhador e trabalhar para diminuir a carga de estresse gera um impacto direto no serviço de saúde tornando-o mais humanizado e há melhorias no atendimento. Foi notável a boa aceitação da proposta de intervenção assim como o engajamento da maioria dos funcionários, ações como essas devem ser encorajadas e continuadas.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/PN-IC-SUS. 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>.

Acesso em: 19 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 971, DE 03 DE MAIO DE 2006.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>.

Acesso em:

20 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Práticas Integrativas e Complementares. 2012.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2008.

Disponível: <<http://saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf>>. Acesso em: 20 mar.

2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 2.510, de 19 de dezembro de 2005.

Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2510_2005.pdf>.

Acesso em: 20 mar. 2018.

ESCOLA NACIONAL DE FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE MAGISTRADOS.

III Encontro Nacional para Formadores. Roteiro para orientar o relato de uma experiência.

2016. Disponível em: <<https://www.enfam.jus.br/wpcontent/uploads/2016/12/Orienta%C3%A7%C3%A3oEscritaTextoRelatoExperi%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

FIGUEIREDO, E. N. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2012. Disponível em:

<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, p. 507-525, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200507&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 mar. 2018.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 261-272, 2014. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_xwdYvoTxLUJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS1414-](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_xwdYvoTxLUJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS1414-32832014000200261%26script%3Dsci_abstract%26tlng%3Dpt+%&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br)

[32832014000200261%26script%3Dsci_abstract%26tlng%3Dpt+%&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_xwdYvoTxLUJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS1414-32832014000200261%26script%3Dsci_abstract%26tlng%3Dpt+%&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

MENDES, J. M. R. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde.

Argumentum, v. 7, n. 2, 2015. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10349>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

NICOLETTI FERNANDES, Helen et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1428>

Acesso em: 21 mar. 2018.

OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; SILVA, R. S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção. Rev. Saúde.Com, 2016. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html

file:///C:/Users/barra/Downloads/379-691-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. The Family Health Strategy in the State of Pernambuco: evaluation of team structure by population size. Saúde em Debate, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100088>.

Acesso em: 21 mar. 2018.

ROCHA, RUDIMAR ANTUNES DA et al. Reflexos Sociais das Práticas

Integrativas Complementares do Projeto Amanhecer. Universidade Federal de Santa Catarina.

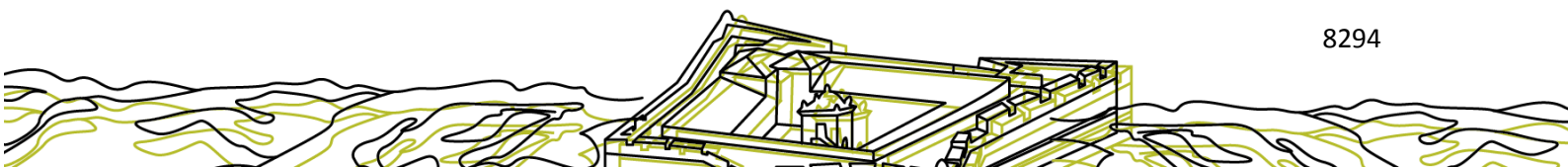
2016. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/projeto-amanhecer/wpcontent/uploads/sites/3/2013/10/Marilda-A5-07.09.16-1-finalizado.pdf>>. Acesso em: 21 mar.

2018.

TAMBASCO, L. P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Saúde em Debate, v. 41, p.140-151, 2017. Disponível em:



<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0140.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO A SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde

Gisele de Oliveira Mourão Holanda¹; Isabel Pires Barra²; Amanda Nicoli Vital de Oliveira³; Sarah Rebeca Bezerra Silva⁴; Juliana Raquel Duarte da Silva Camilo⁵; Maria Alzira Rego Pinheiro⁶; Sarah Valentina Cruz da Silva⁷; Francieli Medeiros dos Santos⁸; Ana Elza Oliveira de Mendonça⁹

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)

Resumo

O envelhecimento populacional é uma questão mundial e traz repercussões para atenção a saúde. Existe a necessidade da integralidade do atendimento, que precisa ter foco na promoção a saúde, na manutenção da autonomia, deixando de lado a antiga abordagem com enfoque na doença, evoluindo em benefício da funcionalidade global dos idosos. Nesta perspectiva, surgiu a necessidade de desenvolver o projeto de extensão em parceria com o serviço e a comunidade, visando agregar saberes nos diferentes cenários de prática. Assim objetivou-se relatar a experiência dos discentes do curso de Enfermagem da UFRN, na realização do Projeto de Extensão “Promovendo a Saúde Integral da Pessoa Idosa na Atenção Primária”, desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família, em Natal/RN. Durante quatro meses foram realizadas atividades educativas, oficinas para estimulação da memória, sensibilização para prevenção de quedas, rodas de conversas com Agentes Comunitários de Saúde e visitas domiciliares

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN)

⁹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Professora Doutora do curso de graduação em enfermagem (UFRN)

aos idosos. As atividades foram realizadas com o intuito de desenvolver ações educativas e clínicas pertinentes à saúde do idoso, com foco na promoção da saúde. Trinta idosos foram beneficiados com as oficinas e seis idosos tiveram acompanhamento domiciliário, com diagnóstico de enfermagem e plano terapêutico direcionado aos principais problemas identificados. A participação no projeto proporcionou o desenvolvimento de habilidades e competências de enfermagem na abordagem ao idoso na atenção primária.

Palavras-chave: Idoso; Metodologias ativas; Promoção à Saúde.

Introdução

O envelhecimento da população é uma tendência mundial e em países em desenvolvimento, como o Brasil, este dado se torna ainda mais importante. A cada ano que passa, os brasileiros se deparam com mudanças na configuração da sua população, devido ao aumento no número de idosos e isto acontece, devido a mudanças nos padrões de vida da população e no desenvolvimento de políticas de saúde. Mas, o aumento no número de habitantes com 60 anos ou mais exige mudanças nas políticas econômicas e sociais, principalmente no que tange aos serviços de saúde. O processo de envelhecimento é

“associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares” e esses danos trazem consequências o aumento da suscetibilidade em desenvolver doenças de caráter crônico, redução na capacidade de realizar tarefas e, em casos mais extremos, pode resultar na morte do indivíduo (OMS, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a população mundial de idosos era estimada em 688 milhões de pessoas e a expectativa é que em 2050 existam quase dois milhões de pessoas acima de sessenta anos no mundo (OMS, 2010). De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2010, indivíduos com 65 anos ou mais representavam 6,78% da população brasileira. Ainda de acordo com o IBGE, é estimado que em 2030 os idosos representem 13,56% da população geral, ou seja, em 20 anos irá dobrar a quantidade de pessoas na terceira idade (IBGE, 2017). Numa projeção ainda maior, é esperado um fenômeno nunca observado: a perspectiva é que, seguindo a tendência de envelhecimento mundial, em 2050, no Brasil, existam mais idosos do que crianças com idade inferior a 15 anos (BRASIL, 2006). Este aumento na expectativa de vida é possível devido a mudanças na qualidade de vida do brasileiro, porém ela traz necessidades de alterações nas políticas econômicas e sociais, sendo

necessária a elaboração de ações com foco na educação e promoção em saúde para a terceira idade.

O processo de envelhecimento ativo, numa perspectiva positiva, que envolve qualidade de vida, bem-estar físico e mental aumentam a expectativa de vida da população. Além disso, a participação social, política e econômica dão a pessoa idosa autônoma e independência⁴. Este conceito é baseado em um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o foco na melhoria da qualidade de vida, à medida em que as pessoas tornam-se mais velhas (WHO, 2005).

Para que a população idosa tenha qualidade de vida é necessário a realização de ações específicas realizadas pelas equipes de saúde na atenção básica, onde o cuidado à pessoa idosa deve ser integral e envolva a participação das equipes de saúde, do idoso e da família. Atenção Básica e as Equipes de Saúde da Família são as principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS. Para que as políticas de saúde possam ser executadas a contento, elas devem seguir os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o papel do enfermeiro no cuidado da pessoa idosa tem o objetivo de sistematizar ações de assistência, ajudar, orientar e capacitar a pessoa idosa para que ela possa ter autonomia e saúde, realizando a assistência domiciliar, a consulta de enfermagem e orientações ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização de medicamentos (BRASIL, 2006).

Mas, as demandas são muito altas e as equipes não conseguem atender integralmente todas as necessidades dos indivíduos mais velhos. Por isso, faz-se necessário a implementação de programas que tenham o foco no desenvolvimento das aptidões dos idosos, com o foco na manutenção da vida social, bem-estar e vida digna. Para isso, é necessário que a tais atitudes sejam realizadas pelos profissionais de Enfermagem, tendo em vista a abrangência do olhar para melhor compreender o que “representa o idoso na sociedade e quão importante é, em seu desenvolvimento humano, a perspectiva de construção e reconstrução da cidadania” (ALVAREZ e GONÇALVES, 2012).

Para que os idosos possam ter uma vida plena faz-se necessário a implementação de políticas de saúde que visem a melhoria do estado de saúde da população mais velha, com foco no envelhecimento ativo e hábitos saudáveis. Por isso, é importante a realização de mudanças que possibilitem a criação de ações que atendam as

necessidades dos idosos. Como uma dessas ações podemos citar a importância dos grupos de idosos. Composto a partir de interesses em comum, este tipo de encontro possibilita um espaço de apoio e um ambiente onde é possível o debate de situações cotidianas vividas. Para os profissionais da saúde que trabalham esses grupos, é possível identificar as potencialidades, bem como os pontos de vulnerabilidade. Além disso, por meio dos grupos é possível estabelecer vínculo entre equipe de saúde e idosos, facilitando a comunicação e educação em saúde (BRASIL, 2006).

Dessa forma, é importante a realização de pesquisas e projetos que tenham como foco o envelhecimento ativo e a promoção da saúde do idoso. Tais ações proporcionam qualidade de vida na terceira idade, com uma mudança de paradigma onde o idoso era sedentário, sem vida social e sem autonomia. Por isso, este estudo tem o objetivo relatar as experiências vividas pelos acadêmicos de enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, participantes do Projeto de Extensão Universitária intitulado “Promovendo a Saúde Integral da Pessoa Idosa da Atenção Primária”, realizada em uma Unidade de Saúde da Família, em Natal, Rio Grande do Norte, durante o primeiro semestre de 2017.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de atividades realizadas durante o primeiro semestre de 2017, no projeto de extensão intitulado “Promovendo a Saúde Integral da Pessoa Idosa na Atenção Primária”, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na cidade de Natal, Rio Grande do Norte. O relato de experiência é uma divulgação de vivências profissionais e/ou acadêmicas, já realizadas ou ainda em andamento, que, por suas propostas, tragam contribuições para a área em que os alunos se inserem.

O projeto foi idealizado em dezembro de 2016 e teve as atividades iniciadas em março do ano seguinte, com a finalidade de proporcionar a melhoria da qualidade de vida dos idosos usuários da USF, por meio de atividades clínicas e educativas. O projeto contou com a contribuição de nove discentes de diversos períodos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF e, ainda dos idosos da comunidade. As atividades foram desenvolvidas com foco na melhoria da qualidade de vida e atenção integral da

pessoa idosa na atenção primária, o que compreendeu a realização de oficinas com grupos operativos, capacitação de agentes de saúde, além de visitas domiciliares.

Foram realizadas reuniões semanais com os discentes para realização do planejamento e orientação das atividades a serem executadas. Os alunos montaram um plano de avaliação de idoso, baseado na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, que compreende um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014). Para as atividades em grupo, foram realizadas oficina de prevenção de quedas, com participação de um Educador Físico; oficina de memória, com dinâmica do relógio e jogo da memória. Também foi realizada oficina de capacitação dos Agentes Comunitários, intitulada

“O Idoso do Século XXI”, onde esses profissionais elaboraram um perfil dos idosos da comunidade, destacando quais as dificuldades enfrentadas no cotidiano e a realidade de vida deles.

Os idosos que receberam visitas domiciliar foram selecionados pela direção da USF. Esta etapa do projeto de extensão seguiu a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, seguindo as etapas do Processo de Enfermagem. Os discentes produziram instrumento para avaliação do idoso composto por: avaliação multidimensional da pessoa idosa, que compreendia dados pessoais, identificação de risco (diagnósticos e internações prévias e medicamentos potencialmente inapropriados para o idoso), dados antropométricos, quedas, escalas que podem ser utilizadas e exame físico específico, sendo avaliados a cabeça e pescoço, aparelhos cardiovascular, respiratório e digestório, membros inferiores e avaliação neurológica. A partir da identificação de áreas vulneráveis na saúde do idoso visitado, foi direcionada a utilização de escalas de avaliação, como: Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD), de *Katz*; Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), de *Lawton*; e Escala de Depressão Geriátrica, abreviada de *Yesavage*.

Por se tratar de um relato de experiência, com o intuito de compartilhar as vivências dos extensionistas, durante a realização de ações de promoção em saúde, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

Visitas domiciliares e intervenções

Dentro deste projeto, seis idosos foram beneficiados pelas visitas domiciliares. Para isto, os discentes basearam-se no Processo de Enfermagem, que consiste em cinco etapas: Coleta de dados, onde foi realizada a anamnese e o exame físico; Diagnóstico de enfermagem, baseados na taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*; planejamento das intervenções; implementação do plano terapêutico; e avaliação. Os diagnósticos inferidos foram:

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem da NANDA inferidos durante visitas domiciliares no Projeto de Extensão “Promovendo a Saúde Integral da Pessoa Idosa na Atenção Primária”.

Domínio	Diagnóstico	Característica Definidora	Fatores Relacionados ou Fatores de Risco
1. Promoção da Saúde	Estilo de Vida Sedentário	Atividade física diária inferior a recomendada para o gênero e idade; Falta de condicionamento físico.	Conhecimento deficiente sobre os benefícios da atividade física para a saúde; Motivação e recursos insuficientes para atividade física.
	Comportamento de saúde propenso a risco	Falha em agir de forma a prevenir problema de saúde; Não aceitação da mudança do estado de saúde.	Apoio social insuficiente; Compreensão inadequada; Desvantagem econômica.

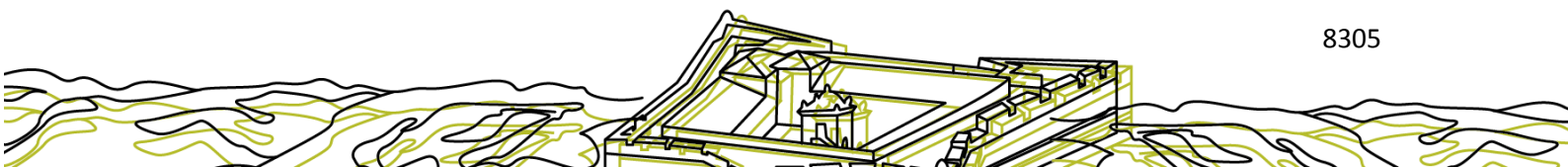
	<p>Manutenção Ineficaz da saúde</p>	<p>Conhecimentos ineficientes relativos a práticas básicas de saúde; Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.</p>	<p>Insuficiência de recursos (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento); Habilidades motoras finas e grossas diminuídas.</p>
	<p>Proteção Ineficaz</p>	<p>Desorientação; Imobilidade; Inquietação; Resposta mal adaptada ao estresse; Insônia; Fraqueza.</p>	<p>Extremos de idade; Nutrição inadequada; Agente farmacológico.</p>
	<p>Síndrome do Idoso Frágil</p>	<p>Deambulação prejudicada; Déficit no autocuidado para alimentação, banho e higiene íntima; Memória prejudicada;</p>	<p>Alteração na função cognitiva; Estilo de vida sedentário; História de quedas; Morar sozinho.</p>
<p>2. Nutrição</p>	<p>Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais</p>	<p>Alteração no paladar; Ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada; Interesse insuficiente pelos alimentos; Informações</p>	<p>Desvantagem econômica; Ingestão alimentar insuficiente; Fatores biológicos.</p>

		insuficientes.	
	Risco de volume de líquido deficiente	-	Conhecimentos insuficientes sobre as necessidades de
			líquidos; Extremos de idade; Agente farmacológico.
3. Eliminação e Troca	Constipação	Abdome distendido; Borborigmo; Fezes duras e formadas; Flatulência grave; Ocorrências atípicas em adultos e idosos (p.ex., mudança no estado mental, incontinência urinária, quedas inexplicáveis, temperatura elevada).	Agentes farmacológicos; Dentição inadequada; Hábitos alimentares inadequadas; Ingestão insuficiente de fibras e líquidos.

4. Atividade e Repouso	Deambulação Prejudicada	Capacidade prejudicada de subir e descer escadas; Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias.	Barreira ambiental (p.ex., escadas, declives, superfícies irregulares, obstáculos, distâncias e falta de dispositivos ou pessoas auxiliares); Equilíbrio prejudicado; Força muscular insuficiente; Visão prejudicada.
	Déficit no autocuidado para alimentação	Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável; Capacidade prejudicada para mastigar os alimentos; Capacidade prejudicada de preparar os alimentos.	Alteração na função cognitiva; Diminuição da motivação; Prejuízo musculoesquelético.
	Déficit no autocuidado para o banho	Capacidade prejudicada para acessar o banheiro; Capacidade prejudicada para lavar o corpo.	Alteração na função cognitiva; Diminuição da motivação; Prejuízo musculoesquelético.

	Capacidade de transferência prejudicada	Capacidade prejudicada de transferir-se da cadeira para a cadeira; Capacidade de prejudicada de	Alteração da função cognitiva; Barreira ambiental (p.ex., altura da cama, espaço inadequado, tipo de cadeira de rodas,
		transferir-se entre superfície de níveis diferentes.	imobilizadores); Equilíbrio prejudicado.
5. Percepção e Cognição	Confusão Aguda	Agitação; Alteração na função cognitiva; Alteração no nível de consciência; Alucinações; Inquietação.	Alteração no ciclo sono/vigília; Demência; Idade acima de 60 anos.
	Memória Prejudicada	Esquecimento; Incapacidade de recordar eventos; Incapacidade de recordar informações reais; Incapacidade de reter novas informações.	Distrações no ambiente; Prejuízo neurológico (p.ex., eletrencefalograma positivo, trauma encefálico, distúrbios convulsivos).
	Conhecimento deficiente	Comportamentos inapropriados (p.ex., histérico, hostil, agitado e apático); Conhecimento insuficiente.	Alteração da função cognitiva; Alteração da memória; Informação Insuficiente.

<p>9. Enfrentamento / Tolerância ao estresse</p>	<p>Regulação do humor prejudicada</p>	<p>Afeto triste; Autoestima influenciada; Concentração prejudicada; Mudanças no comportamento verbal.</p>	<p>Função social prejudicada; Isolamento social; Solidão; Mudança no apetite; Prejuízo funcional.</p>
<p>11. Segurança / Proteção</p>	<p>Risco de quedas</p>	<p>-</p>	<p>História de quedas; Idade \geq 65 anos; Morar sozinho; Uso de dispositivos auxiliares (p.ex., andador, bengala, cadeira de rodas); Alteração da função cognitiva; Iluminação insuficiente; <i>Uso de tapetes soltos;</i> <i>Agentes farmacológicos;</i> <i>Deficiência visual;</i> Déficit proprioceptivo; Mobilidade prejudicada.</p>
	<p>Automutilação</p>	<p>Arranhões no corpo; Corte de parte do corpo; Esfolar-se;</p>	<p>Alteração da imagem corporal; Comportamento instável;</p>
		<p>Golpear-se.</p>	<p>Despersonalização; Distúrbios emocionais; Impulsividade; Transtorno psicótico.</p>



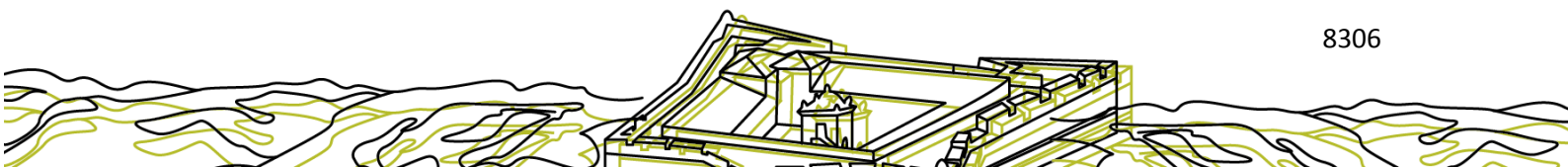
12. Conforto	Isolamento social	Ações repetitivas; Ações sem sentido; Afeto triste; Condição incapacitante; Solidão imposta por outros.	Alteração no bem-estar; Alteração do estado mental; Recursos pessoais insuficientes (p.ex., poucas conquistas, insight insatisfatório, afeto indisponível e de controle insatisfatório).
---------------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: NANDA 2015-2017

Diante dos diagnósticos inferidos aos seis idosos, os alunos realizam o planejamento das intervenções, observando as necessidades e a realidade de vida de cada idoso. As intervenções tiveram o objetivo de trazer melhorias para as condições de vida, minimizando os problemas de enfermagem detectados. Uma segunda visita foi realizada para implementação do plano de cuidados. Neste momento, tentou-se agregar idoso, família e equipes de saúde.

Quatro dos seis idosos visitados tiveram boa aceitação ao plano de cuidados e houve envolvimento dos familiares para garantir a execução das intervenções propostas. Tais intervenções estavam focadas no incentivo à deambulação, a prática de atividade física, na melhoria da ingestão hídrica, no aumento da ingestão de fibras, sempre enfatizando os benefícios desses hábitos para a saúde do idoso. Também foi verificado que muitos idosos que já haviam caído tinham medo de novos acidentes por quedas e, por isso, tinham medo de andar, inclusive, pequenas distâncias. Nesses casos foi incentivada a participação da família para melhorar as condições do ambiente, evitando o uso de tapetes soltos, fios e cabos espalhados pelo ambiente, atentar para piso molhado e, principalmente, ao tipo do calçado do idoso. Muitos utilizam chinelos que ficam soltos nos pés, o que pode predispor a perda de equilíbrios, facilitar tropeços, entre outros. Os idosos e familiares foram orientados a adequar o ambiente das residências com o intuito de torna-lo mais seguro para que este grupo sinta mais segurança em deambular dentro da própria casa.

Em um dos casos, encontramos uma idosa que vivia sozinha, em situação de total abandono e com déficit cognitivo. A casa era pequena, de difícil acesso para os alunos



que praticamente precisavam pular o muro quando a visitavam. A idosa não conseguia sair da casa. Ela andava com dificuldades, apoiando-se nas paredes. A companhia que tinha eram três gatos, que ficavam soltos na rua e adentravam a casa da idosa. Além de andar com dificuldades não conseguia sair da residência porque os degraus para acessar a rua eram altos. De acordo com a ACS da área, uma vizinha ajudava a idosa em algumas ocasiões, mas que ela não tinha qualquer suporte familiar. Neste caso, o plano de cuidados não pode ser implantado, pois a idosa recusou as intervenções. Tais fatos foram passados a equipe responsável pelo atendimento da área para que os profissionais da USF pudessem intervir para assegurar os cuidados integrais a esta senhora.

Outro caso foi mais complexo. Neste não houve possibilidade de realizar plano terapêutico, tampouco implementá-lo. Ao realizar uma visita domiciliar encontramos uma senhora que passava o dia com uma cuidadora. Com dificuldades de locomoção, ela tinha dificuldades de levantar-se da poltrona e se dirigir à cama, devido à altura. No período da noite ela ficava sozinha. Este caso chamou a atenção e impossibilitou as ações devido a idosa apresentar episódios de automutilação em decorrência de distúrbios psiquiátricos. Devido a esta condição, a idosa estava com feridas abertas, com risco de infecção. Conversamos com a equipe responsável pela área e destacamos todos os problemas encontrados. Solicitamos que este caso fosse acompanhado por equipe multidisciplinar e que a USF buscasse o serviço especializado.

Capacitação Agentes de Saúde

Com o intuito de conscientizar sobre os desafios enfrentados pelos idosos no Brasil, foi realizada uma conversa com Agentes Comunitários de Saúde – ACS. A roda teve a temática “O Idoso do Século XXI”. Os profissionais foram estimulados a traçar um perfil do idoso da comunidade. A atividade foi iniciada com uma roda de conversa para que eles pudessem relatar as principais características dos idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família na comunidade. Os agentes destacaram que são pessoas humildes, com idade média de 75 anos e que estão em grande quantidade no bairro. Muitos deles moram sozinhos, em situação de abandono, sem suporte familiar. Também foi relatado que alguns idosos sofrem violência e abusos por parte de familiares que se apropriam das aposentadorias e que estes idosos muitas vezes recebem auxílio de vizinhos.

Na segunda etapa da reunião com os agentes comunitários de saúde, os participantes foram distribuídos em duas equipes e, por meio apenas de imagens, recortadas de

revistas, tinham que traçar o perfil do idoso do século XXI. Ambos os perfis foram parecidos, destacando a necessidade de vencer obstáculos pela falta de assistência de saúde de qualidade, pela ausência de políticas públicas de amparo a pessoa idosa e pela falta do suporte familiar. Um ponto importante destacado foi que, em muitas situações os próprios ACS têm dificuldades em realizar o auxílio aos idosos por questões burocráticas. Também foi destacado pelos profissionais que a aposentadoria recebida é insuficiente para arcar com os custos do envelhecimento, pois as medicações são caras e nem sempre de acesso gratuito na rede, alimentação de qualidade, seguindo as dietas propostas pelos profissionais de saúde, lazer, entre outros. Este encontro foi importante pois antecedeu as reuniões com os grupos de idosos, assim, os discentes puderam conhecer um pouco da realidade dos idosos que seriam acolhidos na unidade para as oficinas com grupos operativos.

Oficinas grupos operativos

Além das visitas domiciliares e da capacitação dos agentes de saúde, também foram realizadas oficinas com grupos operativos, com o intuito de estimular e preservar a memória dos idosos. Cerca de 30 moradores da comunidade, com 60 anos ou mais participaram desses encontros. No primeiro encontro com o grupo, foi realizada oficina de estimulação da memória. Nela, os idosos participaram de diversas atividades, como a construção de relógio, onde, por meio de desenho, eles desenharam um relógio de ponteiro. Esta dinâmica possibilita avaliar a memória fotográfica dos idosos. Esta ação, que era para ter sido realizada individualmente, mas os idosos que tinham mais facilidade com o desenho e com memória, auxiliaram os que apresentavam dificuldades. Nós não intervimos, pois, além de estimular a memória, a ação possibilitou a integração dos idosos, e alimentou o sentimento de união, empatia e cuidado para com os membros do grupo.

Outra dinâmica realizada foi de memória fotográfica, com jogo da memória. Esta foi uma atividade dinâmica em pares, onde os idosos foram posicionados em duas filas, uma de frente para a outra. Eles tinham que se observarem por cinco minutos. Em seguida, uma das filas seguiu para outro ambiente e alterações foram feitas na imagem dos idosos: foram colocados adornos como chapéus, colares, brincos, laços, maquiagem. Após esse momento, os idosos ficaram frente a frente novamente, cada um com sua respectiva dupla inicial. Eles tiveram que dizer o que havia de diferente no parceiro. Foi um momento de completa descontração, onde os idosos puderam realmente perceber o outro.

Dentro das atividades em grupo, foi realizada oficina de prevenção de quedas. Para esta, os alunos convidaram um educador físico, visto que seria necessário o respaldo profissional para dar segurança para a movimentação de idosos, em sua grande parte, sedentários. Neste encontro, as atividades foram iniciadas com uma roda de relato de quedas. Nela, todos contavam histórias das quedas sofridas e as suas consequências. A maior parte dos acidentes relatados ocorreu com mulheres, em casa, durante os afazeres domésticos. Em seguida, foi realizada atividade física, onde foram ensinados alongamentos e exercícios de fácil execução para que os idosos pudessem realizá-los em casa, com o intuito de melhorar a mobilidade e, conseqüentemente, reduzir os acidentes por quedas.

O intuito dessa oficina foi de orientar sobre a importância da atividade física para a redução dos riscos de acidentes por quedas, que os idosos estão expostos naturalmente, apenas devido às alterações fisiológicas e uso de medicamentos. Estes acidentes podem provocar lesões graves, implicando na incapacidade física do indivíduo. Durante as atividades, foi incentivada a prática de exercícios físicos, como caminhada e alongamentos, bem como exercícios para a mente, com o foco na manutenção da independência funcional, melhoria da memória e raciocínio.

Todos os resultados obtidos foram apresentados em reunião realizada com as enfermeiras para apresentação dos diagnósticos e intervenções das idosas que receberam a visita domiciliar, bem como para debate dos resultados, obtidos a partir da realização da conversa com ACS e realização de oficinas com grupos de idosos.

Conclusão

A experiência no projeto de extensão “Promovendo a Saúde Integral da Pessoa Idosa da Atenção Primária” possibilitou aos alunos aproximação com a realidade do enfermeiro que atua na estratégia de saúde da família no Rio Grande do Norte. Foi possível conhecer um pouco mais do trabalho desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, bem como a realidade vivida por idosos na periferia da cidade de Natal/RN. O contato com os grupos operacionais também possibilitou a integração dos conhecimentos adquiridos na universidade, aplicando a teoria à prática.

Sem dúvidas, uma experiência muito rica, que nos aproximou da comunidade, nos fazendo aproximar das questões socioculturais da comunidade, visualizando os fatores econômicos e sociais que impactam no modo de vida dos idosos. Esta vivência propicia

um olhar sensível a todos os fatores o que envolve o envelhecimento humano, determinando como o enfermeiro deve atuar para minimizá-los.

Apesar de concluído, o projeto deixou lacunas, pois não foi possível avaliar as intervenções propostas e dois casos das visitas domiciliares não houve plano de cuidados, suscitando a necessidade de renovação do projeto para a continuidade das ações.

Os idosos dos grupos operativos pediram a realização de mais oficinas, pois proporcionou lazer, convivência com outros idosos da comunidade, vínculo com a unidade de saúde e estímulos para o autocuidado. Porém, não houve continuidade das ações, por se tratar de um projeto de extensão, com durabilidade de um ano.

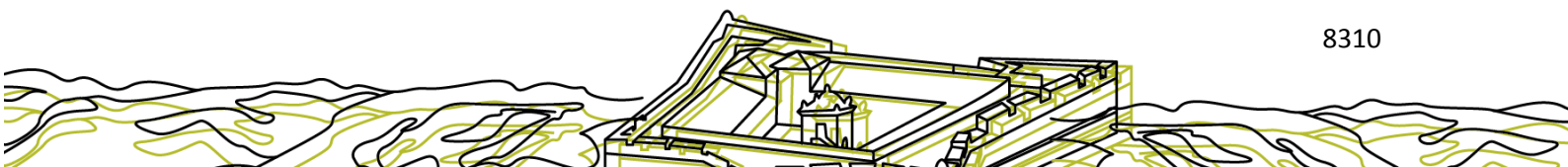
Referências

ALVAREZ, Angela Maria, GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2012 set-out; 65(5): 7156. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267025266001.pdf>> Acesso em 07/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderneta de saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 3ª Edição. Brasília – DF. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf> Acesso em 07/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 19). ISBN 85-334-1273-8. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em 07/09/2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In:



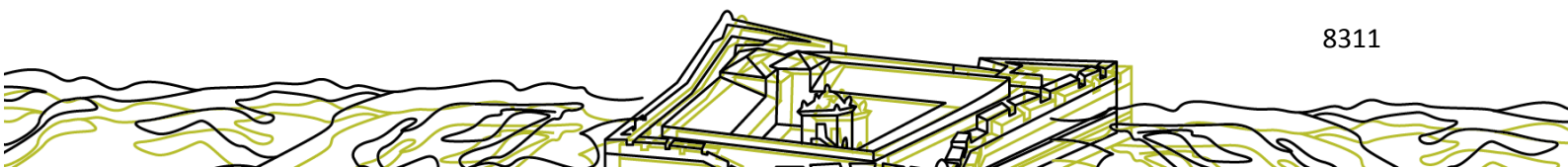


Conselho Federal de Enfermagem. Brasília. DF; 2009. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen3582009_4384.html> Acesso em 11/09/2017.

IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível Rio de Janeiro. RJ. 2017. em <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em 07/09/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Anual de Envelhecimento e Saúde. Genebra. 2015. Disponível em <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em 07/09/2017. _____ . Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. São Paulo. SP. 2010. Disponível em <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf > Acesso em 07/09/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em 07/09/2017.



OFICINAS TERAPÊUTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área temática: Saúde

Mariana Martins Lopes de Souza¹

Sandy Valim de Souza²

Rosane Mello³

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência realizado em um Centro Municipal de Saúde localizado no Rio de Janeiro no período de maio a dezembro de 2017, no contexto de um projeto de extensão da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). O objetivo deste estudo é relatar a experiência sobre o emprego de oficinas terapêuticas como possibilidade de tecnologia leve de cuidado em saúde mental junto a idosos com acometimentos psíquicos encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família. As oficinas têm como peculiaridade as questões relacionais do indivíduo consigo mesmo, com a família e com a sociedade, face à necessidade do olhar de forma mais cuidadosa para o envelhecimento da população brasileira, não apenas as doenças físicas e mentais, mas também às questões sociais. Conclui-se que as práticas expressivas melhoram o desenvolvimento desses adultos e idosos e dão a eles o sentimento de pertencimento, conforto e cuidado que procuram, além de as atividades ajudarem no enfrentamento do estresse.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica; Saúde mental; Terapia pela arte.

¹ Discente em Enfermagem; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. maary.mls@gmail.com² Discente em Enfermagem; Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro (UNIRIO), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. sandyvalim98@gmail.com³, Professora Associada na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).Doutora em Enfermagem Psiquiátrica; Arteterapeuta;rosane.dv@gmail.com

INTRODUÇÃO

O relatório “Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde” aponta que 322 milhões de pessoas atualmente sofrem algum tipo de transtorno mental em todo o mundo. E grande parte desses transtornos vem atingindo a população idosa. (OMS, 2017)

Para proteger essa população foi instituído no Brasil o Estatuto do Idoso por meio da Lei n.º 10.741 de 2003, que trata dos direitos fundamentais das pessoas com 60 anos ou mais, afirmando a necessidade de oportunizar e facilitar a preservação da saúde física e mental destas. O referido documento versa sobre a obrigação do Estado de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio da efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável, em condições de dignidade. (BRASIL, 2003)

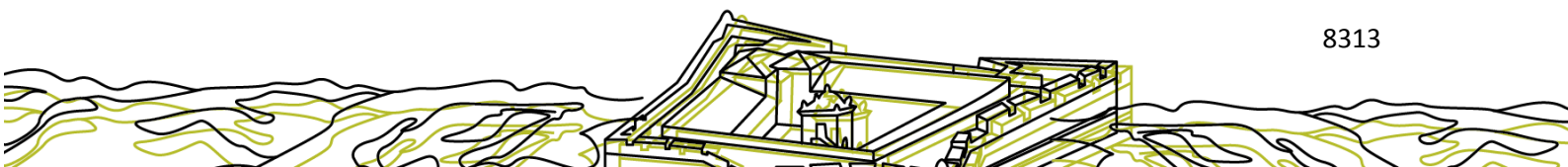
O referido documento afirma ainda em seu artigo 3º que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

É importante destacar também o artigo 10º do documento supracitado, onde afirma que é obrigação do Estado assegurar inclusive a liberdade, o respeito, os direitos civis, políticos, individuais e sociais ao idoso. Precisa-se destacar que o direito à liberdade abarca questões relativas ao ir e vir, à opinião, à crença, à diversão, as atividades físicas, a atuação na vida familiar e comunitária, política entre outros.

Levando em conta as referidas necessidades, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2004) destaca a importância de tratar, aprofundar estudos sobre os problemas de saúde mental e o cuidado ao idoso. O Estatuto do Idoso (Brasil, 2004) afirma ainda que o cuidado ao idoso não se restringe apenas às questões orgânicas, sendo necessário então a percepção dessa população de forma integral e em toda sua complexidade, faz-se necessário olhar de forma mais cuidadosa e ampliada para essa clientela, não apenas no que diz respeito às doenças físicas e mentais, mais também às questões sociais. E com isto torna-se fundamental criar novas práticas de tratamento. Neste sentido, o presente Projeto de Extensão traz à baila as oficinas terapêuticas, como espaço para produção, acolhimento e atenção psicossocial.

O principal objetivo deste estudo é relatar a experiência sobre o emprego de oficinas terapêuticas junto a adultos e idosos com acometimentos psíquicos encaminhados pela



Estratégia de Saúde da Família. Destaca-se que as oficinas vêm sendo desenvolvidas em um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O Projeto de Extensão que deu origem a este relato tem como objetivos: desenvolver ações onde seja possível criar ou aprimorar habilidades no que diz respeito às oficinas terapêuticas; disponibilizar ambiente favorável à redução de estresse dos idosos, proporcionando espaço de fala sobre envelhecimento e o enfrentamento de seus medos; avaliar os resultados das oficinas terapêuticas no contexto biopsicossocial dos idosos; e promover a reflexão sobre a utilização de técnicas expressivas pelos futuros profissionais da área de saúde nos vários contextos do cuidado em saúde.

METODOLOGIA

1. As Oficinas Terapêuticas

Optou-se por utilizar as oficinas terapêuticas como metodologia de intervenção, visto que estas se propõem a auxiliar os indivíduos no desenvolvimento e aplicação de mecanismos de proteção, tornando possível minimizar danos e fortalecer a capacidade de se realizar estratégias de ajustes.

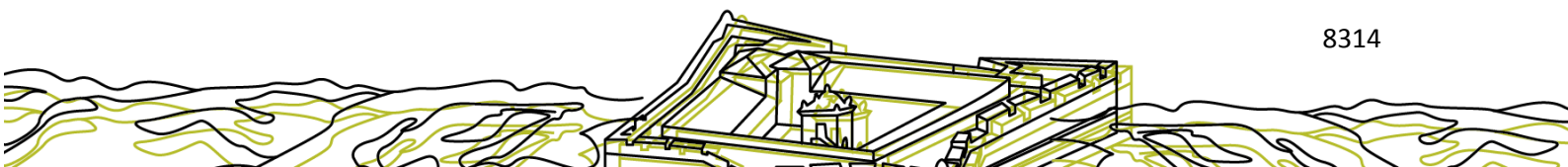
As oficinas atuam como possibilidade de tecnologia leve de cuidado em saúde mental junto a idosos. Conforme conceitua Merhy (1997), a tecnologia leve produz-se na relação direta usuário-profissional. Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação.

As oficinas terapêuticas foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde na portaria nº 189 de 1991, visando melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais, a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas e bem como a integralidade da atenção a esse grupo. (BRASIL, 1991)

A portaria define as oficinas terapêuticas como “atividades grupais realizadas em serviços extra-hospitalares, que possuem função de socialização, expressão e inserção social” (BRASIL, 1991), e estabelece as diversas modalidades de oficinas terapêuticas: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização.

As oficinas têm por objetivo disponibilizar ambiente favorável à redução de estresse, promovendo um espaço de convivência, troca de experiências e aumento das habilidades criativas. Assim como é constatado por Mendonça (2005):

A atividade artística enfatiza o processo construtivo e a criação do novo através da produção de acontecimentos, experiências, ações,



objetos; "reinventa" o homem e o mundo. Sob essa perspectiva, as atividades das oficinas em saúde mental passam a ser vistas como instrumento de enriquecimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso aos bens culturais (MENDONÇA, 2005, p. 628).

A partir do exposto, surgiu o interesse em utilizar oficinas terapêuticas como tecnologia leve de cuidado, tendo como intento minimizar angústias, elevar a autoestima, melhorar as questões relacionais do indivíduo consigo mesmo, com a família, e com a sociedade de uma forma geral e promover a convivência entre pessoas com sofrimento psíquico, em unidades de saúde pública.

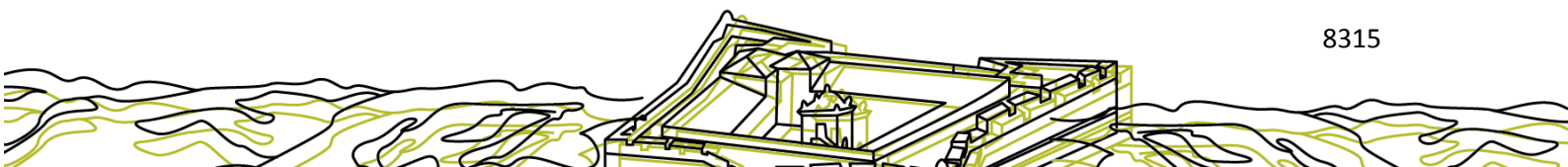


Imagem 1: As mãos e o processo criativo. Realizada no Centro Municipal de Saúde, no mês de junho de 2017. Foto do arquivo Pessoal das autoras.

2. Métodos e Materiais

As oficinas expressivas ocorreram entre os meses de maio e dezembro de 2017 e foram realizadas semanalmente. O local foi um Centro Municipal de Saúde, localizado Município do Rio de Janeiro, mais especificamente na Área de Planejamento 3.1, que abrange os bairros/comunidades da Ilha do Governador, Ramos, Complexo da Maré, Complexo do Alemão, Vigário Geral, Penha, Penha Circular.

Através da apresentação de um gráfico presente no site do Centro Municipal, a referida unidade informa que atende mais de 28 mil usuários e possui uma equipe formada por 12 grupos de saúde, possui uma área de abrangência de 2.450 mil metros quadrados e atende beneficiários dos bairros do Bancário e também Freguesia, na Ilha do Governador.



As oficinas têm duração de 90 a 120 minutos e o número médio de participantes é de cinco mulheres. Foram convidados a participar do projeto, inicialmente os idosos usuário da unidade atendida pela atividade. Mas além dos idosos o público participante das oficinas foram também adultos com algum acometimento psíquico, sendo o mais comum a depressão. A faixa etária oscila entre 26 e 86 anos e destaca-se que todas foram encaminhadas por profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

Para sua realização e desenvolvimento, são utilizados artefatos e técnicas expressivas como colagem, assemblagem (colagens com objetos e materiais tridimensionais), pintura em tecido, flores em tecido, argila, expressão corporal, relaxamento, costura, expressão corporal, relaxamento entre outras linguagens expressivas e artística. Cada uma das técnicas possibilita o diagnóstico das angústias e incômodos dos participantes, além do tratamento de suas demandas e conflitos internos.

Cada uma das técnicas apresentadas auxiliam os indivíduos no desenvolvimento e aplicação de técnicas de ajuste. Propõem-se auxiliar os indivíduos no desenvolvimento e aplicação de mecanismos de proteção, e com isso torna-se possível minimizar danos e fortalecer a capacidade daqueles que realizam tais atividades em enfrentar situações desafiadoras.



Imagem 2: Colagem sobre cada vivência. Realizada no Centro Municipal de Saúde, no mês de junho de 2017. Foto do arquivo Pessoal das autoras.



Imagem 3: Linhas e lãs utilizadas na construção das mandalas. Realizada no Centro Municipal de Saúde, no mês de julho de 2017. Foto do arquivo pessoal das autoras.



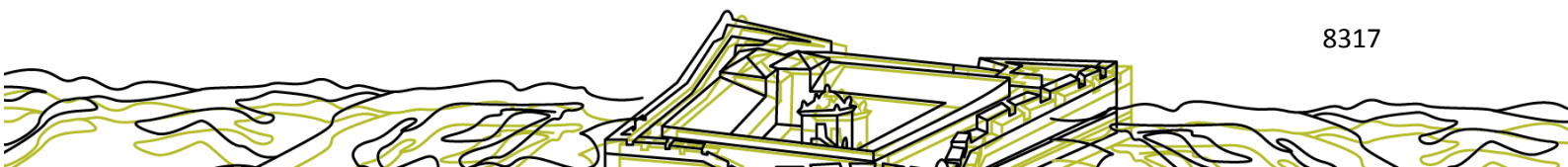
Imagem 4: Mandalas construídas pelos participantes. Realizada no Centro Municipal de Saúde, no mês de julho de 2017. Foto do arquivo pessoal das autoras.

3. Saúde Mental e Atenção Básica: Uma união necessária

Compete aqui uma questão que diz respeito a quem cabe cuidar da população mais envelhecida dentre as ações indicadas no Programa Nacional de saúde da população Idosa e Envelhecimento, infere-se então, que vários setores da sociedade precisam ser incluídas, dentre eles, a Educação, o Sistema Único de Assistência Social e a Ciência e Tecnologia.

Falcão e Araújo (2010) chamam atenção para a falta de sintonia entre a maioria das instituições de ensino superior com o processo de transição demográfica e com a inexperiência dos docentes no que tange o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos efetivos com idosos. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2010, p. 10) afirma:

...área técnica saúde do idoso reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como o fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do envelhecimento ativo. (Ministério da Saúde, 2010, p. 10).



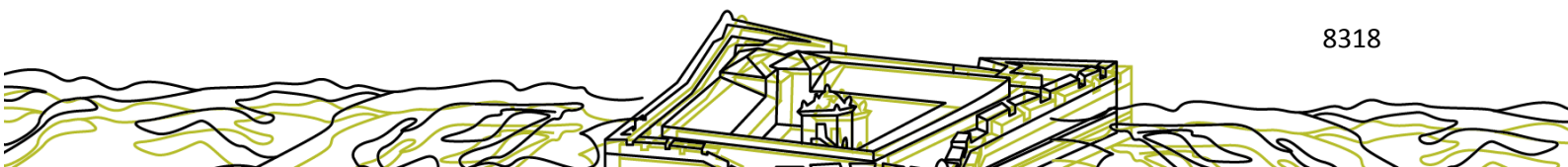
A partir deste pensamento, levando em conta o envelhecimento da população brasileira, se vê a importância da aplicação de ações que levem os acadêmicos da área de saúde a refletir sobre a necessidade de vivenciar as tecnologias leves de cuidado em sua formação acadêmica, principalmente no que concerne ao idoso. Neste sentido, pode-se utilizar tais tecnologias com os futuros profissionais a fim de que relacionem as técnicas expressivas com sua futura prática profissional, principalmente no que diz respeito a redução e enfrentamento do estresse. No que tange a população idosa, vale destacar que o enfrentamento da morte e do processo de finitude da vida geram sentimentos de medo, insegurança e ansiedade.

Na prática do desenvolvimento das oficinas expressivas, as extensionistas, sob supervisão da professora orientadora, foram responsáveis por coordenar as oficinas, além da organização do espaço físico onde ocorreram as mesmas. Destaca-se que o preparo do ambiente é de importância fundamental em relação à necessidade de que seja estimulador para a expressão criativa, com um clima leve e ameno, propiciando a redução do estresse do dia a dia. Chama-se atenção para a importância de se valorizar o ambiente de trabalho, observando não apenas as questões relativas às patologias, mas também o conforto e a privacidade da clientela. Além disso, as atividades devem ser pensadas semanalmente, planejadas e aplicadas, pois a produção de cada participante tem seu significado e sua mensagem.

Para que se pudesse por toda a programação em prática fez-se importante que a equipe do projeto de extensão discutisse as situações observadas e reavaliassem continuamente a programação realizada. A partir deste contexto, é importante destacar que o projeto procurou ouvir atentamente o que as participantes tinham a dizer, seus aspectos culturais e psíquicos. Todo indivíduo possui peculiaridades biopsicossociais e o envelhecimento é a resposta natural do processo humano, cabendo à equipe observar tais singularidades.



Imagem 5: Extensionistas Sandy Valim e Mariana Martins e a Coordenadora Rosâne Mello.



O projeto foi dividido em fases com o propósito da realização de discussão, aprendizados teóricos e práticos das vivências em oficinas. A primeira fase, no mês de março de 2017, consistiu no treinamento e preparação das bolsistas de extensão da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Unirio, que seriam as responsáveis pela organização dos espaços e técnicas das oficinas posteriormente. O processo de preparo nas diversas possibilidades expressivas a serem desenvolvidas ao longo do projeto, foram feitos através de leituras de artigos e documentos sobre as oficinas expressivas, da participação em minicursos, congressos e eventos relacionados à saúde mental e também estimulação da expressão criativa e testes da aplicação das técnicas que seriam desenvolvidas ao longo dos encontros. Infere-se que nessa etapa se evidenciou a importância de que as extensionistas correlacionassem as questões teóricas com a prática do desenvolvimento de atividades em grupo.

Na segunda fase, que correspondeu aos meses de abril, maio e junho houve a divulgação do Projeto junto aos funcionários do Centro Municipal de Saúde, objetivando a captação e o convite aos usuários e possíveis participantes para as oficinas. Nos primeiros encontros realizou-se o diagnóstico das angústias e incômodos dos participantes. Nesses meses as oficinas expressivas não aconteciam com temas especiais, eram oficinas de temáticas livres, com o objetivo de detectar e explorar as demandas das questões que envolvem o cotidiano dos idosos e geram algum tipo de sofrimento psíquico.

Na terceira fase, que se iniciou em julho e foi até outubro, ocorreram oficinas com objetos e técnicas indicadas pelo próprio grupo e com os materiais expressivos que mais se identificaram, moldando os encontros às peculiaridades do grupo que se formou, onde foi permitido que o grupo opinasse nas modalidades de trabalho a serem desenvolvidas, com o intuito de se desenvolver as emoções que mais precisavam emergir.

Na última fase, nos meses de novembro e dezembro, ocorreu o preparo para o encerramento do projeto, com atividades de fortalecimento de vínculos e reinserção nos espaços de convívio social.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fortes-Burgos e Néri (2010) afirmam que a capacidade de enfrentamento e a resolução de eventos estressores na terceira idade podem ter sua eficácia reduzida e como consequência, facilitar a ocorrência da depressão e do suicídio. Apontam como eventos

mais relacionados à depressão as perdas pessoais, a perda da autoestima e situações de humilhação, perdas de entes queridos, a internação do conjugue e as perdas financeiras.

Concordando com eles, acreditamos e extraímos de nossa vivência com os encontros, a necessidade de desenvolver um trabalho preventivo que fortaleça a identidade do idoso, favorecendo os vínculos sociais de apoio.

Mesmo que a depressão e os acometimentos psíquicos afetem diretamente a qualidade de vida dos idosos, o comprometimento físico e a qualidade dos relacionamentos, acreditamos que a metodologia utilizada ao longo do projeto possibilitou às clientes o desenvolvimento de cada um desses déficits específicos e individuais.

As oficinas expressivas conseguiram cumprir seu papel de auxiliar os indivíduos desse grupo participante no desenvolvimento e aplicação de mecanismos de proteção, minimizando danos de convívio e fortalecendo a capacidade destes, que realizaram as atividades, em enfrentar situações desafiadoras, além de terem ajudado no auxílio da restauração da homeostase corporal e das doenças advindas da adaptação, como o estresse.

Como método de avaliação dos resultados e desenvolvimento do projeto com o grupo de participantes, foi utilizado como parâmetro de avaliação interna das oficinas as opiniões e relatos de cada indivíduo do grupo.

No final dos últimos encontros foram trazidas à baila questões relativas às dinâmicas empregadas, percepções sobre cada encontro a partir da vivência pessoal e grupal e foram discutidas sugestões para a otimização de possíveis próximos encontros. Com isso, pretendeu-se observar a percepção dos participantes no que diz respeito à metodologia, representação dos participantes em relação à oficina e outras questões que surgiram a partir do espaço apresentado. A partir dos relatos apresentados por cada participante poderão ser realizados ajustes no desenvolvimento de próximas atividades.

Os relatos individuais mostravam as percepções das usuárias sobre a relação com o espaço das oficinas. Elas relatavam que esperavam ansiosas ao longo da semana para que pudesses estar em conjunto nas atividades e desfrutar, além do espaço aberto onde eram promovidas as técnicas, das companhias e dos trabalhos realizados. Traziam a tona, a importância das oficinas em seus cotidianos, já que muitas se queixavam de abandono, e uma vida monótona. Através da metodologia aplicada, que dava autonomia, habilidade e segurança, essas mulheres encontraram força para encarar seus problemas, a solidão, a insegurança com a avanço da idade e a baixo autoestima.

Com um questionário oral sobre cada uma das técnicas desenvolvidas, que foi aplicado no último momento juntos, onde acontece a entrega de todo o trabalho confeccionado ao longo do ano de 2017, se pode tirar os reais valores de qual técnica específica foi melhor aceita pelo grupo, qual material foi melhor de manusear, como os sentimentos advindos das reuniões começaram a interferir nos outros espaços de convívio pessoal deles.

As técnicas aplicadas agradavam, mas as preferências foram ressaltadas ao final do projeto. Técnicas de pintura em lápis de cor eram preteridas em relação a colagens e pintura em tinta. As usuárias gostaram de trabalhar com os elementos fogo e água, quando foram apresentados e em relação a costura e construção de mandalas, a opinião também era unânime, era de agrado do público. Infere-se que as técnicas com maior tempo de prática e que depois teria alguma funcionalidade, em suas casas e suas vidas eram sempre as preferidas.

Os resultados finais foram melhores que o esperado, já que além do reconhecimento do grupo a cerca das atividades e seus impactos, fizeram uma análise positiva das oficinas expressivas. As participantes relataram o impacto das atividades vivenciadas em suas vidas. Ressalta-se que a avaliação feita também pela equipe do Centro Municipal de Saúde sobre o projeto de extensão também foi positiva, pois evidenciaram o quanto a atenção primária de saúde ganha com projetos como esse na ajuda ao usuário a aplicar a prevenção e proteção a sua condição física, mental e social.

FAZENDO ARTE E PROMOVENDO ENCONTROS: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em meio às oficinas emergiram os problemas pessoais de cada participante através das conversas, resultado gradual dos vínculos que foram sendo construídos. Neste contexto, enquanto acadêmicas de enfermagem, nos implicamos no processo, permitindo desenvolver uma escuta ativa e o acolhimento que devem estar sempre presentes em nossa atividade profissional. Esse acolhimento e as experiências desenvolvidas no decorrer do projeto, nos ajudaram a ter um olhar mais individualizando, pensando o indivíduo, como ser social, econômico e psíquico.

Percebemos que ao longo dos meses a coordenação motora fina, autoestima e a segurança na construção das propostas da oficina aumentaram paulatinamente, os pacientes evoluíram nas técnicas e a confiança entre os membros do grupo tornou-se

cada vez maior, já que a cada encontro os participantes se relacionavam, evidenciando a troca entre gerações que aconteceu.

Concluiu-se que as práticas expressivas melhoraram o desenvolvimento desses adultos e idosos e deram a eles o sentimento de pertencimento, conforto e cuidado que procuravam, além das atividades terem ajudado no enfrentamento do estresse. Através dos depoimentos e com os relatórios de atividade feitos semanalmente, e principalmente os feitos ao final do projeto, foram avaliados os impactos do grupo. Mesmo com demandas diferentes, foi possível observar que os participantes foram aumentando suas formas de socialização, expressão e inserção social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto do Idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. **Aprova os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

CMS Madre Teresa de Calcutá, Infográfico, 2015. Disponível: <<http://smsdc-cms-mdteresacalcuta.blogspot.com.br>> Acesso em: 15 Mar. 2018.

Falcão, D. V. S. & Carvalho, I. S. (2010). Idosos, gênero e saúde mental. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (orgs). *Idosos e Saúde Mental*. Campinas: Papyrus

Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos Estressantes, Estratégia de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade.

GONÇALVES, A., GANDRA, H., ASSUNÇÃO, P., OLIVEIRA, T., RODRIGUES DA SILVA, T.. Oficinas terapêuticas: intervenção de enfermagem em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos Brasileiros de Saúde**

Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 8, nov. 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3382>>. Acesso em: 28 Nov. 2017.

MENDONÇA, Teresa Cristina Paulino de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 626-635, dez. 2005. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2017.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF 2010.

PADUA, Flávia Helena Passos; MORAIS, Maria de Lima Salum e. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 21, n. 2, p. 457-478, June 2010 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642010000200012&lng=en&nrm=iso>. accesson 28 Nov. 2017.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al . Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400018&lng=en&nrm=iso>. accesson 28 Nov. 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Availablefrom<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>>accesson 30 Nov. 2017.

RESGATE DA AUTOESTIMA E MEMÓRIA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO

Área Temática: Saúde.

Paulo Roberto de Albuquerque Magalhães¹; Eder Oliveira Teixeira²; Eduardo Henrique Lima Batista³; Sara Luíze Pereira de Lima⁴; Natália Ferreira Palla de Medeiros⁵; Vitória Mouzinho Tenório⁶; Letícia Thereza Brito Loureiro⁷; Agnes Maria Ferreira de Oliveira⁸; Inaê Martins de Lima⁹; Fernanda Burle de Aguiar¹⁰; Cristine Hirsch Monteiro¹¹

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Resumo

Com o aumento da expectativa de vida, o cuidado com os idosos vem se mostrando um desafio para os sistemas de saúde. As políticas atuais focam em um cuidado construído junto ao paciente, cada vez mais integral e multidisciplinar. Essas políticas enfrentam diferentes morbidades vividas por esses idosos, como a depressão. Essa doença apresenta alta prevalência entre eles e pode estar associada a um sentimento de desvalorização. Nesse sentido, o Projeto de Extensão “Valorização da memória contada e cantada como estratégia na Atenção Básica à Saúde para resgate da autoestima e empoderamento de idosos” propôs uma abordagem multiprofissional e integral no cuidado dos idosos, visando sua inclusão social através do compartilhamento de histórias e músicas. Em 2017, o projeto envolveu 52 idosos e 23 graduandos de medicina, psicologia, fisioterapia e enfermagem. Esse estudo visa analisar o impacto

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Curso de Medicina;

² Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Curso de Psicologia;

³ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Curso de Medicina;

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Curso de Psicologia;

⁵ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Curso de Medicina;

⁶ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Curso de Psicologia;

⁷ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Curso de Psicologia;

⁸ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Curso de Medicina;

⁹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Curso de Medicina;

¹⁰ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisiologia e Patologia;

¹¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisiologia e Patologia; PROBEX/PRAC/UFPB 2017.

desta vivência na formação dos estudantes de medicina e psicologia. As vivências ocorreram em Unidades de Saúde da Família, Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e na residência de uma idosa. Elas ocorriam semanalmente com exercícios lúdicos de treinamento da memória e de incentivo ao compartilhamento de histórias, à dança e ao canto. A extensão permitiu aos estudantes aplicar conceitos aprendidos em suas formações. Os discentes de Psicologia trabalharam a memória pela empatia, interação grupal e atividades lúdicas, tendo um novo contato com esses tópicos e podendo ter uma vivência mais prática, algo deficiente no início de sua formação. Já os estudantes de medicina vivenciaram conceitos como integralidade do cuidado, construção de vínculo e escuta qualificada, gerando um novo aprendizado sobre eles. Assim, a extensão se demonstrou como uma experiência enriquecedora para os alunos, aplicando conceitos aprendidos com uma nova visão sobre o cuidado multiprofissional.

Palavras-chave: contação de histórias; atenção primária à saúde; extensão universitária.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população caracterizam uma transição demográfica e epidemiológica que desafia a atual estruturação da atenção primária a saúde no Brasil (BRASIL, 2015). De acordo com os princípios do modelo de redes integradas de atenção em saúde, o paciente deve ser convidado a participar ativamente do seu cuidado e, para que isso ocorra, o sistema de atenção precisa propor ferramentas que permitam esse protagonismo (UFMA, 2015). Pensando na saúde da pessoa idosa, é indispensável, portanto, que profissionais e estudantes da área de saúde saibam trabalhar em equipes multidisciplinares e estejam preparados para a promoção da saúde deste público em especial.

A transmissão oral de conhecimento e cultura compõe um dos papéis fundamentais do idoso na comunidade (FREITAS, S. A.; COSTA, M. J., 2011). Apesar disso, é comum entre os idosos o surgimento da depressão (LEITE; CARVALHO; BARRETO; FALCÃO, 2006). Isso ocorre devido à valorização de outros meios de obtenção de informação, a insatisfação com a dependência familiar e o sentimento de inutilidade perante a sociedade (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Assim, percebe-se a importância da construção de um vínculo entre os idosos e a equipe de saúde mediante a estimulação do diálogo e da consequente reafirmação da relevância do idoso no seu ciclo familiar e comunitário (SANTOS; LEÃO; RIBEIRO, 2015).

O projeto de extensão PROBEX 2017 “Valorização da memória contada e cantada como estratégia na Atenção Básica à Saúde para resgate da autoestima e empoderamento de idosos” propôs o incentivo da integração social dessa população por meio do compartilhamento de histórias e habilidades musicais (PAULA; SCHERER, 2011).

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da vivência em grupos de idosos oportunizadas pelo Projeto de Extensão na formação dos estudantes de Medicina e de Psicologia.

Metodologia

A participação dos estudantes de Psicologia e Medicina da UFPB, durante o Projeto de Extensão “**Valorização da memória contada e cantada como estratégia na Atenção Básica à Saúde para resgate da autoestima e empoderamento de idosos**”, no ano de 2017, aconteceu em duas Unidades de Saúde da Família – USF do município de Joao Pessoa – USF Rangel I e USF Valentina –, em um Centro de Práticas Integrativas e Complementares – CPICS Canto da Harmonia –, e na residência de Dona Flor (nome fictício), uma moradora do território da USF Timbó II que possui dificuldades de locomoção e que inspirou a construção do projeto.

As atividades, autorizadas pela Secretaria Municipal da Saúde com anuência das Coordenações dos Distritos Sanitários, incluía encontros semanais com grupos flutuantes de idosos aos quais eram ofertados exercícios lúdicos de treinamento da memória e de incentivo ao compartilhamento de histórias, à dança e ao canto. Para os exercícios, também foram utilizados: 1) jogos tradicionais adaptados às atividades propostas, como o jogo da memória e dominó, 2) objetos aleatórios trazidos pelos estudantes ou idosos capazes de remeterem memórias antigas e 3) músicas pré-selecionadas, “de antigamente” ou indicadas pelos idosos.

Todas as atividades eram avaliadas e planejadas em reuniões semanais entre extensionistas e professoras orientadoras para o compartilhamento e discussão de experiências. Cerca de 52 idosos e idosas participaram dos grupos ao longo de cinco meses do projeto em reuniões que contavam com 2 a 11 participantes.

Vinte e três estudantes da UFPB participaram do Projeto em 2017, incluindo graduandos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Psicologia. O presente trabalho pretende relatar o impacto das atividades vivenciadas junto aos idosos para a formação dos estudantes de Medicina e Psicologia que participaram do projeto.

Resultados e Discussão

O desenvolvimento das atividades do projeto “**Valorização da memória contada e cantada como estratégia na Atenção Básica à Saúde para resgate da autoestima e empoderamento de idosos**” permitiu aos extensionistas o trabalho em equipe multidisciplinar sem perder a oportunidade de aplicar as especificidades de suas formações.

Trabalhando memória através de empatia, interação grupal, atividades lúdicas

O processo iniciou-se com a realização de dinâmicas de apresentação e integração do grupo. Posteriormente, focou-se no estímulo da memória, que é definida pelos psicólogos cognitivos, enquanto um processo, como “mecanismos dinâmicos associados ao armazenamento, retenção e recuperação de experiências passadas” (STENBERG, 2010). A memória apresenta derivações: memória sensorial (quando lembramos de algo que alguém nos disse segundos atrás, mesmo que não tenhamos prestado atenção); memória de curta duração (como quando informações chegam ao processamento consciente em questão de segundos a minutos; geralmente a informação não persiste por muitas horas); e a memória de longa duração (quando a informação é retida por um espaço de tempo considerável), que se subdivide em memória explícita e implícita, sendo que a primeira refere-se ao conhecimento que está imediatamente disponível na consciência, e a segunda ao conhecimento que não dá acesso consciente, podendo ser reavivado apenas por ações.

É na memória explícita que os idosos tendem a ter mais dificuldades de recuperação, retenção ou armazenamento (STENBERG, 2010). Com o propósito de trabalhar este tipo de memória, realizaram-se atividades sugerindo, por exemplo, uma categoria, para que os participantes citassem palavras que se encaixassem dentro dela. Se lhes era dado o tema

“flores”, eles citariam “rosas” ou “margaridas”, e assim por diante, até a maioria dos tipos virem à tona. Além disso, foram separadas e sorteadas palavras aleatórias para que eles encontrassem músicas que as continham. Outra forma, ainda de trabalhar com este tipo de memória foi a partir da correlação entre o nome de um estado brasileiro, a sua capital e a sigla que o representa. Para isto, eram escritas tais palavras em papéis separados e os misturamos, pedindo-se para que os idosos desembaralhassem e colocassem os correspondentes um ao lado do outro.

Ainda que a memória explícita necessite de uma maior atenção, também se considera importante a estimulação da memória de curta duração. Para trabalhar esse tipo de memória, executaram-se dinâmicas que exploravam a memória visual, como, por exemplo, fechar os olhos e, em seguida, citar 3 (três) dos elementos presentes na sala. Em outra ocasião, explorouse a memória de movimento como estratégia de acesso à memória de curta duração, criando-se um repertório de movimentos e pedindo-se para reproduzi-lo imediatamente, o que contribuiu não só na evocação de memórias, mas também na intensificação das funções motoras. Pode-se mencionar também o desenvolvimento de uma atividade em que se lia um texto e dava-se instruções para que, ao proferir palavras específicas, fossem realizadas certas ações, como um aperto de mão ao ouvir a palavra “paz”.

Ao adentrar em suas histórias e recordações, emoções e expressões variadas foram compartilhadas através de relatos orais e demonstrações emocionais, fazendo os extensionistas, muitas vezes, sentirem empatia e mostrarem reações emocionais também, além de terem algumas lembranças evocadas. Através dessa troca de experiências, foram possíveis a implantação e o fortalecimento do vínculo, que tem uma enorme importância em qualquer processo envolvendo grupos, não só entre os próprios participantes, mas também entre os graduandos e os participantes.

Nossos encontros eram, de certa forma, terapêuticos, apesar de não serem psicoterápicos, visto que não eram comandados por psicoterapeutas, mas tinham objetivos como valorização das experiências de vida dos participantes, resgate da identidade, busca de novas percepções, demonstração de que, mesmo diante das angústias e até mesmo perdas que a idade impõe, há algo de belo para ser admirado no idoso (LIMA, VIANA E LIMA, 2015). Buscou-se incentivar o cultivo da saúde e o aproveitamento da vida, viabilizar reflexões que os mantivesse longe das angústias da morte e que se percebessem na “melhor idade”. Ou seja, o projeto visou à promoção de bem-estar a partir de tópicos geralmente abordados em terapias de grupo ou comunitárias.

Baseado na postura do psicólogo em grupos psicoterapêuticos, de acordo com Bechelli e

Santos (2005), o psicólogo “empenha-se em manter o foco da conversa, apoiar os participantes que se sentem embaraçados, mediar conflitos e assegurar o cumprimento das regras estabelecidas.” Sendo assim, enquanto estudantes de psicologia, buscamos utilizar estas regras posturais para dar um melhor andamento ao grupo, visando proporcionar êxito ao mesmo.

Tendo em vista a importância da relação entre familiares e idosos como geradora de vínculos positivos, bem-estar físico e mental, alta autoestima e maior segurança para lidar com problemas, a partir de demonstrações de carinho e atenção, a mudança da sociedade em relação a essa geração – mais valorizada e respeitada antigamente –, que a encara como um peso ou indigna de afeição, traz consequências.

Como exemplo, há as taxas de depressão em idosos, que estão variando entre 5% e 35% (quando se considera as diferentes formas e gravidades da doença) e, com isso, um problema relevante na saúde pública, visto que os acometidos sofrem com a probabilidade de tornarem-se incapazes funcionalmente, além da diminuição na qualidade de vida característica de quem desenvolve o distúrbio (LEITE; CARVALHO; BARRETO; FALCÃO, 2006).

De acordo com Rego (2007), “No passado, os idosos mantinham o poder, a honra e o respeito, mas, atualmente, em nossa sociedade consumista, são encarados, geralmente, como um peso social. Assim, muitas vezes, sofrem com estereótipos sociais e limitações por parte da sociedade. Esses fatos podem ter influências na depressão em idosos.” (apud MARCHI; SCHNEIDER; OLIVEIRA, 2010, p.150).

Santos e Vaz (2008) afirmam que a aposentadoria ou o encerramento de alguma atividade, como a criação dos filhos no caso de muitas mulheres, leva a um sentimento de angústia, que precisa ser compensado com uma nova atividade que propicie à pessoa um novo sentido de produção e utilidade. Sendo assim, projetos que ofereçam aos idosos a oportunidade de integração em atividades grupais, proporcionando o convívio com outros idosos e suas experiências, além de preencher o vazio do sentimento de solidão comum na terceira idade, que traz danos à saúde física e mental, são fundamentais para o desenvolvimento ou intensificação do sentimento de empoderamento e a transformação de uma forma positiva das perspectivas dos mesmos.

Além disso, cerca de 5% da população entre 65 e 80 anos apresenta algum tipo de demência. Nas pessoas entre 80 e 85 anos a variação está entre 10% e 40%, e para a população acima de 85 anos a demência atinge mais de 47%. Esses números ainda são agravados quando os idosos passam por problemas emocionais e outros. (CAMARA, 2009). Neste sentido, houve a oportunidade de trabalhar com certa prevenção de demências, a partir das atividades propostas, visto que é encontrado na literatura indicações de que exercícios, tanto mentais como físicos, restringem as possibilidades de se desenvolver este tipo de doença.

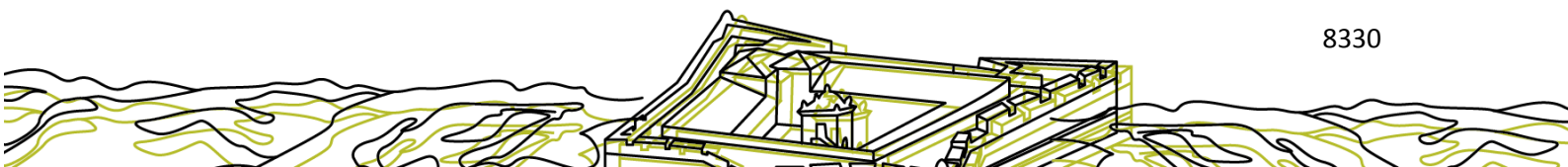
Diante de alguns casos particulares de demência, em variados níveis (iniciante e avançado), que, com as atividades fornecidas e através das dinâmicas de grupo, pudemos perceber evolução particular nestes casos. Apesar de não fazermos teste e reteste para confirmarmos a evolução dos quadros, pudemos notar e tínhamos devolutiva dos acompanhantes dos idosos. Mesmo que tais evoluções fossem pequenas e se davam de maneira lenta e gradual, as mesmas eram perceptíveis também aos demais membros do grupo e à coordenadora da instituição, causando uma sensação positiva de apoio ao participante acometido pela demência e de satisfação por parte dos estudantes.

É comum que os estudantes, ao iniciarem sua graduação sejam recebidos por aqueles, que já estão mais próximos de encerrá-la, com as queixas de que os primeiros períodos do curso de Psicologia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) são exclusivamente teóricos e que é raro encontrar na Psicologia trabalhos interdisciplinares. Ao estudante de psicologia foi oportunizado adentrar nesse projeto de extensão no segundo período do curso, o que proporcionou uma forma de conhecimento sem precedentes dentro dos muros da UFPB. Aprendizado de forma interdisciplinar e democrática, conforme o projeto foi conduzido, pela prática de grupos terapêuticos e intervenções cognitivas. Sendo que algumas dessas práticas seriam proporcionadas apenas em estágios, outras apenas em cadeiras optativas específicas, e outras nem mesmo estão na grade curricular.

Integralidade do cuidado, construção de vínculo e escuta qualificada

Já os graduandos de medicina se enveredaram por outras áreas como a discussão da integralidade do cuidado, a construção do vínculo com os idosos e a importância de escutar as queixas apresentadas antes de formular qualquer hipótese.

Tendo em vista a complexidade das relações humanas, os profissionais da saúde devem cuidar de seus pacientes como um todo e não se limitar somente à enfermidade e à cura; dessa forma, a integralidade do cuidado apresenta-se como uma ótima ferramenta para promover uma atenção mais ampla. Do ponto de vista constitucional, a integralidade caracteriza-se como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza o acesso de toda a população aos diversos níveis de atenção à saúde. Mas também, está relacionada ao ato de compreender todas as necessidades que os usuários dos serviços de saúde apresentam dentro de uma perspectiva que envolva o cuidado em todas as dimensões do ser humano. Além disso, deve ser inserida nesse contexto de



integralidade, a autonomia do usuário ao participar ativamente dessa relação gerando democratização do conhecimento e participação popular na promoção da saúde e do cuidado (Almeida, *et al.* 2014).

Assim, para formar médicos que tenham a capacidade de promover ações integrais de saúde são necessários métodos ativos que os insiram em diversos contextos da realidade, através de uma grade curricular integrada e focada nas necessidades do SUS. Dessa forma, o estudante e a universidade devem romper com o ensino tradicional, focado no professor como detentor de todo o ensinamento, e partir para aprender na prática através de pessoas reais como se tornar um bom médico (ALMEIDA, *et al.* 2014). Porém, ainda são poucas as universidades que têm currículos voltados para desenvolver tal capacidade nos graduandos. No decorrer do curso, os alunos tonam-se cada vez mais técnicos e a medicina cada mais especializada formando médicos que só tratam doenças e esquecem do doente (PINHO, *et al.* 2007).

Dessa forma, a extensão exerceu papel importante ao fazer com os estudantes, ao ouvir as histórias e músicas dos idosos, pudessem entendê-los em todas as perspectivas de suas vidas, como no caso do pequeno grupo que frequentou a casa de Dona Flor, em que foi possível, através das músicas, histórias e conversas, exercer uma diferença positiva no combate a sua depressão, valorizar sua história de vida, fazer exercícios físicos e monitorar níveis de pressão arterial e glicose sanguínea. Assim, os estudantes puderam realizar um cuidado integral ao promover interação social, melhora de funções cognitivas, maior adesão ao tratamento, criação de vínculo e principalmente, valorização de suas memórias.

Quando se pensa na composição profissional da área de saúde, fica evidente que o médico compõe um papel central no imaginário popular. A associação dessa figura profissional com a solução para seus problemas e aflições evidentemente facilita o contato do estudante com os idosos, o público alvo desse projeto, tanto no ambiente familiar como nas Unidades de Saúde da Família.

É sensível a confiança depositada nos estudantes pelos participantes. Em sua visão, o profissional médico, mesmo que ainda em formação, possui plena capacidade de dar um fim ao que lhes afeta, mesmo que advenha de sua própria mente. O extensionista, em resposta, não se isenta do desafio. O peso da responsabilidade reflete em uma vontade de trabalhar para o bem daqueles que podem ser considerados seus “pacientes”.

Sendo assim, o senso de quase dependência estabelecido, ainda que por contribuição de uma ótica imprecisa, foi fundamental para a consolidação de um

vínculo inicial entre idosos e estudantes de medicina. Para estes, pode-se afirmar isso em ambos os ambientes vivenciados, o familiar e a USF.

Na USF, o aprofundamento do vínculo se deu por uma abordagem em grupo. O maior número de participantes impossibilitava que fosse dada dedicação exclusiva a cada um dos idosos presentes. As dinâmicas utilizadas, porém, aproveitaram-se dessa característica a seu favor: as rodas de conversa, discussão e dinâmicas permitiram mais do que uma ligação entre os organizadores e os idosos, mas também um fortalecimento do vínculo interpessoal dos moradores da região. Dessa forma consolidou-se uma rede de cuidado que poderia ultrapassar a duração do projeto, adquirindo um caráter permanente.

No ambiente familiar o desenvolvimento do projeto adquiriu um caráter diferente. Neste ponto, as duas idosas acompanhadas não demonstravam boa relação com a USF local, dando às visitas um significado muito mais pessoal no lugar do observado em uma atividade comunitária organizada pelo posto. Isso permitiu, por sua vez, o estabelecimento de um vínculo mais forte, o que se deve à atenção dedicada e diferenciada fornecida na própria residência da idosa. As vivências se apresentaram de forma mais personalizada e direcionada para a realidade dessas duas senhoras, sempre procurando se adequar às dificuldades das mesmas. Nesse sentido, os extensionistas procuraram adaptar as práticas que eram realizadas nas USF para aquele ambiente residencial, fazendo com que, por exemplo, as idosas cantassem as músicas marcantes de suas vidas em uma semana e, nas semanas seguintes, os estudantes levavam essas músicas e aprendiam como cantá-las para interagir junto com as idosas, construindo uma relação de maior proximidade e confiança.

A consequência destas vivências para o cotidiano do médico agora em formação será considerável. Pelo contato contínuo com pacientes em uma ótica social desenvolve-se um raciocínio clínico para uma abordagem mais integrativa na produção do cuidado, contrabalanceado a clínica curativa a qual os estudantes são expostos por todo o curso. Desse modo, a extensão proporcionou aos estudantes de medicina uma nova visão sobre os idosos, uma visão mais complexa, que envolve o aspecto físico, psicológico e, muito além disso, todos os acontecimentos da vida de uma pessoa faz com que ela seja quem é hoje e essas histórias devem sempre ser valorizadas e, principalmente, ouvidas.

Ao refletir-se sobre a escuta, percebe-se que ela é um ato básico do ser humano, aprendido desde o nascer. Qualquer indivíduo, em algum momento do seu cotidiano, ouve as histórias e eventos da vida de outra pessoa e conta as suas. Por ser um processo tão simples, muitas vezes não é associada sua necessidade para diversos profissionais,

entre eles o médico. Durante a formação médica, muito se aprende sobre sua importância. Nesse processo, dois aspectos são evidenciados: a escuta como forma de obter informações para a clínica e como processo de cuidado. O primeiro deles é bem destacado durante as disciplinas mais hospitalocêntricas, ligadas às especialidades e às práticas mais tradicionais, nas quais o ato de ouvir o paciente é evidenciado para colher informações importantes para o diagnóstico. Além disso, a escuta pode ser realizada como forma de cuidado. Nesse sentido, ela é mais valorizada nos princípios da Medicina de Família e Comunidade, sendo considerada essencial para a prática desses (DUNCAN, 2013). Esse processo é conhecido como Método Clínico Centrado na Pessoa e evidencia que muitas vezes o problema que traz o indivíduo ao sistema de saúde nem pode ser rotulado com algum diagnóstico. Em muitos casos, o paciente apenas quer conversar, liberar suas angústias do cotidiano, que pode estar prejudicando a realização de atividades básicas do seu cotidiano. Nesse contexto, o papel do médico é ouvir, permitir que a pessoa fale o que quiser e ajudar nas situações que pode intervir. Vale salientar que essas duas formas de escuta devem ser feitas associadas, não isolando um processo do outro, permitindo a realização de um cuidado mais integral (LOPES; GUSSO, 2013).

Por mais que seja destacado durante a formação que a escuta é um processo com diferentes aspectos, os discentes costumam associar que apenas o diagnóstico e a clínica representam a prática médica e a “utilidade” do profissional. Então, o estudante de medicina traz em si um conflito, ter a visão da escuta apenas clínica e como um complexo focado no paciente (CURRA; LOPES, 2013). Neste sentido, a extensão permitiu uma solução nesse conflito. Estar semanalmente com os idosos, ouvindo-os contar as histórias de suas vidas, as histórias que gostavam de ouvir e as músicas de sua juventude, permitiu um novo olhar sobre cuidado.

Com as vivências, toda a teoria sobre o complexo processo de escuta pode ser concretizada e praticada. Além disso, foi possível ver a evolução desses idosos apenas por falar, cantar e se reunir semanalmente. O papel dos extensionistas foi secundário, os principais eram os idosos e eles trouxeram toda sua vida para esse papel. Esse processo foi enriquecedor, para ambos os lados, e trouxe um forte empoderamento apenas por ser ouvido. Durante a extensão, a escuta trouxe significado e grandiosidade para aquilo que muitos consideram pequeno, fazendo com que todos os idosos pudessem se identificar como protagonistas da própria história.

Além disso, nas vivências da casa de dona Flor, ouvir as idosas possibilitou atender demandas das mesmas em relação ao sistema de saúde. Os extensionistas realizaram o acompanhamento da pressão arterial e da glicemia. Ademais, articularam com a

universidade para a realização de um exame de fezes que uma das idosas não estava conseguindo por meio da rede pública. Os estudantes também articularam com a USF quando uma das idosas apresentou sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, alertando aos profissionais da equipe responsável pela área que essa reside. Todos esses processos aconteceram somados às práticas de valorização da memória contada e cantada, em uma demonstração do caráter horizontal da extensão universitária, na qual as vivências são construídas em união da universidade com a comunidade.

Conclusão/Considerações Finais

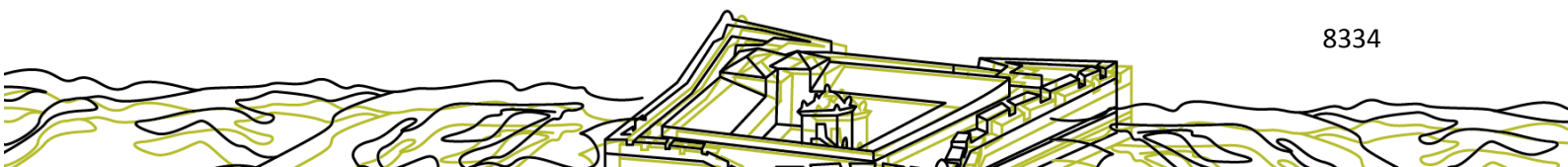
O projeto de extensão multidisciplinar voltado para o cuidado da saúde dos idosos vivenciado pelos graduandos da UFPB em 2017 foi uma experiência enriquecedora, já que os discentes puderam compartilhar experiências e vivências com o propósito de auxiliar na valorização e recuperação da sua memória e principalmente no seu empoderamento.

O propósito do trabalho de auxiliar idosos na recuperação da memória, a partir da contação de histórias e dos conhecimentos acadêmicos, e a aplicabilidade dos saberes teóricos adquiridos na Universidade, cada curso com sua especificidade, parte do pressuposto que o cuidado e a valorização do idoso é essencial. Para o empoderamento e autoestima do idoso e para os graduandos dos diversos cursos, a associação da teoria e prática possibilitará um vasto conhecimento para a vida profissional dos envolvidos no projeto de extensão.

É através desse projeto e de outros com o mesmo intuito que os futuros profissionais que participaram dele saberão acolher os idosos e auxiliá-los para que continuem felizes, empoderados e não entrem em um estado de depressão, quadro que infelizmente os acontece bastante, fazendo-os perceber que são sim importantes para a sociedade, da mesma forma que eram antigamente quando estavam inseridos em ambientes de trabalho de forma ativa.

Para a UFPB, fica o legado de Universidade preocupada em atender aos anseios das comunidades, como também formar profissionais que não estão dissociados uns dos outros nos diversos campos de conhecimento e, acima de tudo, pensando em uma saúde preventiva.

Com tal experiência os estudantes não terão receio de entrar em equipes multidisciplinares, ao contrário procurarão formar essas equipes com o intuito de buscar uma recuperação completa dos seus pacientes, percebendo-os como um ser complexo



que necessita de diversas áreas para que possa ser compreendido e ajudado. E foi exatamente por esse motivo, auxiliar os idosos, que essas equipes de trabalho os escutaram de forma a criar vínculos fortes com eles e, finalmente, buscar seu cuidado de forma integral, física e mentalmente.

Referências

ALMEIDA, S. M.; MARTINS, A. M; ESCALDA, P. M. F; Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. **Revista Pesquisa Original**, v. 21, n. 3, p. 271-278. 2014.

BEHELLI L. P. C, SANTOS M. A. O terapeuta na psicoterapia de grupo. **Revista Latinoamericana Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 249 -254, Mar./Abr., 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Econômica [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 13/03/2018.

CAMARA, V. D. et al. Reabilitação Cognitiva das Demências. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v.45, n.1, p.25-33, Jan./Mar., 2009.

CURRA, L. C. D.; LOPES, J. M. C. A importância do afeto na conduta do Médico de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, vol. 8, n. 26, p. 6-10. Jan./Mar. 2013.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREITAS, S. A.; COSTA, M. J. A identidade social do idoso: memória e cultura popular. **Conexão UEPG**, v. 7, n. 2, p. 202-211. 2011

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.1, Jan./Mar., 2006.

LIMA, P. M. R; VIANA, T. C; LIMA, S. C. Estética e poética da velhice em narrativas autobiográficas: um estudo à luz da psicanálise. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 58-78, Abr., 2015.

LOPES, J. M. C. GUSSO, G. (Org.) **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** - Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 13, p. 113-123.
OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos

que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública.**, v. 40, n. 4, p. 734-736. 2006.

PAULA, M.H.F; SCHERER, C.A. A importância da música na estimulação da memória em idosos. **VI Encontro de Produção Científica e Tecnológica.** 2011. Disponível em: http://www.fecilcam.br/nupem/anais_vi_epct/PDF/ciencias_humanas/02.pdf. Acesso em: 13 mar. 2018.

PINHO, L. B. et al. integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 835–846, 2007. SANTOS, I. S.; LEÃO, R. R.; RIBEIRO, L. E. G. Com memórias se tecem histórias: memórias e contação de histórias para idosos. VIII Mostra Nacional de Iniciação Científica e Tecnológica Interdisciplinar. 2015. In: **Anais da VIII MICTI.** Florianópolis: IFSC. 2015. Disponível em: [http://eventos.ifsc.edu.br/micti/wpcontent/uploads/sites/5/2015/10/COM-](http://eventos.ifsc.edu.br/micti/wpcontent/uploads/sites/5/2015/10/COM-MEM%C3%93RIAS-SE-TECEM-)

[MEM%C3%93RIAS-SE-TECEM-](http://eventos.ifsc.edu.br/micti/wpcontent/uploads/sites/5/2015/10/COM-MEM%C3%93RIAS-SE-TECEM-)

[HIST%C3%93RIAS-MEM%C3%93RIAS-E-CONTA%C3%87%C3%83O-DE-](http://eventos.ifsc.edu.br/micti/wpcontent/uploads/sites/5/2015/10/COM-MEM%C3%93RIAS-SE-TECEM-)

[HIST%C3%93RIAS-PARA-IDOSOS.pdf](http://eventos.ifsc.edu.br/micti/wpcontent/uploads/sites/5/2015/10/COM-MEM%C3%93RIAS-SE-TECEM-). Acesso em: 13/03/2018

STENBERG, Robert J. **Psicologia Cognitiva.** São Paulo: Cengage Learning, 2010. UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes.** Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). São Luís: UMA-SUS, UFMA, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2444/UNIDADE_1.pdf?sequence=1. Acesso em: 13 mar. 2018.

A EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE ESTUDOS EM ARBOVIROSES DA UFJF-GV NA EXTENSÃO EM INTERFACE COM A PESQUISA PARA O ENFRENTAMENTO DA DENGUE

Área Temática: Saúde

Thiago Vinicius Ávila¹; Alexandra Araújo Paiva Vieira²; Iara Arruda dos Santos^{3,4}; Ana Paula Pessotti Clarindo^{3,4}, Luana Ribeiro Silveira³, Abner da Silva Machado³, Carolina Guimarães Caetano³, Filipe Marçal Pires³, Geovana Kloss³, Giselle Silva Ponciano³, Thaís Rodrigues Ferreira³, Yan Oliveira Pereira³. Kátiuscia Cardoso Rodrigues⁵, Rômulo Batista Gusmão⁶.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – campus avançado Governador Valadares (UFJF-GV)

Resumo

Introdução:

O núcleo de estudos em arboviroses (NEA) da UFJF-GV foi instituído adotando-se como pressuposto a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão para a instituição de momentos verdadeiramente impulsionadores de reflexões e proposições de soluções para os conflitos que permeiam a sociedade. O NEA tem como princípio a produção e aplicação de conhecimento que contribua para o combate das arboviroses.

Objetivo:

Disseminar, por meio das ações extensionistas, o conhecimento produzido através da pesquisa científica, com foco no delineamento de estratégias de combate às arboviroses.

¹ Professor Adjunto do departamento de ciências básicas da vida da UFJF-GV e fundador do NEA

² Professora Adjunta do departamento de ciências básicas da vida da UFJF-GV e cofundadora do NEA

³ Acadêmico(a) do curso de Medicina da UFJF-GV e integrante do NEA

⁴ Bolsista da PROEX/UFJF

⁵ Médica sanitária, prefeitura de Governador Valadares-MG

⁶ Empreendedor Público, prefeitura de Governador Valadares-MG

Metodologia:

Parâmetros clínicos e inflamatórios foram avaliados na febre do Dengue em adultos e idosos. O conhecimento produzido através dessa pesquisa, foi relatado à comunidade através de mídias sociais e encontros para atualização dos profissionais da saúde. Foi identificada a necessidade de implementação de uma estratégia de combate à dengue que gerasse mais conhecimento e estimulasse a integração e participação efetiva da comunidade.

Resultados:

Após a infecção pelo Dengue, pacientes idosos apresentaram doença mais grave e dificuldade de recuperação em relação a pacientes adultos jovens. Através da interface entre a pesquisa e extensão, foi implementada uma rede de mobilização social, incluindo os atores locais para o combate às arboviroses com benefícios para toda a sociedade. Essa estratégia assume que o conhecimento é produzido localmente através da identificação de problemas e soluções de cada território envolvido.

Conclusão:

Nós concluímos que a extensão quando em interface com a pesquisa é uma ferramenta poderosa que a academia tem a seu dispor para a promoção de políticas públicas de saúde. Uma vez que o conhecimento levado a comunidade foi produzido pelo próprio grupo e possibilitou a idealização e execução de ações de enfrentamento da dengue inovadoras e aplicadas as necessidades locais, criando um círculo de geração de conhecimento, para o benefício de todos.

Palavras-chave: dengue, mobilização social, interface pesquisa-extensão

Introdução

A dengue é causada por um dos quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV1-4) e afeta cerca de 400 milhões de pessoas em 128 países nas regiões mais pobres do mundo a cada ano (BHATT et al., 2013). Estima-se que os números de casos estejam em constante crescimento em decorrência da descontrolada propagação do mosquito *Aedes aegypti*, principal vetor da doença (SOUSA et al., 2013). A dengue define-se clinicamente de duas formas: a febre do Dengue, que ocorre em aproximadamente 90% dos casos, provocando febre alta por dois a sete dias com dor no corpo e desconforto pronunciados, e a dengue hemorrágica, quando ocorrem nocivas alterações na

permeabilidade vascular frequentemente associada à disfunção endotelial (BRASIL, 2013a, DIAS et al., 2010). A dengue grave pode ser fatal ao evoluir com trombocitopenia, perda de plasma, hemoconcentração e hemorragia que, somadas, podem levar ao choque, depressão respiratória e insuficiência hepática (ROTHMAN, 2011). Ao todo, mais de 2,6 milhões de casos foram notificados e aproximadamente 3000 mortes foram relatadas no Brasil devido a dengue no período acumulado de 2010-2015, e os números têm demonstrado crescimento a cada ano (SES/SINAN, 2016).

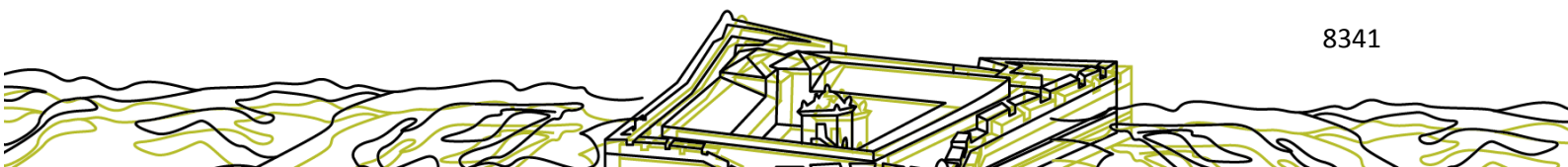
O prognóstico da febre do dengue está relacionado às suas apresentações diversas e, portanto, sujeito a resultados variados e imprevisíveis (YEH et al., 2017). Dados da literatura demonstram que apesar da maioria dos pacientes se recuperarem da doença, em torno de 0,314,9% desenvolvem sinais e sintomas graves, acarretando em internação hospitalar em UTI (BOULDOUYRE et al., 2006; CHEN et al., 2016; HSIEH et al., 2017; PANG et al., 2014) e cerca de 1 a 5% dos pacientes vão a óbito sem reconhecimento e tratamento corretos (WHO, 2009). A evolução da doença envolve vários fatores. Em relação aos achados laboratoriais, a leucopenia e a trombocitopenia são os mais prevalentes. A destruição viral induzida ou a inibição das células progenitoras mieloides causam leucopenia, e a destruição periférica de plaquetas ou destruição de megacariócitos pelo vírus, resulta em diminuição da produção de plaquetas (DE SOUZA et al., 2013). Além disso, sabe-se que a dengue geralmente está associada a elevações leve a moderada dos níveis de aminotransferases (DE SOUZA et al., 2004). Os níveis elevados dessas transaminases mostram o grau de lesão hepatocelular, já que o fígado é um dos órgãos alvo da dengue (AZIN et al., 2012). Ainda, sabe-se que os pacientes acometidos com a febre hemorrágica do dengue, na fase aguda da doença, apresentam aumento no número de monócitos, produtores de citocinas pró-inflamatórias como TNF- α (HOBBER et al., 2017), conhecido por ser um dos mais potentes ativadores do endotélio microvascular e, conseqüentemente, indutor do aumento da permeabilidade capilar (WATI; RAWLINSON et al., 2011). O aumento da expectativa de vida na população brasileira observado nos últimos anos, somado ao aumento dos casos de dengue no país, elevou a exposição da pessoa idosa à infecção pelo DENV. Evidências sugerem que o envelhecimento possa participar ativamente da evolução da dengue, uma vez que a idade induz um estado de inflamação crônica no organismo, denominado *inflammaging*, no qual células, que se encontram senescentes, permanecem metabolicamente ativas secretando substâncias próinflamatórias, como citocinas, proteases e fatores de crescimento, condição persistente que está relacionada à evolução da dengue hemorrágica (GARCIA et al., 2010; FAGUNDES et al., 2011; MACHADO, 2012; COSTA et al., 2013).

O controle do vetor é fundamental para a diminuição de infecções e óbitos, entretanto, políticas de prevenção e controle com foco no combate ao vetor e no desenvolvimento de ações educativas têm sido adotadas sem sucesso pleno que se objetivaria na queda do

Levantamento de Índice Rápido do *Aedes Aegypti* (LIRAA) e do número de infecções (CHIARAVALLOTI, 1997). A atual estratégia de combate à dengue tem sido baseada em campanhas informativas, utilizando rádio e televisão, como também ações educativas voltadas a estudantes e grupos da comunidade, oferecendo, assim, conhecimento adquirido de fontes diversas sobre a dengue e os aspectos relacionados à doença (CHIARAVALLOTI, 1997). Porém, segundo Teixeira & Freitas, (2013 a e b), não se pode falar na população como uma massa homogênea. Há de se considerar elementos essenciais que a diferencia, identificando seus gostos e desgostos: faixa etária, classe econômica, classe social, gênero, raça, credo, origem geográfica, dentre outros. Dentre os componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios destacam-se ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social (BRASIL, 2018). Essas ações têm como objetivo promover a adesão da sociedade civil organizada mediante ações que contribuam para o controle da dengue. Evitar a dengue depende fundamentalmente da mudança de hábitos e comportamentos da população no ambiente domiciliar, locais de trabalho, escolas, entre outros. Dessa forma, faz-se necessário que a população esteja envolvida em ações de combate ao vetor durante todo o ano, não somente nos períodos epidêmicos. A mobilização é uma convocação, um ato de liberdade, oposto da manipulação, um ato público de vontade e de paixão (TORO, 2004). Dessa forma, a articulação de uma rede de mobilização social coesa, dinâmica, dotada de capilaridade e sustentabilidade é capaz de promover ações duradouras, permanentes, intersetoriais e ancorada na participação popular. Organizado por diferentes sujeitos (coordenadores municipais, articuladores e voluntários) com liderança e capacidade de comunicação para promover a mobilização em suas comunidades. Através da implantação de uma rede de mobilização social, as dificuldades e limitações do modelo educativo pontual, verticalizado, com ações isoladas e episódicas tradicionalmente centradas em períodos de surtos e epidemias poderiam ser superadas. Mobilizar é reunir pessoas em busca de um objetivo comum e compartilhar ideias em prol da coletividade (BRASIL, 2018). Nesse sentido, as ações educativas de prevenção e controle da dengue devem promover a participação ativa dos atores locais, incluindo o futuro profissional que está sendo formado para integrar a comunidade.

Para a formação atual do profissional da área da saúde, deve-se considerar a inclusão da reflexão e da transformação da interface ensino/trabalho/comunidade, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde, que, historicamente, vem buscando ligar os espaços de formação – relevância social da universidade – aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde (ALMEIDA et.al. 1999). Os trabalhos de graduação devem produzir ciência, ou dela derivar, ou acompanhar seu modelo de tratamento (FONTE, 2004). A pesquisa científica tem por objetivo contribuir com a evolução dos saberes humanos em todos os setores, sendo sistematicamente planejada e executada através de rigorosos critérios de processamento das informações. A produção científica atua como promotora de conhecimento, o aluno que realiza pesquisa desenvolve um olhar crítico e reflexivo. Utilizando a investigação, vinculada a uma proposta pedagógica, o professor faz com que o aluno descubra problemáticas na sua realidade, recursos metodológicos que atendam critérios científicos e acima de tudo que seja um profissional portador de questionamentos e reflexões sobre sua futura atuação profissional na sociedade, sabendo que a oportunidade para vivenciar o mercado de trabalho se inicia nas atividades extensionistas. Sabe-se que a extensão universitária é um instrumento essencial para o momento atual das universidades brasileiras. Por meio dela, os acadêmicos aproximam-se da sociedade e têm a oportunidade de vivenciar a aplicação de conhecimentos de sua futura profissão, podendo, assim, identificar aspectos que precisam ser aperfeiçoados para ampliar sua competência profissional. Como também, valorizar sua condição profissional cidadão que interfere e atende alguma demanda social. A extensão “extrapola o conhecimento adquirido e sua aplicação imediata, e estimula a atitude investigativa e questionadora” (NASCIMENTO, 2013), permitindo que as reflexões oriundas dessa prática se transformem em projetos de pesquisa e problemáticas para serem discutidas em sala de aula.

Adotando como pressuposto a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão para a instituição de momentos verdadeiramente impulsionadores de reflexões e proposições de soluções para os conflitos que permeiam a sociedade, foi instituído o núcleo de estudos em arboviroses (NEA) que tem como princípio básico a produção e aplicação de conhecimento que contribua para o combate das principais arboviroses contemporâneas que incluem a Dengue, Zika e Chikungunya. Dentre nossos achados, verificamos que a pessoa idosa apresenta sinais e sintomas mais graves da dengue mesmo no início da manifestação da doença, tendo dificuldade de recuperar-se na fase tardia da doença (o que é comum em adultos jovens acometidos pela febre do Dengue). Este conhecimento contribuiu de forma ativa para o delineamento de estratégias de



combate à dengue com foco na pessoa idosa e direcionou a implementação de uma rede de mobilização social, criando um círculo de geração de conhecimento, com benefícios para toda a sociedade.

Metodologia

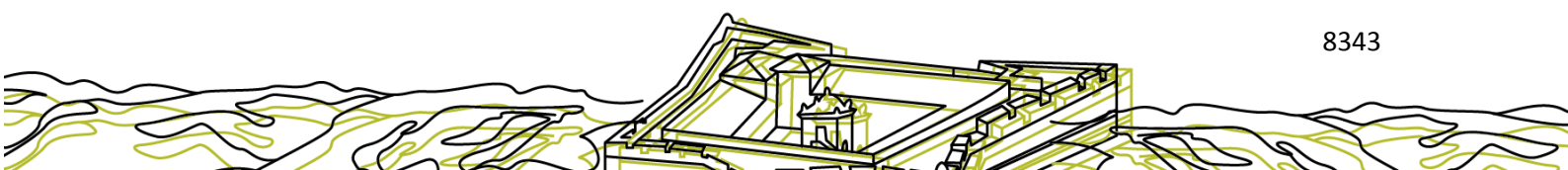
Nosso primeiro passo neste trabalho foi avaliar parâmetros clínicos e inflamatórios na febre do Dengue em adultos e idosos (acima de 55 anos). Os níveis séricos de plaquetas, hematócrito, receptor solúvel de TNF- α tipo 1 (sTNFR1) e TGO foram avaliados em amostras de sangue adquiridas de pacientes (n=183) ambulatoriais com suspeita de dengue em unidades básicas de saúde em Belo Horizonte durante a epidemia de 2009. A cidade de Belo Horizonte foi escolhida por tratar-se da capital do estado de Minas Gerais, que exerce muita influência sobre comportamento da dengue no leste do estado (região de Governador Valadares), além de acolher indivíduos de todas as regiões do estado. O diagnóstico da dengue foi confirmado laboratorialmente (NS1, RTPCR e IgM/IgG) e através de sintomatologia de acordo com Manual de Manejo Clínico da Dengue, definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a). Os dados foram agrupados de acordo com a faixa etária e expressos como média \pm erro padrão. As diferenças entre as médias foram analisadas utilizando-se análise de variância (ANOVA) com pós-testes de Student-Newman-Keuls. Quando necessário (2 comparações apenas) foi utilizado o teste t de student através do Software GraphPad PRISM, GraphPad software Inc. (San Diego, CA, USA). Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$. Após a análise dos dados, foi verificado que a idade influenciou na manifestação e recuperação da dengue, sendo observado desenvolvimento de doença mais grave em pacientes idosos. Os dados obtidos foram utilizados pelo NEA, através de mídias sociais e encontros de capacitação para atualização dos profissionais da saúde que atuam em Governador Valadares e região sobre os fatores de risco encontrados e que estão envolvidos na má evolução da dengue. Foram realizados encontros que possibilitaram a discussão sobre as estratégias de combate à doença e o manejo clínico. Por consequência, houve a idealização de uma rede mobilização social como instrumento transformador de comportamento que poderia auxiliar no combate à dengue e outras arboviroses, em que os benefícios extrapolam os limites de idade e atenderiam a toda a sociedade.

Resultados e Discussão

Através das análises das amostras de sangue, verificamos que a idade influenciou na manifestação da febre do dengue. A figura 1(a) demonstra que pacientes com dengue apresentaram queda no número de plaquetas já nos dias iniciais de sintomas da doença. Após o

4º dia, pacientes adultos jovens apresentaram melhora nesse parâmetro, enquanto a plaquetopenia foi persistente na pessoa idosa. Quando segmentados os grupos em fase precoce (até 4 dias de sintomas) e fase tardia (5 dias de sintomas ou mais) da doença, verificouse que indivíduos idosos não se recuperaram da plaquetopenia na fase tardia da doença (figura 1b). Parâmetros inflamatórios e hepáticos confirmaram a pior manifestação da dengue em idosos. Conforme observado na figura 2 (a e b), houve maior concentração de sTNFR1 e TGO no grupo de pacientes idosos, tanto na fase precoce, quanto na fase tardia da doença. Como a citocina TNF- α normalmente tem um tempo de meia-vida muito curto na circulação sanguínea, a dosagem sérica de receptores solúveis de TNF (sTNFR) tem sido útil como marcador de progressão de muitas doenças em que o processo inflamatório participa na evolução às suas formas mais graves, incluindo infecções por HIV (HATTORI *et. al.*, 1997), Influenza (LEE *et. al.*, 2011) e até mesmo a FHD/DSS (HOBBER *et. al.*, 1996).

Sintomas clínicos da dengue também foram observados com maior frequência em pacientes idosos em relação a pacientes adultos jovens, conforme demonstrado no quadro 1. Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos no envelhecimento celular, bem como a presença de fatores de risco como diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, aterosclerose e sedentarismo podem influenciar na disfunção endotelial prevalente nos idosos; fator que pode ser determinante para a manifestação da forma grave da dengue (LIBERMAN *et al.*, 2005). O aumento da permeabilidade vascular em idosos pode ser explicado pela exposição de receptores de macrófagos e monócitos, expressão de cicloxigenases-2 (COX-2) e prostaglandina E sintase-1, além da depleção e diminuição da resposta ao óxido nítrico (fator de relaxamento endotelial) e pelo enrijecimento dos vasos (aterosclerose) (LIBERMAN, *et al.*, 2005). O processo inflamatório típico da infecção por DENV associado ao aumento da permeabilidade vascular em idosos podem culminar no extravasamento de plasma para tecidos extra vasculares, característica fundamental para a instalação de um quadro de choque (LIBERMAN, *et al.*, 2005). A diátese hemorrágica da dengue em idosos pode ser favorecida também pela coagulação intravascular disseminada; processo em que há ativação descontrolada de coagulação no sítio intravascular, com conseqüente formação e deposição de fibrina na microvasculatura, podendo resultar em oclusão vascular. Além



disso, a ativação contínua de coagulação acarreta em redução de fatores de coagulação e plaquetas, podendo gerar sangramentos difusos (PINTÃO & FRANCO, 2001).

O conhecimento produzido através dessa pesquisa foi relatado a comunidade através de mídias sociais e encontros de capacitação para atualização dos profissionais da saúde que atuam em Governador Valadares e região, revelando o aumento da idade como fator de risco envolvido na má evolução da dengue. Discussões sobre o manejo clínico e estratégias de combate à doença também foram realizadas. Dessa forma, viu-se a necessidade de implementação de um plano de combate à dengue que não apenas forneça conhecimento, mas que também estimule a integração e participação ativa da comunidade em ações que gerem mais conhecimento e contribuam para o controle da doença, concretizadas numa rede de mobilização social que inclui além das equipes de saúde, os atores locais. Para a implantação da rede, a equipe executora, composta por alunos do curso de medicina da UFJF-GV, se desloca semanalmente até uma das 59 unidades básicas de saúde de Governador Valadares para execução de oficinas (figura 3). As oficinas foram elaboradas pelos coordenadores do NEA e representantes da gestão em saúde do município com o apoio dos estudantes. Primeiramente, foi verificada a necessidade de delinear o território local, seus atores e equipamentos sociais com objetivo de instrumentalizar os participantes na compreensão do conceito de territorialização, favorecendo o diagnóstico territorial convergindo atores e equipamentos sociais. Após isso, os participantes são estimulados a definir agendas a partir da problematização e identificar o propósito da rede local com foco na realidade de saúde do território. A partir disso, os indivíduos devem pesquisar e conhecer os processos de trabalho envolvidos no seu território e traçar estratégias de como tornar ativa a rede local, definir sua identidade e seu horizonte estratégico. Por fim, a equipe deve estabelecer o modelo lógico para a implementação dos objetivos estratégicos para o combate as arboviroses. Os objetivos de cada oficina, o público atendido, entre outras informações podem ser visualizados no quadro 2.

A aplicação das oficinas tem sido realizada pelos estudantes em parceria com os coordenadores das equipes de saúde e professores integrantes de NEA, no formato ativo, onde os participantes, após leitura do texto base, discutem sobre as etapas de formação de uma rede de mobilização social, imersos no próprio contexto social, afim de se tornarem aptos para traçar estratégias de combate à dengue em sua área de atuação e serviço. A rede ainda está em formação, porém, os resultados desta intervenção são necessariamente desejáveis e urgentes. A figura 4 demonstra que o município de Governador Valadares apresentou em janeiro de 2018, um LIRAa de 10.9%; valor considerado o mais alto de sua história e que sinaliza possibilidade muito alta de

epidemia por arboviroses, conforme parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde – OMS, que estabelece os índices de Infestação Predial conforme segue: inferior a 1% - está em condição satisfatória, de 1% a 3,9% - está em situação de alerta e superior a 3,9% - há risco para surto. Espera-se até com esse trabalho gerar uma mudança de paradigmas com a implementação de uma participação social permanente, ativa e efetiva no combate à dengue de toda a comunidade valadarense, uma vez que a rede multiplicará conhecimento, concretizando resultados satisfatórios com redução do LIRAA da incidência e óbitos por dengue no município.

Conclusão/Considerações Finais

Nós concluímos que a extensão quando em interface com a pesquisa é uma ferramenta poderosa que a universidade pode ter a seu dispor, contribuindo de forma mais completa na formação acadêmica do aluno, que participa na pesquisa científica com geração de conhecimento técnico, sem perder a vivência social, promovida pela extensão, onde os conhecimentos técnicos podem ser aplicados. Nesse estudo, dados obtidos através da pesquisa científica foram utilizados como base para aplicação de ações extensionistas, uma vez que o conhecimento levado a comunidade foi produzido pelo próprio grupo e possibilitou a idealização e execução de ações de enfrentamento da dengue inovadoras e aplicadas as necessidades locais, como a implementação de uma rede de mobilização social, com benefícios permanentes para toda a comunidade.

Referências

ALMEIDA M, FEUERWERKER L, LLANOS M ORGS. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. **São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL; 1999.**

AZIN, F.R.F.G. et al. Dengue: profile of hematological and biochemical dynamics. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, v. 34, n. 1, p. 36-41, 2012.

BHATT, S.; GETHING, P. W.; BRADY, O. J.; MESSINA, J. P.; FARLOW, A. W.; 137 MOYES, C. L.; DRAKE, J. M.; BROWNSTEIN, J. S.; HOEN, A. G.; SANKOH, O.; MYERS, M. F.; GEORGE, D. B.; JAENISCH, T.; WINT, G. R.; SIMMONS, C. P.; SCOTT, T. W.; FARRAR, J. J.; HAY, S. I. The

global distribution and burden of dengue. **Nature**, v. 496, n. 7446, p. 504-7, Apr 25 2013.

BOULDOUYRE, M.A. et al. Factors of severity at admission during an epidemic of dengue 1 in New Caledonia (South Pacific) in 2003. **Scandinavian journal of infectious diseases**, v.

38, n. 8, p. 675-681, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: .

Acesso em: 29 mar. 2018.

CHEN, C. et al. The outcomes of patients with severe dengue admitted to intensive care units.

Medicine, v. 95, n. 31, 2016.

CHIARAVALLOTTI N, F. Conhecimentos da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle em São José do Rio Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 447-453, 1997.

COSTA, V. V. et al. Inflammatory and Innate Immune Responses in Dengue Infection. **The American Journal of Pathology**, v. 182, n. 6, p. 1950 – 1961, 2013.

DE SOUZA, L. J. et al. Comparison of clinical and laboratory characteristics between children and adults with dengue. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 17, n. 1, p. 27-31, 2013

DE SOUZA, Luiz José et al. Aminotransferase changes and acute hepatitis in patients with dengue fever: analysis of 1,585 cases. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 8, n. 2, p.

156-163, 2004.

DIAS, LB. A. et al. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Medicina** (Ribeirão Preto) 43(2): 143-52, 2010.

FAGUNDES, C. T.; COSTA, V. V.; CISALPINO, D.; AMARAL, F. A.; SOUZA, P. R.; SOUZA, R. S.; RYFFEL, B.; VIEIRA, L. Q.; SILVA, T. A.; ATRASHEUSKAYA, A.; IGNATYEV, G.; SOUSA, L. P.; SOUZA, D. G.; TEIXEIRA, M. M. IFN-gamma production depends on IL-12 and IL-18 combined action and mediates host resistance to dengue virus infection in a nitric oxide-dependent manner. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 5, n. 12, p. e1449, Dec 2011.

FONTE.N.N. da. Pesquisa científica: o que é e como se faz. [S.L:s.ed,s.d], 2004;
GARCIA, R.R. et al. Ações educativas sobre dengue: experiências e estratégias com idosos.

Relato de experiência. **Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes”**, São Paulo, SP, Brasil. 2015.

HSIEH, C. et al. A cohort study of adult patients with severe dengue in taiwanese intensive care units: The Elderly and APTT Prolongation Matter for Prognosis. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 11, n. 1, p. e0005270, 2017.

Hober D1, Poli L, Roblin B, Gestas P, Chungue E, Granic G, Imbert P, Pecarere JL, VergezPascal R, Watre P, et al. Serum levels of tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha), interleukin-6 (IL-6), and interleukin-1 beta (IL-1 beta) in dengue-infected patients. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2017

LIBERMAN, A., FREITAS, E. V., NETO, F. S., TADDEI, C. F. G. Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica. **Editora Manole**. Ed. 1ª. Barueri, SP. 2005.

LIMA, E. C., VILASBOAS, A. L.Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(8):1507-1519, ago, 2011.

MACHADO, M. C. C., COELHO, A. M. M., D'ALBUQUERQUE, L. A. C., JANCAR, S., Effect of Ageing on Systemic Inflammatory Response in Acute Pancreatitis. **International Journal of Inflammation**, vol. 2012. 2012.

NASCIMENTO, IRT. A indissociabilidade entre pesquisa e extensão na universidade: o caso da ITES/UFBA. **Revista NAU Social**, v.3, n.5, p. 41-46, Nov 2012/Abr 2013.

PANG, J. et al. Early clinical and laboratory risk factors of intensive care unit requirement during 2004–2008 dengue epidemics in Singapore: a matched case–control study. **BMC infectious diseases**, v. 14, n. 1, p. 649, 2014.

PINTÃO, M. C. T.; FRANCO, R. F. Coagulação intravascular disseminada. **Medicina**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 34, n. 3/4, p. 282-291, dez. 2001.

PIVETTA HMF, BACKES DS, Carpes A. ensino, pesquisa e extensão universitária: em busca de uma integração efetiva. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v. 16, n. 31, p. 377-390, jul./dez. 2010.

ROTHMAN, A. L. Immunity to dengue virus: a tale of original antigenic sin and tropical cytokine storms. **Nat Rev Immunol**, v. 11, n. 8, p. 532-43, Aug 2011.

SES/SINAN Online e SVETGO/SubVPS/SES-MG (2013/2014). Casos confirmados de dengue conforme nova classificação vigente a partir de 01/01/2014. Disponível em: < <http://saude.mg.gov.br/gripe/story/6801-informe-epidemiologico-da-dengue-20-02-2015> > Acesso em 05 fevereiro 2016).

SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) [base de dados do Município de Governador Valadares]. Tabulação de dados: Dengue; [acesso em 19 de março de 2018].

SOUSA NA, LOBO LS, RODRIGUES J, Luz C. New insights on the effectiveness of *Metarhizium anisopliae* formulation and application against *Aedes aegypti* eggs. **Lett Appl Microbiol**. 2013

TEIXEIRA, A B. M.; FREITAS, M. A. Jovens protagonistas em ciências da saúde: a experiência na produção de curtas 'um minuto com a dengue'. In: II Encontro Interinstitucional do PIBID/UFU/UFTM, 2013, Uberlândia, MG. **Anais do Encontro Interinstitucional do PIBID/UFU/UFTM**. Uberlândia: UFU PROGRAD, a. p. 45-55; 2013.

TEIXEIRA, A.B.M., FREITAS, M.A, A experiência na produção de curtas um minuto contra a dengue em uma escola estadual de Belo Horizonte, MG – protagonismo juvenil em



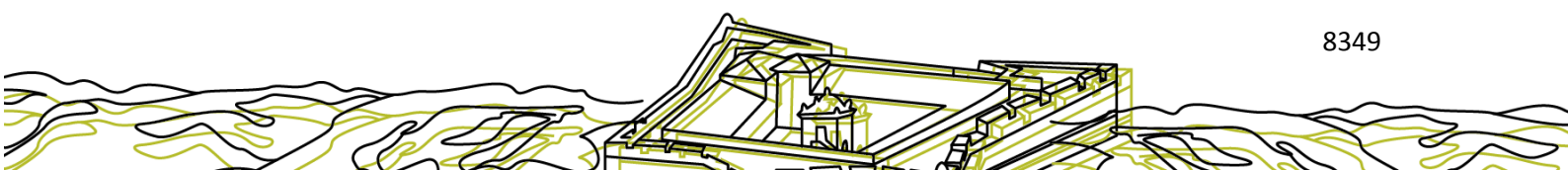
ciências da saúde. **Práxis Educacional** Vitória da Conquista v. 9, n. 14 p. 177-188 jan./jul. 2013.

TORO A., Jose Bernardo & WERNECK, Nísia Maria Duarte. Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: **Autêntica**, 2004.

WATI, S.; RAWLINSON, S. M.; IVANOV, R. A. et al. Tumor necrosis fator alpha (TNF α) stimulation of cells with established dengue virus type 2 infection induces cell death that is accompanied by a reduced ability of TNF- α to activate nuclear factor κ B and reduced sphingosine kinase-1 activity. **Journal of general virology**, v.92, n.4, p. 807-818, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control**. World Health Organization, 2009.

YEH, C et al. Symptoms associated with adverse dengue fever prognoses at the time of reporting in the 2015 dengue outbreak in Taiwan. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 11, n. 12, p. e0006091, 2017.



Quadro 1: Sintomas primários da dengue segundo a evolução cronológica com variável categórica.

Sintomas primários	Grau de manifestação (%)			
	Precoce – Adultos Jovens	Precoce – Idosos	Tardio – Adultos Jovens	Tardio – Idosos
Febre	91,6	100	95	100
Cefaleia	92,8	92,8	95	90,9
Dor retroorbitária	78,3	73,8	80	72,7
Dor	95,2	95,2	100	100
Mialgia	86,7	83,3	95	100
Fadiga	47,0	45,2	55	18,3
Artralgia	33,7	40,5	45	27,3
Sangramento	10,8	9,5	15	27,3*
Exantema	36,1	26,2	45	54,5

* Quase o dobro em relação ao grupo Tardio Adultos Jovens e 3 vezes maior em relação ao grupo Precoce Idosos. Fonte: NEA UFJF-GV, 2018

Quadro 2: Oficinas realizadas para a implementação de uma rede de mobilização social em

Governador Valadares/MG

Título da oficina	Objetivo	Tempo de duração	Público atendido
1) Delineando o território local, seus atores e equipamentos sociais	Instrumentalizar os participantes na compreensão do conceito de territorialização, favorecendo o diagnóstico territorial, convergindo atores e equipamentos sociais.	4h	Aproximadamente 50 pessoas por encontro
2) Definindo agendas a partir da problematização – O propósito da rede local	Subsidiar participantes na elaboração de agendas integradas de intervenção nas redes de mobilização social, a partir da problematização com foco na realidade de saúde do território.	4h	Aproximadamente 50 pessoas por encontro
3) Os processos de trabalho – como tornar ativa a rede local	Subsidiar os profissionais da atenção primária e líderes locais na organização de processos de trabalho que sejam capazes de ativar a rede local de mobilização social em formação.	4h	Aproximadamente 50 pessoas por encontro
4) Definindo a identidade da rede local e seu horizonte estratégico	Subsidiar participantes na organização de processos de trabalho que sejam capazes de ativar a rede local de mobilização social em formação.	4h	Aproximadamente 50 pessoas por encontro

5) Definindo o modelo lógico para a implementação dos objetivos estratégicos	Subsidiar os participantes na organização dos elementos essenciais da agenda estratégica da rede local de mobilização social de modo a desenvolver legitimidade, coerência e foco das ações desenvolvidas.	4h	Aproximadamente 50 pessoas por encontro
------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----------------------------------------

Fonte: NEA UFJF-GV, 2018

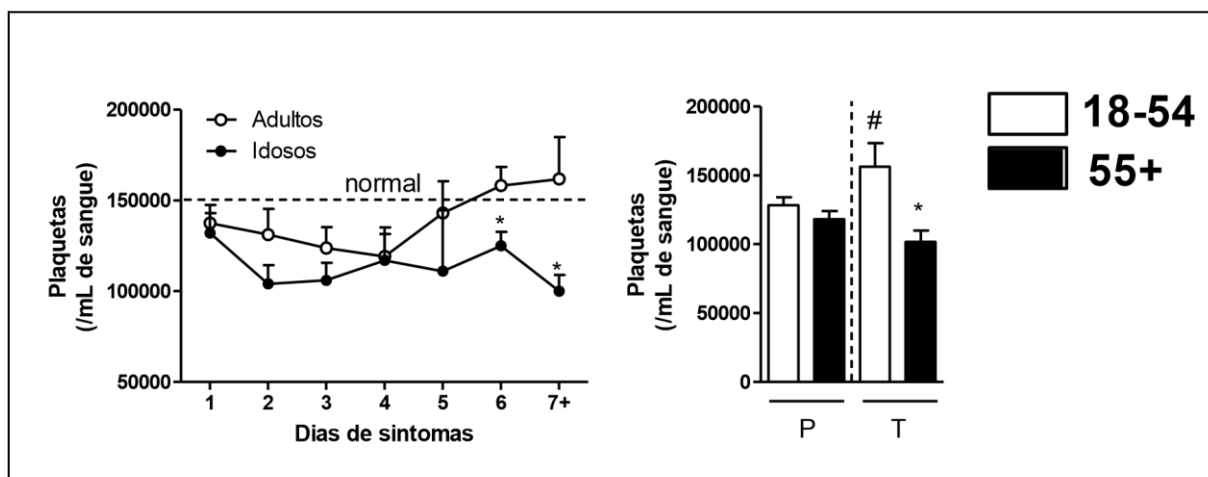


Figura 1. (a) Níveis de plaquetas no sangue de pacientes adultos jovens e idosos com dengue segundo a evolução cronológica diária. (b) Níveis de plaquetas no sangue de pacientes adultos e idosos com a doença segundo a evolução cronológica com variável categórica. P (precoce) = 0-4 dias de sintomas; T (tardio) = 5 ou mais dias de sintomas. * $P < 0,05$ em relação ao grupo controle (adultos jovens). # $P < 0,05$ em relação ao grupo de indivíduos adultos jovens na fase precoce da doença.

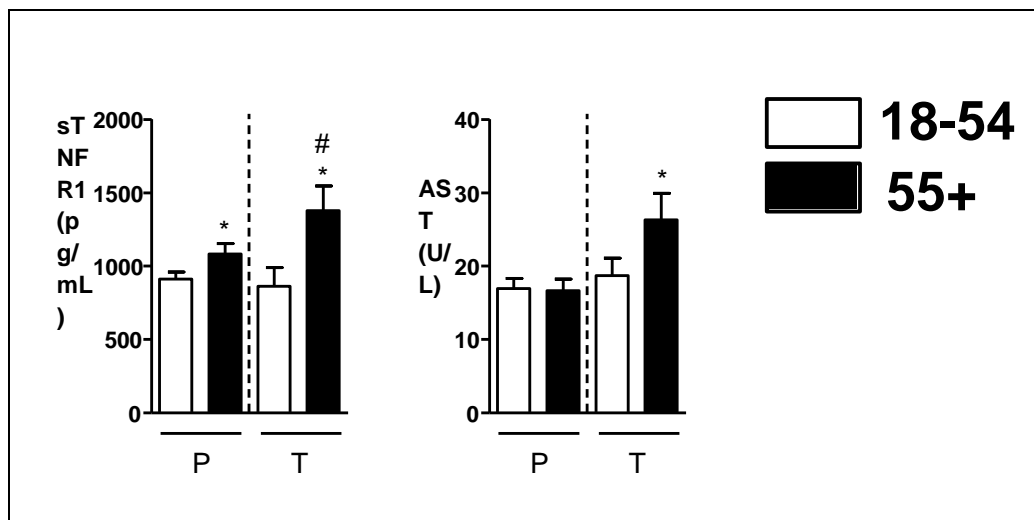
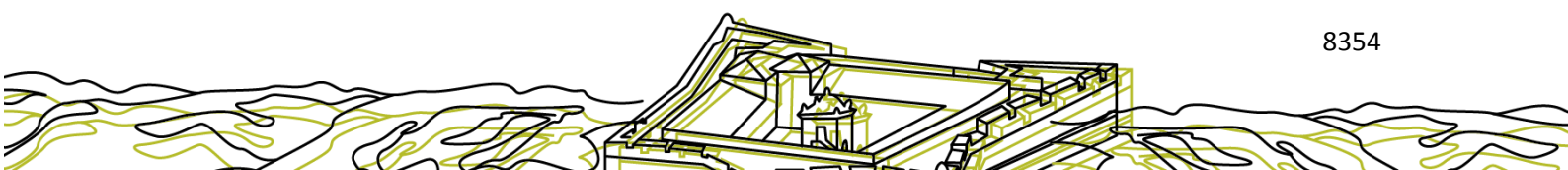


Figura 2. (a) Níveis de sTNFR1 e (b) níveis de ASAT no soro de pacientes adultos e idosos com a doença segundo a evolução cronológica com variável categórica. P (precoce) = 0-4 dias de sintomas; T (tardio) = 5 ou mais dias de sintomas. * $P < 0,05$ em relação ao grupo controle (adultos jovens). # $P < 0,05$ em relação ao grupo de indivíduos idosos na fase precoce da doença.



Figura 3. Aplicação das oficinas para implementação de uma rede de mobilização Social em

Governador Valadares. Fonte: NEA UFJF-GV



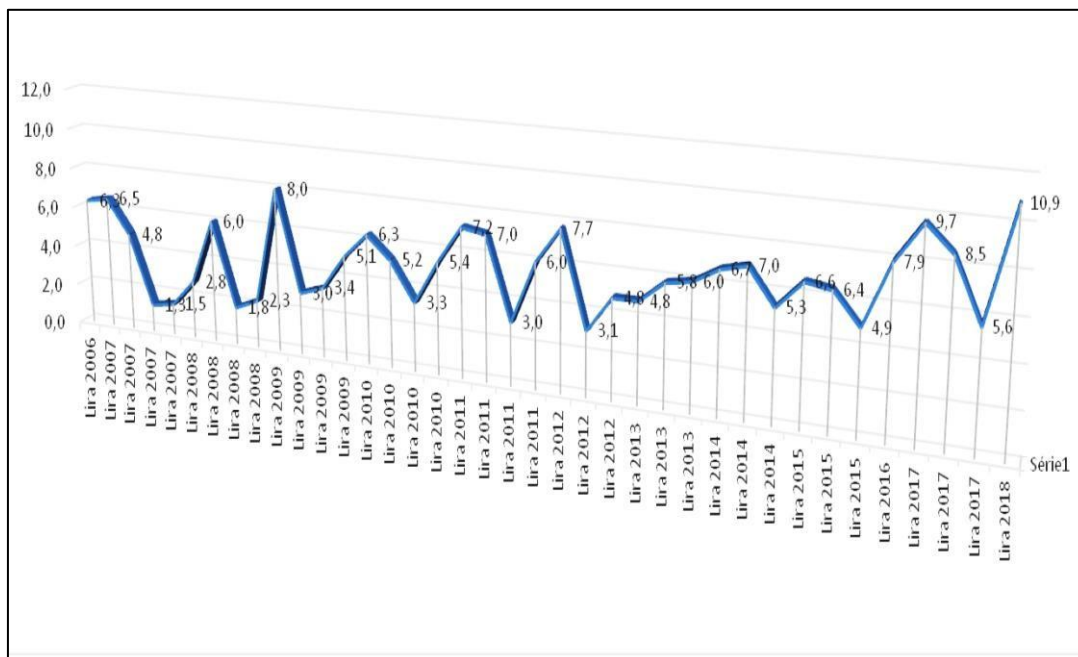


Figura 4. Evolução do LIRAa – Governador Valadares 2006 – 2018

Fonte: Centro de controle de Zoonoses (CCZ) – Governador Valadares, acesso em 25/01/18.

A VIVÊNCIA EXTENSIONISTA A PARTIR DO OLHAR DOS ACADEMICOS E PROFESSOR DO ENSINO INFANTIL PARTICIPANTES DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE AS VERMINOSES

Área Temática: Saúde.

Augusto José bezerra de Andrade¹; Maria Micaely de Souza Freitas²; Marcio Adriano Fernandes Barreto³; Ellany Gurgel Cosme do Nascimento⁴; Edvaldo Pereira da Silva Filho⁵.

Instituição: Universidade do Estado do Rio grande do Norte (UERN)

Resumo

Introdução: Parasitoses humanas são grave problema de saúde pública mundialmente, ocorrem principalmente onde as condições de saneamento básico e higiene são precárias. Mesmo afetando todas as faixas etárias, as crianças escolares são as mais acometidas e de forma mais grave. Necessita-se mobilização comunitária utilizando a educação em saúde no combate dessas patologias. A extensão universitária é a melhor possibilidade de a articulação entre o ensino e a pesquisa de forma indissociável, viabilizando a relação transformadora entre Universidade e sociedade. **Objetivo:** relatar as ações de educação em saúde sobre as verminoses do Projeto de Extensão Avaliação Parasitológica em Manipuladores de Alimentos das Escolas Públicas de Pau Dos Ferros/RN (PROEPA), em uma instituição educacional do interior da região nordeste do Brasil, a partir da percepção dos membros do projeto e professor da instituição. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre as ações extencionistas do PROEPA em uma creche municipal, a partir da ótica dos metros do projeto e de um professor da creche. **Resultados:** O professor relatou que a parceria entre Escola e Universidade promoveu um êxito na relação escola/família, percebendo que a maioria dos pais acolheu o PROEPA, seguiram as suas recomendações e que houve impacto na qualidade de vida das crianças, sendo importante para a instituição educacional. Os membros do projeto relataram que experiências como estas desenvolvem habilidades essenciais para a formação de enfermagem, por aproximar da

¹ Universidade do Estado do Rio grande do Norte, Curso de Graduação em Enfermagem – UERN.

² Universidade do Estado do Rio grande do Norte, Curso de Graduação em Enfermagem – UERN.

³ Universidade do Estado do Rio grande do Norte, Curso de Graduação em Enfermagem – UERN.

⁴ Universidade do Estado do Rio grande do Norte, Curso de Graduação em Medicina – UERN.

⁵ Universidade do Estado do Rio grande do Norte, Curso de Graduação em Pedagogia – UERN

população, desenvolvendo o pensamento humanizado e voltado para o social.

Conclusão: A extensão é articuladora entre ensino e a pesquisa e entre comunidade e Universidade, um campo propício para a formação de enfermeiros, e para empoderar a sociedade. Deve permear a graduação do começo ao fim, e mais projetos e ações devem ser desenvolvidas visando aproximar ainda mais a Universidade da comunidade.

Palavras-chave: Relações Comunidade-Instituição 1; Educação em Saúde 2; Parasitologia 3.

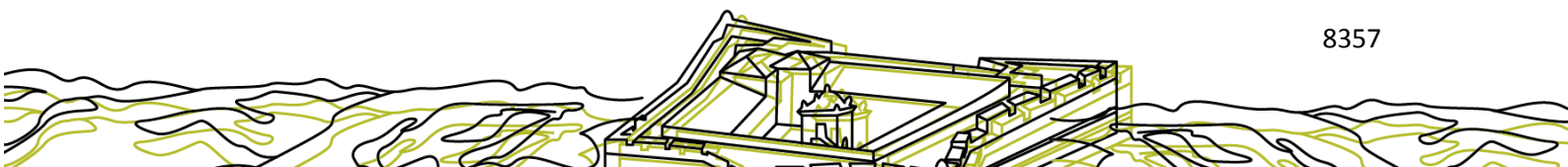
Introdução

As parasitoses humanas configuram-se como grave problema de saúde pública. Estima-se que 2 bilhões de pessoas são afetadas por organismos parasitas em todo o mundo, sua prevalência é maior em países de terceiro mundo, em populações socioeconômico desfavorecidas, adquiridos através da ingestão de água, alimentos contaminados ou por meio de vetores biológicos. O quadro clínico de cada verminose varia de acordo com o parasita, que pode acarretar grave desnutrição, e em casos extremos pode levar a óbito, caso não seja tratada (SILVA; FONTES, 2017; ARRAIS-SILVA et al., 2017; SANTOS; FERREIRA; LIMA, 2015).

No Brasil, essas doenças ocorrem nas diversas regiões, graças ao clima tropical que favorece o desenvolvimento das mesmas, principalmente nas mais pobres, onde as condições de saneamento básico e higiene são precárias, acometendo diferentes faixas etárias da população, relacionando-se a níveis socioeconômicos mais baixos e condições precárias de saneamento (PESSOA; FERNADES; FERRO, 2014; SANTOS; FERREIRA; LIMA, 2015).

Mesmo essas doenças afetando todas as faixas etárias, as crianças tendem a apresentar um elevado índice de enteroparasitose, doenças cujos agentes etiológicos são helmintos e protozoários que se alojam no intestino de seus hospedeiros provocando patologias. Crianças em idade escolar são as mais acometidas e de forma mais grave pelas parasitoses intestinais, sendo consideradas creches e escolas, os ambientes externos ao doméstico que as crianças mais frequentam, tornam-se potenciais ambientes de risco de contaminação coletiva (SILVA; FONTES, 2017; PESSOAS; FERNADES; FERRO, 2014; SANTOS; FERREIRA; LIMA, 2015).

Considerando a gravidade do problema, investir em atividades que visem a diminuir o impacto dessas parasitoses no desenvolvimento humano, é um desafio que exige mobilização de ações multissetoriais e interdisciplinares que, em conjunto, reduzam os determinantes culturais, socioeconômicos e ambientais ligados ao



parasitismo. Necessita-se mobilização comunitária utilizando a educação em saúde, como ferramenta para o combate dessas patologias, cujo objetivo é discutir a saúde através de práticas de ensino, geradoras de conhecimento sobre a prevenção dessas doenças (SANTOS; FERREIRA; LIMA, 2015; ARRAIS-SILVA et al., 2017; SILVA; FONTES, 2017).

Para a educação em saúde ser efetiva é necessário que vá além do o conhecimento do assunto, mas que valores, crenças e meios de como evitar ou controlar sejam lecionados. Quando estas variáveis são consideradas tornam os alunos aptos a fazerem escolhas e terem hábitos mais saudáveis. Quando estes itens são agregados ao ensino, supera-se a ênfase dada a conteúdos desprovidos de significado no contexto do seu cotidiano. Ao se trabalhar com conteúdo que tenha significado nas suas vidas possibilita ao aluno aplicar os conhecimentos adquiridos no seu dia a dia. Deve-se educar de forma que os escolares não sejam meramente receptores, mas sim atores, fazendo a educação em verminose ser a força motriz por trás do controle desse problema de saúde pública (SILVA JUNIOR et al., 2015).

Nessa perspectiva o lúdico é uma importante estratégia didática de auxílio aos processos de ensino e aprendizagem, uma força motivadora para os escolares construam um conhecimento significativo. Dessa forma, o lúdico pode ser utilizado no estudo de verminoses humanas. Desenvolver um trabalho educativo com esta abordagem poderá ampliar o conhecimento das crianças, e seus familiares em torno dos cuidados com a saúde, já que o processo de aprendizagem nessa perspectiva favorece o desenvolvimento dos indivíduos para que se tornem cidadãos capazes, emancipados e coparticipantes do seu processo saúde/doença (LEITE; BRANCAHÃO, 2008; OLIVEIRA; COSTA; ROCHA, 2017).

Nessa busca por articular esforços no combate a essa problemática a Universidade assume um papel importante, sendo está um cenário que agrega saberes heterogêneos. É a base para a formação dos estudantes, para uma carreira profissional e também para estender os limites do conhecimento, intensificar a criatividade e moldar a identidade de uma nação. Uma de suas maiores virtudes é o compromisso social expresso por meio de ações de pesquisa, ensino e extensão, que são a base do ensino superior. O exercício de tais funções é a excelência na graduação, imprescindível para à formação de um profissional cidadão relacionado com a apropriação e produção do conhecimento científico e comprometido com a realidade social (FERNANDES et al., 2012).

Portanto, como é objetivo da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN a missão de “promover a formação de profissionais competentes, críticos e

criativos, para o exercício da cidadania, além de produzir e difundir conhecimentos científicos, técnicos e culturais que contribuam para o desenvolvimento sustentável da região e do País”. O Curso de Enfermagem, do Campus Avançado Prof^a Maria Elisa de Albuquerque Maia – CAMEAM, da UERN, tem como um de seus objetivos elaborar e executar projetos para desenvolvimento dos componentes curriculares para além da sala de aula, promovendo a construção do fazer e pensar reflexivo através do tripé ensino-pesquisa-extensão, partindo disso o seu currículo além dos componentes curriculares obrigatórios e optativos que somam 4935 horas, integraliza-se com atividades complementares (pesquisa, ensino e extensão) que totalizam 210 horas (UERN, 2015).

Dentro desta trindade, a extensão universitária, configurando-se como processo educativo cultural, científico e educacional, é a melhor possibilidade de a articulação entre o ensino e a pesquisa de forma indissociável, viabilizando a relação transformadora entre universidade e sociedade. De modo a configura-se como um excelente meio de desenvolvimento de metodologias ativas de aprendizado, pois possibilita formar profissionais capazes de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula, permitindo uma reflexão sobre seu papel nesses cenários e, por consequência, buscar sempre soluções para mudar a realidade de sujeitos e coletividades (MOIMAZ et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Destarte, o objetivo desse estudo é relatar as ações de educação em saúde sobre as verminoses do Projeto de Extensão Avaliação Parasitológica em Manipuladores de Alimentos das Escolas Públicas de Pau Dos Ferros/RN (PROEPA), em uma instituição educacional do interior da região nordeste do Brasil, a partir da percepção dos membros do projeto e professor da instituição.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a respeito de ações desenvolvidas pelo Projeto de Extensão Avaliação Parasitológica em Manipuladores de Alimentos das Escolas Públicas de Pau Dos Ferros/RN (PROEPA) Creche Municipal Saci Pererê, escola da rede municipal a qual possuía 64 alunos no Ensino Infantil (segundo dados do Censo Escolar de 2016).

O município supracitado está situado na mesorregião do Oeste Potiguar, na microrregião de Pau dos Ferros e distante da capital do Estado, Natal, cerca de 392 Km (PAU DOS FERROS, 2018).

O PROEPA é um projeto de extensão vinculado ao Curso de Enfermagem do CAMEAM/UERN que atualmente conta com 2 professores, 1 técnico de nível superior e 9 discentes, objetiva avaliar os manipuladores de alimentos, funcionários, professores e escolares e implementar estratégias de educação em saúde, encaminhamentos e acompanhamentos visando interromper o ciclo biológico dos parasitas intestinais. O projeto vem desenvolvendo habilidades de comunicação, apresentando-se de muita relevância para a formação saúde/enfermagem no sentido de transpor os muros da Universidade aproximando-se da comunidade, conhecendo na prática as diversas realidades e necessidades vivenciadas entre os sujeitos. O projeto atua com suas ações desde o segundo semestre de 2008 (NETO et al., 2013).

Foi decidido, em uma das reuniões ordinárias do projeto que ocorrem semanalmente, a realização de uma ação de intervenção na Creche Saci Pererê, ocorrendo no primeiro semestre de 2016, em reunião foram discutidas e decididas as estratégias metodológicas utilizadas, seguindo a linha de trabalho do projeto, optou-se por estratégias lúdicas para se trabalhar a problemática das verminoses afim de alertar para os riscos que as mesmas trazem para a saúde, como também, as recomendações de cuidados para prevenção da contaminação por estás.

Dentre as atividades lúdicas utilizadas na intervenção estavam: o teatro de fantoches; a aplicação de atividades didáticas em forma de brincadeiras; exposição de vídeo interativo e pôr fim encenação da peça teatral intitulada “Creuzilda” de criação do próprio PROEPA. Além da realização destas atividades, disponibilizou-se gratuitamente a realização de exames parasitológico de fezes dos escolares, as amostras foram coletas e analisados pelos próprios membros do projeto utilizando recursos próprios. Para tanto foi solicitado que os responsáveis pelas crianças assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a realização do exame, juntamente com um questionário socioeconômico.

Antes da realização da implementação foi realizada uma visita a creche para articular com a direção e o corpo docente os dias e horários para a intervenção, as metodologias usadas e como os profissionais da instituição participariam das atividades, como também o reconhecimento do ambiente e levantamento de crianças que participariam das atividades.

Resultados

Para descrever o momento vivenciado serão expostos os relatos dos membros do PROEPA e de um dos professores da instituição educacional.

RELATO DO PROFESSOR

Na minha pouca experiência na Educação Infantil, senti imensa alegria em poder participar de um projeto tão bonito como foi esse proposto pela UERN, pelos alunos do PROEPA no Projeto de Extensão Avaliação Parasitológica em Manipuladores de Alimentos das Escolas Públicas de Pau dos Ferros/RN.

A nossa Escola recebeu um grupo de alunos que focados na saúde pública, realizaram um trabalho para esclarecer a comunidade sobre as verminoses (um grupo de doenças causadas por vermes parasitas que se instalam no organismo, causadas especialmente pela falta de saneamento básico e hábitos de higiene).

Ao ser inserido em nossa Instituição, esse grupo de graduandos iniciou com uma pequena pesquisa sobre os nossos alunos de forma individual. Após o primeiro contato aplicaram uma sequência didática para que as crianças pudessem compreender sobre o tema que estava sendo pesquisado pelo grupo. Então eles utilizaram Teatrinho de Fantoches, Vídeos temáticos sobre as verminoses, Tarefas escolares mostrando algumas situações que apresentavam o tema.

Em outro determinado momento também, eles realizaram uma Palestra para Pais, Alunos e toda comunidade escolar, esclarecendo a pesquisa, utilizando uma peça teatral como recurso pedagógico, e debatendo sobre as verminoses e a importância da proteção de todos.

Por fim colheram com um material específico as fezes dos alunos, para examinarem se estes apresentavam algum tipo de verminoses, já que os vermes geralmente se alojam nos intestinos. Assim, levaram todo o material para análises e retornaram detectando algumas crianças que precisavam de cuidados e tratamentos para o combate às verminoses.

Foi sim um projeto belíssimo que chamou a atenção de toda comunidade escolar, porém seria bem melhor que esse projeto tivesse continuidade, para que o esclarecimento das famílias fosse de fato validado e que os hábitos fossem realmente modificados com as suas crianças e com eles próprios. Já que na época do projeto muitos pais se preocuparam em levar suas crianças a tratarem o que precisavam, sendo esse um resultado específico desse projeto.

Acredito que nessa parceria entre Escola e Universidade teríamos um êxito bem maior em nossa relação escola/família, foi muito gratificante perceber que a maioria dos pais acolheu esse grupo de graduandos do PROEPA, seguiram as suas recomendações e assim tiveram uma participação efetiva na qualidade de vida dos seus filhos, bem como na instituição educacional em que estão inseridos.

A nossa escola sempre estará de portas abertas para receber todo auxílio necessário para o bem estar e educação dos nossos alunos e familiares, e esperamos sim que outras parcerias com a UERN aconteçam, já que esse Projeto de Extensão Avaliação Parasitológica em Manipuladores de Alimentos das Escolas Públicas de Pau dos Ferros/RN obteve um grande êxito em nossa Instituição podendo assim contribuir significativamente com nossa escola.

RELATO DOS MEMBROS DO PROJETO

O PROEPA é um projeto que há 10 anos vem proporcionando a nós, acadêmicos do curso de Enfermagem do CAMEAM/UERN, a possibilidade de vivenciar atividades práticas juntos a comunidade, ao tratar de um assunto de relevante que é a questão das verminoses humanas, um problema de saúde pública, ainda presente no cotidiano de regiões menos desenvolvidas como a nossa.

O fato de irmos a campo nos proporciona, ainda na academia, um contato com a realidade a qual estaremos nos inserindo quando assumirmos o papel de profissional da área da saúde, essa aproximação com a realidade possibilita quebrar o paradigma de uma formação extremamente teórica, o fato de podermos articular os conhecimentos adquiridos com o fazer prático é muito importante para uma formação crítica, reflexiva e comprometida com o social como é objetivado pelo nosso curso.

A possibilidade de trabalhar com esse público, escolares e familiares, dentro do ambiente escolar, permite se aproximar de um público que ainda enfrenta dificuldades e barreiras para acessarem os serviços de saúde e que muitas vezes são marginalizados pela sociedade, permitindo compreender como se desenvolve o processo saúde/doença e como se articula com os seus diversos determinantes e assim compreender qual é o real papel da enfermagem na promoção da saúde.

Trabalhar a partir do lúdico também se demonstrou como uma estratégia e/ou caminho eficiente e de excelentes resultados para se trabalhar a educação em saúde, tendo em vista que o curso de enfermagem do CAMEAM/UER é ao mesmo tempo uma licenciatura e um bacharelado, o método de trabalho empregado pelo PROEPA, através do uso de estratégias como atividades em formas de brincadeiras e apresentações teatrais e de fantoches, favorece o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias para a docência e a assistência.

Juntamente com a realização dos exames parasitológico de fezes, no qual nós discentes membros do projeto, sob a supervisão dos coordenadores que são bioquímicos capacitados para a realização de tal exame, participamos de todos os

processos desde a coleta das amostras, preparo e análise, como a entrega dos resultados e orientações cabíveis e necessárias.

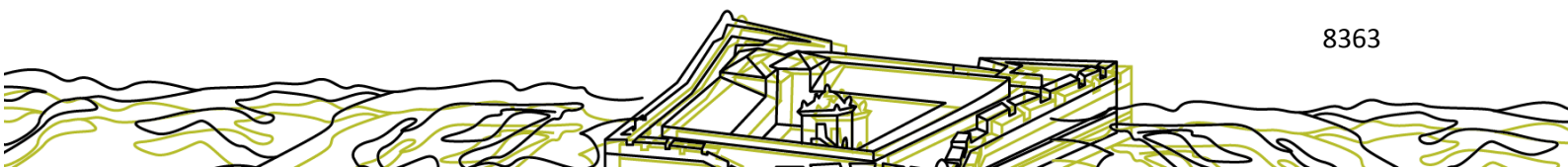
O que possibilita, além do exercício da prática assistencial direta, desenvolver uma maneira de pensar/fazer saúde coerente com as necessidades da população, como também ser uma maneira de dar um retorno a sociedade sobre o que é produzido pela Instituição de Ensino Superior UERN, já que a mesma é um órgão público financiado pelo governo estadual, levando em conta também que essa articulação da Universidade com a escola é uma forma promissora de interação com comunidade estreitando os laços entre as partes reafirmando a sua importância social.

Assim, a realização de experiências como estas dentro de um projeto de extensão como o PROPEPA proporciona, enquanto acadêmicos, o desenvolvimento de habilidades como o planejamento, comunicação, interdisciplinaridade e intersetorialidade, trabalho em equipe entre outras que são de suma importância para a formação de enfermagem, como também a aproximação com a população tornando-nos futuros profissionais com um pensamento mais humanizado e voltado para o social.

Discussão

As universidades públicas enfrentam dificuldades que levaram à precarização do ensino superior, sob a influência de diversos fatores sócio-políticos que conduziram à necessidade de produção de conhecimento imediato e comercializável e mão de obra qualificada, comprometendo gravemente a qualidade do ensino produzido dentro da instituição. Uma forma de resgatar a qualidade do ensino universitário é a implementação de atividades de extensão, permitindo à academia ampliar os seus horizontes para além das barreiras estruturais, abrindo espaço para que os discentes tenham a oportunidade de fazer parte de diferentes cenários, tomando conhecimento da realidade social de cada um deles e atuando ativamente na busca por respostas às diversas demandas sociais (SANTOS, 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação Em Enfermagem aponta que o perfil do formando, egresso/profissional deve ser um enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de



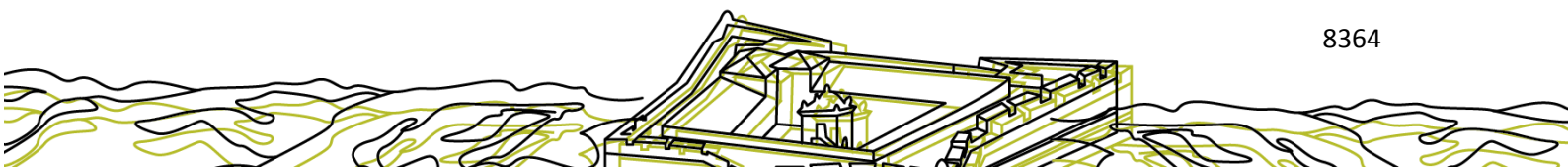
responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASI, 2001).

Ainda no texto das DCNs a respeito das atividades complementares, sendo uma delas a extensão, afirma que deverão ser desenvolvidas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo estudante. De modo que os cursos se organizem a articular o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde/doença (BRASIL, 2001).

Sendo assim, para promover aos acadêmicos o exercício de educação em saúde deve-se inseri-los em projetos de extensão que articulam os conhecimentos construídos com vivências práticas na comunidade, apresentando-se como oportunidade para conhecer as necessidades relacionadas a saúde existentes na realidade. As ações de extensão universitária integram os conhecimentos adquiridos na graduação e a assistência prestada à comunidade, e constituem-se em um processo educativo, cultural e científico que articula: ensino e pesquisa, e comunidade e academia, no qual os estudantes encontram, na comunidade, oportunidade para construção do conhecimento que resulta do confronto entre a realidade local, o saber acadêmico e a participação popular nas ações da Universidade (SILVA et al., 2017; MOIMAZ et al., 2015).

A extensão universitária, entendida como parte indispensável do tripé formativo acadêmico-profissional, é imprescindível para o pensar político-epistemológico-metodológico da mesma, aloca-la no centro dos debates, entendendo-a como possibilidade de inspiração de fazer praticas transformadores do ensino e da pesquisa. A extensão é entendida como atividade formadora viabilizadora de diálogos com saberes plurais, alicerçada na experiência e reflexão vivenciadas nos diversos espaços socioculturais, nos quais as referências e intencionalidades formativas produzem sentidos também diversos e plurais. Pensar a atividade de extensão como instrumento consiste em perceber a sua potência formativa acadêmica-profissional, que promove o feedback da teoria e da prática, ou seja, uma formação como práxis. Nesse movimento, a teoria ilumina a prática, sendo a primeira resinificada pela prática, e esta, transformada em função da reflexão na ação e sobre a reflexão na ação (RIBEIRO; PONTES; SILVA, 2017; SANTOS, 2015).

Assim, os projetos de extensão revelam-se ser um importante instrumento para o processo individual e coletivo de formação acadêmica, que não se limita ao tradicional,



uma vez que, contribui para uma formação em saúde mais humanista, generalista e preparado para atuar frente à situação de saúde do país, como preconizam as diretrizes curriculares. Os acadêmicos extensionistas são estimulados em relação a sua criatividade e a didática; incentiva a busca por informação científica e maneiras de traduzi-las para a população, aprimorando as práticas educadoras e assistenciais (DAUN; GAMBARDELLA, 2016; MOIMAZ et al., 2015).

Dessa forma, o ensino a pesquisa e a extensão devem trabalhados de forma conjunta nas Universidades, pois o ensino meramente transmissivo quebra o elo da indissociabilidade, comprometendo a qualidade do processo de aprendizagem. Trabalhos que envolvam grupos populares da comunidade, como no caso a comunidade escolar, devem ser presentes, possibilitando a construção de uma cultura acadêmica com espaços de integração entre a sociedade e a Universidade. De modo que a Universidade esteja inserida permanentemente na comunidade, trocando experiências, assimilando, revendo valores e prioridades que permitam que a população se identifique como sujeito de sua própria história, proporcionando consequentes mudanças das condições de vidas, superando problemas sociais encontrados na própria comunidade (FERREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2015; SANTOS, 2015).

Conclusão/Considerações Finais

Foi possível perceber, através das falas dos alunos extensionistas e do professor que representou a creche, que a ação foi exitosa e contribui muito para ambas as partes, como também foi satisfatória para a comunidade escolar de maneira geral. De forma a expor a relevância da extensão para a Universidade e para a comunidade, estreitando os laços e reduzindo as barreiras existentes.

Investir em ações como estas do PROEPA são importantíssimas, tanto para a comunidade que ganha mais um canal para expor suas necessidades e obterem resposta e retorno as suas demandas, tendo garantida seu direito a uma educação em saúde de qualidade e condizente com suas necessidades, como para a Universidade que através dessa inserção na comunidade reafirma seu papel social e a importância para a região onde está situada, podendo contribuir com a difusão dos conhecimentos construídos em seu interior, democratizando-os.

Para os alunos que integram o projeto tal articulação entre comunidade e Universidade, nesse movimento de ultrapassar os “muros” da instituição, promove a formação verdadeiramente articulada com a realidade onde a práxis está fundamenta em um pensar fazer que realmente atenda as demandas sócias, de forma a se perceber quais os reais problemas que as pessoas enfrentam no seu dia a dia, pois esse

movimento possibilita articular os conhecimentos desenvolvidos na graduação com a realidade, mostrando como realmente devem ser aplicados de modo a ser resolutivos e eficientes.

Assim a extensão, além de ser uma articuladora entre ensino e a pesquisa e entre comunidade e Universidade, é um campo propício para a formação de enfermeiros que atendam ao objetivo das DCNs, como também, para o empoderamento da sociedade que mesmo estando além dos muros da Universidade não deixa de ser o ator principal da sua razão de ser.

Desse modo a extensão deve permear a graduação do começo ao fim, e mais projetos e ações devem ser desenvolvidas visando aproximar ainda mais a Universidade da comunidade, como aproximar os futuros profissionais do público a qual iram desenvolver seus trabalhos, visando assim a derrubada total dos “muro” que ainda afastam o fazer universitário da realidade social.

Referências

ARRAIS-SILVA, Wagner Welber et al. Análise do conhecimento de alunos do ensino médio público sobre parasitoses endêmicas na região brasileira do médio Araguaia mato-grossense. Rev. Ciênc. Ext., v.13, n.1, p.83-90, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Fermanian_Catunda_Siqueira/publication/322527258_Analise_do_conhecimento_de_alunos_do_ensino_medio_publico_sobre_parasitoses_endemicas_na_regiao_do_Medio_Araguaia_mato-grossense/links/5a5e2b23a6fdcc68fa991b36/Analise-do-conhecimento-de-alunos-do-ensino-medio-publico-sobre-parasitoses-endemicas-na-regiao-do-Medio-Araguaia-mato-grossense.pdf> Acesso em: 10 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Brasília/DF, Ministério da Educação e Cultura; 2001.

DAUN, Felipe; GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi. Extensão universitária na graduação em nutrição: experiências de produção de vídeos educativos. Rev. Grad. USP, v. 1, n. 1, p. 101-6, 2016. Disponível em:

<<http://www.journals.usp.br/gradmais/article/view/117737/115392>> Acesso em: 19 de março de 2018.

FERNANDES, Marcelo Costa et al. Universidade e a extensão universitária: a visão dos moradores das comunidades circunvizinhas. Educação em Revista, Belo Horizonte, v. 28, n. 04, p. 169-94, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ana_Machado8/publication/260774301_University_and_university_extension_the_view_of_the_residents_from_surrounding_communities/links/55f1d71008ae0af8ee1f8406.pdf> Acesso em: 19 de março de 2018.

LEITE, Edilene Cerqueira; BRANCALHÃO, Rose Meire Costa. Atividades Lúdicas no Ensino de Verminoses: Ascaris lumbricoides. In: SEED. (Org.). O professor PDE e os desafios da escola pública paranaense. 1ed. Curitiba: SEED, v. 1, p. 33-57 2008. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2357-8.pdf>> Acesso em: 10 de março de 2018.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Extensão universitária na ótica de acadêmicos: o agente fomentador das Diretrizes Curriculares Nacionais. Revista da ABENO, v. 15, n. 4, p. 45-54, 2015. Acesso em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/203/184>> Disponível em: 19 de março de 2018.

MOREIRA, Lília Maria de Azevedo et al. Programa genética & sociedade: atividade de genética comunitária com ações em pesquisa/ ensino/extensão. R. Eletr. de Extensão, Florianópolis, v. 12, n. 20, p.36-47, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2015v12n20p36/31340>> Acesso em: 19 de março de 2018.

NETO, Antonio Pedro da Silva et al. Ação e prevenção: uma avaliação parasitológica em manipuladores de alimentos e escolares. Revista EXTENDERE da Universidade do Estado do Rio Grande do norte, v. 2, n. 1, p. 23-35, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/viewFile/776/427>> Acesso em: 11 de março de 2018.

OLIVEIRA, Jenifer Carla de; COSTA, Suellen Dalla; ROCHA, Silvia Maria Bramucci da. Educação nutricional com atividade lúdica para escolares da rede municipal de ensino de Curitiba. Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 100-16, 2017. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2333/1905>> Acesso em: 10 de março de 2018.

PAU DOS FERROS. Prefeitura Municipal de Pau dos Ferros/RN. Disponível em: <<http://paudosferros.rn.gov.br/index.php>> Acesso em: 11 de março de 2018.

PESSOA, Jéssica Layla Arrones; FERNANDES, Tânia Maria dos Santos; FERRO, Dagmar Aparecida de Marco. Levantamento epidemiológico das parasitoses intestinais humanas em alunos das escolas municipais de Rubinéia e Esmeralda – SP. Revista Funec Científica – Multidisciplinar, Santa Fé do Sul/SP, v.3, n.5, p. 74-89, 2014. Acesso em: <<http://seer.funecsantafe.edu.br/index.php?journal=rfc&page=article&op=view&path%5B%5D=http%3A%2F%2Fseer.funecsantafe.edu.br%2Findex.php%3Fjournal%3Drfc%26page%3Darticle%26op%3Dview%26path%255B%255D%3Deer.funecsantafe.edu.br%252Findex.php%253Fjournal%253Drfc%2526page%253Darticle%2526op%253Dview%2526path%2525B%2525D%253Dhttp%25253A%25252F%25252Fseer.funecsantafe.edu.br%25252Findex.php%25253Fjournal%25253Drfc%252526page%25253Darticle%252526op%25253Dview%252526path%252525B%252525D%25253D1580&path%5B%5D=PFDD>> Acesso em: 10 de março de 2018.

Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Pau dos Ferros/ RN, 2015.

RIBEIRO, Mayra Rodrigues Fernandes; PONTES, Verônica Maria de Araújo; SILVA, Etevaldo Almeida. A contribuição da extensão universitária na formação acadêmica: desafios e perspectivas. Revista Conexão UEPG, Ponta Grossa, v. 13 n.1, p. 52-65, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>> Acesso em: 19 de março de 2018.

SANTOS, Dayanne Vieira; FERREIRA, Amanda Lopes; LIMA, Kelly Dhayane Abrantes. Análise dos saberes e do grau de conhecimento das crianças sobre a xistose. I Seminário Científico da FACIG – 29, 30 e 31 de Outubro de 2015.

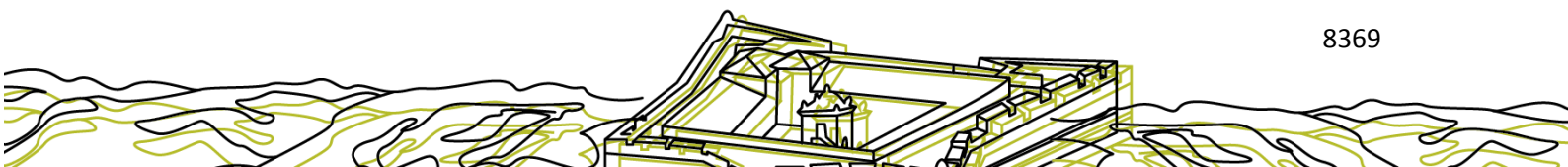
SANTOS, Lorrainy Alves. “UNIVERSIDADE SEM MUROS”: a extensão da Criminologia para além das barreiras universitárias. 2015. 165f. Monografia (Graduação em Direito) – da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito. Florianópolis, 2015.

SILVA, Thamiles Sena da et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. Rev. Ciênc. Ext., v.13, n.1, p. 176-189, 2017. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1589/1360> Acesso em: 19 de março de 2018.



SILVA, Junielson Soares da; FONTES Lúcia da Silva. “Combatendo os nematelmintos parasitas”: jogo didático para facilitar a aprendizagem. *Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 10, n. 3, p. 127-43, 2017. Disponível em: <<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/745/294>> Acesso em: 10 de março de 2018.

SILVA JUNIOR, René Geraldo Cordeiro et al. Ações educativas em saúde ambiental e humana. *EXTRAMUROS-Revista de Extensão da Univasf*, v. 3, n. 1, p. 51-6, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/624/346>> Acesso em: 10 de março de 2018.





A INTERDISCIPLINARIDADE NAS ÁREAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO OPORTUNIZADA POR MEIO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

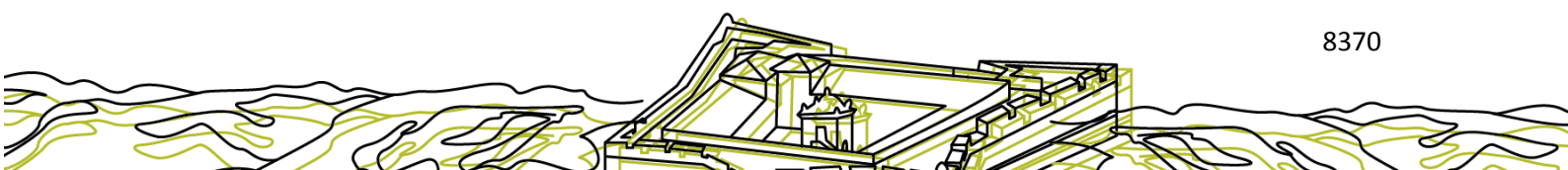
Área Temática: Saúde

Cintia Baião Barros Tavares; Herbene Fernandes Pimenta; Georgia Gonçalves Alexandre; Marlla Héllen do Nascimento Araújo; Maria Gerlaine Belchior Amaral; Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima; João Pedro Pereira da Silva; Nadaedja Tatjana Roberto Moesia; Ana Raquel Rolim Passos

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)

Resumo

O presente artigo é resultante de práticas vivenciadas no projeto de extensão intitulado *Integração Ensino-serviço na humanização do cuidado às crianças e adolescentes hospitalizados*, desenvolvido no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), localizado na cidade de Cajazeiras PB, do qual, participaram graduandos dos cursos de Pedagogia, Enfermagem e Medicina, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) atuando na condição de extensionistas voluntários e bolsistas. Quanto a metodologia do projeto foram desenvolvidas atividades pedagógicas com as crianças hospitalizadas com a finalidade de contribuir no desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras e de socialização viabilizando um serviço humanizado. Este contou com plantões pedagógicos ocorridos semanalmente durante 08 meses (maio a dezembro de 2017) e compreendeu a vivência de atividades pedagógicas voltadas à humanização no hospital, desenvolvendo atividades lúdicas, interativas que tinham o propósito de contribuir para a efetivação da política de humanização. O aporte teórico tem por referência os seguintes autores: Lima; Amaral e Batista (2017); Vygotsky (2010) Crepaldi (1999); além da consulta ao documento da PNH (2013) e as DCNs para o curso de Pedagogia (2006) entre outros. Pode-se dizer que as ações desenvolvidas alcançavam os três grupos a quem se destinava o projeto: funcionários, acompanhantes e crianças ou adolescentes hospitalizados. Concluindo, o projeto possibilitou-nos desenvolver um trabalho interdisciplinar, que, por meio da extensão universitária, articulando as áreas da saúde e da educação, promoveu às crianças e aos adolescentes hospitalizados um serviço humanizado que minimiza o sofrimento do ambiente hospitalar.



Palavras-chave: Hospitalização; Humanização; Interdisciplinaridade; Práticas Educativas

INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultante de práticas vivenciadas no projeto de extensão, no qual, participaram graduandos dos cursos de Pedagogia, Enfermagem e Medicina, do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) atuando na condição de bolsistas e extensionistas voluntários, desenvolvendo ações pedagógicas no contexto hospitalar, no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB). O projeto de extensão tinha como objetivo principal promover práticas educativas junto aos usuários e funcionários na referida instituição hospitalar, com o propósito de oferecer um serviço humanizado.

A Política Nacional de Humanização (PNH) de 2013, busca romper com o saber isoladamente, propondo a transversalidade em que diferentes práticas de saúde possam dialogar, de modo que os múltiplos saberes proporcionem um serviço humanizado. Nessa perspectiva, podemos encontrar na PNH a abordagem da transversalidade que corresponde uma visão holística ampla de encaminhamento das atividades.

Diante disso, o trabalho interdisciplinar é uma maneira de potencializar os resultados dos serviços oferecidos, bem como solucionar as dificuldades encontradas nas relações interpessoais. Por conseguinte, a interdisciplinaridade emerge na tentativa de superar a fragmentação do conhecimento, tendo em vista que os conhecimentos se encontram departamentalizados, de tal modo que a especialização estava demasiada. Na perspectiva da superação da especialização surge a necessidade de uma visão holística, capaz de articular os conhecimentos produzidos na modernidade.

Neste artigo, propomo-nos mostrar em um primeiro momento: a experiência no projeto de extensão, a qual articula de modo interdisciplinar as áreas da Educação e Saúde. E num segundo momento iremos discorrer sobre as implicações da interdisciplinaridade na formação profissional. Para tanto, serão descritas as ações pedagógicas, bem como sua relevância no âmbito hospitalar, como forma de promover a humanização do serviço por meio da melhoria da qualidade no atendimento propiciado aos usuários do HUJB.

CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DESENVOLVIDO NO CONTEXTO HOSPITALAR

O Projeto de Extensão Universitária intitulado *Integração Ensino-serviço na humanização do cuidado às crianças e adolescentes hospitalizados*, foi desenvolvido no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), localizado na cidade de Cajazeiras PB, localizado no Alto Sertão paraibano, com plantões pedagógicos ocorridos semanalmente sendo distribuídos em três dias na semana durante 08 meses (maio a dezembro de 2017). Os referidos plantões ocorriam junto aos pacientes, acompanhantes e funcionários do HUJB. Este Projeto de extensão que integra as áreas da Saúde e da Educação realizou sua 4ª vigência no ano de 2017.

Esse Projeto compreende a vivência de atividades pedagógicas voltadas à humanização para com os usuários e funcionários do hospital, desenvolvendo atividades pedagógicas lúdicas, interativas e elaboradas de acordo com o contexto em apreço. Sendo assim, os plantões pedagógicos foram planejados pela equipe do Projeto, a qual era composta por graduandos da Pedagogia, Enfermagem, Medicina e professores da UFCG do campus de Cajazeiras PB. Eram selecionadas atividades de acordo com as datas mais importantes do calendário do Ministério da Saúde, que tinham o propósito de contribuir para a efetivação da política de humanização almejada pelo Hospital Universitário Júlio Bandeira.

Vale ressaltar, a importância dos múltiplos aspectos contemplados por meio das atividades realizadas. Era possível alcançar a dimensão social, cognitiva e emocional dos usuários desta Unidade Hospitalar por meio da prática da leitura, das brincadeiras, do lúdico e das muitas formas pelas quais passamos informações relevantes para o público do HUJB, em especial as crianças e adolescentes internos. De modo intencional buscou-se transmitir informações, relacionadas à saúde e a educação por meio de panfletos elaborados e distribuídos, por nós, estudantes vinculados ao projeto. As informações e os demais assuntos eram socializados por meio de dinâmicas e atividades as quais eram trabalhadas com todo o público do Hospital. Pode-se dizer que as muitas ações desenvolvidas alcançavam os 03 grupos a quem se destinava o projeto, a saber: funcionários, acompanhantes e crianças ou adolescentes hospitalizados.

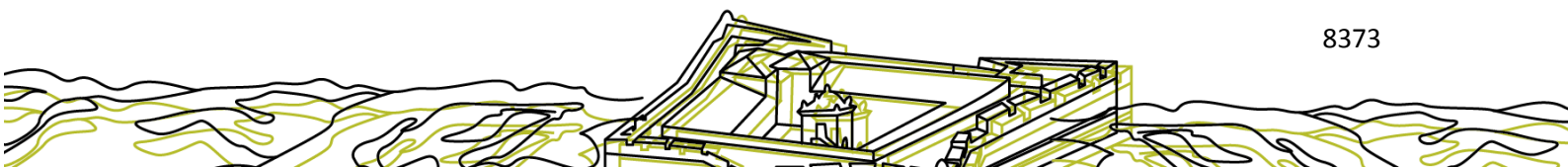
Entretanto, faz-se necessário explicar que a prática educativa realizada com maior intensidade era com as crianças e adolescentes internados. Ao nosso ver, isso era algo muito positivo, pois contribuía no processo de desenvolvimento das crianças, que momentaneamente, encontravam-se afastadas de seu ambiente natural e escolar. Isso é importante porque,

Seus vínculos com os outros fazem parte de sua própria natureza. Desse modo, nem o desenvolvimento da criança, nem o diagnóstico de suas aptidões, nem suas educações podem ser analisadas se seus vínculos sociais forem ignorados. A noção de zona de desenvolvimento proximal ilustra, precisamente, esta concepção. Esta zona é definida como a diferença (expressa em unidades de tempo) entre os desempenhos da criança por si própria e os desempenhos da mesma criança trabalhando em colaboração e com a assistência de um adulto. (VYGOTSKY, 2010, p. 32)

Nesse sentido, o autor aponta a importância de considerar os laços afetivos e socioculturais os quais são estabelecidos entre crianças e adultos, a fim de desenvolver habilidades e autonomia da criança enquanto ser em pleno desenvolvimento. Esse era um propósito das práticas educativas que eram desenvolvidas no HUIB.

Quanto às atividades trabalhadas no hospital, estas caracterizam uma ação que possibilita o aprendizado da criança enquanto ser pensante, capaz de elaborar suas próprias hipóteses e opiniões, de acordo com as novas experiências adquiridas nessa fase de sua vida, assim como as dinâmicas realizadas com o quadro de funcionários a fim de estabelecer uma melhor comunicação e interação entre a equipe como um todo. O bem-estar no ambiente de trabalho é um contributo real e efetivo para melhorar a qualidade de vida de qualquer pessoa. Dessa maneira, as atividades realizadas nesse projeto, visavam promover às crianças, adolescentes e demais público do hospital, a possibilidade de estarem dando significado às experiências vivenciadas nesse ambiente, favorecendo aos sujeitos em construção, o reconhecimento dos valores, consensos e novas formas de aprendizagens por meio das relações e interação no contexto hospitalar. De acordo com a PNH,

[...] ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas, em determinados espaços e num determinado tempo,



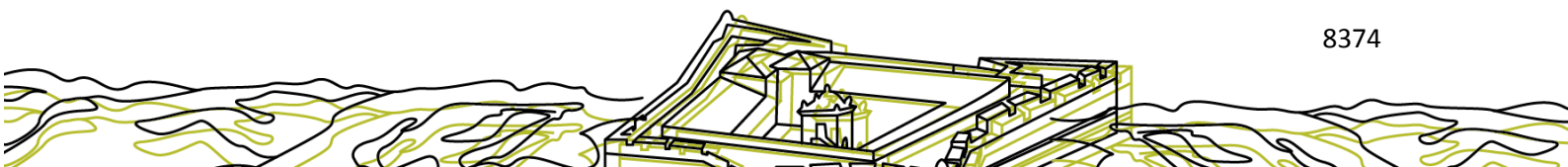
e vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (BRASIL, 2013, p.23)

A Política Nacional de Humanização preconiza que, esta estratégia seja implantada com o objetivo de flexibilizar o trabalho dos profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de promover uma melhor qualidade durante a permanência dos usuários e funcionários na instituição.

A humanização, tal como nos indica a PNH, efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, ou seja, das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. (FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p.605)

Nesse sentido é evidente a relevância de ações pedagógicas voltadas para o desenvolvimento da aprendizagem e, sobretudo, integrando tais ações com a prática humanizadora, que é um dos pilares da PNH.

[...] a PNH é uma política que possui quatro pilares estruturais: Os princípios, o método, as diretrizes e os dispositivos. O primeiro abrange a transversalidade – interação entre os envolvidos no processo de produção de saúde; a indissociabilidade entre atenção e gestão – modos de cuidar e modos de gerir devem trabalhar juntos; o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos. O segundo diz respeito à condução do processo, a qual é baseada na “tríplice inclusão” - inclusão de usuários, gestores e trabalhadores para fazer acontecer a humanização; de analisadores sociais; de movimentos sociais. As diretrizes orientam a política através do Acolhimento, Clínica ampliada, Cogestão, Defesa dos Direitos do usuário, Fomento de grupidades, coletivos e redes, Valorização do trabalho e do trabalhador, Construção da memória do SUS que dá certo. E os dispositivos pelos quais as ações são feitas vão desde projetos a



tecnologias que necessitam ser implementadas para assegurar as diretrizes (LIMA; AMARAL; BATISTA, 2017, p. 171).

A INTERDISCIPLINARIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Diante de um mundo globalizado, transformações profundas são necessárias em qualquer âmbito profissional (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005). Uma vez que, segundo Matos, Pires e Sousa (2009) cada vez mais as áreas do conhecimento estão sendo fragmentadas e direcionadas a interesses específicos. O que torna a interdisciplinaridade o centro dos debates sobre o desenvolvimento da ciência e das práticas sanitárias.

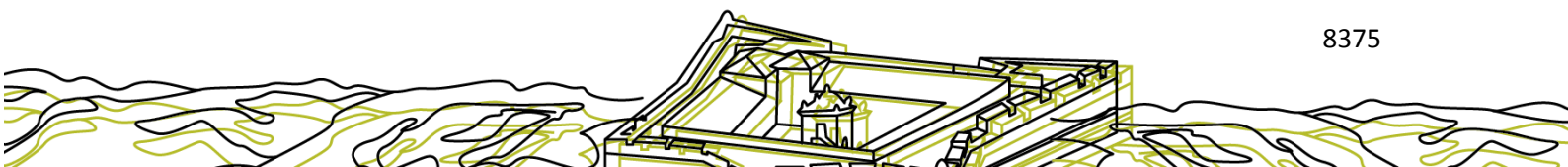
Sabe-se que a rotina de trabalho em hospitais é, por vezes, desgastante para qualquer profissional. Segundo Crepaldi (1999) a hierarquização imposta pela instituição pode ser um dos motivos que coloca a desumanização dos servidores e usuários em pauta.

[...] as rotinas de trabalho que muitas vezes submetem o profissional a turnos pesados. O acúmulo de mais de um emprego devido aos baixos salários, além de problemas nas relações de trabalho decorrentes, muitas vezes, da falta de solidariedade, de apoio mútuo em situações de difícil manejo e enfrentamento, além do despreparo da equipe para atuar no âmbito da interdisciplinaridade (CREPALDI, 1999).

Para colocar a interdisciplinaridade em prática, os profissionais devem entender que sustentar suas tarefas isoladamente, pode tornar o trabalho ainda mais árduo. Para Crepaldi (1999), quando a ajuda é solicitada à equipe, para juntos pensarem em uma solução, o trabalho interdisciplinar é conseguido.

Como dito, o trabalho em equipe é uma estratégia para prática da interdisciplinaridade. Para Pinho (2006), tal trabalho permite ao funcionário a ampliação da sua perspectiva, ao tempo que cada profissional é integrante de um mesmo processo, sem que os limites de cada área sejam ultrapassados. Para isso, a comunicação deve ser um instrumento fundamental entre os membros da equipe, visando um trabalho contínuo.

Por sua vez, a interdisciplinaridade pode ser viabilizada por meio da extensão. A Política Nacional de Extensão Universitária (2012, p. 31), aponta que uma das diretrizes



das ações extensionistas é promover a interdisciplinaridade a fim de “ buscar superar essa dicotomia, combinando especialização e consideração da complexidade inerente às comunidades, setores e grupos sociais, com os quais se desenvolvem as ações de Extensão

[...]”. É notório que diante de tais circunstâncias, a interdisciplinaridade rompe com os muros da sala de aula.

Em decorrência disso, *a priori*, a extensão propõe promover uma visão holística deste saber. Um meio palpável de vivenciar um trabalho interdisciplinar na maioria das vezes consiste por meio da extensão. Porquanto além de possibilitar um saber articulado com a comunidade proporciona um diferencial na formação dos que participam da extensão.

Nesse sentido, a formação pautada na interdisciplinaridade, proporciona ao profissional uma visão de mundo que transcende ao conhecimento somente específico, limitado a sua área de atuação. Tendo em vista a atualidade complexa de constante mudanças, é perceptível a necessidade de um profissional que consiga ir além do que a formação lhe propõe. Diante disso, a Resolução CNE/CP nº.01, de 15 de maio de 2006, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Pedagogia, licenciatura. Esta Resolução amplia a atuação do pedagogo para diversos espaços sociais.

Art. 4º O curso de Licenciatura em Pedagogia destina-se à formação de professores para exercer funções de magistério na Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental, nos cursos de Ensino Médio, na modalidade Normal, de Educação Profissional na área de serviços e apoio escolar e em outras áreas nas quais sejam previstos conhecimentos pedagógicos.

O Parágrafo Único desta Resolução estabelece que:

As atividades docentes também compreendem participação na organização e gestão de sistemas e instituições de ensino, englobando: I - planejamento, execução, coordenação, acompanhamento e avaliação de tarefas próprias do setor da Educação; II - planejamento, execução, coordenação, acompanhamento e avaliação de projetos e experiências

educativas nãoescolares; III - produção e difusão do conhecimento científico-tecnológico do campo educacional, em contextos escolares e não-escolares.

A referida Resolução, em seu Art. 5º. Inciso IV, preconiza que o egresso do curso de Pedagogia deverá estar apto a: “trabalhar, em espaços escolares e não-escolares, na promoção da aprendizagem de sujeitos em diferentes fases do desenvolvimento humano, em diversos níveis e modalidades do processo educativo”.

Nessa perspectiva, a atuação do pedagogo sai do âmbito exclusivo das Unidades Escolares estendendo-se a outros espaços, tais como: espaços sociais, empresariais, judiciário, em espaços de comunicação como TV, rádio, revistas, editoras, hospitalares, dentre outros. Assim, a formação desse profissional exige a interlocução de práticas pedagógicas aos mais diferentes tipos de saberes e contexto, sendo imprescindível a utilização de uma abordagem interdisciplinar. Uma vez que a atuação do pedagogo é ampliada em relação a única possibilidade de exercício da sua profissão que antes restringia-se à docência.

No contexto hospitalar, ao qual nos propomos a discorrer neste artigo, as implicações da interdisciplinaridade para a formação dos graduandos dos cursos de Pedagogia, Medicina e Enfermagem são desafiadoras no que diz respeito a imbricação dos conhecimentos. Porém, na prática desenvolvida em cada atuação, os saberes se entrelaçam entre a Saúde e Educação, refletindo na otimização para os envolvidos nesse processo desafiador, com um nível de significância imensurável.

Por conseguinte, essa dinâmica interdisciplinar no projeto relatado, possibilita a intensificação de uma vivência pautada na dialogicidade e interlocução entre saúde e educação, as quais são áreas com objetivos distintos, porém, que dialogam buscando promover, por meio da extensão, a humanização às crianças e adolescentes hospitalizados através de práticas educativas e de humanização.

No que diz respeito à formação dos estudantes de medicina, a extensão universitária é um aspecto relevante. Quando se fala de interdisciplinaridade, falamos de uma oportunidade de minimizar a desvalorização ou distanciamento de disciplinas que falam sobre ética, humanização e/ou cuidado (BATISTA, 2006). Pois se sabe que por parte dos professores e dos estudantes, de um modo geral, as disciplinas vistas como “menos práticas” não despertam tanto a atenção do alunado, o que por vezes o faz ficar

indisposto para estudar a fundo determinado conteúdo. Tanto que, Batista (2006) afirma, ao citar Batista e colaboradores, Fuerwerker e Almeida, que existem dificuldades no ensino em saúde, como:

[...] as dicotomias (teoria e prática; saúde e doença; promoção e cura; básico e profissional ensino e pesquisa) na formação de novos profissionais; o biologicismo e o hospitalocentrismo na formação em saúde, que reduz, as práticas a seus aparatos técnicos e tecnológicos; as dimensões ética e humanista consideradas em segundo plano; a formação docente frente às mudanças políticas e educacionais, incluindo uma significativa fragilidade no processo de profissionalização docente; a desvinculação dos currículos em relação às necessidade da comunidade e o distanciamento entre os cenários de aprendizagem e assistência (BATISTA, 2006, p.02).

Nesse contexto, torna-se importante mencionar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, a integralidade da assistência, a equidade, a descentralização político-administrativa e participação popular (CABRAL et al, 2015). Dito isto, percebe-se que a extensão universitária pode ser meio de efetivação dos tais princípios, bem como alguns deles só são conseguidos com o trabalho em equipe advindo de atividades interdisciplinares, por exemplo, o Projeto em debate.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais, a área da saúde é tida como interdisciplinar, uma vez que o processo saúde-doença se relaciona com prática não só biológicas, mas sociais e emocionais. No entanto, segundo Garcia et al (2007) a descrição do que é interdisciplinar não sai da teoria e, por vezes, só é colocada em prática por iniciativas pessoais, partindo de cada aluno e não da universidade como um todo.

Ainda de acordo com Garcia et al (2007) por parte dos alunos, a competição entre cursos, o desconhecimento do papel de cada área profissional, a prepotência aliada ao egoísmo e a falta de humildade, bem como a falta de iniciativa, por parte dos professores, são barreiras que dificultam o trabalho interdisciplinar.

A enfermagem que tem sua essência e especificidade no cuidado humano, seja individual, familiar ou comunitário, realizando atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, tendo sua atuação em equipe. Trata-se de

um grupo profissional amplamente distribuído, havendo uma rica diversidade de papéis, funções e responsabilidades.

Nesse contexto, as intervenções irão visar a melhoria da qualidade de vida, que se dará por um processo contínuo de complexidade, diante de suas características de diversidade e heterogeneidade, tendo assim uma visão ampla da base científica, com um enfoque multisetorial, para que assim haja o compartilhamento com outros saberes, disciplinas setores e com a população, tendo em mente que não existem respostas fáceis ou simples para se entender os complexos fenômenos humanos. (MEIRELLES; ERDMANN, 2005)

A atuação interdisciplinar nas equipes de saúde e Enfermagem implica em construção deste conhecimento, como aquisição de competências, uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir para resolução dos problemas ou alcance dos objetivos, e conseqüentemente a ampliação das fronteiras disciplinares. Implica em reflexão-ação-reflexão. Esse constante construir, desconstruir e reconstruir pode contribuir para a evolução e inovação da Enfermagem como conhecimento e profissão (MEIRELLES; ERDMANN, 2005, p.417)

Percebe-se então a importância da interdisciplinaridade para a enfermagem, uma vez que suas práticas se dão em um âmbito de interações interdisciplinares, onde existem constantes articulações entre as diversas áreas do conhecimento. Tal afirmação nos faz pensar sobre a importância da formação inicial e continuada que esse processo de reflexão-ação-reflexão vai oportunizar o profissional enfermeiro a construir sua identidade de forma contínua através da atuação no processo do cuidar.

Disto isto, pode-se articular esse pensamento aos estigmas existentes entre o curso de medicina e de licenciatura, por exemplo. Ou ainda, entre enfermagem e medicina. As relações são vistas como meio de ferir o outro em sua respectiva área de atuação, mas, ao participar de uma extensão, que dialoga saberes da educação e da saúde, as percepções são moldadas no decorrer do tempo, pois se torna essencial o bom convívio para a efetivação dos objetivos do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo, o projeto possibilitou-nos desenvolver um trabalho interdisciplinar, o qual, por meio da extensão universitária, estabeleceu uma interlocução entre as áreas da Saúde e da Educação. Assim como, reduz os estigmas existente em ambas áreas.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade tem suas implicações de fundamental relevância para a nossa formação profissional, porquanto é essencial uma proximidade com outras áreas, considerando que nos últimos séculos o conhecimento tem sido fragmentado, especializado.

Deste modo, torna-se significativo desenvolver uma visão holística.

Mediante a interlocução dessas duas áreas, foi possível promover às crianças e aos adolescentes hospitalizados um serviço humanizado por meio das ações pedagógicas. Nas quais, minimizam o sofrimento, a agonia, o estresse do ambiente hospitalar, propiciando brincadeiras, atividades lúdicas, a humanização no HUIB.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CP n.1/2006. **Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Pedagogia, licenciatura**. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de maio de 2006.

_____. **Política Nacional de Humanização** – PNH. 1. ed. Brasília, 2013.

BATISTA, S. H. S. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2006.

CABRAL, S. A. A. O. et al. **A utilização do e-sus atenção básica (ab) no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do sus**. Intesa: Pombal-PB, v.09, n. 01, 2015.

CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. **Paidéia**, v. 9, n. 16, p. 89-94, 1999.

GARCIA, M. A. A. et al Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p. 147-155, 2007.

IVIC, Ivan; COELHO Edgar Pereira (org.) **Lev Semionovich Vygotsky** Tradução Romão José Eustáquio – Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010.

LIMA, A. K. M. N.; AMARAL, G. B.; BATISTA, T. O. (Orgs). **Pedagogia Hospitalar: múltiplos olhares e práticas**. Fortaleza: Impreco, 2017.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação**. 6. ed.. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MATOS, E; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, 2009.

MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; ERDMANN Alacoque Lorenzini. A INTERDISCIPLINARIDADE COMO CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE E ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm** 2005 Jul-Set; 14(3):411-418.

SILVA, J. a. a.; CAMPOS, M. I.; AMARAL, G. B.. Formação docente e atuação do pedagogo em espaços não escolares. In: LIMA, A. K. M. N.; AMARAL, G. B.; BATISTA, T. O. (Orgs). **Pedagogia Hospitalar: múltiplos olhares e práticas**. Fortaleza: Impreco, 2017.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.

PERCURSO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DE UM PROJETO DE EXTENSÃO: UM RELATO DAS EXPERIMENTAÇÕES VIVENCIADAS

Área Temática: Saúde.

Luiz Eduardo de ALMEIDA¹; Larisse Martins AGUIAR¹; Valéria de OLIVEIRA¹; Mabel Miluska Suca SALAS¹; Marília Nalon PEREIRA².

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Resumo

Neste trabalho são apresentados os dispositivos político-pedagógicos atrelados à dinamização do Projeto de Extensão Sala de Espera do Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora, PESE-UFJF/GV. Foi quali e transversalmente estruturado sob estratégia narrativo-descritiva e moldado à técnica argumentativa. Deste percurso metodológico, que mensurou as vivências experimentadas pelo PESE-UFJF/GV na Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) do bairro Esperança, em Governador Valadares-MG, algumas inferências ganharam destaque: 1) a importância da capacitação e da ambientalização dos discentes extensionistas antes de inseri-los em campo; 2) o enlaçamento ensino-serviço-comunidade; 3) a lógica de trabalho interprofissional (Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia); 4) a estruturação das equipes extensionistas em frentes de trabalho, ampliando a cobertura populacional assistida; 5) a escuta do serviço na identificação dos problemas, contextualizando as atividades extensionistas; 6) a efetividade do instrumento “TPC” (Teorizar-Praticar-Criticar) na concepção de uma lógica de trabalho extensionista crítica e reflexiva; 7) o reconhecimento do potencial dos ambientes de espera como território dinâmico e fértil para a implantação de ações educativas; 8) a disseminação, em espaços científicos, dos aprendizados advindos da extensão. Por fim, de posse das ponderações elencadas, o trabalho reforça o papel da extensão universitária na formação acadêmica mais contextualizada e humanizada. Afinal, extensão é inserir vida no ensino superior, é dinamizar espaços em prol da tão almejada interface ensino-serviço-comunidade.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado de Governador Valadares (UFJF-GV). ² Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Sede de Juiz de Fora (UFJF-JF).

Palavras-chave: Relações Interinstitucionais; Relações Interprofissionais; Relações Comunidade-Instituição; Educação em Saúde; Sala de espera.

Introdução

Em junho de 2014, direcionado pelas demandas dos serviços públicos de saúde local, estruturou-se o “*Projeto de Extensão Sala de Espera do Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora*”, PESE-UFJF/GV.

Neste movimento, o PESE-UFJF/GV não apenas pluralizou cenários práticos para uma formação mais direcionada às necessidades do Sistema Único de Saúde, SUS, bem como atuou no provimento da tão almejada articulação entre “*ensino*” (UFJF/GV, contexto teórico),

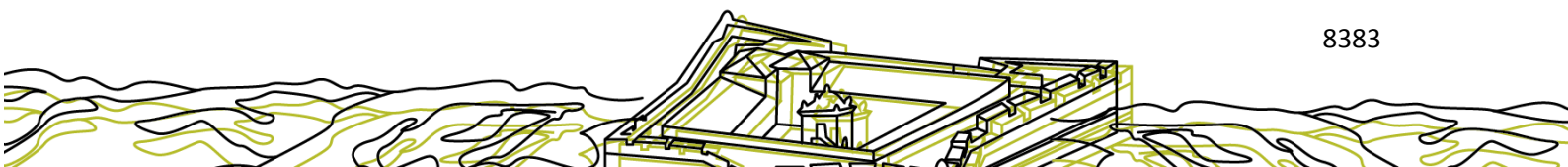
“*serviço*” (Prefeitura Municipal de Governador Valadares, PMGV, contexto prático) e “*comunidade*” (usuários do SUS, contexto da integração entre teoria e prática).

Uma lógica de trabalho corroborante ao dito por Albuquerque et al. (2008) e Madeira (2006), que reconhecem na extensão universitária um importante território acadêmico para a concepção do enlace ensino-serviço-comunidade. Neste engenho, os autores também destacam o fundamental papel desta articulação junto à reorientação da formação dos profissionais de saúde, afinal, são nos espaços extensionistas que se dão a socialização do resultado de um fato (pesquisa) e/ou de um aprendizado (ensino).

Alinhados ao contexto, Almeida, Pereira, Oliveira (2016) e Almeida, Pereira, Bara (2009) evidenciam que das vivências que promulgam a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão se dinamiza um círculo virtuoso, onde uma modalidade estimula a produção da outra, por conseguinte, promovendo a redução do persistente e fragilizante hiato entre o pensar e o fazer. Corroborando, sob ótica maior, alimentado pelos estudos de Tinti (2015), pode-se afirmar que a sustentabilidade do processo educacional se esbarra na dialética relação entre teoria e prática.

Entretanto, em contramão às preconizações supradescritas, conforme Almeida, Pereira e Oliveira (2016), p.744,

“[...] apesar da esperada e crucial cooperação entre ensino, pesquisa e extensão, a competição prevaleceu. De um lado, a pesquisa e o ensino têm sido alvo de discussões que originaram



elaborados sistemas de avaliação da produção científica e da qualidade dos cursos; já a extensão universitária, por outro lado, não recebeu a mesma ênfase, nem sofreu as transformações necessárias em ritmo e intensidade pertinentes para acompanhar a evolução do ensino superior”.

Fatalmente, realçado pelos seus protagonismos, vê-se o degrading do hegemônico e tradicional modelo formativo acadêmico. Onde, normalmente, o ensino e a pesquisa, juntos, seguem desconectados das questões sociais que os cercam, tornando-se majoritariamente idealistas e abstratos. No mesmo caminho, a extensão, minorizada, vivencia uma prática dissociada, revelando-se espontaneísta e pragmática. Contradições que sustentam uma prática educativa alienada das condições sociais que a determina.

Neste conflitante cenário, imbrica-se uma inquietação, a necessidades de se discutir e, principalmente, de se prover um modelo de ensino pautado nas simbióticas relações entre educação e trabalho, ou seja, um processo construído na e para realidade.

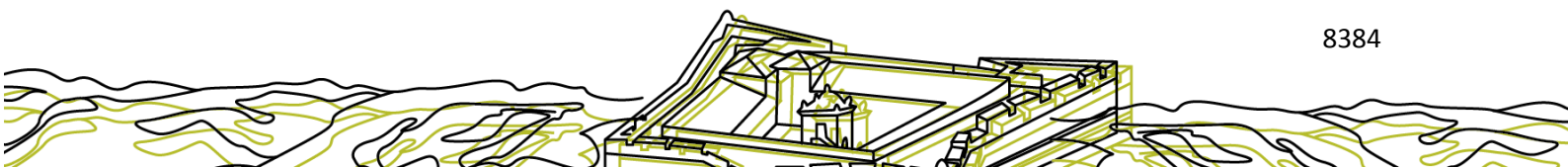
Debruçando-se sobre esta perspectiva, dever-se-ia esperar dos cenários extensionistas, desde que indissociáveis, a reflexão de uma interdependência entre o pensar e o fazer. Uma premissa que pode ser amparada no reconhecimento da prática como fundamento, critério e finalidade da teoria, na medida em que todo conhecimento teórico emerge e se transforma em sua real prática social.

Por fim, atravessado pela provocação, o presente estudo não apenas se justifica, como alicerçou o seu propósito, o de prover um recorte analítico das experimentações politicopedagógicas vivenciadas pelo “Projeto de Extensão Sala de Espera do Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora (PESE-UFJF/GV)”.

Metodologia

Aprovado por Comitê de Ética em pesquisa (2.056.630/10-05-2017), em linhas gerais, este trabalho, transversal, foi qualitativamente estruturado sob estratégia narrativo-descritiva e moldado à técnica argumentativa.

O objeto do estudo se delineou na compreensão dos dispositivos politico-pedagógicos atrelados à dinamização do “Projeto de Extensão Sala de Espera do Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora (PESE-UFJF/GV)”.



Por sua transversalidade, de novembro de 2015 a dezembro de 2016, as apreciações referendam as vivências extensionistas desenvolvidas na Unidade de Antecção Primária de Saúde (UAPS) do bairro Esperança, no município de Governador Valadares (GV-MG). Neste espaço de referência estão adscritas a população de três Estratégias de Saúde da Família (ESF-Esperança, ESF-Nossa Senhora das Graças e ESF-Distrito Sanitário III).

Indo além, no tocante aos investigadores, docentes e discentes da equipe extensionista do PESE-UFJF/GV, merece destacar a fusão de seus papéis, ora observadores, ora observados. É nesta duplicidade de funções que se consagra a observação participativa, pois nela, segundo Creswell (2007) e Bell (2008), os investigadores identificam explicitamente seus vieses, valores e interesses pessoais.

Deste percurso foi direcionada a coleta de dados. Essencialmente narrativo-descritiva, foi instrumentalizada pela utilização do “*Relatório de atividades do PESE-UFJF/GV*”, que além de informações textuais, trazem vídeos, áudios transcritos e arquivos fotográficos.

Contíguo, seguiu o processo analítico dos fatos. Neste momento, adentraram-se os elementos argumentativos do estudo, embebidos tanto pelas interpretações de seus sujeitos-autores, quanto pelo confronto junto à literatura científica. O que reforçou ainda mais o papel ativo dos pesquisadores, aqui, descobridores do significado das ações e das relações por eles vividas e percebidas. Afinal, de acordo com Minayo et al (1994), p. 24, “*a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis*”.

Enfim, calcada no empoderamento de seus elementos empíricos, esta investigação não se baseou em testar hipótese, pelo contrário, galgou-se aqui uma oportunidade de ofertar a outros leitores um momento de autoanálise, afinal, muitos podem se identificar com determinados aspectos, situações e reflexões.

Resultados e Discussão

Didaticamente, a dinamização do PESE-UFJF/GV foi sistematizada em dois períodos, “*Pré-intervenção*” e “*Intervenção*”.

Do primeiro sequenciaram a “*Contextualização dos acadêmicos extensionistas*”, a “*Pactualização do enlace ensino-serviço-comunidade*” e a “*Estruturação e ambientalização das equipes de trabalho*”.

Inicialmente, nos meses de novembro e dezembro de 2015, coube aos coordenadores/docentes do PESE-UFJF/GV promoverem a “*Contextualização dos*

acadêmicos extensionistas” frente aos seus futuros desafios práticos: a dinamização dos espaços de espera da UAPS-Esperança/GV-MG.

Assim, deste ciclo teorizante se desprenderam quatro encontros (Dias 01 e 02 – 20/11 e 27/11/2015 – 04 horas – Promoção e prevenção em saúde nos ambientes de espera: potencialidades e desafios; Dias 03 e 04 – 04/12 e 11/12/2015 – 04 horas - Planejamento estratégico situacional: a dinamização de atividades educativo-preventivas em salas de espera).

Refletindo sobre o retratado, pode-se deduzir uma ampliação no olhar dos discentes junto às complexidades histórico-existenciais nos polissêmicos ambientes de espera, reconhecendo neles um intrincado cenário de práticas e representações em saúde.

Inferência que se faz presente no dito por Teixeira e Veloso (2006), p.322,

“Nesse território ocorrem interações, nem sempre harmônicas, entre o saber oficial em saúde e o popular, nas quais as pessoas expressam suas subjetivações, formas de ser e maneira de se cuidarem. Quando entramos nesse cenário, com propósito educativo, identificamos as transversalidades entre as expressões psicossociais das pessoas e linguagem técnica e científica”.

Acadêmicos contextualizados, partiu-se para a *“Pactualização do enlace ensinosserviço-comunidade”*.

Macropoliticamente, sob chancela do Departamento de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Governador Valadares (DSB/PMGV), o PESE-UFJF/GV se introduziu na UAPS do bairro Esperança.

A partir de então, mais precisamente no dia 08/01/2016, aconteceu na unidade atendida uma reunião para o alinhamento micropolítico do processo de trabalho.

Do encontro, conforme os enfermeiros gestores da UAPS, pautados no quantitativo e na heterogeindade dos usuários, foram definidos os dias (terças, quartas e sextas-feiras) e os horários para o desenvolvimento das atividades extensionistas (de 7:00 às 8:00 horas). Além disso, determinou-se que os conteúdos temáticos a serem trabalhados pelo PESE-UFJF/GV seriam designados pela agenda da unidade de saúde.

Deste pacto materializaram-se os benefícios trazidos pela articulação da tríade

“*ensino*” (cenários formativos contextualizados e afinados aos princípios e diretrizes do SUS), “*serviço*” (sala de espera dinamizada conforme as demandas próprias da UAPS/Esperança) e “*comunidade*” (acesso a serviços de promoção e prevenção em saúde durante o momento de espera).

Lógica de trabalho que vai de encontro aos preceitos de Freire (1983), que define extensão aos moldes da “*via de mão dupla*”. Assim, sustentada pela quebra da verticalidade e do paternalismo, a academia não apenas leva informações para a comunidade (ensino), como traz para o cenário universitário vivências (extensão) e dados coletados e interpretados cientificamente (pesquisa).

Ademais, cabem as reflexões de Almeida, Pereira e Oliveira (2016), que reconhecem na extensão o território para se concretizar as tão almejadas indissociabilidade (ensinopesquisa-extensão) e integração (ensino-serviço-comunidade).

Encerrando a “*Pré-intervenção*” partiu-se para a “*Estruturação e ambientalização das equipes de trabalho*”.

Aos moldes da interprofissionalidade, o grupo extensionista reuniu cinco enfoques formativos da UFJF/GV (Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia). Para cada curso foram alocados um Coordenador/docente e dois discentes bolsistas, portanto, totalizando quinze integrantes.

Cotejando a equipe do PESE-UFJF/GV com as necessidades da sala de espera da UAPS/Esperança, montaram-se três pontas de trabalho (Grupo I/G1, terça-feira; Grupo II/G2, quarta-feira; Grupo III/G3, sexta-feira). Cada extremidade composta por cinco membros, destes, pelo menos um professor e três discentes de cursos distintos.

Do vivenciado, pode-se admitir que a sistemática abraçada pelo PESE-UFJF/GV consoa aos estudos de Peduzzi et al. (2013). Os autores reconhecem na interprofissionalidade uma articulação contínua de processos de trabalho distintos, ou seja, conexões e interfaces entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional. Na prática, trabalhar em equipe de modo integrado significa valorizar o outro na produção de cuidados, o que reflete diretamente em uma prestação de serviços mais contextualizada e humanizada.

Por fim, a ambientalização do cenário de trabalho, onde cada grupo teve uma visita agendada (12/01/2016-G1, 13/01-G2 e 15/01-G3, às 7:00 horas) e assistida (designado um profissional da unidade) na UAPS-Esperança, fazendo reconhecimento do seu espaço físico, dos serviços ofertados, dos recursos humanos que a compõem, da sua

cobertura populacional, bem como da caracterização de seus usuários em horário de espera.

Encerrada a “Pré-intervenção”, abriu-se a “Intervenção”. Neste período de transição a equipe coordenadora do projeto se via diante de um grande desafio: o de prover um modelo extensionista que extrapolasse o “fazer”, que também alcançasse “o pensar” e o “refletir”. Afinal, extensão se estreita com a relação “ensinar/aprender a fazer”.

Defronte à situação, o PESE-UFJF/GV se viu afinado às idealizações dos trabalhos de Almeida, Pereira e Oliveira (2016) e Almeida, Pereira e Bara (2009), que materializaram o instrumento “TPC” (Figura 1). Segundo os autores, p. 746,

“O instrumento apresentado [...] se desenvolve em três etapas: Teorizando (“o pensar”), Praticando (“o fazer”) e Criticando (“o refletir”), sendo por isso denominado TPC. Sistemáticamente, as etapas se complementam, trazendo em seu bojo conceitual a relação entre planejamento estratégico com a eficácia, eficiência e efetividade de ações de educação em saúde”.



“TPC” (Almeida, Pereira, Oliveira, p.746, 2016)

Aqui, tornam-se mister as considerações de Almeida, Pereira e Bara (2009). De acordo com os estudiosos, p. 129, o “TPC”, não se consagra como uma “fórmula mágica para se fazer extensão”, pelo contrário, a ferramenta apenas retrata a rica lógica do “ensinar a fazer contextualizado”. Além, conforme os autores, o verdadeiro intuito do instrumento se efetiva na redução do persistente hiato entre teoria e prática, que, consecutivamente, se choca no necessário e desafiante alinhamento dos tempos de trabalho entre serviço e academia.

Não obstante, perpassadas pela sistematização do “TPC”, em 2016, todas as vivências experimentadas pelo PESE-UFJF/GV se sequenciaram em três etapas: “*Teorizando/O pensar*”; “*Praticando/O fazer*”; “*Criticando/O refletir*”.

Dentro dos preceitos do instrumento, o ponto de partida para se planejar estrategicamente atividades extensionistas se dá com a “*Identificação do(s) problema(s)*”. Momento que se sustentou em um primordial questionamento, “*O que será abordado na sala de espera?*”.

Permeados pela indagação, a equipe do projeto buscou sua resposta no resgate de sua prévia pactualização, onde ficara definido o papel ativo dos gestores da UAPS-Esperança na determinação dos enfoques a serem abarcados.

Assim, para o ano de 2016, desdobraram-se, paulatinamente, os quatro desafios temáticos enfrentados pelo PESE-UFJF/GV na UAPS/Esperança-GV, “*Aedes aegypti*”, “*Doenças sexualmente transmissíveis*”, “*Tabagismo*” e “*Leishmaniose*”.

Contudo, apesar de sua importância, Almeida, Pereira e Oliveira (2016) reiteram que este período de escuta é burlado com frequência por projetos de extensão, consequentemente, p. 747, “*gerando um modelo de trabalho vertical-paternalista, assistencialista e, principalmente, descontextualizado do controle social*”.

Retomando a continuidade do “TPC”, consciente de seus enfrentamentos temáticos, a equipe extensionista segue para a “*Interiorização acadêmica*”. Exercício que se replicou nas quatro vivências experimentadas pelo PESE-UFJF/GV.

No âmbito, os docentes do projeto solicitaram aos acadêmicos extensionistas um levante bibliográfico, através de conteúdos já desenvolvidos em salas de aula (bagagem cognitiva) e/ou disponíveis em bases científicas indexadas. Buscando otimizar a coleta de dados, forneceu-se um questionário, sendo ele composto por três perguntas direcionadoras

“*O que é?*”; “*Como percebo no meu corpo/espço; “Como prevenir/tratar?*”).

Após períodos de estudo, em média de duas semanas, a equipe PESE-UFJF/GV se reunia para analisar e até mesmo alinhar, sob a pluralidade de seus olhares profissionais, os conhecimentos adquiridos. Estes encontros se findaram com uma desafiante provocação,

“*Como levar as informações discutidas para o cenário prático?*”.

Daqui pode-se reconhecer o papel ativo-indutor do “TPC” na tão almejada indissociabilidade formativa se realizou. Afinal, se viu o acadêmico, em extensão, resgatando (ensino) e construindo (pesquisa) saberes.

Uma reflexão que se encorpa com o firmado por Freire (1983), p. 27, “*A prática, por sua vez, ganha uma significação nova ao ser iluminada por uma teoria da qual o sujeito que atua se apropria lucidamente*”.

Continuando, para cada enfoque temático, atravessado pelo contexto provocativo, os extensionistas caminharam para a construção do “Plano de ação”. Com durabilidade média de quatro encontros, dentro das prerrogativas preconizadas pela metodologia “Brainstorming” (NÓBREGA, LOPES NETO, SANTOS, 1997), a dinamização deste período seguiu as orientações do questionário proposto na metodologia “TPC”, estruturado por oito questões direcionadoras: “O quê?”, “Quem?”, “Onde?”, “Quando?”, “Como?”, “Quanto custa?”, “Por quê?” e “Como avaliar?” (ALMEIDA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2016).

Desta forma, desdobraram-se os planejamentos estratégicos das quatro vivências desenvolvidas na UAPS/Esperança (“*Aedes aegypti*”, “*Doenças sexualmente transmissíveis*”, “*Tabagismo*” e “*Leishmaniose*”).

Em linhas gerais, as atividades programadas centraram-se em um mesmo desenho esquemático, do qual se sequenciaram dois movimentos, um informativo e outro de continuidade.

Do primeiro, convergiu-se a elaboração de uma palestra motivacional. Neste momento dialógico, objetivando o empoderamento dos usuários em espera, se distinguiu a organização das informações a serem repassadas. Esta ordenação, nomeada como “*Triangulação problematizadora para a Educação em Saúde*” (ALMEIDA, PEREIRA, BARA, 2009), foi apoiada nas mesmas questões que nortearam a prévia coleta de dados feita pelo acadêmicos

extensionistas (“*O que é?*”; “*Como percebo no meu corpo/espço*”; “*Como prevenir/tratar?*”). No tempo, frisou-se também a preocupação com o controle da durabilidade da atividade, entre dez e quinze minutos.

Já o segundo movimento, centrou-se na ampliação e no carreamento das informações a serem trabalhadas na UAPS/Esperança. Assim, definiu-se a necessidade de se produzir materiais didáticos de apoio, que, sob acordo prévio com a coordenação da unidade, ficariam afixados em local estratégico (“*Cantinho da UFJF/GV*”). Assim, além de serem instrumentos para dinamizar a sala de espera pela equipe do PESE-UFJF/GV, estes

apetrechos poderiam ser utilizados tanto por usuários em outros momentos de espera, quanto pela própria equipe de saúde em outras estratégias de atenção, como visita domiciliar e grupos operativos.

Analisando a lógica educativa proposta, devido ao enlace ensino-serviço-comunidade, a concepção de todas as atividades partiu do contexto social ao qual seriam inseridas. Assim, mais importante que os próprios procedimentos didáticos, é ter, respectivamente, consciência e conhecimento do “*que*” e “*quem*” serão ensinados.

Além do mais, esta pedagogia histórico-crítica encontra suporte nas reflexões de Freire (1983), que reconhece na prática social os pontos de partida e chegada da educação.

Encerrado seu estágio observacional (Teorizando/“*O pensar*”), os extensionistas partiram para a etapa “Praticando/*O fazer*”.

O ciclo prático se iniciou com o “*Treinamento*”, onde, em todas as vivências, os discentes apresentaram e desenvolveram junto à coordenação docente do PESE-UFJF/GV, sob papel de usuários em espera, as atividades programadas. No ensejo, foram feitos, pela equipe de trabalho, os ajustes e os alinhamentos finais necessários.

Pode-se afirmar que esta etapa teve papel fundamental na preparação da equipe extensionista. Afinal, ela marca, de forma gradual, a mundaça nas funções dos discentes, que se deslocam da condição de observadores para interventores.

Almeida e Oliveira Júnior (2009), p. 64, ainda complementam,

“treinar não é eximir-se do erro, pelo contrário, no treino, através da mimetização de uma realidade, vislumbra-se capacitar uma equipe em prover estratégias secundárias para se contornar os tão frequentes e esperados obstáculos da vida real”.

Assim, previamente treinados, chega o tão esperado “*Desenvolvimento*” dos planos de ação. Com cobertura média de trinta e cinco usuários, nos dias (terças, quartas e sextas-feiras) e horários previstos (das 7:00 às 8:00 horas), a equipe PESE-UFJF/GV celebrou, em seus respectivos tempos, suas experimentações (“*Aedes aegypti*”, “*Doenças sexualmente transmissíveis*”, “*Tabagismo*” e “*Leishmaniose*”), todas vivenciadas na sala de espera da UAPS/Esperança (Figura 02).



Figura 02: Educação em Saúde na Sala de espera da UAPS/Esperança, GV -MG (Autores,

2018)

Contudo, apesar do êxito nas execuções dos planos de ação, ficou evidente o sobrepujamento da realidade prática sobre as expectativas teóricas. Foi justamente deste confronto entre *“teoria/expectativa”* e *“prática/realidade”* que o PESE-UFJF/GV se percebeu como agente ativo no processo de aprendizagem dos extensionistas. Afinal, os acadêmicos puderam perceber que suas funções extrapolavam o *“executar”*. Deles foram também exigidas outras habilidades, pautadas na plasticidade do *“adaptar”*, do *“criar”*, do *“suprimir”*, do *“postergar”*, e, principalmente, do *“reinventar”*.

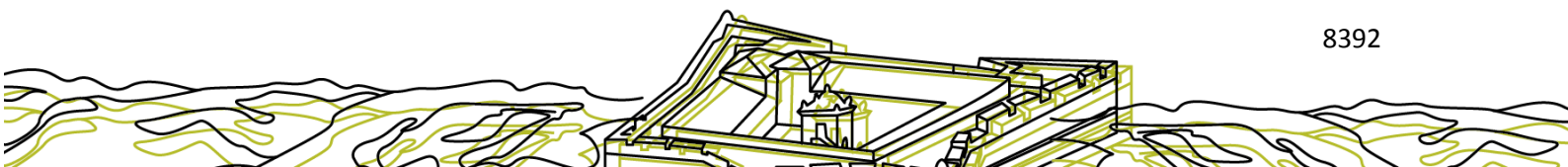
Assim os discentes tiveram a oportunidade de conhecer o maior desafio de um profissional da saúde, o saber lidar com os desafios e, até mesmo, entaves da realidade. Deixando de ver estas situações como alimento para frustrações, pelo contrário, passando a encará-las como uma oportunidade de melhoramento continuado.

Percepções que se alicerçam no firmado por Almeida, Pereira e Oliveira (2016), p.747

“uma equipe aprende com os acertos e se transforma com os erros”.

Indo além, engendra-se que a teoria não se torna diminuta diante da realidade, pelo contrário, ela ganha forma, sentido, em suma, se justifica.

Neste prisma, como dito por Rossetti (1999), p.77, *“Não se deve adaptar os pacientes à ciência, deve-se adaptar a ciência às pessoas”*. Complementando, o mesmo autor, p.27, *“Aos doutores, ensiná-los a pensar, não aplicar técnicas ou receitas”*.



É óbvio que não se poderia esperar, pelo menos em totalidade, a compreensão dos graduandos extensionistas das reflexões supradescritas. Por isso a terceira e última etapa do

“TPC”, “*Criticando/O refletir*”, se fundamentou.

Como previsto, o percurso de reflexão proposto pelo instrumento se iniciou com a “*Avaliação*” e se encerrou com a construção do “*Relato de Experiência*”.

Desta forma, intermediado pelos professores coordenadores do PESE-UFJF/GV, o momento avaliativo se instalou com o levante dos pontos “*positivos/forças*” e “*negativos/fragilidades*”, percebidos pelos discentes durante as ações extensionistas desenvolvidas na sala de espera da UAPS/Esperança.

Para otimizar este período interpelativo, lançou-se o questionamento: “*Confrontando o planejado com o executado, quais os pontos positivos/forças e negativos/fragilidades que merecem destaque em nosso processo de aprendizagem?*”.

Na somatória de todas as vivências experimentadas, dos elos de força apontados pelos discentes se destacaram: “*Interpessoalidade e valorização do conhecimento da população*”; “*Escolha dos temas*”; “*Atividades dinâmicas*”; “*Formação profissional*”; “*Planejar e fazer atividades dinâmicas*”; “*Trabalhar em equipe multiprofissional*”; “*Escutar o serviço*”; “*Ambientalização*”; “*Quantidade e receptividade dos usuários*”; “*Participação, mesmo como ouvintes, da equipe profissional da UAPS*”; “*Presença do corpo docente como observadores*”; “*Vínculo da UFJF-GV com o serviço*”; “*Entender o ambiente de espera*”.

Quanto às fragilidades, os extensionistas evidenciaram: “*Dificuldade em lidar com os ruídos no ambiente de espera*”; “*Ampliar o tempo de treinamento*”; “*Nervosismo e falta de experiência*”; “*Deficiência nos instrumentos avaliativos*”; “*Falta de Identificação da equipe*”; “*A temática doenças sexualmente transmissíveis*”; “*Falta de divulgação virtual*”.

Continuando, alimentados pelas suas próprias reflexões, consensualmente, o grupo extensionista não apenas reconheceu êxito nas suas atividades programadas, bem como incitaram o potencial dos ambientes de espera na efetividade de atividades educativopreventivas.

Reflexões que encontraram suporte em diversos estudos, que consagram a sala de espera como um território dinâmico e fértil para a implantação de ações educativas. Nesta lógica, estes espaços podem contribuir significativamente para a promoção da saúde, prevenção de agravos e encaminhamento para outras atividades, portanto, encorpendo e otimizando ainda mais o papel da atenção primária junto aos serviços de

saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde, SUS (ALMEIDA, ANDRADE, ZACARON, 2016; VALENTE et al., 2015; ZAMBENEDETTI, 2012; ROSA, BARTH, GERMANI, 2011; TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Marcando o ponto final do “TPC”, se evidencia a construção do “Relato de experiência”. De acordo com Almeida, Pereira e Oliveira (2016), p. 747,

“Entre as diversas metodologias, destaca-se o “relato de experiência”, ressaltando que sua construção não deve ser direcionada apenas aos acertos, ou seja, deve-se oferecer espaço também para discutir erros e fragilidades”.

Assim orientados, a equipe extensionista do PESE-UFJF/GV encerrou suas atividades através do desenvolvimento de suas contribuições científicas.

Deste processo, até então, das quatro vivências temáticas experimentadas (“*Aedes aegypti*”, “*Doenças sexualmente transmissíveis*”, “*Tabagismo*” e “*Leishmaniose*”), algumas publicações já aconteceram (ALMEIDA et al., 2016-a; ALMEIDA et al., 2016-b; ALMEIDA et al., 2017-a; ALMEIDA et al., 2017-b), além da aprovação e do andamento avaliativo de outros trabalhos.

Por fim, na intenção de justificar este momento, Almeida, Pereira e Oliveira (2016), p.747, argumentam que

“reconhecendo o universo da extensão como inesgotável para a aplicação dos conceitos disseminados em sala de aula e para o alicerce da pesquisa, é fundamental que as experimentações extensionistas sejam compartilhadas, reconhecendo-se na publicação científica um dos mais importantes instrumentos de divulgação”.

Conclusão/Considerações Finais

Após análise detalhada dos dispositivos político-pedagógicos atrelados à dinamização do PESE-UFJF/GV, credita-se neste trabalho um reforço do fundamental papel da extensão universitária junto a uma formação acadêmica de qualidade. Depositou-se nas vivências experimentadas uma oportunidade de preparação dos futuros profissionais de saúde a uma prática direcionada às solutividades das verdadeiras aflições que assolam a população brasileira. Afinal, extensão é isso, inserir vida no ensino superior, é dinamizar espaços em prol das tão almejadas integralidade e indissociabilidade.

Referências

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M.X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R.M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, 32(3):356–362, 2008. ALMEIDA, L.E.; ANDRADE, L.M.D.; ZACARON, K.A.M. Sala de espera em extensão: percursos para a implantação e consolidação de um projeto multiprofissional. **Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC**, 3(4): 124-127, 2016.

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, G.I. **Sistema de Execução do Projeto**. In: Pró-Saúde: Ensino, Pesquisa e Extensão – Almeida, L.E. et al. Juiz de Fora: Editar Juiz de Fora, 2009. pp.: 63-86.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; OLIVEIRA, V. Governador Valadares (MG) em Extensão: Interfaces para a Dinamização e Instrumentalização do Cenário Extensionista em um Campus Recém-Implantado. **Rev. bras. educ. med.**, 40(4): 743-50, 2016.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; BARA, E.F. **Projeto de Extensão Sabiá: a introdução de uma prática integralizadora no ensino odontológico**. In: Almeida, Luiz Eduardo de (organizador). Pró-Saúde: Ensino, Pesquisa e Extensão. Juiz de Fora: Editar Editora Associada Ltda, 2009, pp.: 126-164.

BELL, J. **Projeto de Pesquisa: Guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008. 224p.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007. 248p.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1983. 93p.

MADEIRA, M.C. **Ensino, Pesquisa, Extensão**. In: Carvalho, Antônio César Perri; Kriger, Léo (organizadores). Educação Odontológica. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2006. pp.: 97-103.

MINAYO, M.C.S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade / Deslandes, Suely Ferreira (organizadora). Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994. pp.: 09-29.

NÓBREGA, M.M.; LOPES NETO, D.; SANTOS, S.R. Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. **R. Bras. Enferm.**, 50(2): 247-256, 1997.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, 47(4):977-983, 2013.

ROSA, J.; BARTH, P.O.; GERMANI, A.R.M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva**, 35(129):121-130, 2011.

ROSSETTI, H. **Saúde para a Odontologia**. São Paulo: Editora Santos, 1999. 147p.
TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, 15(2): 320-325, 2006.

TINTI, E.C. **Dilemas entre teoria e prática a partir da formação profissional e das condições objetivas do trabalho cotidiano**. In: Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp.: 97-131.

VALENTE, M.A.S.; ANDRADE, A.G.; ALCÂNTARA, P.G.; SILVA, P.S.A. O que te espera na Sala de Espera: educação em saúde em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Governador Valadares (MG). **Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC**, 1(2): 137-141, 2015.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de Espera como Estratégia de Educação em Saúde no Campo da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Saúde Soc.**, 21(4): 1075-1086, 2012.

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA, V.; OLIVEIRA, D.M.; AGUIAR, L.M.; PEREIRA, M.N. Sala de espera em extensão: aedes aegypti em foco. **Anais (CBEU)**: 01-09, 2016(a).

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; OLIVEIRA, V.; OLIVEIRA, D.M.; AGUIAR, L.M. Sala de espera: doenças sexualmente transmissíveis em foco. **Anais (CBEU)**: 01-10, 2016(b).

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA, V.; PEREIRA, M.N.; OLIVEIRA, D.M.; AGUIAR, L.M. Sala de espera em extensão: doenças sexualmente transmissíveis em foco. **Interfaces - Revista de Extensão da UFMG**, 5(1): 198-205, 2017(a).

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA, V.; PEREIRA, M.N.; OLIVEIRA, D.M.; AGUIAR, L.M. Sala de Espera em Extensão: Aedes Aegypti em Foco. **Rev. APS.**, 20(3): 456-460, 2017(b).

“LEISHMANIOSE” EM FOCO: UMA EXPERIÊNCIA

EXTENSIONISTA

Área Temática: Saúde

Luiz Eduardo de ALMEIDA¹; Valéria de OLIVEIRA¹; Mabel Miluska Suca SALAS¹; Diego Machado de OLIVEIRA¹; Larisse Martins AGUIAR¹; Marília Nalon de OLIVEIRA².

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado de Governador Valadares (UFJF-GV)

Resumo

Neste estudo são apresentadas as experimentações do “Projeto de Extensão Sala de Espera do

Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora (PESEUFJF/GV)” na “Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) do bairro Esperança do município de Governador Valadares, Minas Gerais (GV-MG)”. O presente relato, sob estratégia narrativo-descritiva e moldado à técnica argumentativa, foi quali e transversalmente estruturado. Em ação, direcionada pelas demandas do serviço local, abarcando a temática “*Leishmaniose*”, coube à equipe extensionista o desenvolvimento de atividades educativopreventivas. Frente à demanda, utilizando-se da sistematização do instrumento pedagógico “*TPC (Teorizando, Praticando e Criticando)*”, foram programadas e desenvolvidas três ações, sendo: 1.Sala de espera, 2.Roda de conversa com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 3.Visitas domiciliares. Das vivências foram elencados pontos positivos (A escuta do serviço; A aproximação e a adesão dos usuários, bem como dos profissionais da UAPS, junto às atividades propostas; A diferenciação no processo formativo, pautada na linguagem da interprofissionalidade; A presença do corpo docente nos cenários de prática) e negativos (A dificuldade de avaliar as atividades desenvolvidas sob o olhar do usuário; O não alinhamento dos horários de aula com as atividades de extensão; A falta de identificação da instituição junto à comunidade). Por fim, baseando-se na análise dos resultados alcançados, a equipe extensionista consagrou todas as atividades como exitosas, dedicando esta conclusão não apenas aos pontos positivos levantados, pelo contrário, reconheceram nos erros o

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado de Governador Valadares (UFJF-GV). Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora (Proex-UFJF).

² Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Sede (UFJF-JF). Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora (Proex-UFJF).

papel fundamental para um aprendizado mais coerente com a realidade. Em conclusão, o trabalho reforça o papel da extensão universitária na formação acadêmica mais contextualizada e humanizada. Afinal, extensão é inserir vida no ensino superior, é dinamizar espaços em prol da tão almejada interface ensino-serviço-comunidade.

Palavras-chave: Relações Interinstitucionais; Relações Interprofissionais; Relações Comunidade-Instituição; Educação em Saúde; Leishmaniose.

Introdução

Na intenção de reforçar e direcionar o enlace ensino-serviço-comunidade, em 2014, sob perspectiva macropolítica, a Prefeitura Municipal de Governador Valadares (PMGV), representada pelo Departamento de Saúde Bucal (DSB/GV), alocado na Secretaria Municipal de Saúde do município (SMS/GV), não apenas revelou algumas de suas demandas reprimidas, bem como balizou a academia no “*como*” e “*onde*” ela poderia colaborar.

Dentre tantas necessidades, distinguiu-se o desenvolvimento de atividades educativopreventivas em salas de espera das Unidades de Atenção Primária de Saúde. Uma insuficiência que justificou e alimentou, ainda em 2014, a criação e a implantação do “*Projeto de Extensão Sala de Espera do Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF/GV (PESE-UFJF/GV)*”.

Nesta enseada, a sistemática do PESE-UFJF/GV vai de encontro ao firmado em diversos estudos, que reconhecem nos ambientes de espera cenários propícios para o desenvolvimento de programas de educação em saúde. Dentro desta perspectiva, a sala de espera se consubstancia em um espaço que permite inserir novos conceitos, tirar dúvidas e, principalmente, criar vínculos com os usuários, em síntese, encerra-se em um lugar de acolhimento e humanização (ALMEIDA, ANDRADE, ZACARON, 2016; VALENTE et al., 2015; SILVA et al., 2013; ZAMBENEDETTI, 2012; PIMENTEL, BARBOSA, CHAGAS, 2011; ROSA, BARTH, GERMANI, 2011; TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Indo além, buscando ampliar sua cobertura, desde sua concepção, o projeto vem se desenrolando de forma itinerante. Neste arranjo, anualmente (dois semestres letivos), os cenários extensionistas se diversificaram. Afinal, vínculo em extensão não se materializa na dependência, pelo contrário, atrela-se ao grau de autonomia alcançado junto a seus assistidos.

Não obstante, no fim de 2015, sob chancela do DSB/GV, o PESE-UFJF/GV se introduziu na UAPS do bairro Esperança, onde assistiu três Estratégias de Saúde da Família (ESF-Esperança, ESF-Nossa Senhora das Graças e ESF-Distrito Sanitário III).

Assim, da referida pactualização, notabilizaram-se os benefícios trazidos pela articulação da tríade “*ensino*” (cenários formativos contextualizados e afinados aos princípios e diretrizes do SUS), “*serviço*” (sala de espera dinamizada conforme as demandas próprias da UAPS/Esperança) e “*comunidade*” (acesso a serviços de promoção e prevenção em saúde durante o momento de espera).

Um processo de trabalho consumado na quebra da verticalidade e no rompimento dos protagonismos, o que vai de encontro aos preceitos de Freire (1983). Segundo o educador, a extensão se define aos moldes da “*via de mão dupla*”, onde a academia não apenas leva informações para a comunidade (ensino), como traz para o cenário universitário vivências (extensão) e dados coletados e interpretados cientificamente (pesquisa).

Em outras palavras, cabem as reflexões de Almeida, Pereira e Oliveira (2016), que reconhecem nos cenários extensionistas o território para se concretizar as tão almejadas e coexistentes integração (ensino-serviço-comunidade) e indissociabilidade (ensino-pesquisaextensão).

Indo além, permeado aos ideários do PESE-UFJF/GV, micropoliticamente, todas as ações desenvolvidas pelo projeto foram direcionadas e programadas junto às demandas próprias do serviço (UAPS-Esperança, GV-MG), por conseguinte, creditando-se neste engenhoso enlace o desenvolvimento de atividades mais contextualizadas e direcionadas às reais necessidades da população adstrita.

Destarte à esta lógica de trabalho, em junho de 2016, foi designado ao Projeto de Extensão Sala de Espera – UFJF/GV, pelos enfermeiros gestores das ESF assistidas, a discussão da temática “*Leishmaniose*” junto aos seus espaços de espera.

Por fim, atravessado pelo exposto, o presente estudo não apenas se justifica, como alicerçou o seu propósito, o de prover um recorte analítico das experimentações politicopedagógicas vivenciadas pelo PESE-UFJF/GV, reconhecendo nesta modalidade de estudo um importante espaço para dividir vivências - afinal, outros leitores podem se identificar com determinados aspectos, situações e reflexões, ou seja, uma oportunidade de autoanálise a partir do outro.

Metodologia

Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (2.056.630 – 10/05/2017), trata-se de um relato de experiência moldado à técnica qualitativo-descritiva, estruturado sob estratégia narrativa.

Quanto ao recorte temporal, por sua transversalidade, o estudo contextualiza dois recortes. No primeiro tempo, de novembro de 2015 a janeiro de 2016, descreve-se a capacitação da equipe extensionista. Já no segundo momento, de junho a dezembro de 2016, relata-se, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das atividades temáticas (“*Leishmaniose*”) na UAPS do bairro Esperança (ESF-Esperança, ESF-Nossa Senhora das Graças e ESF-Distrito Sanitário III), Governador Valadares, MG.

Já a equipe de trabalho do PESE-UFJF/GV, composta por 15 integrantes, estruturou-se aos moldes interprofissionais, destacando nela 05 enfoques formativos (Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia). Em cada curso alocaram-se 01 coordenador docente e 02 discentes bolsistas.

Cotejando a equipe extensionista com as necessidades da sala de espera da UAPSEsperança, montaram-se três pontas de trabalho (Grupo I/G1, terça-feira; Grupo II/G2, quarta-feira; Grupo III/G3, sexta-feira). Cada extremidade composta por cinco membros, destes, pelo menos um professor e três discentes de cursos distintos.

Indo além, no tocante aos investigadores, docentes e discentes integrantes do PESEUFJF/GV, merece destacar a fusão de seus papéis, ora observadores, ora observados, portanto, encerrando-se em uma observação participativa (BELL, 2008; CRESWELL, 2007).

Assim, o objeto deste estudo não se centrou no teste de hipóteses, o que se galgou foi a construção de um espaço dissertativo nutrido pela autopercepção dos extensionistas do PESEUFJF/GV frente às suas vivências experimentadas, destacando neste processo as interfaces entre pontos positivos (forças) e negativos (fragilidades).

Referente à coleta de dados, foi auxiliada pela utilização do “*Relatório de atividades do Projeto de Extensão Sala de Espera: Leishmaniose em foco*”, que, além de sua composição textual crítico-descritiva, traz em seus anexos a transcrição de áudios e arquivos fotográficos.

Por fim, a interpretação dos dados, onde se evidenciou a interdependência entre os pesquisadores e o objeto de estudo, afinal, o pesquisador é um ativo descobridor do significado das ações e das relações por ele vividas e percebidas (MINAYO, 1994)

Resultados e Discussão

Didaticamente, as atividades do PESE-UFJF/GV foram divididas em dois períodos complementares, um teórico (escuta/diagnóstico de necessidades) e outro prático (intervenção direcionada).

Em síntese, o ciclo teorizante referenda a capacitação da equipe extensionista, envolvendo neste processo a “Contextualização”, a “Pactualização do processo de trabalho” e a “Ambientalização dos envolvidos”.

Como ponto de partida, novembro e dezembro de 2015, coube aos coordenadores/docentes do PESE-UFJF/GV promoverem a “Contextualização” dos discentes selecionados frente aos seus futuros desafios práticos, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde na sala de espera da UAPS do bairro Esperança, GV-MG.

Deste ciclo teorizante se desprenderam quatro encontros, que totalizaram oito horas (Dias 01 e 02 – 20/11 e 27/11/2015 – 04 horas – Promoção e prevenção em saúde nos ambientes de espera: potencialidades e desafios; Dias 03 e 04 – 04/12 e 11/12/2015 – 04 horas - Planejamento estratégico situacional: a dinamização de atividades educativo-preventivas em salas de espera).

Neste íterim, merece destaque as técnicas de mediação, que se deram por diferentes estratégias problematizadoras de ensino, destacando aulas expositivas, leitura crítica de artigos científicos, grupos de discussão e oficina para construção de materiais didáticos para educação em saúde.

Sobre o retratado, pode-se deduzir uma ampliação no olhar dos discentes junto às complexidades histórico-existenciais nos polissêmicos ambientes de espera, reconhecendo neles um intrincado cenário de práticas e representações em saúde.

Inferência que se faz presente em diversos estudos (ALMEIDA, ANDRADE, ZACARON, 2016; VALENTE et al., 2015; ZAMBENEDETTI, 2012) e que se clareia ainda mais no dito por Teixeira e Veloso (2006), p.322,

“Nesse território ocorrem interações, nem sempre harmônicas, entre o saber oficial em saúde e o popular, nas quais as pessoas expressam suas subjetivações, formas de ser e maneira de se cuidarem. Quando entramos nesse cenário, com propósito educativo, identificamos as transversalidades entre as

expressões psicossociais das pessoas e linguagem técnica e científica”.

Posteriormente, em 08/01/2016, aconteceu a reunião para a “*Pactualização do processo de trabalho*”, bem como a estruturação da equipe extensionista. Nesta enseada, o pacto se fez pelo alinhamento entre as demandas do ensino (montar equipes interprofissionais e conciliar atividades extensionistas junto aos conflituosos horários acadêmicos), do serviço (as atividades nos ambientes de espera da UAPS-Esperança deveriam atender as demandas temáticas propostas pela sua equipe dirigente e poderão acontecer de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 8:00 horas) e da comunidade (atingir uma maior cobertura populacional e levar informações contextualizadas e direcionadas para a heterogeneidade dos usuários). Dentro desta lógica, alinhando as referidas necessidades, foram designadas três frentes de trabalho, a serem atuantes, respectivamente, nas terças (Grupo I/G1), quartas (Grupo II/G2) e sextas-feiras (Grupo III/G3), das 7:00 às 8:00 horas.

Por fim, a “*Ambientalização dos envolvidos*”, onde cada grupo teve uma visita agendada (12/01/2016-G1, 13/01-G2 e 15/01-G3, às 7:00 horas) e assistida (designado um profissional da unidade) na UAPS-Esperança, fazendo reconhecimento do seu espaço físico, dos serviços ofertados, dos recursos humanos que a compõem, da sua cobertura populacional, bem como da caracterização de seus usuários em horário de espera.

Encerrado o módulo teórico, partiu-se para a prática. Contudo, na transição destes períodos, a equipe coordenadora/docente do projeto se via diante de um grande desafio: o de prover um modelo extensionista que extrapolasse o “*fazer*”, que também alcançasse “*o pensar*” e o “*refletir*”. Afinal, extensão se estreita com a relação “*ensinar/aprender a fazer*”.

Defronte à situação, o PESE-UFJF/GV se viu afinado às idealizações dos trabalhos de Almeida, Pereira e Oliveira (2016) e Almeida, Pereira e Bara (2009), que materializaram o instrumento “*TPC*” (Figura 1). Segundo os autores, p. 746,

“O instrumento apresentado [...] se desenvolve em três etapas: Teorizando (“o pensar”), Praticando (“o fazer”) e Criticando (“o refletir”), sendo por isso denominado TPC. Sistemáticamente, as etapas se complementam, trazendo em seu bojo conceitual a relação entre planejamento estratégico com a eficácia, eficiência e efetividade de ações de educação em saúde”.



Figura 1: Planejamento Estratégico: "Educação em Saúde na Extensão Universitária" (Almeida, Pereira, Oliveira, p.746, 2016)

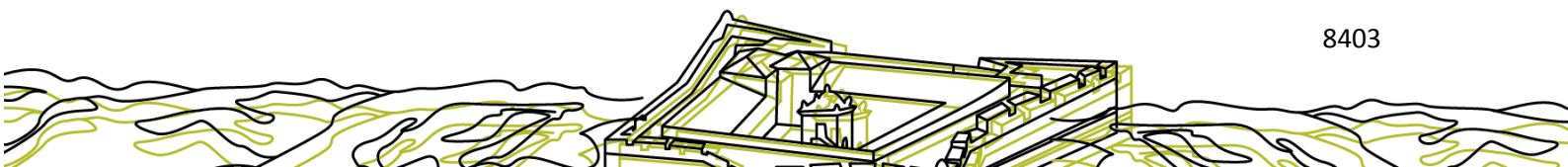
Aqui, tornam-se mister as considerações de Almeida, Pereira e Bara (2009). De acordo com os estudiosos, p. 129, o "TPC", não se consagra como uma "fórmula mágica para se fazer extensão", pelo contrário, a ferramenta apenas retrata a rica lógica do "ensinar a fazer contextualizado". Além, conforme os mesmos autores, o verdadeiro intuito do instrumento se efetiva na redução do persistente hiato entre teoria e prática, que, consecutivamente, se choca no necessário e desafiante alinhamento dos tempos de trabalho entre serviço e academia.

A partir de então, interfaceando o instrumento "TPC" com a demanda prática do projeto, sequenciaram-se três etapas: 1. Teorizando/"O pensar" (de 27/06 a 29/07/2016), 2. Praticando/"O fazer" (de 05/08 a 14/09/2016) e 3. Criticando/"O refletir" (de 23/09 a 16/12/2016).

Tudo se iniciou com a "Identificação dos problemas". Assim, em 27/06/2016, em reunião com os enfermeiros gestores da UAPS assistida, pactualizou-se a temática "Leishmaniose". A relevância de se discutir o tema enunciado encontra respaldo na literatura científica, afinal a leishmaniose é descrita como uma das seis endemias prioritárias no mundo, além de, a partir de ano de 2008, ter deixado de ser silenciosa na cidade de Governador Valadares, MG (CASTRO et al., 2016; MAIA-ELKHOURY et al., 2008).

Neste mesmo dia, ainda orientados pelo serviço, abarcados pela temática, definiram-se três ações: 1. Sala de espera; 2. Capacitação de ACS; 3. Visitas domiciliares (atividade em campo).

De acordo com Almeida, Pereira e Oliveira (2016), apesar de sua importância, esta etapa de escuta é normalmente burlada por projetos de extensão, conseqüentemente,



gerando um modelo de trabalho vertical-paternalista, assistencialista e, principalmente, descontextualizado do controle social.

Em sequência, a *“Interiorização acadêmica”*. Cientes de sua demanda, a coordenação docente do PESE-UFJF/GV solicitou aos extensionistas uma coleta crítica e reflexiva de informações sobre *“Leishmaniose”*. Neste ensejo, para melhor orientar os discentes, forneceu-se um questionário direcionador, sendo ele constituído por três questões (1. *“O que é?”*; 2. *“Como percebo no meu corpo/espço?”*; 3. *“Como prevenir/tratar?”*).

Esta etapa se encerrou em 08/07/2016, onde os acadêmicos apresentaram os conteúdos levantados, que, após ampla discussão, foram consensualmente alinhados pela pluralidade profissional do projeto. No fim deste encontro, a fim de instigar a construção do *“Plano de ação”*, levantou-se uma inquietação: *“Como levar as informações discutidas para o cenário prático?”*.

Assim, em 15/07/2016, permeados pela interpelação, em confronto com as demandas designadas pelo serviço, dentro das prerrogativas preconizadas pela metodologia *“Brainstorming”* (BRAIA, CURRAL, GOMES, 2014; NÓBREGA, LOPES NETO, SANTOS,

1997; OSBORN, 1987), a equipe do PESE-UFJF/GV bosquejou três ações, sendo elas: 1.

“Leishmaniose” na Sala de espera: empoderamento do usuário; 2. *“Leishmaniose”* em vigilância: análise do autoconhecimento do Agente Comunitário de Saúde (Roda de Conversa/Enfoque Teórico); 3. *“Leishmaniose”* em vigilância: análise da autopercepção do ACS (Visitas domiciliares/Enfoque Prático).

Contudo, até a aprovação do *“Plano de ação”*, demandaram-se mais dois encontros, 22 e 29/07/2016. Neste delineamento, proposto na metodologia *“TPC”*, foi utilizado um questionário direcionador composto por oito questões: *“O quê?”*, *“Quem?”*, *“Onde?”*,

“Quando?”, *“Como?”*, *“Quanto custa?”*, *“Por quê?”* e *“Como avaliar?”* (ALMEIDA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2016).

Até aqui, pode-se afirmar que a lógica de trabalho se encorpa ao firmado por Freire (1983), p. 27, *“A prática, por sua vez, ganha uma significação nova ao ser iluminada por uma teoria da qual o sujeito que atua se apropria lucidamente”*.

Seguindo, partiu-se para a segunda etapa, *“Praticando/O fazer”*, que, didaticamente dividida em duas partes (*“Treinamento”* e *“Desenvolvimento”*), traz em seu bojo a experimentação, de forma gradual e direcionada, do *“Plano de ação”*.

O “*Treinamento*” aconteceu no 05/08/2016, onde, sob orientação da coordenação docente, os discentes apresentaram e, desde que necessário, alinharam, todas as atividades programadas.

Este momento encontra respaldo ao dito por Almeida e Oliveira Júnior (2009), p. 64,

“treinar não é eximir-se do erro, pelo contrário, no treino, através da mimetização de uma realidade, vislumbra-se capacitar uma equipe em prover estratégias secundárias para se contornar os tão diversos e frequentes obstáculos da vida real”.

Previamente treinados, os membros do PESE-UFJF/GV partiram para o

“*Desenvolvimento*” de sua primeira atividade (1. “*Leishmaniose*” na Sala de espera: empoderamento do usuário). Com uma cobertura diária média de 35 usuários, a prática deu-se em três encontros (Terça-feira/G1 – 09/08/2016; Quarta-feira/G2 – 11/08/2016; Sexta-feira/G3 – 12/08/2016), ocorrendo dentro do horário previsto, das 7:00 às 8:00 horas.

Em prática, a atividade na sala de espera se iniciou com uma palestra, apoiada em materiais didáticos impressos. Quanto ao conteúdo, a discussão sobre a “*Leishmaniose*” foi direcionada por 04 pontos-chaves: 1. Classificação (Visceral, Cutânea e Mucocutânea); 2. Transmissibilidade (Vetores); 3. Progressão da doença (Sinais e Sintomas); 4. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção. Continuando, no intento de avaliar a apreensão do explanado, bem como em potencializar um melhor entendimento acerca do assunto, foi aplicada uma dinâmica (“*Verdadeiro/V*” ou “*Falso/F*”). Para tal, foram distribuídas para aos usuários em espera duas placas, uma verde (“*V*”) e outra vermelha (“*F*”). Tão logo, foram colocadas em questão algumas assertivas, cabendo aos presentes analisá-las quanto à sua veracidade. Deste modo, no decorrer da lúdica atividade, além de os acertos serem reforçados e mensurados (aproximadamente 96,0%), intervinha-se na solutividade de dúvidas, bem como na correção dos posicionamentos incorretos (Figura 02).

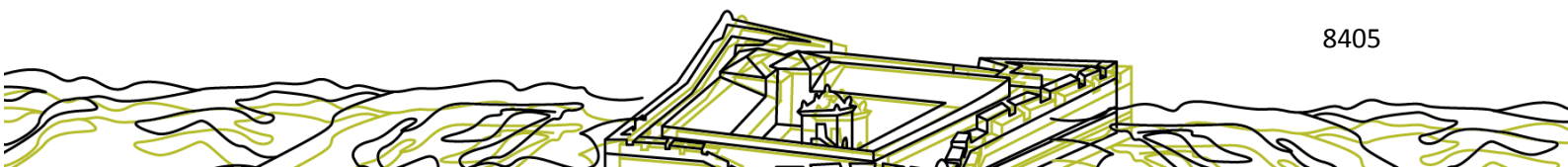


Figura 2: “Leishmaniose” na Sala de espera: empoderamento do usuário (PESE-UFJF/GV, 2016)

Dando continuidade ao “Desenvolvimento” do “Plano de ação”, segue a descrição da segunda atividade (“Leishmaniose” em vigilância: análise do autoconhecimento do Agente Comunitário de Saúde - Roda de Conversa/Enfoque Teórico). No dia 26/08/2016, a partir das 13:30h, na UAPS-Esperança, iniciou-se o processo de capacitação. Através de um “batepapo”, além de reiterar as informações trabalhadas na atividade anterior, discutiu-se com os

ACS o seu papel ativo na sinalização da presença, bem como dos desdobramentos, da “Leishmaniose” junto à população coberta pela sua área de atuação.

Na finalidade de colocar em prática os conteúdos abordados na Roda de Conversa, emergiu a terceira e última atividade (3. “Leishmaniose” em vigilância: análise da autopercepção do ACS - Visitas domiciliares/Enfoque Prático). Sob à luz da busca ativa, os extensionistas acompanharam 04 visitas domiciliares (06/09, 08/09, 09/09 e 14/09/2016). Durante o percurso, o grupo foi direcionado a inspecionar algumas residências sob risco. Nas casas, os moradores foram conscientizados do seu papel ativo na prevenção, bem como no controle, da “Leishmaniose”.

Enfim, é chegada a hora de confrontar as expectativas traçadas pelo “Plano de ação” com os resultados alcançados durante seu “Desenvolvimento”. Uma demanda a ser verificada na terceira e última fase do “TPC”, Criticando/”O refletir”, que se inicia pela “Avaliação” das atividades desenvolvidas e se encerra com a construção do “Relato de Experiência”.

Não obstante, no dia 23/09/2016, intermediado pelos docentes coordenadores, coube à equipe discente fazer uma análise crítica e reflexiva de suas experiências. Para melhor orientar as reflexões dos extensionistas, este momento contou com duas questões indutoras (1. “Confrontando o planejado com o executado, como você classificaria as três atividades desenvolvidas? Por quê?” / Escores: positiva, negativa ou inconclusiva; 2. “Quais os pontos positivos e negativos percebidos durante todo o processo?”).

No contexto do primeiro questionamento, quando interpelados, os discentes extensionistas foram individualmente ouvidos e, em grupo, caracterizaram, de forma argumentativa, as três atividades desenvolvidas como “positivas”.

Da primeira ação (1. “*Leishmaniose*” na Sala de espera: empoderamento do usuário), a equipe do PESE-UFJF/GV evidenciou que os mecanismos utilizados para transmitir as informações planejadas foram bem aceitos pelos pacientes e, até mesmo, pelos profissionais ali presentes. Da atividade lúdica, percebeu-se seu papel ativo na intensificação do despertar da atenção e na participação dos espectadores, portanto, se consagrando como instrumento efetivo no reforço e na mensuração da apreensão dos conteúdos teóricos abarcados na sala de espera. Para encerrar, quanto ao material didático produzido pela equipe extensionista, além de afixado no quadro de aviso da UAPS (“*Cantinho da UFJF-GV*”), foi direcionado aos ACS da unidade, desta forma, as informações ali contidas ficam livres para carreamento, sejam para usuários em diferentes momentos de espera, bem como no decorrer de visitas domiciliares.

Quanto à segunda atividade (2. “*Leishmaniose*” em vigilância: análise do autoconhecimento do Agente Comunitário de Saúde - Roda de Conversa/Enfoque Teórico), constatou-se o potencial de conhecimento dos ACS’s, pois, além de atestarem domínio nos pontos de discussão (1.Classificação; 2.Transmissibilidade; 3.Progressão da doença; 4. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção), demonstraram, através de exemplos de suas práticas diárias, a aplicação dos conhecimentos discutidos. A atividade se encerrou com a actualização das “*visitas domiciliares acompanhadas*”, no intento de os ACS’s direcionarem os discentes extensionistas a um aprendizado contextualizado, ou seja, confrontando a teoria com a prática.

No que concerne a terceira atividade (3. “*Leishmaniose*” em vigilância: análise da autopercepção do ACS - Visitas domiciliares/Enfoque Prático), em síntese, este momento representou a inserção dos acadêmicos do PESE-UFJF/GV na realidade dos usuários da UAPS do bairro Esperança. Esta afirmativa fica na transcrição dos argumentos dos discentes:

“Esta ação permitiu que nos inseríssemos verdadeiramente na realidade vivenciada pela população dos bairros atendidos pela UAPS, pois até então só havíamos realizado palestras na sala de espera, o que não nos permitia entender a realidade daquelas pessoas que estavam sentadas ali”.

“Andando pelas ruas dos bairros pudemos observar e entender melhor os fatores de risco, e, através das visitas domiciliares, pudemos sentir a receptividade e atenção daquelas pessoas para conosco, onde prestavam muita atenção nas informações

que passávamos, tiravam dúvidas e também complementavam com os conhecimentos que já possuíam acerca do tema”.

“Foi a melhor experiência no Projeto de Extensão, pois nos trouxe um retorno bastante positivo, tanto no sentido de enxergar como nosso projeto estava tendo um impacto naquela região (porque muitos já haviam presenciado nossas ações na UAPS, e outros já haviam ouvido falar do que estávamos realizando lá), quanto pela experiência e consciência que criamos com esta ação (onde pudemos aprender com aquelas pessoas que nos recebiam em suas casas e com a ACS que nos acompanhava, assim como pudemos nos sensibilizar com a vida do outro e criar consciência de que o ser humano vai muito além do que estávamos realizando ali (ele nos acolhe, nos respeita, nos oferece um café e quer dialogar além do que havíamos planejado, ele quer saber da nossa vida e quer nos contar da dele)”.

Continuando, direcionados pelo segundo questionamento (2. *“Quais os pontos positivos e negativos percebidos durante todo o processo?”*), foram concretizadas as forças e fragilidades no desenrolar das ações temáticas (*“Leishmaniose”*).

“Escutamos o serviço”, “Usuários receptivos e interessados”, “Formação profissional”, “Planejamento adequado das atividades”, “Presença dos professores durante o desenvolvimento das ações”, “Profissionais das UAPS interessados” e “Equipe multiprofissional” foram os pontos positivos relatados pelos acadêmicos.

Contraponto, no tocante aos negativos, os extensionistas destacaram *“a dificuldade em avaliar as atividades”, “Alinhar os horários de aula com as atividades de extensão” e “a falta de identificação da instituição junto à comunidade - muitas pessoas não sabiam o que era UFJF-GV”*.

Indo além, ponderando as reflexões supradescritas, consensualmente, o grupo extensionista dedicou o êxito das atividades desenvolvidas pelo projeto não apenas aos seus acertos, pelo contrário, reconheceram nos erros um papel fundamental para um aprendizado mais coerente com a realidade.

Reflexões que encontraram suporte em diversos estudos, que consagram a sala de espera como um território dinâmico e fértil para a implantação de ações educativas.

Nesta lógica, estes espaços podem contribuir significativamente para a promoção da saúde, prevenção de agravos e encaminhamento para outras atividades, portanto, encorpendo e otimizando ainda mais o papel da atenção primária junto aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde, SUS (ALMEIDA, ANDRADE, ZACARON, 2016; VALENTE et al., 2015; SILVA et al., 2013; ZAMBENEDETTI, 2012; PIMENTEL, BARBOSA, CHAGAS, 2011; ROSA, BARTH, GERMANI, 2011; TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Enfim, o desenvolvimento do projeto se encerrou com a construção do “*Relato de*

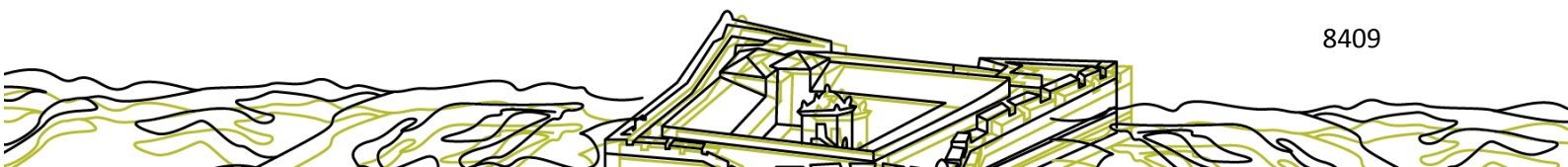
Experiência”, período que se estendeu até o dia 16/12/2016. Afinal, corroborando com Almeida, Pereira e Oliveira (2016), p.747, “*é fundamental que as experimentações extensionistas sejam compartilhadas, reconhecendo-se na publicação científica um dos mais importantes instrumentos de divulgação. Entre as diversas metodologias, destaca-se o relato de experiência, ressaltando que sua construção não deve ser direcionada apenas aos acertos, ou seja, deve-se oferecer espaço também para discutir erros e fragilidades, já que uma equipe aprende com os acertos e se transforma com os erros*”.

Conclusão/Considerações Finais

Baseando-se nas descritas experimentações vivenciadas pelo Projeto de Extensão Sala de Espera do Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF/GV, PESE-UFJF/GV, algumas conquistas merecem destaque, evidenciando:

- a ampliação das ações extensionistas da UFJF-GV, na cidade de Governador Valadares (MG), voltadas a atender às demandas da sociedade local;
- a percepção do fundamental papel da extensão na formação profissional, espaço este onde se socializa com a comunidade o aprendizado (ensino) e com a academia a experiência (pesquisa);
- a efetividade do instrumento “TPC” na dinamização das atividades extensionistas programadas;
- a sensibilização dos usuários, tanto em espera, quanto nas visitas domiciliares, frente ao entendimento e reconhecimento do seu papel como disseminadores de informações e, principalmente, da sua importância no controle ativo da “Leishmaniose”;
- a valorização da divulgação das vivências extensionistas nos espaços científicos.

Assim, não para concluir e sim para desafiar, acredita-se que este relato reforça o fundamental papel da extensão universitária para uma formação acadêmica mais contextualizada, de fato, às práticas profissionais voltadas para a solutividade das



aflições da população brasileira. Afinal, extensão é isso, inserir vida no ensino superior, é dinamizar espaços em prol da almejada coletividade.

Referências

ALMEIDA, L.E.; ANDRADE, L.M.D.; ZACARON, K.A.M. Sala de espera em extensão: percursos para a implantação e consolidação de um projeto multiprofissional. **Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC**, 3(4): 124-127, 2016.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; OLIVEIRA, V. Governador Valadares (MG) em Extensão: Interfaces para a Dinamização e Instrumentalização do Cenário Extensionista em um Campus recém-Implantado. **Revista Brasileira de Educação Médica, RBEM**, 40(4): 743-750, 2016.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; BARA, E.F. **Projeto de Extensão Sabiá: a introdução de uma prática integralizadora no ensino odontológico**. In: Almeida, Luiz Eduardo de (organizador). Pró-Saúde: Ensino, Pesquisa e Extensão. Juiz de Fora: Editar Editora Associada Ltda, 2009, pp.: 126-164.

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, G.I. **Sistema de Execução do Projeto**. In: Pró-Saúde: Ensino, Pesquisa e Extensão – Almeida, L.E. et al. Juiz de Fora: Editar Juiz de Fora, 2009. pp.: 63-86.

BELL, J. Projeto de Pesquisa: **Guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

BRAIA, F.; CURRAL, L.; GOMES, C. Criatividade em contexto organizacional: o impacto de recompensas extrínsecas e do feedback negativo no desempenho criativo. **Revista Psicologia**, 28(2): 45-62, 2014.

CASTRO, J.M.; SILVA, S.T.P.; RODRIGUES, S.; BORJA-CABRERA, G.P. Leishmaniose visceral humana: entraves da gestão territorial nas políticas públicas no combate ao agravo.

Anais: XVII Seminário sobre a Economia Mineira, 4(-): 510-527, 2016.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

FREIRE P. **Extensão ou comunicação?**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1983.

MAIA-ELKHOURY, A.N.S.; ALVES, W.A.; SOUSA-GOMES, M.L.; SENA, J.M.; LUNA, E.A. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. **Cad. Saúde Pública**, 24(12): 2941-2947, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade / Deslandes, Suely Ferreira (organizadora). Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994. pp.: 09-29.

NÓBREGA, M.M.; LOPES NETO, D.; SANTOS, S.R. Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, 50(2): 247-256, 1997.

PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 15(38): 741-754, 2011.

ROSA, J.; BARTH, P.O.; GERMANI, A.R.M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva**, 35(129): 121-130, 2011.

SILVA, G.G.S.; PEREIRA, E.R.; OLIVEIRA, J.O.; KODATO, Y.M. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(4): 1000-1013, 2013.
TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm**, 15(2): 320-325, 2006.

VALENTE, M.A.S.; ANDRADE, A.G.; ALCÂNTARA, P.G.; SILVA, P.S.A. O que te espera na Sala de Espera: educação em saúde em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Governador Valadares (MG). **Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC**, 1(3): 137-141, 2015.



CONSULTA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO COLETIVO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Área Temática: Saúde

Júlia Silva Fonseca dos Anjos¹; Franciely Medeiros dos Santos¹; Paulo Wendel Fonseca¹; Sarah Rebeca Bezerra Silva¹; Amanda Nicoli Vital de Oliveira¹; Juliana Raquel Duarte da Silva Camilo¹; Isabel Pires Barra¹; Gisele de Oliveira Mourão Holanda¹; Maria Alzira Rego Pinheiro¹; Ana Elza Oliveira de Mendonça².

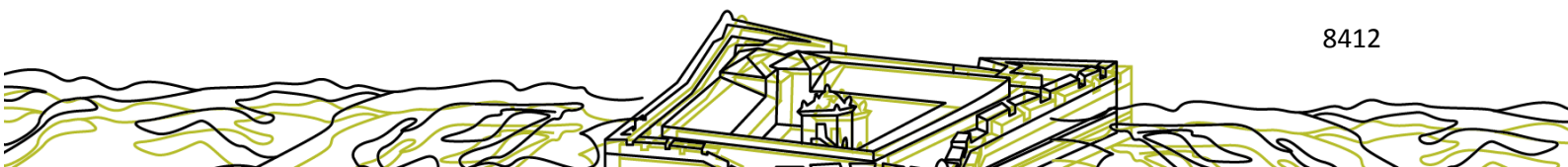
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

O acompanhamento da criança menor de cinco é um dos principais eixos assistências promovido pela Estratégia Saúde da Família na atenção básica. Dentro dessas ações desenvolvidas discorre a atenção voltada ao planejamento e a realização das atividades com foco na saúde da criança articulado ao contexto familiar. Sendo assim, a assistência coletivo tem como objetivo promover maior envolvimento do cuidador no processo do crescimento e desenvolvimento da criança. O presente estudo tem como propósito relatar as experiências vivenciadas durante a realização da consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança. Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma unidade de Saúde da Família em Natal/RN. As atividades foram planejadas enquanto intervenção proposta na disciplina Sociedade e Cidadania (SACI) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que tinha como propósito reativar o projeto do Crescimento e Desenvolvimento Coletivo por meio da supervisão dos preceptores da disciplina e demais profissionais da saúde envolvidos no projeto. As atividades realizadas envolveram a participação de cinco mães e dois pais, sendo acompanhados de seus bebês menores de dois meses de idade, além dos profissionais da unidade. Dentre as metodologias utilizadas, destacaram-se as rodas de conversa com o objetivo de compartilhar informações e saberes através da troca de experiências

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, estudantes de Graduação.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, professora do curso de graduação em enfermagem (UFRN).



coletivamente. Foram discutidas temáticas importantes para a saúde do recém-nascido, relacionadas à introdução alimentar, cuidados de higiene oral e corporal, vacinação, caderneta da criança e cartão SUS. A participação na aplicação desse projeto contribui para construção de um modelo de formação voltado a atenção da assistência da saúde dos recém-nascidos, e não apenas na promoção da saúde, permitindo a continuidade do cuidado através da educação em saúde dos pais e responsáveis, fazendo da roda de conversa a produção de uma ciência.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Crescimento e Desenvolvimento; Promoção da Saúde; Educação Continuada.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da criança menor de cinco anos é um dos principais eixos de ações desenvolvidas pelas Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção primária à saúde (APS), tendo em vista a prevenção de doenças e a redução dos índices mortalidade infantil. E por meio desse acompanhamento visa-se melhorar a qualidade de vida desses pacientes. (GURGEL, 2014).

Segundo Vasquez, Dumith e Susin (2015), afirmam que atualmente o Brasil tem apresentado investimentos nos preceitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fortalecendo os princípios do sistema único de saúde (SUS). Nesse contexto, o antigo modelo assistencial baseado nos padrões do modelo biomédico, centrado apenas na doença do paciente, vem sendo substituído pela ESF na tentativa de construir uma nova realidade nesse âmbito.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2011), que estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção Básica, atribui a estratégia de saúde da família (ESF) como um sistematizador da atenção básica fundamentado nos princípios que regem o SUS. Para Brito et al. (2018), esse modelo voltado a assistência é fundamental na abordagem do processo de adoecimento dos pacientes de maneira individualizada através da interação familiar e social.

Dentro das ações desenvolvidas pela ESF para promoção da saúde infantil discorre a atenção voltada ao planejamento e a realização das atividades com foco na saúde da criança articulado ao contexto familiar, tendo em vista suas necessidades e vulnerabilidades. De acordo Santos et al. (2018), afirma que as ações e práticas do cuidado à criança na busca de uma atenção integral realizadas no contexto brasileiro são voltadas para maioria dos modelos de APS, que inclui unidade de saúde da família (USF), unidade básicas de saúde (UBS) e as UBS mistas.

Diante desse cenário, há necessidade trabalhar o autocuidado e valorização desses pacientes por meio da interação dos profissionais e familiares/ cuidadores. Sendo possível com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de forma coletiva. Uma vez que esse acompanhamento tem como objetivo comum profissional-paciente, o incentivo da participação familiar no acompanhamento infantil. Esse estímulo permite um maior envolvimento de informações sobre os cuidados que devem ser realizados durante o crescimento e os problemas de saúde que a criança poderá desenvolver, e com isso prevenir o agravamento de doenças, caso presente (GURGEL; TOURINHO; MONTEIRO, 2014; BRASIL, 2012).

Tal forma, o acompanhamento coletivo tem como objetivo promover maior envolvimento do cuidador, através de incentivos ao modo de agir durante o processo assistencial, como realizar medidas e tamanhos das crianças, e sendo capacitado de reconhecer os eixos primordiais no desenvolvimento em relação a estrutura física, mental e social. A equipe assistencial da atenção básica de acordo com os princípios da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) deve “desenvolver ações que apresentem foco nos grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2011).

Com intuito de auxiliar esse processo do crescimento e desenvolvimento da criança, o Ministério da Saúde instituiu o caderno de atenção básica à saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, que tem como propósito norteador a descrição de ações básicas realizadas na saúde com público alvo infantil. Uma vez que esse caderno fornece suporte necessário para avaliar o estado de saúde e reduzir os índices de morbidade (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, tem em vista a importância da implementação do acompanhamento coletivo na estratégia saúde da família, o objetivo do presente estudo foi relatar as experiências vivenciadas durante a realização da consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a implementação do Crescimento e Desenvolvimento (CD) Coletivo das crianças atendidas na Unidade de Saúde da Família (USF) Nazaré, no município de Natal/RN. O projeto foi desenvolvido na atividade de intervenção da disciplina SACI, presente na grade curricular de cursos da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do

Norte (UFRN), com intuito de orientar os pais e responsáveis de recém-nascidos quanto aos cuidados de saúde adequados durante seu desenvolvimento. O grupo era composto por discentes dos cursos de graduação de Enfermagem, Odontologia e Medicina.

As atividades realizadas no projeto de intervenção envolveram a participação de cinco mães e dois pais, sendo acompanhados de seus bebês menores de dois meses de idade, que foram convidadas a participar do projeto através de convite verbal por meio dos agentes de saúde e panfletos pequenos e objetivos, com hora, data, local, e título do projeto convidando os responsáveis à participarem. Além disso, contou com a colaboração de duas enfermeiras, uma residente, três profissionais da unidade de saúde e os alunos da disciplina.

Em dezembro de 2017, ocorreu a reativação do projeto na própria USF de Nazaré, no espaço destinados a reuniões da unidade. Como proposta de desenvolvimento das ações foram utilizadas rodas de conversas, com o objetivo de compartilhar informações e saberes sobre o Crescimento e Desenvolvimento Coletivo. Tais discussões apresentavam eixos transversais sobre o respeito e as experiências profissionais e pessoais em um contexto interdisciplinar.

De acordo com a ideologia de Paulo Freire (FREIRE, 1987), não se deve através do diálogo problematizador se apresentar auto-suficiente, mas sim humilde e passivo de descobrir o novo a partir da experiência do outro. Nesses ideais foram baseadas as discussões no acompanhamento coletivo, tendo como propósito, por exemplo, a educação problematizadora através da dialogicidade.

Durante o desenvolvimento do projeto, foram discutidas temáticas inerentes à saúde do recém-nascido, relacionadas à introdução alimentar, cuidados de higiene oral e corporal, além de estar programado os esclarecimentos de dúvidas dos participantes sobre vacinação e caderneta da criança e cartão SUS. Em seguida, ocorreu demonstração da massagem *Shantala*, voltada para os recém-nascidos, que visa proporcionar relaxamento e tranquilidade, tendo ao final a realização de um *coffee break*. Para analisar a aceitação dos participantes, foi observada a satisfação ou insatisfação dos usuários e profissionais com relação ao ambiente e demais contextos, durante a ação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os momentos de conversação entre os usuários e profissionais de saúde são essenciais, não só no processo de coleta de informações de diversos âmbitos da vida do paciente, mas também permite ao profissional e usuário construção de um vínculo e intervenção efetiva pela troca de informações. Tal vínculo como ferramenta do cuidado seria

inviável se não fosse pela relação de acolhimento que se propõe nas redes de atenção, de forma humanizada (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Por meio destas discussões, com temáticas pertinentes na vivência dos usuários, a roda de conversa do projeto de intervenção do CD Coletivo foi voltada principalmente à escuta dos anseios e dúvidas dos cuidadores com relação ao crescimento e desenvolvimento das crianças. Para isso, a equipe como um todo se preocupou em proporcionar um ambiente confortável para profissionais e usuários, climatizado, onde em forma de círculo as cadeiras foram dispostas, estando um tapete colorido ao centro para a dinâmica que seria realizada ao final com os recém-nascidos presentes no encontro.

Os temas a serem expostos na roda de conversa do projeto de intervenção foram escolhidos em reunião prévia, com a presença dos alunos de graduação, dos preceptores da disciplina e contando com alguns dos profissionais da unidade. Nessa reunião, analisamos temas de dúvidas recorrentes e que poderiam ser discutidos em todas as áreas da saúde ali presentes, sendo escolhidos enfoques na amamentação, higienização corporal e oral, sono do bebê, além de verificar possíveis dúvidas quanto à caderneta da criança e de vacinação.

A proposta de enfoque na saúde do recém-nascido (RN), através de projetos como este e de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, é um fator de extrema importância que auxilia na diminuição dos casos de morbidade no primeiro ano de vida, que pode gerar consequências para o resto do desenvolvimento da criança, ou até mesmo levar ao óbito. Dentre as causas de mortalidade em menores de cinco anos de idade no ano de 2015, a asfixia e trauma, as doenças diarreicas e desnutrição se encontravam entre as dez afecções mais recorrentes (FRANÇA et al., 2017). Segundo o Ministério da Saúde as mortes por desnutrição, pneumonia e doenças diarreicas poderiam ser evitadas através de políticas preventivas, como por exemplo a sanitária, para a última situação (BRASIL, 2011).

No dia da intervenção, em primeiro momento os alunos de graduação dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina que formavam o Programa de Orientação Tutorial Integrado para o Trabalho em Saúde (POTI) acolheram os convidados, que iniciava o estabelecimento de vínculos. Ao iniciar a roda de conversa, trabalhávamos a escuta das dúvidas dos pais/cuidadores, incentivando-os com uma temática para desenvolver os questionamentos. Primeiramente perguntamos aos convidados se já tinham realizado nos recém-nascidos os testes de orelhinha, olho e pezinho, se os cartões de vacina estavam em dia e foram dadas instruções rápidas sobre os testes e a caderneta infantil,

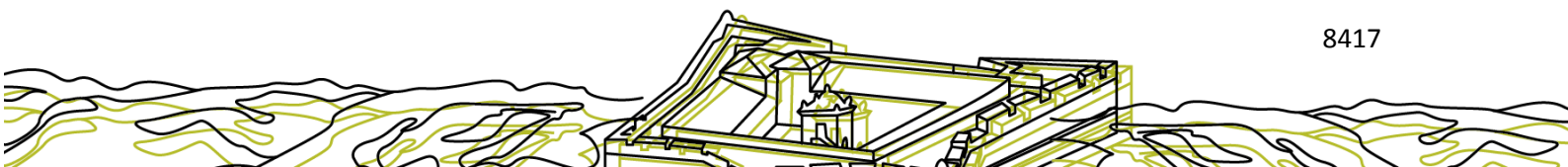
importantes para viabilizar o cuidado contínuo nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o acompanhamento coletivo, a primeira discussão temática foi amamentação. As enfermeiras seguiram a discussão e contribuíram para formação do conhecimento. Foi citada a importância da amamentação e suas vantagens nos primeiros seis meses de idade tanto para o lactente, quanto para a mãe. A amamentação auxilia no amadurecimento do sistema imunológico do recém-nascido, na digestão, na nutrição e contribui para o aprofundamento do contato entre mãe e filho. Enquanto isso proporciona para a mãe maior taxa de redução de peso, controle hormonal que auxilia no retorno do útero ao seu tamanho normal, reduz o risco de doenças como câncer e diabetes, além de estimular com a demanda hormonal ao desenvolvimento de um método contraceptivo natural, como questionado pelas mães na roda de conversa (BRASIL, 2013).

Uma das discussões relacionadas a esse tema amplo, se tratava da dificuldade ou facilidade que as mães relataram dos bebês “pegarem” o peito e da quantidade de mamadas por horas, tendo elas o receio de que estivesse faminto ou se alimentando excessivamente. Por meio do conhecimento científico, as enfermeiras em conjunto com algumas alunas da graduação de enfermagem informaram ser comum a variação entre recém-nascidos na lactação, mas que cada um tinha ingerido o essencial para o seu desenvolvimento, visto que seus peso e estatura estavam dentro dos parâmetros de crescimento para a idade. Contudo, alertaram para o uso do peito da mãe como acalento ou “chupeta”, sendo necessário evitar esse costume para não lesionar o seio materno.

Vale ressaltar o constante questionamento dos cuidadores ou parentes nos espaços de discussões temáticas quanto à aptidão do leite materno em fornecer nutrientes suficientes para o bebê, influenciando na escolha da amamentação como principal ou não até os 6 meses. Parte desse questionamento se dá pelo colostro, que é a porção gordurosa e mais nutritiva para o desenvolvimento inicial do recém-nascido, mas que acaba sendo subjugado por sua aparência “fraca” comparada a demais leites, classificado como insuficiente por algumas suposições do saber comum (OLIVEIRA; AVI, 2017).

Com relação à posição de amamentação, que facilite à sucção, foi instruído no Crescimento e Desenvolvimento Coletivo que o pescoço do bebê esteja ereto ou um pouco curvado para trás, com o corpo voltado para à mãe e sua barriga encostada na da mesma, a boca do bebê deve estar bem aberta e com o queixo tocando na mama. Para



facilitar a “pegada”, houve a recomendação que à mãe segurasse o mamilo com os dedos indicador e médio em forma de V e colocando em direção à boca da criança, tornando à sucção mais fácil para à mesma.

Além das vantagens descritas, a amamentação auxilia no desenvolvimento da face e da dentição, explanado também pelo preceptor do grupo e odontólogo, que aproveitou para enfatizar aos pais a prevenção de danos a arcada dentária e formação muscular e óssea das crianças, através do uso moderado ou ausência da chupeta durante o desenvolvimento na primeira infância (BRASIL, 2013).

Apesar de todos os benefícios da lactação, após os seis meses de idade a amamentação sem nenhum suporte nutricional muitas vezes não consegue suprir as necessidades do bebê, sendo essencial a alimentação complementar. Para isso, deve-se seguir uma rigorosidade, visto a exposição da criança a alimentos ou utensílios que possam estar contaminados, sendo essencial nessa transição o cuidado constante com a higiene, evitando riscos de doenças e agravos. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a alimentação complementar deve ser composta de tubérculos, leguminosas, frutas, carnes, verduras, legumes e carnes, de maneira que o bebê possa ingerir (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Informado aos responsáveis que em geral, os alimentos encontram-se cozidos e amassados, pela ausência do desenvolvimento dentário, mas que a alimentação complementar é indicada pelo estímulo ao desenvolvimento neuromotor. Vale ressaltar, como exposto aos cuidadores no projeto, a importância em permanecer administrando o leite materno mesmo depois dos 6 meses de idade com alimentação complementar, pois auxilia na manutenção do sistema imunológico e desenvolvimento da criança, sendo indicado até os 2 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

Além disso, apontou-se aos cuidadores a necessidade de observar as eliminações da criança de forma a ajudar os profissionais de saúde no acompanhamento das mesmas, questionando sobre as cólicas e de que forma poderiam ajudar a saná-las. Por meio dessa observação pudemos inserir um novo tema na roda de conversa: a higiene corporal e oral.

Dentro campo de higiene corporal, temos o próprio banho do recém-nascido que deve possuir todo cuidado com a região cefálica, evitando lesões por ser uma região ainda em formação, além da atenção às regiões genitais, sendo higienizadas com cuidado, muitas vezes pelo auxílio de algodão umedecido. Além disso, trabalhou-se no projeto de Crescimento e Desenvolvimento Coletivo o cuidado com a higiene do umbigo ou

cordão umbilical, e o popular auxílio de materiais para evitar que ocorra protrusão da região, quando na verdade é causada por uma hérnia umbilical, não sendo eficaz o uso de faixas, moedas ou botões. (GOMES et al., 2015).

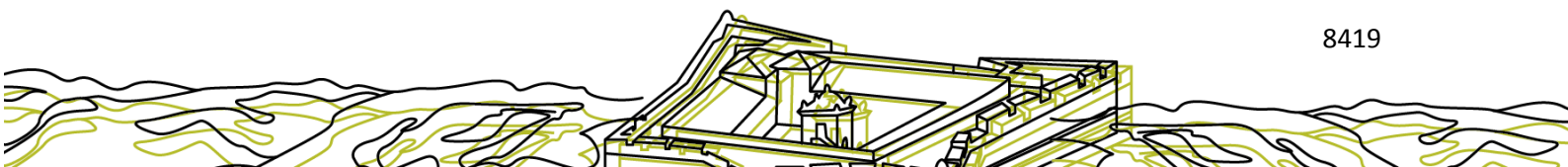
Por meio da equipe de odontologia, junto aos preceptores e alunos de graduação, foi trabalhada a importância do estímulo à higiene oral desde a amamentação. Segundo Gomes et al. (2015), esse estímulo, como exposto em roda de conversa, deve ser realizado com o uso de gaze e água filtrada, que permite o costume da criança com objetos de limpeza bucal, bem como a prevenção de doenças bucais, principalmente cárie dentária, na primeira infância.

Entre as discussões feitas durante o acompanhamento, um dos temas e técnicas demonstradas foi a da massagem *Shantala*, que é uma técnica indiana milenar de massagem em crianças, descoberta pelo médico obstetra francês Frédérick Leboyer em 1970. Ela estimula o equilíbrio fisiológico, que possibilita o resgate da carícia, maior interação, afetividade e vínculo, propiciando com isso, um crescimento biopsicossocial adequado da criança. A técnica pode ser utilizada na Atenção Primária à Saúde como prática integrativa, para qualificar a promoção do cuidado em puericultura, uma vez que não depende de recursos especiais e estimula o carinho e o amor pelo toque das mãos (FERREIRA et al., 2017).

A demonstração da técnica da *Shantala* foi realizada pela estagiária de fisioterapia da unidade com um boneco, visto que todos os bebês presentes estavam dormindo e as mães preferiram que os mesmos não fossem acordados. Então com uma boneca, a estagiária por meio de uma aula expositiva apresentou toda a técnica, na qual as mães receberam óleos de brinde para utilizarem durante a massagem domiciliar. A estagiária informou desde recomendações e contra-indicações como a alimentação pós-massagem, até o posicionamento do bebê, o sentido da massagem, sua importância, como anteriormente citada.

Logo após os convidados foram direcionados para uma confraternização no local, em que foi realizado um pequeno *coffee break* para a convivência dos que se fizeram ali presentes. Nesse momento foi possível a observação das impressões dos usuários e profissionais. Por meio dela, foi possível analisar a inserção dos profissionais da unidade e usuários na discussão do encontro, assim como o grau de satisfação dos mesmos na reativação do acompanhamento coletivo.

Foi notável a satisfação com os temas expostos bem como a participação dos usuários e profissionais nos diálogos problematizadores. Em alguns, a insatisfação se deu pela



pouca interação dos alunos de graduação na exposição de soluções ou questionamentos para as temáticas apresentadas. Foi exposto por ambos, usuários e profissionais de saúde, a satisfação quanto a clareza nas informações e no ambiente de realização da ação, sendo a prova disso a participação ativa dos mesmos na roda de conversa sobre suas vivências.

Como observado no momento da técnica de *Shantala*, maioria dos bebês estava em seu horário de cochilo, visto que a ação foi realizada no período da tarde. Dessa maneira, não foi adequada a escolha do horário de realização no período da tarde, além de ser necessária uma escolha mais específica de temas, já que nem todos foram abordados a fundo pela falta de tempo devido a extensão da roda de conversa para além do horário previsto, sendo solicitado que as temáticas faltantes fossem realocadas para as reuniões seguintes.

Esse momento de análise é de grande importância, pois através desse olhar, pode-se obter um delineamento dos pontos positivos e negativos para a remodelação do projeto, que propicia sua adequação à realidade da comunidade. Além disso, por meio desse projeto de intervenção pudemos perceber a importância da educação continuada nas Unidades de Saúde da Família visto a quantidade de *tabus* que ainda existem nas vivências cotidianas.

É válido destacar a presença paterna proporcional a de mães na intervenção, que acompanharam seus filhos no processo do cuidar coletivo. Isso permite enfatizar a importância dos pais como formadores em conjunto do processo do cuidar, em que, apesar de comumente a figura paterna ser o provedor das necessidades da família, não pode deixar de ser suporte emocional para a mãe do bebê, além de co-responsável nas atividades diárias como cuidador.

CONCLUSÃO

A atenção à saúde infantil é formada por diversas ações que envolvem desde a prevenção de doenças, promoção de saúde, avaliação, diagnósticos e terapêuticas, o que propõe a redução dos índices de morbidades e/ou mortalidade infantil. Entretanto, é importante ressaltar que o crescimento e desenvolvimento da criança não é apenas um processo isolado, mas sim, o resultado da relação entre o estado de saúde da mãe e de seu filho, da assistência médica, da interação profissional-paciente, e da promoção de condições adequadas de saúde por parte familiar e poder público.

Tendo em vista a realidade do sistema público de saúde, evidencia-se que uma parcela relevante da população não apresenta subsídios públicos necessários para propor um cuidado adequado com relação ao crescimento e desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva, cabe aos profissionais formar uma relação confiável e segura, para que haja troca de conhecimento e, primordialmente, a obtenção de orientação correta e serviços de cuidado prestados à criança com o intuito de sanar causas evitáveis e agravos.

A participação na aplicação desse projeto contribui para construção de um modelo de formação voltado a atenção da assistência da saúde dos recém-nascidos, e não apenas na promoção da saúde. Permitiu a continuidade do cuidado através da educação em saúde dos pais e responsáveis, fazendo da roda de conversa a produção de uma ciência. Sendo assim, a reativação do Crescimento e Desenvolvimento coletivo busca uma maior interação entre a comunidade e equipes multiprofissionais dos serviços de saúde, acolhendo os cidadãos e possibilitando o aconselhamento e o amparo necessário no cuidado com seus filhos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

GURGEL, Polyanna; TOURINHO, Francis; MONTEIRO, Akemi. **Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau**. Natal-RN, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadernos de atenção básica, saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília- DF, 2012.

HEIDEMANN, Ivonete; WOSNY, Antonio; BOEHS, Astrid. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3553-3559, 2014.

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

SANTOS, Nathanielly. et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad Saúde Pública**, 34(1). Fev 2018.

VASQUEZ, Jamila; DUMITH, Samuel; SUSIN, Lulie. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol. 15 no. 2 Recife Apr./june 2015

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 28 mar. 2018.

BRITO, Geraldo; MENDES, Antonio; NETO, Pedro. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface**. 2018.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Rev Enferm UFSM**. 2016 Jul/Set.; 6(3): 350-359.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. Brasília (DF), 2011.

Ministério da Saúde, 2013. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília - DF. 2013.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. **Rev Bras Epidemiol**. maio 2017; 20 Suppl 1: 46-60.

OLIVEIRA, Melissa Fernanda de; AVI, Camilla Martins. A importância nutricional da alimentação complementar. The nutritional importance of complementary feeding. **Revista Ciências Nutricionais**. v.1, n.1, p.36-45, 2017.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Manual de orientação do departamento de nutrologia**: alimentação do lactente ao adolescente, alimentação na escola, alimentação saudável e vínculo mãe-filho, alimentação saudável e prevenção de doenças, segurança alimentar. Departamento Científico de Nutrologia. Sociedade Brasileira de Pediatria/RJ. 2012.

GOMES, Ana Leticia Monteiro et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. Family knowledge on newborn care. **Rev Rene**. 2015 mar-abr; 16(2):258-65.

FERREIRA, Vanessa Duque et al. Impacto da implantação da massagem Shantala para crianças: ensaio de campo randomizado. **Ciência et Praxis**. v. 10, n. 19, 2017. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2662/1512> . Acesso: 30 mar2018.



DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Área temática: Saúde

Arlean Salvador da Silva; Felyckson Sosttenes Carvalho de oliveira; Gilson Aquino Cavalcante; Jonatas Gomes Neri; Kaliene Souza Gonçalves

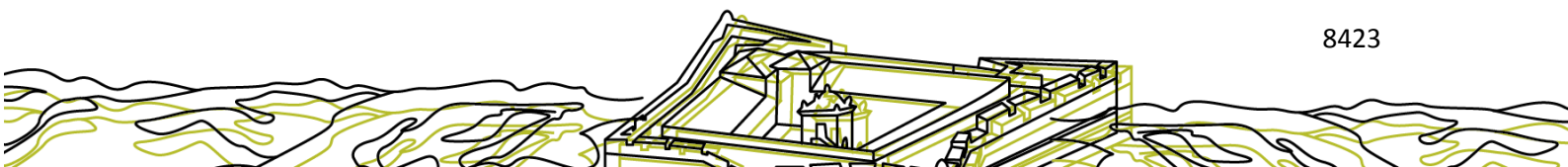
Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau)

Resumo

Introdução: Em todas as áreas do conhecimento, a busca pelo processo educativo que acompanhe os profissionais e promova melhorias nos ambientes de trabalho tem sido uma constante. No âmbito da saúde não é diferente. Nesse contexto, a educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos e para a organização dos serviços.

Objetivo: Identificar os principais fatores que dificultam a implementação da educação permanente aos profissionais de enfermagem. **Método:** Pesquisa de cunho bibliográfico apresentado em forma de revisão integrativa com abordagem exploratória e qualitativa sobre o tema. **Resultados:** Os fatores que dificultam o processo de implementação da EPS nos serviços de saúde e consequentemente na equipe de enfermagem, são relacionados com a dificuldade de saber a diferenciação dos tipos didáticos que estão sendo desenvolvidos na prática, falta de investimento por parte do poder público/privado, falta de tempo em decorrência da deficiência no quadro de profissionais e a jornada de trabalho da enfermagem, além da resistência dos profissionais com essas práticas educacionais.

Conclusão: Para que ocorram mudanças neste cenário é necessário transcorrer mudança formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras.⁴



A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe que os processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

Devendo-se levar em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, desta forma, transformando suas práticas e da própria organização do trabalho.⁶

A EPS valoriza a aprendizagem no trabalho, portanto, torna-se necessária a articulação permanente do quadrilátero do SUS – trabalhadores, usuários, formadores e gestores –, para construir compromissos com a transformação do modelo assistencial, com o objetivo de desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção.⁷

A preparação de profissionais e estudantes de acordo com os princípios do SUS visa romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, pois esse trabalho tem sido realizado de forma fragmentada, ou seja, a saúde coletiva separada da clínica, a gestão separada da atenção, e assim por diante.⁵ A ação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar.⁷

Segundo Paschoal, Mantovani, Lacerda (2006)³, a história mostra que a enfermagem fundamentou-se na caridade, na religiosidade, na intuição e na submissão ao saber médico, sendo prática rotineira e mecanicista. Esses autores afirmam que na atualidade a enfermagem ainda é fortemente influenciada pela visão cartesiana do homem, pois a assistência é fragmentada. Para Amestoy et al. 2008⁵, o trabalho executado de forma fragmentada intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, acarretando a compartimentalização da pessoa a ser cuidada.

Diante disso e tendo em vista que a Política de Educação Permanente em Saúde vai de encontro ao modelo fragmentado e mecanicista do processo de trabalho, visando à interdisciplinaridade do cuidado, percebe-se que a educação permanente não tem sido implementada de maneira eficiente aos profissionais de enfermagem. Amestoy et al. 2008⁵ reforçam que é essencial o desencadeamento de processos de capacitação dos trabalhadores de enfermagem, cujo trabalho é de vital importância para a melhoria da atenção oferecida pelos serviços de saúde.

Diante do exposto questionou-se “que fatores estariam relacionados às dificuldades de se implementar a educação permanente na Enfermagem?”. O presente estudo visa agregar conhecimento científico acerca dessa temática, bem como colaborar com o avanço das políticas públicas educativas que visem à melhoria na implementação da educação permanente aos profissionais de enfermagem. Esta pesquisa tem como objetivo identificar os principais fatores que dificultam a implementação da educação permanente aos profissionais de enfermagem.

MÉTODOS

Pesquisa de cunho bibliográfico apresentado em forma de revisão integrativa com abordagem exploratória e qualitativa sobre o tema. Essa metodologia é adequada para analisar publicações e identificar entre outros aspectos, regularidades, tipos, assuntos examinados e métodos empregados.⁸ A fase de análise aconteceu por meio de leituras exploratórias, seletivas, analíticas e interpretativas.

O primeiro momento consistiu na seleção dos documentos a serem analisados, retomada da questão norteadora e objetivo da pesquisa a partir do contato direto e intenso com o material. O segundo momento, exploração do material, consistiu na operação classificatória e visou alcançar o núcleo de compreensão dos textos. Foi obtida a classificação e agregação dos dados, extraíndo os resultados responsáveis pela especificação do tema. No terceiro momento, foram analisados e interpretados os resultados de acordo com a leitura do material.⁹

O levantamento bibliográfico deu-se por meio de buscas de produções indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e

Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para tanto, pesquisou-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Educação em Enfermagem e Educação Permanente. A busca foi realizada no período de Agosto a Outubro de 2017.

Foram encontrados e lidos 14 artigos para melhor compreensão do tema, mas referenciados apenas 9 artigos, pois cinco foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Teve-se como critérios de inclusão: artigos originais, completos e disponíveis na íntegra, em português e que atendessem ao objetivo do trabalho. O ano não foi critério de inclusão devido aos poucos estudos publicados sobre o tema. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, que não estavam completos, nem na

Íntegra, e ainda aqueles que não estivessem em português e que não atendiam ao objetivo do trabalho. Assim, após a leitura, foram feitos fichamentos dos artigos nos quais foram destacados os principais tópicos de cada artigo, tais como: Título, autores, ano, objetivos, metodologia, resultado e conclusão. Desta forma foram identificados os principais fatores que dificultam a implementação da educação permanente em enfermagem.

Os aspectos éticos foram respeitados na medida em que os autores das obras eram devidamente referenciados ao longo do trabalho, de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e a lei de direitos autorais 9.610/98.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo teve como limitação a baixa quantidade de artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas. Assim percebeu-se que esta temática é pouco discutida e estudada pelos profissionais e pesquisadores da área, sendo assim sugerimos a realização de novos estudos sobre o tema.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, e após leitura mais detalhada foi realizado a síntese dos dados, conforme tabela 01, a qual possibilitou a identificação dos principais fatores que dificultam a implementação da educação permanente em enfermagem. A síntese dos dados foi utilizada como base para apresentar os resultados e discussão descritos a seguir.

Baseado nos principais fatores que interferem na implementação da educação em saúde podemos detalhar:

Desconhecimento do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS)

Quanto ao conceito de EPS, os pesquisadores dessa área têm descrito vários princípios para expressar essa proposta, e até mesmo para diferenciá-la de outros processos de educação no local de trabalho, como a educação continuada (EC). Não foram encontrados conceitos em comuns pelos profissionais da enfermagem, gerando assim falta de confiança para executar a EPS.¹⁰

A dificuldade ocorre ao conceituarem educação permanente e educação continuada, mesmo para profissionais de nível universitário, reforçando a necessidade de revisão e divulgação desses conceitos, essa problematização vem desencadeando dificuldades, dificultando o processo de implantação por falta de conhecimento dos enfermeiros quanto aos conceitos.

A educação permanente é um aprendizado no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações das atividades da educação, e a continuada é desenvolvida por meios de atividades educativas construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle, entre os profissionais nos serviços de saúde.

Percebe-se que os trabalhadores da saúde, dentre eles o enfermeiro, ao serem abordados sobre a diferença entre os termos educação continuada e educação permanente, não sabem responder ou tem uma concepção diferente daquela preconizada pelas portarias ministeriais. Alguns dizem conhecer o termo educação continuados, fato que pode ser justificado pela maior aplicação e difusão dessa estratégia quando comparada a educação permanente.¹⁰

Autonomia do enfermeiro

Os estudos mostram a autonomia para a realização das atividades relacionadas à competência do enfermeiro, visto a sua importância quanto a realização da educação permanente e ressaltando ela como estratégia para aquisição e atualização de conhecimentos e formação de agentes multiplicadores junto aos usuários e à equipe de saúde, onde busca a facilidade de saberes para propor um melhor aprendizado frente aos serviços de saúde.¹¹

O princípio da autonomia deve nortear a relação que existe entre os profissionais de saúde e os pacientes e contribuir para uma relação harmoniosa, na qual cada um ocupa seu espaço em uma interação entre sentir, pensar e agir. O enfermeiro, como gestor de um serviço de saúde, deve atentar sobre a importância da educação permanente quanto às necessidades do serviço, o mesmo deve pôr em práticas o aprendizado para e estabelecer em conjunto atividades educativas que possa evoluir o processo quanto as dificuldades da educação permanente. Atualmente, os profissionais não estão priorizando a educação permanente, por muitas vezes perderem autonomia para executá-la, devido a falta de recursos que deveriam ser disponibilizados pela gestão dos serviços de saúde. Assim, dificulta ainda mais programar a estratégia da educação permanente.¹²

Falta de investimentos por questões políticas

A descontinuidade das ações educativas pode está relacionada as questões políticas, muitas vezes os profissionais têm a iniciativa do desenvolvimento da educação permanente, mas com a falta de investimento da gestão, eles acabam encontrando dificuldades no processo da implantação, perdendo autonomia para criar e executar a EPS. As mudanças de gestores de uma determinada região dificultam a continuidade das ações educativas; entretanto o desconhecimento e/ou outros fatores pode representar um sério fator restritivo à implantação das propostas de EPS, foi observado que os gestores nem sempre têm compreensão do papel da EPS, em razão de muitos destes não terem conhecimento das especificidades da educação permanente dificultando a implantação da EPS.¹³

A falta de conhecimento é uma das principais dificuldades enfrentadas quanto as necessidades da educação permanente, um melhor entendimento da gestão irá facilitar a construção participativa na valorização de uma melhor educação no trabalho em enfermagem. As ações educativas precisam estar conectadas à realidade dos sujeitos, com valorização das vivências e trocas de experiências que permitam entrelaçar o pensar, o saber e o fazer, com isso um processo educativo passa para uma contextualização de saberes dentro do âmbito assistencial nas diferentes modalidades de aprendizagem nos serviços de saúde.¹³

Sendo assim faz-se necessário que os gestores entendam sobre esse processo para que possam investir mais na sua implantação de forma que a equipe de enfermagem ganhe mais autonomia e liberdade para fazer as atividades educativas, já que na maioria das vezes existe um projeto de educação permanente, mas que não foi implantado por falta de recursos financeiros não enviados pela gestão.⁵

Valorização do modelo Biomédico e cultural do tecnicismo

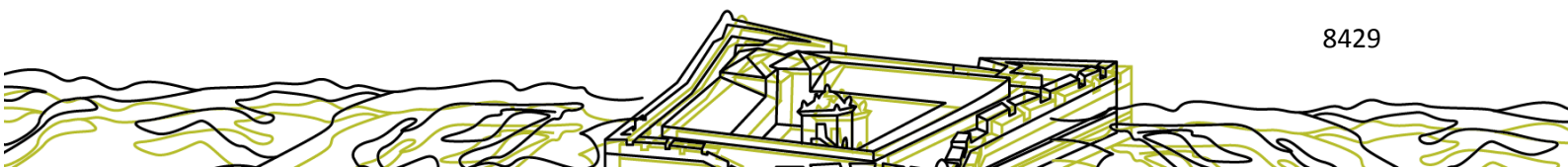
O Modelo Biomédico, inspirado na visão mecanicista do ser humano, considera que saúde é mera ausência de doença, como se fosse uma máquina, que quando uma peça quebra basta apenas reparar, isto é, uma assistência curativista. Sabe-se que a enfermagem é fundamental na assistência em saúde, sendo responsável por promover a EP na sua equipe. Assim a falta dessa assistência, esse processo educativo torna-se incapaz de ser implantado.

A valorização desse modelo faz com que o indivíduo tenha um papel passivo no controle do seu bem-estar, limitando-se a procurar um técnico que imediatamente se responsabiliza pela “cura” dos aspectos biológicos da sua saúde, através da cirurgia ou de fármacos. Com essas questões acometidas no processo saúde-doença, evidenciam-se as dificuldades para propor uma melhor qualidade assistencial para os pacientes.¹⁴

As ações educativas são mais voltadas para os procedimentos técnicos de enfermagem que respondem ao modelo hegemônico de cuidado e de atenção à saúde, denominado modelo biomédico. No entanto, ele deve ser parte de um processo educativo mais amplo e construtivo, onde a técnica seja contextualizada com toda a equipe de enfermagem, assim como outros aspectos do âmbito conceitual e atitudinal, facilitando o desenvolvimento da educação permanente em saúde para que possa utilizar uma assistência problematizadora. Com a ausência do modelo problematizador, a EP em enfermagem não será implantada, pois dificulta o desenvolvimento voltado para uma visão holística dos pacientes.¹⁰

Resistência dos profissionais

Um estudo mostrou que pode haver resistência dos profissionais a participar das atividades de educação permanente por considerarem detentores dos conhecimentos



necessários, adquiridos durante a formação acadêmica, pois esse fator permite que o profissional seja autoritário, impondo seu conhecimento como algo já aprendido e que dispensa atualizações. Os enfermeiros podem realizar atividades de educação permanente que atendam concretamente às dificuldades vivenciadas no local de trabalho ou podem simplesmente considera-las desnecessárias. Sabe-se que a educação permanente é de sobre importância para o desenvolvimento das atividades educativas quanto as necessidades dos serviços de saúde e para a evolução do aprendizado dos profissionais no aprimoramento do conhecimento técnico-científico.⁵

Muitos profissionais deixam a desejar em termo de conhecimento quanto a educação permanente, essa questão vem dificultando a inserção da educação permanente. Um diálogo problematizado iria ajudar a quebrar essa barreira e conseqüentemente facilitar a junção da educação com os profissionais. Nesta forma de organização das ações educativas, é prioridade o desenvolvimento dos sujeitos e das instituições, uma vez que ela é desenvolvida a partir das características e dos interesses de todos os segmentos assim podendo estimular os profissionais a perder essa resistência frente a educação permanente.¹³

Propostas criadas, mas não implantadas

Evidencia-se que a educação no trabalho da enfermagem deve deixar de ser apenas proposta para passar a ser estratégia de atuação em busca da melhoria do processo de trabalho como um todo. Visto que é preciso entrar em vigor e institucionalizar as propostas da política dentro dos serviços de saúde. Foi observado que a não valorização e falta de incentivo dos gestores políticos são as dificuldades encontradas para a implementação da educação permanente e com isso as necessidades no serviço são prejudicadas.

Muitas vezes as propostas não são colocadas em prática por falta de investimento e devido as condições do ambiente e conhecimento técnico-científico não estarem apropriadas para a realização das propostas. No entanto, as propostas criadas no âmbito da EP, devem ser contextualizadas quanto aos serviços de saúde, visando uma ampliação de acesso na implantação das atividades da educação frente os profissionais de saúde, permitindo assim uma melhor estratégia de atuação dos mesmos quanto a melhoria do aprimoramento nos serviços de saúde.²

Segundo alguns estudos a não aplicação da EP trata-se por fatores que apontam de forma efetiva principalmente no que se refere a integração ensino-serviço, pois não há uma efetiva integração entre docentes do Departamento de Enfermagem com os enfermeiros assistenciais, além dos enfermeiros não ter disponibilidade para a capacitação. Desta forma, com a carência na relação ensino-serviço, evidencia que não há uma aproximação dos profissionais de saúde na EP, que correspondam às suas necessidades na organização da assistência em saúde.¹³

Deficiência do quadro de profissionais e jornada de trabalho de enfermagem

O processo de trabalho em saúde envolve uma série de atividades, sendo que atualmente a assistência em saúde aos usuários desenvolve-se em uma diversidade de ações na promoção à saúde e prevenções de doenças. Nesta perspectiva o quantitativo de pessoas interpõe-se no desenvolvimento da assistência, na qual esses profissionais não tenham tempo disponível para procurar se atualizarem. A baixa disponibilidade quantitativa de profissionais e a carência de atualizações deles por não terem tempo disponível para participar das atividades de EP em enfermagem interferem na implantação devido à falta de regularidade entro o tempo e a disponibilidade de atualização de suas atividades.

Além da sobrecarga de trabalho, as longas jornadas de trabalho realizadas por profissionais da enfermagem geram estresse, interferindo em sua aprendizagem, pois perdem a motivação para se atualizar e buscar aperfeiçoamento em suas competências. Tais barreiras, junto ao deficiente quadro de profissionais de enfermagem nas unidades de saúde, impossibilitam a processo de implementação da EP em enfermagem.¹³

Limitação a cursos de capacitação

Foi possível verificar que as atividades de EP são limitadas a cursos de capacitação. Neste aspecto, a capacitação foi colocada como ferramenta para obtenção da melhoria na realização da assistência e também entendida como forma de valorização do trabalhador, visto em uma ampliação do desenvolvimento técnico-científico para a realização de ações que venha desencadear resultados educativos diante da educação permanente em enfermagem. No que depende do desejo dos profissionais, existe motivação da equipe de enfermagem para se capacitar, para aprender, mas existem

dificuldades que interferem na realização das ações educativas e em grande parte também na aplicação do que se aprende.

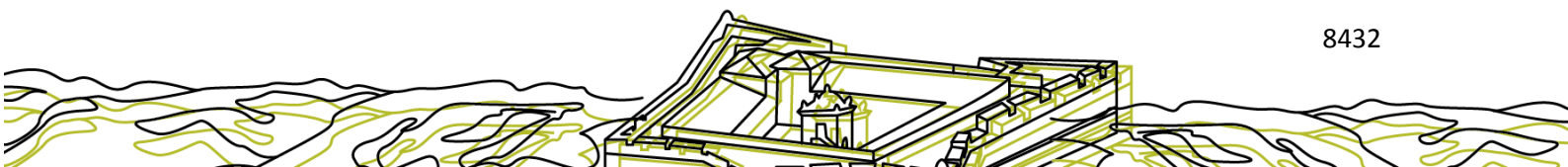
Os profissionais admitem ser difícil colocar em prática o que é aprendido e apontam as questões administrativas como fatores que interferem na realização das ações. Com isso, esse fator acaba gerando problemas para os serviços de saúde. Parece que se coloca um impasse, realizando-se as capacitações, mas não criando condições prática para mudanças a partir de ações educativas em conformidade com os princípios que as orientam, limitando a aprendizagem em cursos que visam apenas encher os profissionais de conteúdo, não problematizando a aprendizagem de acordo com a realidade da instituição e indo de forma contrária com o que é proposto pela política nacional de educação permanente.¹¹

Para que deem resultado, as ações de educação permanente em enfermagem devem estar articuladas com os dispositivos de mudanças organizacionais, principalmente com os novos estilos de gestão de pessoas, o direcionamento de cada problematização, dentro desse contexto irá facilitar um melhor desenvolvimento dos profissionais quanto as práticas educativas. Não devendo assim limitar o profissional a incorporar somente conhecimentos, que é o que propõe os cursos de capacitação.¹¹

Educação à distância como um elemento potencial na implementação da educação permanente em saúde.

A educação à distância (EAD), surge como ferramenta estratégica importante, que irá proporcionar aos profissionais da saúde uma melhor flexibilidade de ensino. Sendo assim o ensino à distância resulta na combinação comunicativa que permitirá um grande número de pessoas da saúde em busca da atualização de variados recursos tecnológica, onde o professor não está fisicamente presente. Dessa forma, esses profissionais não serão precisos ir constantemente para uma sala de aula, proporcionando mais tempo para-se mesmo. Essa modalidade de ensino facilita a aprendizagem dos mesmo que é através de vídeo conferência com professores virtuais¹⁵.

Mesmo diante desse potencial da EAD quanto à educação permanente, há uma deficiência na utilização dessa modalidade, visto que, alguns profissionais da área têm dificuldades quanto ao uso dos meios tecnológico, falta de tempo, dificuldades com os tutores por morarem em lugares distantes. Esses fatores acabam interferindo alguns



profissionais na serventia dessa educação. Embora haja essas pequenas dificuldades, a EAD continua sendo um fator potencial na implementação da educação permanente¹⁶.

A EAD está sendo comprovada como uma modalidade de educação eficaz, possibilitando atendimento e qualidade, acessa a aprendizagem constituindo uma forma de democratização do saber. Onde os profissionais desenvolvem estratégia de ensino, de forma facilitadora quanto aos educandos que tem certos obstáculos na aula dificuldade presencialmente, ou falta de tempo para suas atualizações. Os profissionais da saúde devem lutar para conseguir uma melhor ampliação nas exigências do mundo contemporâneo, onde permita que os usuários escolham os meios de produção quando e onde eles quiserem aprender de acordo com os desimpedimentos¹⁶.

CONCLUSÃO

Este trabalho buscou trazer uma compreensão mais aprofundada sobre a educação permanente em saúde, principalmente no que diz respeito a enfermagem, correlacionando com as orientações da PNEPS.

Disso pode-se concluir que os fatores mais frequentes que dificultam o processo de implementação da EPS nos serviços de saúde e conseqüentemente na equipe de enfermagem, são relacionados com a dificuldade de saber a diferenciação dos tipos didáticos que estão sendo desenvolvidos na prática, falta de investimento por parte do poder público/privado e resistência dos profissionais com essas práticas educacionais. Para que ocorram mudanças neste cenário é necessário transcorrer mudanças e que essas transformações sejam oriundas das próprias instituições de ensino técnico e superior, ou seja, no futuro profissional.

REFERÊNCIAS

- 1 - PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. **Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.
- 2 - CAVALCANTE, E. F. O et al. Prática Da Educação Permanente Pela Enfermagem Nos Serviços De Saúde. **Rev Enferm UFPE On Line**, Natal (RN), n. 10, fev. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 10 out. 2017.

- 3 - PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. **A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional.** 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4621/2633>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- 4 - JESUS, M. C. P. et al. **Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf>. Acesso em: 01 set. 2017.
- 5 - AMESTOY, S. C, et al. Educação Permanente E Sua Inserção No Trabalho Da Enfermagem . **Cienc Cuid Saude**, Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG), n. 6, jan/mar. 2008. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4910/3213>. Acesso em: 10 out. 2017.
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 05 ago.2017.
- 7 - SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books . Disponível em: <http://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099-05.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2017.
- 8 - DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS J. C. Representation of parturiente about the labor pain. **Rev Eletr Enf.**, v.10, n.1, p. 100-109, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/1/v10n1a09.htm>. Acesso em: 2 ago. 2017.
- 9 - MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, 2010.
- 10 - HETTI, L. B, et al. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Eletr. Enf**, Ribeirão Preto, SP, Brasil, n. 10, out/dez. 2013. Disponível em:

- http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151819442013000400015. Acesso em: 10 out. 2017.
- 11 - JESUS, M. C. P, et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário de São Paulo: **Rev Esc Enferm USP**, n. 8, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000500028&script=sci_abstract. Acesso em: 10 nov. 2017.
- 12 - MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a23.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.
- 13 - SILVA, L. A. A. et al. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. **Rev. Enferm. Cent**, Universidade Federal de Santa Maria/RS: R Min, n. 13, set/dez. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027>. Acesso em: 10 out. 2017.
- 14 - FENTANES, L.R.C, et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, curitiba, v. 16, n. 3, jul-set, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483648968020.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.
- 15 - CAMPOS, K..A; SANTOS, F.M. **A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rev. Serv. Público, Brasília, v.67, n. 603-626 out/dez 2016. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1055/785>. Acesso em 23 fev 2018.
- 16 - OLIVEIRA, M.A.N. **Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios** . Brasília: Rev Bras Enferm, 2007. 5 p. v. 60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a19.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

TABAGISMO EM FOCO: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA

Área Temática: Saúde.

Valéria de OLIVEIRA¹; Luiz Eduardo de ALMEIDA¹; Mabel Miluska Suca SALAS¹; Marília Nalon PEREIRA².

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Resumo

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência estruturado sob estratégia narrativa com tratamento qualitativo-descritivo, tendo como objetivo a descrição de vivências no Projeto de Extensão Sala de Espera (UFJF/GV) em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) no bairro Esperança, no município de Governador Valadares, em Minas Gerais. Direcionados pela demanda do serviço local, coube à equipe extensionista o desenvolvimento de uma atividade, de cunho educativo-preventivo, a cerca do tema “Tabagismo”. A dinâmica das ações foi sistematizada em três tempos sequenciados: “O pensar”, “O fazer” e “O refletir”. Da ação desenvolvida foram obtidos os resultados elencados como pontos positivos: a. o prévio conhecimento do território de trabalho - ambientalização; b. receptividade e/ou participação da equipe profissional da UAPS; c. participação do corpo docente sob perspectiva interprofissional; d. interação e valorização do conhecimento dos usuários. Como pontos negativos: a. dificuldade em lidar com ruídos do ambiente; b. ausência da construção de um instrumento de avaliação. Pode-se concluir, o reconhecimento do cenário de prática no território trabalhado para sensibilização dos usuários, dos trabalhadores do serviço, docentes e discentes envolvidos no projeto. Assim, a Extensão se materializa como produtora de conhecimento inserida na coletividade.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Hábito de fumar. Abandono do uso de tabaco.

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Avançado de Governador Valadares (UFJF-GV). Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora (Proex-UFJF).

² Universidade Federal de Juiz de Fora-Campus Sede (UFJF-JF). Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora (Proex-UFJF).

Introdução

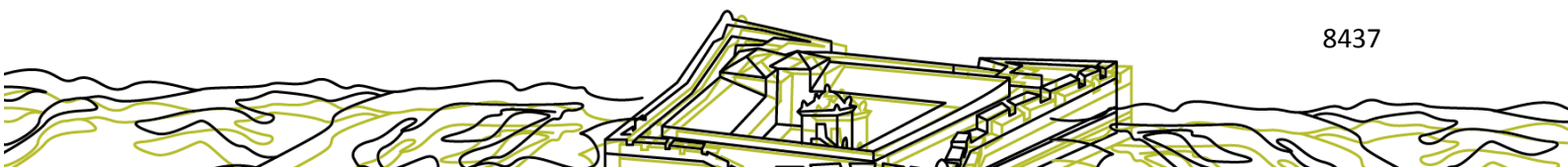
Como objetivo de implementar o cenário extensionista no Campus Avançado de Governador Valadares da Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF/GV surge, em 2014, o Projeto de Extensão Sala de Espera, PESE. Em seu desenho metodológico, o PESE-UFJF/GV previa o desenvolvimento de ações interprofissionais, de cunho educativo-preventivas, em salas de espera de Unidades de Atenção Primária à Saúde, UAPS, no município de Governador Valadares-MG.

O PESE reuniu uma equipe de trabalho multiprofissional estruturada em 05 enfoques (Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia), estando, em cada curso, alocados 01 coordenador docente e 02 discentes bolsistas. Estruturação que encontra respaldo teórico nos trabalhos de Ribeiro, Pires e Blank (2004), Peduzzi (2001) e Peduzzi et al (2013), onde os autores afirmam que, nos cenários de atenção em saúde, trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados, encerrando-se, portanto, em uma prestação de serviços mais contextualizada e humanizada.

Ademais, reforçando os preceitos de Freire (2006a,b, 2007), normalmente, os ideais dos projetos extensionistas ainda estão centrados no desenvolvimento da extensão pelo viés da *“via de mão única”*, traduzido em movimentos paternalistas da universidade, que vai à sociedade levar algo de sua especialidade, se tornando antidialógica e por vezes manipuladora. Frente a esta realidade, o autor evidencia a importância da quebra da verticalidade, *“da coisificação do ser humano”*, onde um ator é sujeito (academia) e o outro objeto (sociedade), em prol de uma relação construída participativamente, onde todos possam se compreender como sujeitos, que agem e pensam criticamente.

E foi sob esta ótica que o Projeto de Extensão Sala de Espera se definiu, aos moldes da *“via de mão dupla”*, isto é, além de levar informações para a comunidade (ensino), trazer para o cenário universitário informações, dados coletados a serem interpretados no universo da pesquisa que retratariam as experiências vivenciadas e, principalmente, contextualizadas na integralidade da vida humana, no cotidiano dos atores envolvidos através dos cenários extensionistas (ALMEIDA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2016; ALMEIDA, PEREIRA, BARA, 2009a, 2009b; CARVALHO, KRIGER, 2006; FREIRE, 2006a, 2006b, 2007; MADEIRA, 2006).

Assim, todas as ações desenvolvidas pelo PESE-UFJF/GV foram direcionadas e programadas junto às demandas próprias do serviço, representadas por três Estratégias de Saúde da Família (ESF-Esperança, ESF-Nossa Senhora das Graças e ESF-Distrito



Sanitário III), todas alocadas na UAPS do bairro Esperança do município de Governador Valadares. Nesta sistemática credita-se mais que o reforço do enlace entre ensino, serviço e usuários, evidenciando-se o desenvolvimento de atividades mais contextualizadas e direcionadas às reais necessidades da população adstrita.

Diante do exposto, o presente estudo, traz em seu objetivo a descrição do relato de experiência da atividade desenvolvida pelo PESE-UFJF/GV na sala de espera da UAPSEsperança, cujo enfoque temático, designado pelos profissionais das ESF assistidas, foi o “Tabagismo”.

Metodologia

Aprovado por Comitê de Ética em pesquisa (2.056.630/10-05-2017), trata-se de um relato de experiência estruturado sob estratégia narrativa com tratamento qualitativo descritivo. Qualitativo pois compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Narrativa por combinar as percepções do pesquisador nos acontecimentos apreciados no estudo, calcada em princípios críticos e reflexivos que consideram, ou pelo menos fazem inferência, às subjetividades das vivências experimentadas (BRASIL, 2016; BELL, 2008; CRESWELL, 2007).

A equipe de trabalho interprofissional foi estruturada em 05 enfoques (Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia), estando, em cada curso, alocados 01 coordenador docente e 02 discentes bolsistas, totalizando 15 integrantes, representando a universidade. Em relação aos trabalhadores da saúde, estiveram envolvidos nas atividades desenvolvidas, os agentes comunitários de saúde (09) e enfermeira (01) e (03) técnicas de enfermagem representando três Estratégias de Saúde da Família (ESF-Esperança, ESF-Nossa

Senhora das Graças e ESF-Distrito Sanitário III), todas alocadas na UAPS do bairro Esperança do município de Governador Valadares.

Direcionados pela demanda do serviço local, coube à equipe extensionista o desenvolvimento de uma atividade, de cunho educativo-preventivo, a cerca do tema “Tabagismo”. A dinâmica das ações foi sistematizada em três tempos sequenciados: “O pensar”, “O fazer” e “O refletir”.

Primeiramente, baseado na quantidade e na heterogeneidade dos usuários, bem como na disponibilidade de horários dos membros integrantes do Projeto de Extensão Sala de Espera, foram ordenados três grupos, a serem atuantes, respectivamente, nas terças, quartas e sextas-feiras, às 7:00 horas, na sala de espera da UAPS atualizada, portanto, ampliando a cobertura assistencial das ações do PESE.

Tão logo, na ideia de se ambientalizar, prévio às suas atuações, os integrantes do projeto de extensão tiveram uma visita agendada (12/01, 13/01 e 15/01/2016) e assistida (designado um profissional da unidade) na UAPS-Esperança, fazendo reconhecimento do seu espaço físico, dos recursos humanos que a compõem, bem como da caracterização dos usuários nela atendidos.

Já em interface com sua demanda prática, o de desenvolver uma atividade educativopreventiva em sala de espera, dentro dos preceitos que contemplam as metodologias ativas de ensino, tendo como enfoque temático o “Tabagismo”, a dinâmica de desenvolvimento das ações do PESE-UJFJ/GV foi sistematizada em três tempos sequenciados: 1º) O pensar, 14/03 e 21/03/2016; 2º) O fazer, 29/03, 30/03 e 01/04/2016; 3º) O refletir, 04/04/2016.

Resultados e Discussão

No dia 14/03/2016, a coordenação docente do projeto solicitou-se aos três grupos discentes, através de correio eletrônico (“e-mail”), que se encontrassem para desenvolverem uma proposta, a ser apresentada no próximo encontro coletivo do PESE, que contemplasse a atividade demandada. Na finalidade de facilitar este processo, neste mesmo momento, foi encaminhado uma leitura de apoio que abarcasse a temática “Sala de espera”, portanto, adensando os acadêmicos junto a conhecimentos científicos experimentados neste espaço.

O primeiro tempo se encerrou no dia 21/03/2016, onde foi construído, dentro das prerrogativas preconizadas pela metodologia “*Brainstorming*” (BRAIA, CURRAL, GOMES, 2014; NÓBREGA, LOPES NETO, SANTOS, 1997), em interface direta com as ideias oriundas do período supradescrito, o Planejamento Estratégico da Ação. Daqui extraiu-se o desenho esquemático da atividade a ser desenvolvida, centrada em uma palestra, apoiada em materiais didáticos impressos, prevendo-se para seu conteúdo a discussão acerca do hábito físico e comportamental do fumante, a dificuldade em se desligar de tal vício, a importância em procurar e aceitar ajuda, as substâncias nocivas presentes no

cigarro, e como ocorre a desintoxicação com o decorrer do tempo naqueles que param de fumar. Continuando, com a intenção de se evidenciar e, até mesmo, reforçar a importância de se procurar ajuda e apoio para o abandono do vício, foi delineada uma dinâmica, denominada como “Vencer o tabagismo junto é mais fácil”. Para tal, a atividade proposta consistiria na distribuição de balas aos usuários em espera, tão logo, seria a eles solicitado que tentassem abrir a embalagem usando apenas uma das mãos. Após algum tempo, e sem entenderem o propósito da dinâmica, muitos sentiriam a dificuldade e, até mesmo, não conseguiriam executar o desafio a eles direcionado. Durante as tentativas, levantar-se-ia o questionamento: quem pensou em pedir ajuda a quem está do lado? A síntese da atividade centra-se na intenção de mostrar que muitos conseguem atingir o objetivo da brincadeira, entretanto, fica claro que buscar ajuda junto às pessoas mais próximas facilita muito o processo – mimetizando assim o abandono do fumo.

No segundo tempo, nos dias 29/03, 30/03 e 01/04/2016, foi desenvolvido o plano de ação. Neste momento ficou evidenciado que os mecanismos utilizados para transmitir as informações planejadas foram bem aceitos pelos pacientes, uma média de 35 usuários por dia, e profissionais ali presentes. Apesar de o tema ser amplamente difundido por diversas mídias, quando feita a abertura para a participação da comunidade, que, além de dúvidas e comentários, reforçaram a qualidade da equipe do PESE ao abordarem o tema de forma diferenciada, atuando em conjunto com o público ali presente e levantando alguns pontos ainda desconhecidos por muitos (quais são e como atuam as substâncias nocivas presentes no cigarro, e como ocorre a desintoxicação com o decorrer do tempo naqueles que param de fumar) – imagem 01. No tocante à atividade lúdica, pôde-se perceber um maior despertar quanto à atenção e participação dos espectadores, portanto, reforçando a dificuldade de se combater o tabagismo, o qual está instalado em nossa sociedade por décadas, e principalmente, a importância em aceitar e oferecer ajuda àqueles que lutam contra tal vício. Quanto ao material didático, além de afixado na UAPS, foi direcionado aos agentes comunitários de saúde para instrumentalizar suas visitas domiciliares.



Imagem 1: “Tabagismo” (PESE-UFJF/GV, 2016).

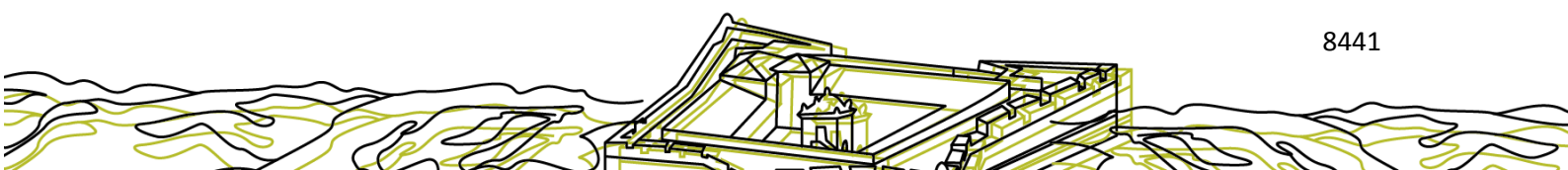
Quanto ao terceiro tempo, ocorrido em 04/04/2016, intermediados pelos docentes coordenadores, coube à equipe discente fazer uma análise de suas experiências. De forma crítica e reflexiva, articulando o pensar com o fazer, cada grupo expôs os pontos positivos e negativos por eles percebidos durante todo o processo.

O ambiente da UAPS foi propício para a discussão de temas variados, pois nele se encontravam pessoas receptivas e dispostas a receber e trocar informações. Corroborando, os profissionais da UAPS contribuíram de forma positiva para as atividades exercidas. A presença de discentes de diferentes cursos da área da saúde foi de suma importância, pois contribuíram para explanação de diferentes pontos de vista sobre o tabagismo. A presença de docentes atribuiu mais credibilidade à apresentação dos alunos, além de gerar maior segurança aos que estavam presentes. Tais pontos positivos expostos, contribuíram para melhor interação dos palestrantes junto aos usuários em espera.

Apesar de todos os pontos positivos houveram pontos negativos, como a presença de ruídos durante a apresentação que fugia do controle da equipe palestrante. Mesmo com uma boa interação, sentiu-se a falta de um instrumento para avaliar se o conhecimento passado foi adquirido da forma esperada.

Por fim, de posse destas reflexões, ponderando os pontos positivos e negativos, a equipe do PESE-UFJF/GV caracterizou a atividade como exitosa, entretanto, foi consenso dos membros que o sucesso da ação não esteve apenas atrelado aos acertos, pelo contrário, a discussão sobre os erros foi fundamental para um aprendizado mais coerente com a realidade.

Em síntese, pode-se afirmar que o espaço sala de espera se consagra como um território dinâmico para atividades extensionistas, onde diferentes indivíduos aguardam seu atendimento de saúde, constituindo-se, portanto, em um espaço fértil para



implantação de ações educativas, que podem contribuir significativamente para a promoção da saúde, prevenção de agravos e encaminhamento para outras atividades, portanto, encorpando e otimizando ainda mais o papel da atenção primária junto aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde, SUS, corroborando ao levantado por diversos estudos (ALMEIDA et al., 2017-a; ALMEIDA et al., 2017-b; BICALHO et al., 2017; ALMEIDA, ANDRADE, ZACARON, 2016; ZACARON et al., 2016; SATO, AYRES, 2015; VALENTE et al., 2015; REIS, SILVA, UN, 2014; BRONDANI et al., 2013; ZAMBENEDETTI, 2012; SALIMENA, ANDRADE, MELO, 2011; ROSA, BARTH, GERMANI, 2011; TÔRRES et al., 2011; NORA, MÂNICA, GERMANI, 2009; RODRIGUES et al., 2009; TEIXEIRA, VELOSO, 2006; MOREIRA et al., 2002).

Conclusão/Considerações Finais

Em linhas gerais, após o desenvolvimento da atividade educativo-preventiva, que teve o “Tabagismo” como enfoque temático, na sala de espera da UAPS-Esperança, a equipe do Projeto de Extensão Sala de Espera evidenciou algumas conquistas, destacando:

- a sensibilização dos usuários em espera frente ao entendimento e reconhecimento quanto ao seu papel de disseminadores de informações e principalmente, de acolhedores àqueles que necessitam de apoio no combate ao vício em questão;
- a criação de um ambiente acolhedor e crítico-reflexivo, possibilitando a aproximação dos usuários com a equipe do projeto de extensão, além de contribuir para conscientização relacionada ao autocuidado, configurando o momento de espera um momento de prevenção e educação em saúde;
- o reconhecimento da sala de espera como um espaço público, de solidariedade, de diálogo e de educação conscientizadora, de incentivo a transformação e ao exercício da cidadania;
- a percepção do fundamental papel da extensão na formação profissional, espaço este onde se socializa com a comunidade o aprendizado (ensino) e com a academia a experiência (pesquisa).

Assim, pode-se concluir o reconhecimento do cenário de prática no território trabalhado para sensibilização dos usuários, dos trabalhadores do serviço, docentes e discentes envolvidos no projeto. O presente relato de experiência apresenta apenas o papel introdutório para reflexão da importância da extensão universitária para uma

formação acadêmica mais contextualizada de fato as práticas profissionais voltadas para a solutividade das aflições da população brasileira. Deste modo, a Extensão se materializa como produtora de conhecimento inserida na coletividade.

Referências

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; BARA, E.F. **Programa de Capacitação de Ideias (PCI)**. In: Pró-Saúde: Ensino, Pesquisa e Extensão – Almeida, L.E. et al. Juiz de Fora: Editor Juiz de Fora, 2009a. pp.: 165-91.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; BARA, E.F. **Projeto de Extensão Sabiá: a introdução de uma prática integralizadora no ensino odontológico**. In: Pró-Saúde: Ensino, Pesquisa e Extensão – Almeida, L.E. et al. Juiz de Fora: Editor Juiz de Fora, 2009b. pp.: 126-64.

ALMEIDA, L.E.; PEREIRA, M.N.; OLIVEIRA, V. Governador Valadares (MG) em Extensão: Interfaces para a Dinamização e Instrumentalização do Cenário Extensionista em um Campus Recém-Implantado. **Rev. bras. educ. med.**, 40(4): 743-50, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0743.pdf>>.

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA, V. ; PEREIRA, M. N. ; OLIVEIRA, D. M. ; AGUIAR, L. M. Sala de espera em extensão: doenças sexualmente transmissíveis em foco. **Interfaces – Revista de Extensão da UFMG**, 05(01): 198-205, 2017(a). Disponível em: <<https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/163/pdf>>.

ALMEIDA, L.E.; OLIVEIRA, V. ; PEREIRA, M. N. ; OLIVEIRA, D. M. ; AGUIAR, L. M. Sala de espera em extensão: Aedes Aegypti em foco. **Revista de APS**, 20(03): 456-460, 2017(b). Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2868/1128>>.

ALMEIDA, L.E.; ANDRADE, L. M. D. ; ZACARON, K. A. M. Sala de espera em extensão: percursos para a implantação e consolidação de um projeto multiprofissional. **Caminho Aberto: Revista de Extensão do IFSC**, 03(04): 124-127, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/1807/pdf>>.

BELL, J. **Projeto de Pesquisa – Guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.

BICALHO, M. G. G. P. ; VILELA, B. C. ; MIRANDA, L. ; ALMEIDA, L.E. Projetos interdisciplinares de extensão universitária: possibilidades formativas no campo da saúde.

Caminho Aberto: Revista de Extensão do IFSC, 04(07):78-81, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/2180/pdf>>.

BRAIA, F.; CURRAL, L.; GOMES, C. Criatividade em contexto organizacional: o impacto de recompensas extrínsecas e do feedback negativo no desempenho criativo. **Revista Psicologia**, 28(2): 45-62, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v28n2/v28n2a05.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>.

BRONDANI, J.E.; ARANDA, A.L.; MORIN, V.L.; FERRAZ, T.R.; COLOMÉ, C.L.M.;

FEDOSSE, E. Percepções de gestantes e puérperas acerca da sala de espera em uma Unidade Básica de Saúde integrada à Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**, 26(1): 63-70, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2625/pdf>>.

CARVALHO, A.C.P.; KRIGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa – Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006a.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006b.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

MADEIRA, M.C. **Ensino, Pesquisa, Extensão**. In: Carvalho, Antônio César Perri; Kriger, Léo (organizadores). **Educação Odontológica**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2006. pp.: 97-103.

MOREIRA, M.R.; NOVAES, M.S.P.; MOCHIDOME, F.I.; WANDERLEY, L.; RANGEL, L.S.O. Projeto de educação em sala de espera: uma proposta de promoção de saúde – avaliação de 1 ano. **Biosci J.**, 18(2): 103-8, 2002. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/6428/4163>>.

NÓBREGA, M.M.; LOPES NETO, D.; SANTOS, S.R. Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. **R. Bras. Enferm.**, 50(2): 247-256, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n2/v50n2a09.pdf>>.

NORA, C.R.D.; MÂNICA, F.; GERMANI, A.R.M. Sala de espera uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, 2(3):397-402, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/1125/907>>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, 35(1):103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>.

PEDUZZI, M; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, 47(4):977-983, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>>.

REIS, I.N.C.; SILVA, I.L.R.; UN, J.A.W. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 18(2): 1161-74, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1161.pdf>>.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, 20(2):438-446, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>.

RODRIGUES, A.D.; DALLANORA, C.R.; ROSA, J.; GERMANI, A.R.M. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**, 5(7): 101-6, 2009. Disponível em: <http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf>

ROSA, J.; BARTH, P.O.; GERMANI, A.R.M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. **Perspectiva**, 35(129):121-30, 2011. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf>.

SALIMENA, A.M.O.; ANDRADE, M.P.; MELO, M.C.S.C. Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. **Cienc Cuid Saude**, 10(4):773-80, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18322/pdf>>.

SATO, M.; AYRES, J.R.C.M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, 19(55):1027-38, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140408.pdf>>.

TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C.; O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm**, 15(2):320-5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf>>.

TÔRRES, L.H.N.; PAULA, J.S.; SOUSA, M.L.R.; MIALHE, F.L. Histórias em quadrinhos na sala de espera: um método de educação em saúde bucal. **Odontol. Clín.-Cient.**,10(1): 69-72, 2011. Disponível em: <https://w2.fop.unicamp.br/dos/educacao_saude/downloads/jogos_odontologia/historia_em_quad_rinhos_sala_de_espera.pdf>.

VALENTE, M.A.S.; ANDRADE, A.G.; ALCÂNTARA, P.G.; SILVA, P.S.A. O que te espera na Sala de Espera: educação em saúde em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Governador Valadares (MG). **Caminho Aberto - Revista de Extensão do IFSC**, 02(03): 137-41, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/1881/O%20que%20te%20espera%20na%20Sala%20de%20Espera%3A%20educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20em%20Unidades%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>>.

ZACARON, K. A. M. ; DINIZ, C. ; LAZARINI, J. S. ; ALMEIDA, L.E. Educação em saúde: a abordagem sobre doenças sexualmente transmissíveis em salas de espera. **Caminho Aberto: Revista de Extensão do IFSC**, 03(05): 61-65, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/2050/Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%3A%20a%20abordagem%20sobre%20doen%C3%A7as%20sexualmente%20transmiss%C3%ADveis%20em%20salas%20de%20espera>>.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de Espera como Estratégia de Educação em Saúde no Campo da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Saúde Soc.**, 21(4): 1075-86, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a24.pdf>>.

PRODUÇÃO DE REPELENTES NATURAIS COM PLANTAS MEDICINAIS DA COMUNIDADE DE CAMPO GRANDE EM SANTA TERESINHA – BA

Área Temática: Saúde.

Josué Gomes de Oliveira¹; Floricéa Magalhães Araújo²; Nataélia Alves da Silva³.

Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Resumo

Na década de 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou que 65-80% da população dos países em desenvolvimento faziam uso das plantas medicinais como única forma de acesso aos cuidados básicos de saúde. Uma das principais formas de prevenção às picadas de insetos transmissores de doenças é o uso de repelentes, que são substâncias aplicadas sobre a pele para inibir a aproximação de mosquitos. O uso massivo de DEET nas populações de risco (principalmente em crianças e mulheres grávidas) é limitado pela irritação cutânea e de toxicidade derivado da absorção sistêmica. Assim, a preferência por repelentes menos tóxicos e mais sustentáveis contribuem também para a valorização do conhecimento etnobotânico e preservação da biodiversidade. Como uma ação extencionista, a oficina intitulada “Transformando o conhecimento científico em conhecimento popular a partir da produção de repelentes” foi realizada na comunidade de Campo Grande em Santa Terezinha – BA com a participação de seus moradores, com o objetivo de valorizar o senso comum e levar o conhecimento científico até a mesma. Seguida à realização da atividade, foi realizado um levantamento de questões com o intuito de averiguar informações da comunidade a respeito do tema abordado. A respeito do conhecimento dos participantes sobre uso de plantas que inibem a ação dos insetos nos humanos, têm-se que 52% dizem não conhecer enquanto que os demais afirmaram conhecer. Sobre a fabricação de repelentes, 76% dos participantes da oficina mencionaram não conhecerem nenhuma planta usada nesse propósito, enquanto que 5% argumentaram que usam a mamona e óleo de coco e 5% fabricam repelente com citronela. Dos participantes, 90%

¹ UFRB, Graduando em Bacharelado em Ciências Exatas e Tecnológicas (BCET), Proext-Mec-Sesu.

² UFRB, Professora Dr.^a Adjunta, Proext-Mec-Sesu.

³ UFRB, Graduada em Licenciatura em Química, Proext-Mec-Sesu.

mencionaram que, após a oficina, produziram repelentes. Essa oficina foi importante, pois proporcionou troca de conhecimentos com a população de Campo Grande, com vistas a estimular o uso do conhecimento popular e cultural de forma sustentável na preservação de doenças provocadas por insetos.

Palavras-chave: mosquito; repelente; plantas medicinais; prevenção.

Introdução

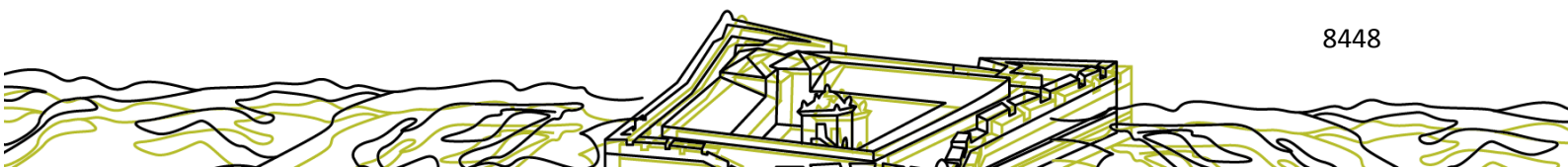
Desde a idade antiga os seres humanos empregam plantas como tratamento para tratar diversas enfermidades. Na década de 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou que 65-80% da população dos países em desenvolvimento faziam uso das plantas medicinais como única forma de acesso aos cuidados básicos de saúde (Akerelle apud Veiga, J., 2005).

Milhões de pessoas em todo o mundo morrem devido a doenças transmitidas por insetos. Os mosquitos são responsáveis por transmitir doenças acerca de 700 milhões de habitantes ao ano, especialmente em países tropicais e subtropicais. Além disso, os insetos podem provocar certo incômodo, especialmente em crianças com hipersensibilidade, devido às substâncias liberadas no momento da picada (Fradin, D., (2002) apud Stefani et al, 2009).

No Brasil, os grandes problemas com o saneamento básico e crescimento desordenado da infraestrutura urbana, têm dificultado ainda mais o controle dos vetores, causando assim, frequentes epidemias e surtos de doenças provocadas por picadas de mosquitos (Datusus, 2008).

Malária, dengue, febre amarela, elefantíase, leishmaniose, encefalite, doença de Chagas e pênfigo são exemplos de doenças que podem ser transmitidas por mosquitos (Miot et al, 2004). A maioria das doenças transmitidas por insetos são provocadas por vírus e devido à capacidade de mutação ainda não há vacinas e quimioprofilaxia disponível para todas as variações genéticas, assim se torna indispensável o uso de repelentes. (Fradin; Day (2002) apud Stefani et al, 2009). Para impedir o encontro do agente com o hospedeiro no ambiente é imprescindível a eliminação do vetor, a exemplo do *Aedes aegypti* que atualmente é vetor do vírus da Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela entre outros (Organização PanAmericana da Saúde, 2010).

O mosquito *Aedes aegypti*, que é um vetor urbano, surgiu na África em meio a populações selvagens e domésticas, mas só foi registrado no Egito e, por isso, recebeu seu nome científico (*Aedes aegypti*). Ainda não há comprovação do que faz atraente a pele dos seres humanos à esses insetos, mas os mesmos vêm se espalhando pelo



mundo através da permanente imigração do homem (Braga, 2007). De acordo com o Departamento de Análise de Situação de Saúde do Ministério da Saúde o *Ae. aegypti* já foi detectado nos 26 Estados e no Distrito Federal.

Os primeiros surtos de dengue foram detectados em 1986 e, desde então, houveram diversas outras epidemias mais intensas nos principais centros urbanos pelo país, totalizando uma estimativa de 3 milhões de casos registrados, sendo destes, 6.272 casos de Febre Hemorrágica da Dengue e 386 óbitos registrados entre 1990 e 2006 (Stefani et al, 2009, p 89). Segundo o boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde, entre 1 de janeiro e 2 de abril de 2016, foram registrados 802.249 casos prováveis de dengue no país.

Além dos vetores urbanos existem os vetores silvestres que se propagam pelo país de acordo a altitude e são muito encontrados em zonas rurais, principalmente em copas de árvores; isso explica o motivo dos macacos terem sido seus principais alvos durante várias décadas, devido compartilharem as mesmas áreas ecológicas (Franco, 1976).

Um estudo recente realizado pelos Institutos Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) e Pasteur, na França, confirmou que os mosquitos silvestres das espécies *Aedes albopictus*, *Haemagogus leucocelaenus* e *Sabethes albiprivus* são altamente suscetíveis a linhagens virais, o que se tornou uma alerta devido a grande chance de novas incidências de epidemias de febre amarela no Brasil. Estes, mais uma vez, foram reconhecidos pela ciência como os vetores primários do vírus na forma silvestre da febre amarela, o que reforça ainda mais a necessidade de prevenção nos ambientes rurais (Madec, Y. et al, 2017).

Uma das principais formas de prevenção é o uso de repelentes, que são substâncias aplicadas sobre a pele para inibir a aproximação de mosquitos. Podem ser encontrados em diversas formas como gel, óleo, creme, loção, aerossol e spray, com ingredientes diferenciados, o que influencia na durabilidade da proteção contra os insetos (Pinho, 2011). Os primeiros relatos de repelentes foram feitos na literatura greco-romana, tendo como pioneiros Plínio (23-75 a.C) e Dioscorides (60 a.C.), que desenvolveram o uso de suco de madeira quente (*Artemisia absinthium*) e fruta cítrica, aplicados nas roupas, para repelir insetos (Brown, 1997).

O repelente ideal deve ter as seguintes características: apresentar eficácia prolongada contra uma ampla variedade de artrópodes; não irritar a pele imediatamente após sua aplicação sobre ela ou sobre vestimentas; não afetar a roupa manchando-a,

branqueando-a ou enfraquecendo o tecido, permanecendo na roupa após lavagens repetidas; ser inerte para plásticos de uso cotidiano; resistir à água e ao suor e não deixar resíduos oleosos na pele; não ser tóxico; ter efeito com duração prolongada; ter custo viável que permita seu uso frequente; e não ser agressivo ao meio ambiente (Ribas, J.; Carreno, A. M., 2009)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2015) classifica os repelentes de pele como cosméticos e registrou como seus ingredientes ativos sintéticos eficientes o N,N-dietil-meta-toluamida (DEET), o Hydroxyethylisobutylpiperidinecarboxylate (Icaridin ou Picaridin) e o Ethylbutylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR3535), além de substâncias ativas vegetais. Existem também os repelentes de ambientes, classificados pela Agência como saneantes através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 34/2010, com diversos princípios ativos distintos, em sua maioria piretroides. Tanto os cosméticos quanto os saneantes aprovados pela ANVISA foram testados em mosquitos da espécie *Aedes aegypti* e tiveram ação eficaz.

O DEET é a substância ativa da maioria dos repelentes de insetos comercial. Este composto tem sido habitualmente detectado em amostras de água de todo o mundo, o que mostra sua propriedade móvel e persistente (Costanzo, 2007). Esta substância tem um perfil excelente de proteção em todo o mundo após mais de 40 anos de uso, mas pode causar reações tóxicas (se usado de maneira incorreta) (Miot, 2004).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 19/2013 da ANVISA, que regula o registro de produtos cosméticos repelentes de insetos no Brasil, as formulações que possuírem DEET com mais de 30% (trinta por cento) de concentração, só poderão ser usadas por pessoas com mais de 12 anos de idade se forem testadas as frequências de uso através de testes de riscos para humanos.

O uso massivo de DEET nas populações de risco (principalmente em crianças e mulheres grávidas) é limitado pela irritação cutânea e de toxicidade derivado da absorção sistêmica. Seus efeitos adversos incluem dermatite de contato irritativa, reações alérgicas ou sinais de toxicidade neurológica ou cardiovascular, como ataxia, encefalopatia, hipotensão e bradicardia (Mehr, 1990). Assim, a preferência por repelentes menos tóxicos e mais sustentáveis contribui para a preservação do ambiente, proteção com maior conforto, valorização do conhecimento etnobotânico e preservação da biodiversidade.

Algumas plantas como: eucalipto; gerânio; soja; citronela; andiroba; óleo de aipo e alho; têm demonstrado propriedades repelentes a baixo custo e baixa toxicidade. No entanto,

nenhum derivado de plantas testado até o momento demonstrou eficácia e duração semelhante ao DEET (Miot, et al, 2004; Rajan, 2005).

De acordo com Girardi (2011) repelentes preparados com essências naturais geralmente são menos tóxicos e mais tolerados pelas pessoas, mas ainda não se encontrou algo que supere o efeito repelente dos compostos químicos. Com o intuito de valorizar o senso comum e levar o conhecimento científico até a comunidade, foi desenvolvida uma oficina sobre a produção de repelentes a partir de plantas citadas pela comunidade quilombola de Campo Grande/Santa Teresinha-BA, com vistas a aproveitar o potencial das espécies de plantas utilizadas pelas comunidades tradicionais.

Metodologia

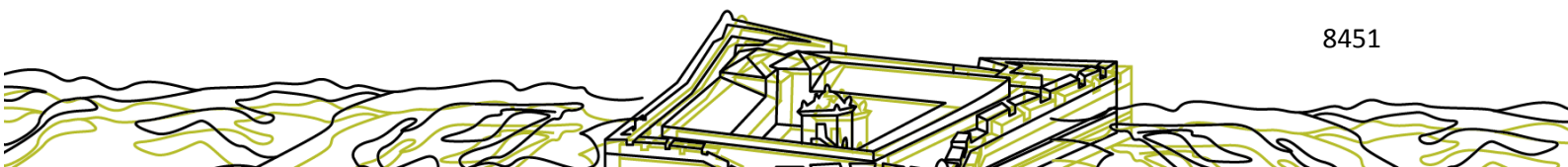
O município de Santa Teresinha encontra-se inserido no território de identidade do recôncavo, região do semiárido na Bahia. Localiza-se em uma latitude 12°46'19" sul e à longitude 39°31'24" oeste, com altitude de 227 metros. Com uma área de 710313 km², possuiu população em 2010 de 9658 habitantes e uma população estimada em 2017 de 10682 habitantes (IBGE 2017).

Inicialmente beneficiada com essa atividade de extensão, a Comunidade de Campo Grande, localizada na zona rural do município de Santa Teresinha, é constituída principalmente de afrodescendentes, remanescentes de quilombo. Com decadente infraestrutura, a localidade não possui rede de esgoto.

Os moradores possuem renda baseada na agricultura familiar, com residências simples, afastadas umas das outras. As mulheres são mães de família, trabalhadoras do lar, são responsáveis pelo preparo dos alimentos e criação dos filhos. Os homens, assim com as mulheres, cuidam de pequenos animais de criação, trabalham na agricultura familiar e comercializam a colheita na zona urbana.

Como o local está afastado do centro urbano, cujo deslocamento até o mesmo é dificultado por longas caminhadas ou uso de transportes coletivos, a realização da oficina "Transformando o conhecimento científico em conhecimento popular a partir da produção de repelentes com a colaboração da população da comunidade" partiu da hipótese de encontrar nela um elevado conhecimento sobre as plantas locais.

Para a produção do repelente em laboratório, foi coletada a planta capim santo na altura de 30 cm (em relação ao solo) e após suas folhas serem lavadas, foram colocadas no álcool junto a cravos por volta de 15 dias, agitando 2 vezes ao dia. Durante este



período a mistura foi armazenada em local escuro, sem a presença de luz solar, e após esse período acrescentou-se óleo natural.

Amostras do repelente produzido em laboratório foram apresentadas e distribuídas durante a palestra que antecedeu a oficina. Durante a atividade proposta, foram apresentadas as etapas de produção do repelente e a importância de utilização de plantas encontradas na própria comunidade para esta produção, numa perspectiva de preservação das espécies e valorização do conhecimento local.

Como forma de avaliar o trabalho realizado junto à comunidade, ao final da oficina foram aplicados questionários de cunho qualitativo, na busca de informações a respeito do tema abordado (repelentes naturais como medida de combate às doenças transmitidas por insetos).

Resultados e Discussão

O conhecimento popular geralmente é transmitido pelos mais idosos nas comunidades tradicionais devido suas experiências ao longo da vida e por conhecerem uma maior diversidade de plantas que podem ser usadas na prevenção e/ou tratamento de doenças. Mas, com o tempo, esses conhecimentos vão se perdendo e dão lugar ao uso disseminado de produtos industrializados com componentes que provocam a contaminação da biodiversidade quando descartados de forma irregular.

A população que respondeu ao questionário foi composta por 21 pessoas com idade que variou entre 13 e 56 anos, sendo vinte do sexo feminino e um do sexo masculino.

Quando perguntados se já contraíram anteriormente alguma doença transmitida por picadas de insetos, 19% dos entrevistados mencionaram que já haviam sido acometidos pela dengue e 76% mencionaram que não tiveram nenhuma das doenças apresentadas transmitidas por insetos. A apresentação desses dados pela comunidade não garante a ausência de doenças transmitidas por mosquitos, uma vez que, alguns vírus, como o da dengue, podem causar um quadro assintomático ou mesmo tão grave que põe em risco a vida dos indivíduos infectados (DIAS, 2010). Desta forma, a população em estudo necessita de instruções quanto à gravidade destas enfermidades, bem como as formas de preveni-las e tratá-las.

A respeito do conhecimento, por parte dos presentes, sobre substâncias que têm como função repelir insetos, 48% dos apontaram conhecer substâncias que atuam como repelentes de insetos transmissores de doenças.

No tocante ao uso de qualquer produto que previne picada de insetos, 57% dos investigados descreveram que utilizam, demonstrando que a maioria do grupo participante faz uso de repelentes para prevenir picadas de insetos.

Sobre a utilização de alguma planta na fabricação de repelente, 76% dos participantes da oficina mencionaram que não conhecem nenhuma planta que pode ser usada na fabricação de repelente, 5% argumentaram que usam a mamona e óleo de coco e 5% fabricam repelente com citronela.

Esse resultado demonstra que, apesar dos conhecimentos sobre plantas com propriedades medicinais e a utilização das mesmas na prevenção ou tratamento das enfermidades como uma atividade tradicional, na comunidade a sua maioria (70%) desconhecem o potencial das ervas para a produção caseira de repelentes.

Seja através do quintal de casa, dos vizinhos e/ou dos conhecidos, no geral, cerca de 70% dos participantes afirmaram ter acesso às plantas com ação de repelir insetos. Um outro fator contrastante é que 53% dos pesquisados fazem uso de plantas in natura e de fácil acesso (quintal de casa) para repelir insetos, enquanto que 37% informaram não ter acesso ou não usam as possíveis plantas com ação repelente.

O uso de plantas medicinais é comum por moradores rurais, principalmente quilombolas. Isso está relacionado ao conhecimento que são passados de pais para filhos e/ou de avós para netos sobre o tratamento de doenças com plantas medicinais. “O uso popular de plantas medicinais é uma prática antiga, que tem sido propagada oralmente por sucessivas gerações. Esse conhecimento é transmitido em todos os níveis da vida diária e não apenas no formal.” (FERREIRA et al, 2015, p. 151).

Sobre a importância do uso de repelentes, 62% consideram muito importante utilização de repelente, 33% importante e 5% pouco importante. A maioria dos participantes considera relevantes a utilização de repelentes e a prevenção de doenças que são transmitidas por picadas de insetos.

É considerável argumentar, que nas comunidades tradicionais a maioria das pessoas trata de doenças utilizando plantas, por ser de baixo custo e adquirirem com maior facilidade. As crianças desde seu nascimento têm acesso ao tratamento em casa e crescem vendo seus pais e avós usando como medicamento, desta forma todos os saberes advindos de plantas medicinais são passados de geração para geração.

Quando perguntados se após a oficina os integrantes produziram repelente, 90% mencionaram que sim. Portanto, há uma grande importância para as comunidades

tradicionais atividades como esta, uma vez que levam maior incentivo à preservação do conhecimento popular e resgatam conhecimentos por vezes perdidos com o tempo. A oficina levou uma reflexão aos que não faziam uso de repelente natural, apresentando-os a importância de seu uso com o intuito de evitar picadas de insetos, e aos que já faziam, novas informações para o preparo através das ervas medicinais.

Ademais, têm-se que os participantes expuseram que à atividade realizada, proporcionou-o novos conhecimentos sobre plantas medicinais e principalmente sobre os repelentes naturais. Desta maneira, levar oficinas para comunidades rurais, principalmente as quilombolas, possibilita aos participantes, além da valorização dos conhecimentos tradicionais o compartilhamento dos saberes.

Conclusão/Considerações Finais

Considerando que 19% dos entrevistados já tiveram dengue e que o uso de repelentes é fundamental para prevenção de picadas de mosquitos, além de preservar o meio ambiente quando estes são produzidos com ervas naturais. A oficina apresentou um significado importante para comunidade, pois além de estimular a preservação do conhecimento cultural, trouxe para a comunidade de Campo Grande informações mais amplas sobre as diversas formas de uso de suas plantas medicinais.

Assim, como uma proposta de estimular o uso de repelentes não-agressivos ao meio ambiente e à saúde humana e contribuir com a prevenção de doenças provocadas por insetos, essa atividade proporcionou a aproximação entre a academia e a comunidade tradicional, destacando e reafirmando a importância do compartilhamento dos conhecimentos científico e popular entre os sujeitos.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Repelentes e inseticidas: Perguntas & Respostas. 2015.** Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/repelentes-e-inseticidas-perguntasrespostas/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=en_US> Acesso em 21 março de 2018.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. **Aedes aegypti: inseticidas, mecanismos de ação e resistência. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 16, n. 4, p. 179-293, dezembro de 2007.** Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2018.

BROWN M., Herbert A, A. **Insect repellents: an overview.** Clinical review. J Am AcadDermatol. 1997;36:243-9.

COSTANZO, S. D.; et all. **Science of the Total Environment** 384, 214-220. 2007.

Ministério da saúde. **Datasus – Departamento de Informática do SUS. Índice parasitológico anual.** c2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em 20 março de 2018.

DIAS, L. B. A., et al. **Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento.** Revista Medicina, v 43, n, 2, Ribeirão Preto. 2010. p. 143-152

FERREIRA, A. L. S.; BATISTA, C. A. S.; PASA, M. C. **Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola Mata Cavallo em Nossa Senhora do Livramento – MT,**

Brasil. Revista Biodiversidade, v. 14, n1, 2015, p. 151-160.

FRADIN, M. S. **Mosquitoes and Mosquito Repellents: A Clinician's Guide.** MD Annals of Internal Medicine. Volume 128 Issue 11, Pages 931-940, 1998.

FRANCO, O. **História da Febre Amarela no Brasil.** Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, Ministério da Saúde, 1976.

GIRARDI, G. **Ao gosto do Aedes.** Unespciência. 2011, P. 32-34.

IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente.** 2017.

MADEC, Y. et al. **Potential risk of re-emergence of urban transmission of Yellow Fever virus in Brazil facilitated by competent Aedes populations.** Scientific Reports, volume 7, Article number: 4848. 2017.

MEHR, Z. A. et al. - **Attraction of mosquitoes to diethyl methylbenzamide and ethyl hexanediol.** J. Amer. Mosq. Control Ass., 6: 469-476, 1990.

MIOT H. A. et al. **Comparative study of the topical effectiveness of the andiroba oil (Carapaguianensis) and Deet 50% as repelent for aedes sp.** RevInstMedTropSao Paulo. 2004;46:253-6.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades.** Módulo 2: Saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010.



PINHO, L. D. **Proteção individual à picada de mosquitos: Avaliação Laboratorial e no Campo do Efeito Repelente de Vestuário Tratado com Insecticidas ou Repelentes.** Dissertação de Mestrado, 2011.

RAJAN, T. V. **A double-blinded, placebo-controlled trial of garlic as mosquito repellent; a preliminary study.** MedVet Entomol. 2005;19:84-9.

Resolução - RDC n. 19, de 10 de abril de 2013. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde.** Capítulo III, parágrafo único. Abril, 2013.

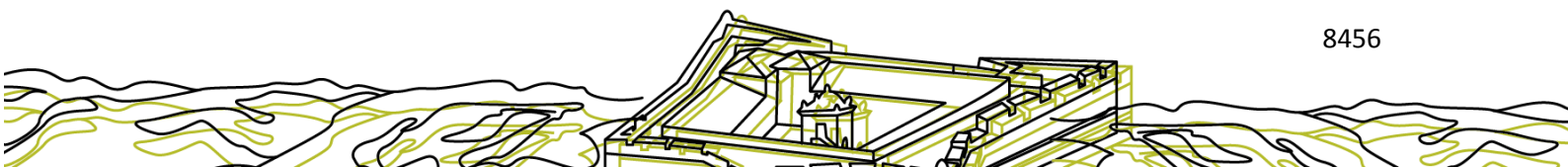
RIBAS, J.; CARRENO, A. M. Avaliação do uso de repelentes contra picada de mosquitos em militares na Bacia Amazônica. **An. Bras. Dermatol. [online]. 2010, vol.85, n.1, pp.33-38. ISSN 0365-0596. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S036505962010000100004>.**

Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Dados e indicadores selecionados.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Volume 47. Nº 18 – 2016.

STEFANI, G. P. et all. **Repelentes de insetos: recomendações para uso em crianças.** Rev Paul Pediatr. 2009, 27(1), P.81-89.

VEIGA J. V. F.; PINTO, A. C.; MACIEL, M. A. M. **Quim. Nova.** V. 28, N. 3, 2005.



MUITO ALÉM DO AUTISMO: UM PROJETO VOLTADO À INTEGRALIDADE

Área temática: Saúde.

Karolina Saad Rached; Débora Costa Marques; Matheus de Luna Seixas Soares Lavor; Marcela Tozzi Carvalho Gomes; Andrielly Cardoso de Andrade; Danielle Tomaz Alves; Pedro Hugo Vieira da Silva; Iasmyn Florencio de Araujo Silva; Ludmyla Alves da Silva; Catarina Nóbrega Lopes; Maria Eliziane Guimarães Menino; Marina Mousinho de Pontes Damaceno; Cinthya Gabrielle Coserva Alves; Fernando Caldeira Filho; Tâmara Albuquerque Leite Guedes.

INSTITUIÇÃO: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

RESUMO: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por alterações comportamentais, déficits de comunicação e interação social e apresenta crescente prevalência. O diagnóstico precoce é um desafio no Brasil pela pouca difusão de informações atualizadas, complexidade do transtorno e variedade de sinais e sintomas. O tratamento depende de uma abordagem multiprofissional. O despreparo de muitos profissionais de saúde e das escolas para adequada inclusão agrava os desafios enfrentados. O objetivo deste trabalho é discutir as ações do Projeto de Extensão Muito Além do Autismo (PEMAA) na difusão de informação sobre as implicações do TEA para as crianças e sua família. Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas pelo PEMAA, iniciado em 2017 numa faculdade na Paraíba, composto por estudantes de medicina e nutrição e docentes fisioterapeuta e nutricionista. Realiza atividades quinzenais de surf-terapia (junto ao Instituto Revertendo o Autismo) e reuniões semanais na faculdade para discussões teóricas, planejamento de ações educativas e desenvolvimento de pesquisas. Dentre as ações já realizadas, a surf-terapia tem permitido o contato do estudante com crianças com TEA, aprendendo a lidar com suas particularidades e entendendo os desafios enfrentados pela família para o diagnóstico, tratamento e inclusão social. A atividade é benéfica para as crianças ao estimular o brincar, a superação de dificuldades do contato com diferentes texturas, ambientes e pessoas e permitir uma orientação individual aos pais. Também foi realizado um Projeto de Pesquisa, em análise no Comitê de Ética, para descobertas na área e palestras sobre o TEA permitindo divulgar conhecimento atualizado. Todas as ações do PEMAA permitiram que o estudante aprenda a lidar com o TEA e proporcione

um cuidado integral no futuro. Permitiu aos pais e crianças acessibilidade à informação e cuidado individualizados, superação de dificuldades e a propagação de conhecimento atualizado.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista; Integralidade em Saúde; Extensão Comunitária; Relações Familiares; Terapia Complementar.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno global do desenvolvimento (TGD) cada vez mais prevalente caracterizado pela presença de alterações comportamentais, déficits de comunicação e interação social, podendo haver presença de estereotípias, restrição de interesses e atividades, distúrbio sensorial e seletividade alimentar, dentre outros. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; CORREIA, 2015). Atualmente é usada a nomenclatura TEA para se referir há um subgrupo dos TGD composto por: autismo, síndrome de Asperger e transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (BRASIL, 2014).

Os indivíduos com TEA apresentam frequentemente outras comorbidades como convulsões, déficit de atenção, hiperatividade, transtornos de ansiedade e transtorno obsessivocompulsivo, dentre outras (CORREIA, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 1 em cada 160 crianças apresenta TEA (WHO, 2017). No entanto muitos estudos internacionais vêm demonstrando que esses números são bem maiores. Um deles aponta que nos Estados Unidos a cada 68 crianças com até 8 anos, 1 é autista (CHRISTENSEN et al., 2016).

A etiologia do TEA ainda não é definida, porém acredita-se que tenha origem multifatorial, incluindo fatores genéticos e neurobiológicos, isto é, alterações anatômicas ou fisiológicas do sistema nervoso central, problemas constitucionais inatos e interações entre múltiplos genes. Devido a influência genética no TEA, têm-se estudado e pesquisado cada vez mais os fatores da expressão e regulação gênica e a influência ambiental sobre eles. Há evidências que demonstram que a expressão de um gene depende 80% do ambiente, ou seja, a água, o ar, os alimentos, as relações afetivas, dentre outros podem influenciar no desenvolvimento de uma pessoa com TEA. Estudos epidemiológicos evidenciam que um a cada 88 nascidos vivos apresenta TEA, sendo mais prevalente no sexo masculino. Estima-se que em 2010, no Brasil, haviam 500 mil pessoas com autismo (GOMES et al, 2015; SCHMIDT & BOSA, 2003).

No autismo os fatores ambientais, associados à predisposição genética desencadeiam disfunções nos sistemas imunológico, intestinal e endócrino, com permeabilidade intestinal, disfunção mitocondrial, estresse oxidativo, metilação inadequada e distúrbios na sulfatação que atingem o cérebro provocando alteração no Sistema Nervoso Central (RIMLAND, 1981). As áreas cerebrais mais atingidas estão relacionadas ao comportamento social e de linguagem (CHOUERI & ZIMMERMAN, 2017).

A criança com TEA pode nascer aparentemente normal e com desenvolvimento compatível para a idade, porém entre o quarto e oitavo mês de vida pode deixar de apresentar movimentos antecipatórios de ser segurada no braço ou de ajustamento ao corpo de quem a segura. Aos poucos os hábitos motores vão ficando cada vez mais restritos e ritualizados e a criança pode apresentar um progressivo desinteresse e apatia por tudo ao seu redor (CÂMARA et al, 2011).

Os primeiros sintomas costumam ser identificados pelos pais ou cuidadores e incluem:

alterações no sono, indiferença aos cuidados recebidos ou às pessoas, ausência de sorriso social, desinteresse por estímulos, ausência de atenção compartilhada e de contato visual, dentre outros. Pode haver hipersensibilidade a sons, autoagressão, interesse em girar objetos e fazer movimentos repetitivos (BRASIL, 2014).

Pela DSM-5 os primeiros sintomas devem aparecer antes dos 36 meses de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), porém diversos estudos demonstram que na maioria das crianças isso ocorre entre os 12 e 24 meses (ZANON, BACKES & BOSA, 2014). O diagnóstico precoce ainda é um desafio no Brasil por causa da pouca difusão de informações atualizadas, da complexidade do transtorno e da grande variedade de sinais e sintomas em crianças no espectro. O diagnóstico inclui avaliação clínica e o uso de escalas de avaliação e de acompanhamento.

O tratamento do TEA depende de uma abordagem multiprofissional, envolvendo médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, nutricionistas, dentre outros. Cada vez mais são utilizadas novas abordagens como a alimentar, uma vez que estudos recentes demonstram que o TEA tem deficiências nutricionais devido uma má absorção proveniente da falta de enzimas digestivas, necessidades de quantidades elevadas de alguns nutrientes por distúrbios no metabolismo, inflamação do intestino causada por toxinas ou sensibilidade alimentar (MACHADO, 2018).

Uma dietoterapia adequada em nutrientes de acordo com as necessidades individuais de cada um, leva ao alívio dos sintomas do TEA. Desta forma, a suplementação mineral

e vitamínica é benéfica em pessoas autistas e, quando bem aderida, resulta em melhorias no seu estado metabólico. Com relação às gorduras insaturadas, o ômega-3, cuja maior fonte está contida em peixes, está diminuído em pessoas com TEA. Observa-se que sua inclusão na dieta contribui para o alívio dos sintomas gastrointestinais, comuns em crianças autistas (ADAMS et al., 2018).

A deficiência enzimática, é comum entre pessoas com espectro autista dificultando a digestão de alguns alimentos como o trigo e o leite. Uma dieta sem glúten e lactose incluem uma redução ao risco de obesidade e uma melhoria das características cognitivas e comportamentais como interação social, comunicação, comportamento e estereotípias. Sendo assim um tratamento eficaz às necessidades dos autistas (VAZ et al., 2015).

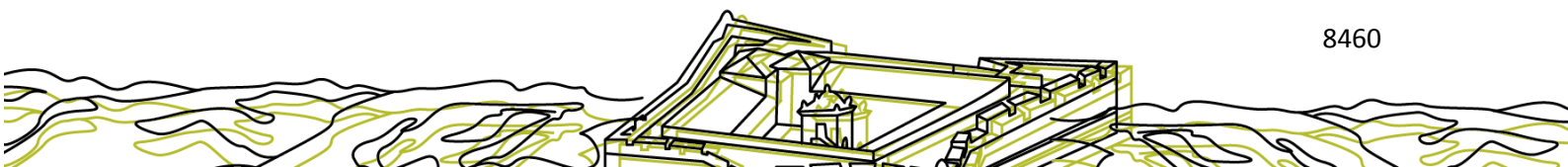
Grande parte dos profissionais de saúde brasileiros estão despreparados para o adequado diagnóstico do autismo e poucos estabelecimentos prestam serviço de saúde de forma especializada para pessoas com TEA. Na Paraíba, destaca-se que mesmo entre os serviços existentes há lacunas na proposta terapêutica por não considerar a integração do indivíduo em seu contexto biopsicossocial e não inserir a família como elemento central de abordagem e integração social.

Na Atenção Básica há muitas fragilidades na assistência prestada na Paraíba, onde muitas crianças não são acolhidas e identificadas de forma precoce e há dificuldade de acesso à atenção especializada. Isso leva a um cenário de diagnósticos e intervenções tardias, prejudicando o desenvolvimento infantil e a assistência integral que poderia ter sido prestada. Isso acontece em parte por o autismo não ser abordado durante a graduação de muitos profissionais de saúde.

No aspecto educacional também acontecem lacunas importantíssimas no processo, trazendo prejuízos para a inclusão escolar e social. A maioria das escolas não estão preparadas para uma adequada inclusão da criança autista, o que agrava o preconceito sobre o tema.

Esse cenário de dificuldades diagnósticas, falta de profissionais habilitados para um acompanhamento adequado, despreparo das escolas para inclusão dessas crianças tornam maiores os desafios que os familiares dos autistas precisam enfrentar no cuidado do seu filho.

Diante desse cenário é fundamental inserir o estudante desde a graduação num contexto de diversidade, fortalecendo a formação acadêmica para atuar de forma crítica e reflexiva no contexto de cuidados às famílias e pessoas com autismo, compreendendo



muito além da doença, mas atuando de forma integral na atenção à saúde das pessoas com autismo, reduzindo preconceitos e valorizando as pessoas de forma ética, em todo potencial de vida.

Esse projeto de extensão tem como objetivo desenvolver ações de prevenção, promoção à saúde e integração social junto às famílias com crianças e adolescentes autistas por meio da participação dos extensionistas docentes e discentes e dos membros do Instituto Revertendo o Autismo, promovendo uma conscientização e ampla divulgação sobre o tema, além de fortalecer a formação acadêmica para atuar neste contexto. Assim, o objetivo deste trabalho é discutir as ações do Projeto de Extensão Muito Além do Autismo (PEMAA) na difusão de informações sobre o TEA e sobre o impacto dessa condição na vida das crianças e seus familiares.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas pelo PEMA, iniciado em Setembro de 2017 numa faculdade na Paraíba. O projeto é composto por 12 estudantes de medicina dos diversos períodos, 2 acadêmicas de nutrição e 2 docentes: uma fisioterapeuta e uma nutricionista. Desenvolve atividades quinzenais de surf-terapia em uma praia no município de Cabedelo-PB, em parceria com o Instituto Revertendo o Autismo (IRA), uma Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP) sem fins lucrativos que promove atividades de prevenção, promoção a saúde a indivíduos autistas e seus familiares nos municípios de Cabedelo, João Pessoa, Santa Rita, Bayeux ou regiões próximas. Além disso, realiza reuniões semanais na Faculdade para aprofundamento teórico sobre o autismo, planejamento de ações educativas e desenvolvimento de pesquisas na área.

As atividades de surf-terapia são realizadas a cada 15 dias num domingo pela manhã e envolve o contato com as crianças autistas no mar ou na areia através da utilização de pranchas, botes, baldinhos e bolas. Busca-se uma interação verbal ou não verbal com as crianças, uma vez que algumas delas são autistas não verbais. Utilizam-se também elementos da praia que possam estimular uma possível interação com essas crianças, como conchas, areia e água do mar. Os alunos são instruídos a interagir em pequenos números com cada criança, pois muitas têm dificuldade de interação social e a presença de muitas pessoas pode prejudicar o processo.

Nessa atividade são oferecidos lanches coletivos com frutas como: melancia, melão, tangerina e banana e bebidas como: água de coco e suco de frutas naturais, sem açúcar,

numa tentativa de estimular o contato das crianças com novas texturas e sabores, uma vez que muitas apresentam uma seletividade alimentar. Aproveita-se também para abordar a temática com os pais presentes e instruí-los com o que for necessário dentro das particularidades do universo de cada criança. Além disso, os estudantes buscam interagir com os pais para saber informações sobre a progressão do quadro da criança ou para dar suporte e instrução.

Os estudantes são engajados nessas atividades na perspectiva da educação popular em saúde, tendo como ferramentas a escuta, diálogo, vínculo, acolhimento e com consequente troca de experiências e saberes com a comunidade. Desse modo, promove a valorização do saber do educando, instrumentalizando-o para a valorização da autonomia, transformação de sua realidade e de si mesmo (FREIRE, 2006).

A inserção do estudante neste contexto permite uma compreensão do espaço de socialização de vivências, sendo uma oportunidade para as famílias de pessoas com autismo expressarem seus medos, ansiedades e sentimentos, como também para relacionar-se com outras pessoas que estão experienciando o mesmo processo, o que possibilita um melhor enfrentamento das mudanças e situações que envolvem o adoecer e viver com o autismo.

A educação popular enquanto proposta norteadora metodológica contribui para a práxis dos diversos atores para atuarem como agentes transformadores da sociedade. O estudante constrói um aprendizado com a população local, dialogando com os diferentes saberes, estabelecendo um compromisso social com sua realidade.

Nas reuniões semanais, o grupo realiza aprofundamento teórico através da discussão de textos ou de vídeos sobre o autismo. Além disso, discute as vivências da surf-terapia, planeja atividades educativas e de pesquisa e elabora trabalhos para congressos.

Através dessas reuniões busca-se discutir sobre o TEA na atualidade, abordando pontos indispensáveis no contexto do autismo, como a epidemiologia, etiologia e diferentes abordagens de tratamentos; o contexto da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; as diretrizes de atenção à habilitação/reabilitação das pessoas com transtorno do espectro do autismo no SUS; a dinâmica familiar e social das famílias com pessoas com deficiências; a contribuição das práticas integrativas em saúde no contexto do cuidado às famílias e pessoas com autismo; a contribuição da alimentação saudável na alimentação do autista, entre outros.

Além das discussões e elaborações das ações, o projeto busca também desenvolver pesquisas sobre a problemática do TEA, contribuindo com a formação de profissionais de saúde e áreas afins sobre o TEA, produzir documentos informativos e técnicos e quaisquer outros que se destinem à publicação e disseminação de conhecimentos. Assim como desenvolver ações educativas, com parceiros públicos e do terceiro setor para sensibilização da sociedade e profissionais de saúde para o diagnóstico precoce do autismo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto tem proporcionado um olhar diferenciado dos estudantes através do contato direto com portadores de autismo e suas famílias, permitindo um aprendizado amplo sobre a patologia e sobre os desafios para o cuidado integral do autista.

Dentre as ações realizadas, destaca-se a surf-terapia, uma atividade realizada na praia que conseguiu efetivar o contato do estudante com crianças com TEA, ensinando-os a lidar com suas particularidades como dificuldades de interação social e distúrbios sensoriais. Os extensionistas foram surpreendidos pela dificuldade inicial de interagir com crianças nãoverbais, ou para saber lidar com crianças comendo terra, bebendo água do mar ou levando outros objetos à boca. Isso acontece porque muitos autistas apresentam a necessidade de explorar o ambiente com o uso dos sentidos, enquanto outros se incomodam com diferentes texturas como a de uma roupa, da prancha de surf, dentre outros (CORREIA, 2015). O ambiente da praia é bastante rico em texturas diversas e o estudante pode compreender quando as crianças não se integraram em atividades pelo incomodo com essas texturas, permitindo aos poucos ambientar as crianças, estimulando-as a superar suas dificuldades.

As atividades também foram bastante benéficas as crianças por estimulá-las a interagir não apenas com pessoas neurotípicas, como também com outros autistas. Em algumas situações foi estimulado que duas crianças dividissem o mesmo bote, tendo sido contornadas algumas dificuldades iniciais. Além disso, estimulou-se o brincar e o desenvolvimento motor delas, uma vez que algumas apresentam hipotrofia muscular. Foi surpreendente a superação de uma das crianças acompanhadas, pois no primeiro contato com o grupo ela chegou nos braços dos familiares, interagindo pouco, assustada com tantos estímulos e com um grau elevado de hipotrofia muscular. Atualmente ela anda sozinha, apresentou grande melhora do tônus muscular, interage e

demonstra empolgação para brincar no mar dentro de um bote. Cada pequena superação da criança é bastante valorizada pelo grupo e pela família.



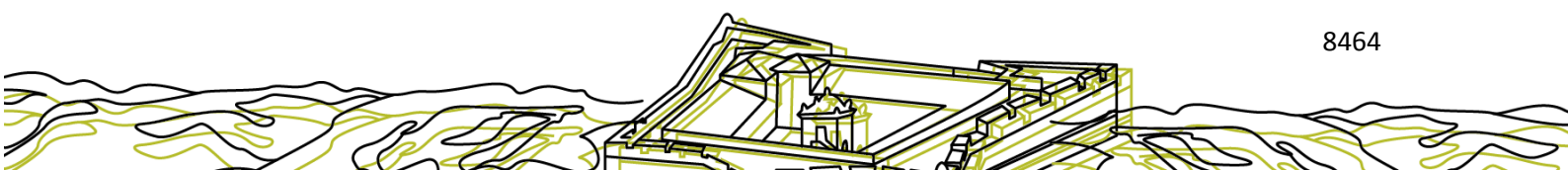
Figura 1 - Disfunção sensorial no Autista.

Figura 2 - Autista superando hipotrofia muscular.

A atividade na praia é ainda benéfica para os pais, por representar um local de contato com pessoas que tem informações sobre o autismo, permitindo orientação individual. Além disso, permite que estes possam dividir suas angústias, tenham um momento de lazer, muitas vezes impossível por todas as dificuldades diárias de lidar com o impacto do autismo na vida familiar.

Para os estudantes a atividade de surf-terapia permitiu o contato com crianças autistas, ampliando o conhecimento sobre o autismo e sua realidade. Os acadêmicos puderam aprender a lidar com as particularidades de cada autista, pois há uma grande variedade de apresentações do espectro. A ansiedade inicial do contato com as crianças e insegurança sobre estar apto para lidar com elas e atingir uma interação foram aos poucos sendo superadas. Conviver com essas crianças vem proporcionando uma melhora na compreensão da patologia, o desenvolvimento de habilidades de comunicação não verbal e um maior aperfeiçoamento no cuidado.

Percebe-se que na formação acadêmica de medicina ainda há um grande déficit quanto ao aprendizado sobre autismo, o assunto é pouco abordado e diversas vezes são repassadas informações desatualizadas e que não correspondem ao conhecimento científico atual sobre o quadro. Desta forma, o PEMAA destaca-se por proporcionar aos



estudantes uma visão mais crítica e atual sobre o assunto ainda na graduação. Outras estratégias como essa são importantes para ampliar o preparo dos estudantes de saúde para lidar com o TEA no futuro, pois certamente em algum cenário profissional estes entrarão em contato com algum autista e precisarão estar sensibilizados para lidar com suas particularidades e necessidades.

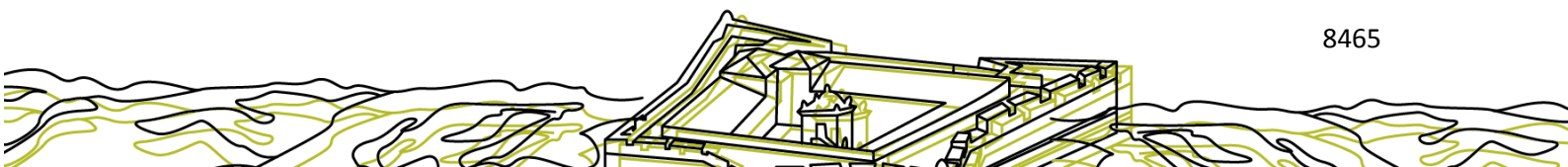


Figura 3 - Extensionistas na Atividade de Surf-terapia

Com o decorrer das atividades práticas, o medo e insegurança transformam-se em afeto e compreensão dos estudantes para com os indivíduos com TEA. Adentrar no universo do autismo e conquistar a atenção e, muitas vezes, o carinho dessas crianças torna o projeto enriquecedor, não apenas no âmbito acadêmico, mas também no pessoal.

Além das atividades práticas, foram realizadas atividades teóricas semanais na faculdade, nas quais se discutiu o que é o autismo, quais os sinais e sintomas, como realizar o diagnóstico e um pouco sobre as particularidades desse universo. Tudo isso permitiu que os extensionistas se sentissem um pouco mais preparados para discutir sobre a temática. Foram ainda discutidas as reações e dificuldades dos alunos durante as atividades na praia. Ao dividir impressões e experiências os demais extensionistas puderam refletir sobre suas próprias atitudes e avaliar onde podem fazer melhor ou diferente.

Outra atividade realizada pelo PEEMA foi uma palestra sobre as Novas Abordagens do Autismo. Nela estiveram presentes cerca de 50 pessoas, dentre acadêmicos: de medicina, fisioterapia, física, letras, design de interiores e diversos profissionais tais como: médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, pedagogos, geógrafo, biólogo, dentre outros. Também estiveram presentes alguns pais e familiares de autistas em busca de informações sobre essa condição. Essa diversidade de público



surpreendeu o grupo e foi bastante positiva, atingindo um dos objetivos do Projeto que é a divulgação de conhecimento atualizado sobre o autismo e a conscientização das pessoas sobre os desafios de inclusão dessa criança nos diversos espaços.

Na ocasião, o diretor do IRA falou sobre as novas abordagens do autismo que não resume o TEA à um problema psiquiátrico com necessidade de tratamento medicamentoso e sim como uma condição com diversas implicações clínicas, presença de uma neuroinflamação e implicações em outros sistemas como o digestivo. Nessa abordagem, a terapêutica multiprofissional é com tratamentos que envolvem, por exemplo, uma mudança alimentar e que podem reduzir significativamente os sintomas. Além disso, nesse evento, a fisioterapeuta coordenadora do Projeto relatou as dificuldades do seu dia a dia como mãe de autista e o processo de aceitação do diagnóstico até procura de profissionais para auxílio, permitindo que o público entendesse a dimensão por detrás do diagnóstico.

Além dessas atividades, o PEEMA produziu um Projeto de Pesquisa, em análise no Comitê de Ética, para descobertas na área. Desta forma, buscando não só a ampliação da formação acadêmica dos extensionistas, mas também compartilhando o saber com a comunidade científica e a população.

4- CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as ações do PEMAA permitiram que o estudante, ainda na graduação, seja inserido no cenário do TEA, aprendendo a lidar com a amplitude e particularidade de quadros dentro do espectro autista. Foi possível se adaptar ao convívio com crianças não verbais, ao contato com as disfunções sensoriais e seletividade alimentar, muito comum nessas crianças. Isso permitiu que o estudante com o passar do tempo aprendesse a encarar essas atitudes inicialmente estranhas de uma forma natural, explicando para pais ou pessoas leigas no tema os significados por trás delas.

Essa inserção do estudante nesse cenário desde a graduação é um diferencial deste Projeto e leva ao fortalecimento da formação acadêmica, a um conhecimento crítico e reflexivo no cuidado com autistas, reduzindo preconceitos e valorizando as pessoas de forma ética. Essas atividades contribuem para a tentativa de realização de um cuidado integral e inclusivo. Quanto mais iniciativas como esta houverem espalhadas pelo Brasil, maior a chance de atingirmos um grau desejado de inclusão e cuidado dessas crianças.

As ações do Projeto também proporcionaram aos pais, familiares e crianças acessibilidade à informação e cuidado individualizados, superação de dificuldades e propagação de conhecimento atualizado. Os pais puderam compartilhar ansiedades, medos e encontrar auxílio para aprender a lidar com as dificuldades de seus filhos. Pode-se também promover conscientização e ampla divulgação sobre o tema do autismo, ainda pouco conhecido de forma realista pelas pessoas.

O PEMAA planeja futuramente aprofundar ações de pesquisa para divulgação de resultados em congressos ou revistas. Além disso, planeja realizar ainda mais atividades educativas nos diversos espaços como unidades de saúde, escolas, universidades para que a temática do autismo seja conhecida pelos profissionais de saúde e população como um todo. Dessa forma, busca-se estimular a criação de novas Políticas Públicas para a inclusão dessas crianças nos diversos espaços. Outras ações como essa seriam bem-vindas na comunidade Brasileira, ainda carente de um cuidado integral e inclusivo aos autistas.

REFERÊNCIAS

ADAMS, JAMES et al. Comprehensive Nutritional and Dietary Intervention for Autism Spectrum Disorder—A Randomized, Controlled 12-Month Trial. **Nutrients**, 10(3), 369, Março, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Autism Spectrum Disorder**. Fact Sheet, 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>. Acesso em: 07/07/2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5a. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2014.

CÂMARA, Y.; AMARAL, J.; FARIAS, A. Retrato de uma Vida Contida: Estudo de um Caso de Autismo com Internação Prolongada. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, Vol, XI, No 2, p.751-777, jun/2011.

CHOUERI RN; ZIMMERMAN AW. New Assessments and Treatments in ASD. **Curr Treat Options Neurol.** 19(2):6, Fevereiro, 2017.

CHRISTENSEN, D. L. et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. **Surveillance Summaries**, 65 (3);1–23, Abril, 2016.

CORREIA, C. O. A. **Seletividade Alimentar e Sensibilidade Sensorial em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.** Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2015.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra, p.148, 2006.

GOMES P. T., LIMA L. H., BUENO M. K., ARAÚJO L. A., SOUZA N. M. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro*, 2015.

MACHADO, TIELLE. **Os 5 mitos no Autismo que todos os Pais e Profissionais deveriam saber.** Webinar Transmitido em 18/03/18.

RIMLAND, B. **Autismo Infantil - A Síndrome e Suas Implicações para uma Teoria Neural de Comportamento**, 1981.

SCHMIDT C, BOSA C. **A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo.** Interação: 2003.

VAZ, C. S. Y.; AOKI, K.; FREITAS, L.; GOBATO, A. O. Dieta sem glúten e sem caseína no Transtorno do Espectro Autista. **Rev CuidArte Enferm.** 9(1): 92-98, jan.-jun, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Autism Spectrum Disorders**, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/>. Acesso em: 29/03/18.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*: Vol. 30 n. 1, pp. 25-33, Jan-Mar 2014.



AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA O PROJETO DE EXTENSÃO MULTIDISCIPLINAR EADASC

Área temática: Saúde

Autores: Gabriela Correia de Freitas; Josineide Francisco Sampaio; Larissa Silva do Nascimento

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

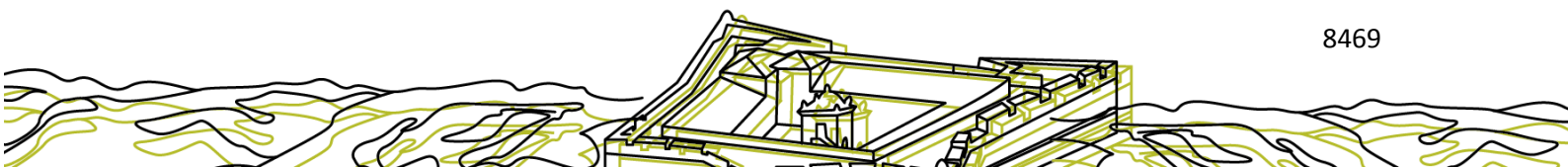
RESUMO

O Projeto Ensinar e Aprender Desenvolvendo Ações de Saúde Coletiva (EADASC) é uma Extensão Comunitária que atua nas adjacências da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), visando práticas de saúde coletiva e educação em saúde junto as áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia de forma multidisciplinar. Este trabalho se dispõe a apresentar a importância da Psicologia no âmbito da saúde através da participação do projeto, no qual objetivou desenvolver atividades voltadas à prevenção e promoção da saúde a partir das dinâmicas de grupo, rodas de conversa, oficina e “cantinho da escuta” com o intuito de despertar entre os participantes maior interesse pela qualidade de vida e facilitar a capacidade de autorreflexão. Trata-se de um estudo qualitativo, com base na análise de fichas e observação das dinâmicas do projeto. As situações levadas para o projeto, como as rodas de conversa e a discussão de temas relacionados à saúde mental, promoveram a reflexão, debate e interação entre os facilitadores e ouvintes. O desenvolvimento do trabalho permitiu aos acadêmicos articular e aprimorar os conhecimentos de base teórica, podendo colocar em prática de forma lúdica e com linguagem acessível, possibilitando, sempre, maneiras práticas de expor as temáticas e fazer com que os participantes entendam a importância delas.

Palavras-chave: Dinâmica de grupo; psicologia social; atividades.

INTRODUÇÃO

O Projeto Ensinar e Aprender Desenvolvendo Ações de Saúde Coletiva (EADASC) é uma Extensão Comunitária coordenada pela Professora Doutora Josineide Francisco



Sampaio, da Faculdade de Medicina (FAMED), da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que atende atualmente a quarenta e cinco (45) adultos e idosos da Comunidade Denisson Menezes. O público alvo é constituído por homens e mulheres, adultos com faixa etária de 30 a 60 anos e idosos de 60 anos em diante. O projeto atua nas adjacências da Universidade Federal de

Alagoas (UFAL) e funciona desde o ano de 2007 na Escola Municipal Doutor Denisson Luiz Cerqueira Menezes, todos os sábados, exceto feriados, no turno da manhã, atuando no ramo da prevenção e promoção da saúde junto as áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia, que trabalham multidisciplinarmente, isto é, numa relação entre diferentes disciplinas científicas sob a coordenação de uma delas, como afirma Almeida Filho (2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1976, p. 1), a saúde pode ser definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades", sendo assim, a saúde um estado de disposição física e psíquica, numa relação dualista entre mente e corpo, buscando sempre o equilíbrio e melhor qualidade de vida - é a visão do indivíduo no contexto de sua cultura, valores, expectativas, planos, padrões e preocupações. É um conceito amplo que engloba a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sócias, suas crenças e suas relações com o que existe no ambiente. (OMS, 2005 p. 14) O documento emitido na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986 afirma que: a promoção da saúde se caracteriza no "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (...)", segundo Cerqueira (1997), a promoção de saúde envolve duas dimensões: a conceitual - princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde - e a metodológica - que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico. No Projeto de Extensão EADASC, a psicologia está envolvida com o planejamento e a execução de atividades com base na atenção primária à saúde (APS), sendo um conjunto de conhecimentos práticos e procedimentos que propõem uma intervenção em vários aspectos, com objetivo de um efeito positivo em prol da promoção de saúde. A psicologia, palavra de origem grega psyche - que significa "espírito, alma e respiração", logia - "o estudo de algo", surgiu como ciência no final do século XIX com o alemão Wilhelm Wundt considerado o "pai da psicologia" pois foi Wilhem Wundt que criou o primeiro Laboratório de Psicologia Experimental na universidade de Leipzig em 1879, durante a primeira metade do século XX a essência da psicologia se concentrava na relação da mente, do comportamento e respostas

comportamentais do indivíduo ao meio no qual estava inserido. O laboratório criado por Wundt marcou o reconhecimento da psicologia como ciência, pois, a priori a psicologia que já existia a mais de quinhentos anos partindo do pressuposto filosófico, já que “as interações mente-corpo vêm sendo estudadas por equipes de pesquisa da Filosofia da Mente” (Teixeira, 2000), desde então a psicologia vem crescendo e ganhando espaço, ganhando autonomia e se tornando uma ciência cada vez mais diversificada, se expandindo em vários ramos do conhecimento, dentre elas a psicologia social, também ligada a Psicologia Social Comunitária utiliza-se do padrão teórico da Psicologia Social, priorizando o trabalho com os grupos, colaborando para a formação da consciência crítica e para a construção de uma identidade social e individual, orientada por preceitos eticamente humanos (Freitas, 1996). Assim, visa desenvolver trabalhos capazes de contribuir para promover relações de cooperação, e para a construção de sujeitos mais críticos e reflexivos, problematizadores e transformadores da realidade, utilizando-se de métodos de inserção e atuação comunitária (Góis, 2005 & Monteiro, 2004). A psicologia social foi desenvolvida por Kurt Lewin em 1930, a partir das concepções de Kurt sobre a influência do ambiente. Mills (1969) colocou, “psicólogos sociais querem descobrir relações causais que permitam estabelecer princípios básicos que explicarão o fenômeno da psicologia social” (p. 412). Os psicólogos passaram a averiguar como os indivíduos interagem dentro dos grupos, nesta época os psicólogos sociais que se interessavam em analisar os comportamentos dos indivíduos dentro dos grupos, passaram a estudá-los em grupos no qual já estavam acostumados, ou que já eram inseridos a um certo tempo, e, em grupos diferentes os quais proporcionavam assim observar qual a influência do grupo na formação da identidade do homem, essa perspectiva segundo, Nasciutti (1996) coloca que o indivíduo não deve ser visto apenas como resultado de determinantes de diferentes ordens, mas como ator social, dotado de liberdade de ação em face de um contexto social que o precede e que lhe designa um lugar. Esses estudos mais tarde também contribuíram para vários temas de interesse da psicologia, tais como: a dinâmica, atitudes preconceitos de grupos, conflitos, conformidade e transformação social (COLLIN, 2016, p.216). A psicologia é o estudo dos processos mentais e comportamentais (LANE, 2006, p.7)

“[...] a ciência que estuda o comportamento” desta forma, uma ciência que estuda o indivíduo não apenas de forma única, subjetiva, mas como um ser completo, a partir das suas relações e da convivência e formação em grupo. O grupo preside a existência do homem, é nele que o mesmo se encontra e se constitui como ser pensante, sendo necessariamente um ser de relação – na qual o homem se transforma e se humaniza. A formação do grupo é constituída a partir da interação entre duas ou mais pessoas, onde

estas estão sempre numa troca mútua, por mais ignorado que seja que seja influencia e é influenciado pelo ambiente físico, por outro lado, o grupo não é apenas um somatório que indivíduos que fazem parte dele, ele se constitui como uma nova entidade que cientes que seus objetivos buscam sua própria identidade, todos que compõe o grupo, que estão ali face a face estão em busca de um interesse comum, mutuo, mas tendo sempre em mente que cada indivíduo que compõe o grupo, precisa manter sua própria identidade . O objetivo geral deste trabalho se caracterizou em desenvolver atividades voltadas para prevenção e promoção de saúde, tendo como objetivos específicos promover autorreflexão a partir da dinâmica de grupo, propondo motivação e autonomia entre os participantes envolvidos no projeto, acadêmicos, coordenadores e adultos/idosos.

METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho na Comunidade Denisson Menezes, nas adjacências da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), os instrumentos utilizados foram: ficha de cadastro do participante, contendo os dados pessoais: nome e endereço, acompanhada da avaliação psicossocial, que analisa o estado civil, a escolaridade, a ocupação do participante e se caso ele trabalhe, é perguntada qual a sua situação de trabalho atual; além disso, são avaliados os seguintes aspectos: relacionamento interpessoal, qual questiona como se caracteriza a relação do participante com os filhos (as), companheiro (a) e outros; também são questionadas as situações mais propensas a causar tristeza, estresse e alegria aos adultos e idosos. Na ficha de cadastro ainda constam as avaliações das demais áreas atuantes no Projeto de Extensão EADASC. As outras atividades exercidas constam em: facilitação de rodas de conversa, dinâmicas de grupo, “cantinho da escuta” e oficina artesanal - que contou com a utilização dos seguintes materiais: uma caixa de papelão, seis retalhos de emborrachado coloridos, três tubos de cola de isopor, um tubo de cola branca e dez tesouras. Ao longo do semestre, foram utilizadas duzentas folhas de A4, um bloco de anotações e uma dúzia de canetas esferográficas nas cores azul e preta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações desenvolvidas no Projeto de Extensão EADASC no segundo semestre de 2017 foram planejadas de forma multidisciplinar entre toda a equipe de acadêmicos e coordenadores, na qual o grupo estava sempre empenhado para um manter um trabalho coeso e satisfatório. A roda de conversa é uma metodologia dinâmica, onde há integração entre os participantes permitindo que expressem suas impressões, opiniões

e concepções sobre tal assunto. O bom desenvolvimento de uma roda de conversa consiste, sobretudo em organização, planejamento e compromisso com o público alvo, para que assim haja um bom desempenho do que será abordado e que o grupo consiga entender a temática em questão, possibilitando uma troca de conhecimentos entre os acadêmicos que têm como base a teoria, as experiências e vivências dos adultos e idosos do grupo acerca do assunto, o que propõe ao grupo uma visão mais ampla, humanizada e pluralizada. O espaço qual será realizada a roda de conversa deve ser organizado com as cadeiras alinhadas em formato de círculo. O facilitador da roda de conversa deve dar início a atividade com a exibição de imagens ou vídeos, expressão da fala, leitura de um texto autoral ou apresentando questionamentos que estejam encaixados na temática escolhida, e, a partir disso estimular os participantes a contribuírem com seus pontos de vista, questionamentos e afins. O andamento da roda de conversa deve ser feito com apoio de mediação, fazendo com que as ideias dos participantes não se percam e não sejam esquecidas, de forma a complementarem o sentido da atividade. Com a realização das rodas de conversa, despertou-se conhecimento básico sobre as situações levadas para o projeto, reflexão, debate e interação entre os facilitadores e ouvintes, com temas relacionados a saúde mental, tais como: Envelhecimento e Qualidade de vida - abordando os fatores que podem contribuir para uma qualidade de vida saudável e positiva, explorando que o conceito também está relacionado ao bem-estar pessoal e a autoestima, além de outros fatores, como: nível socioeconômico, estado emocional e interação social.; Depressão - apresentando como a doença pode ser desencadeada, seus sintomas e tratamento; Ansiedade - debatendo a diferença entre a ansiedade considerada normal e o Transtorno de Ansiedade, que é considerado algo patológico. As rodas de conversa estão sempre explorando e discutindo, de maneira clara e objetiva, com o auxílio da dinâmica de grupo que tem como objetivo primordial fazê-los refletir sobre o tema abordado de forma lúdica, na qual pode-se impulsionar e despertar neles o interesse de buscar alguma forma de tratamento ou melhorias, para assim, ajudá-los na construção de uma nova visão de vida, a partir da autorreflexão e autoanálise. A dinâmica de grupo surgiu no período paleolítico com as brincadeiras lúdicas e jogos inocentes das crianças - que naquela época não haviam pretensão de analisar aspectos comportamentais, não imaginavam que as suas brincadeiras - como arco e flecha, poderiam mais tarde contribuir para o desenvolvimento do termo dinâmica de grupo. A partir disso,

Kurt Lewin considerado “pai da dinâmica de grupo” surge com a teoria de campo que busca explorar as forças e os fatores que influenciam qualquer situação. Para Lewin (1965,1973), o campo é definido como a totalidade dos fatos coexistentes em processo

de mútua interdependência. Assim o campo refere-se ao meio psicológico no qual o indivíduo ou o grupo estão inseridos em um dado momento. Segundo a Sociedade Brasileira de Dinâmica de Grupo (2006, p. 1), “dynamis é uma palavra de origem grega que significa força, energia, ação”. O intuito da dinâmica de grupo é motivar os participantes, facilitando e incentivando a comunicação, liderança e entrosamento, proporcionando assim, um novo pensamento do que é o grupo, auxiliando na autonomia, no posicionamento, nas emoções e nos aspectos psicossociais dos envolvidos. As dinâmicas devem sempre ter um objetivo, uma finalidade para a aplicação, na qual, é sempre aconselhável que o facilitador seja alguém que não faça parte do grupo, alguém que esteja apto a ouvir e interpretar as questões colocadas, esteja sempre sensível aos movimentos do grupo, sempre atento, para que caso haja alguma movimentação incomum entre os participantes o mesmo tente trabalhá-la, de forma a ajudar o indivíduo e o grupo em questão; procurar manter sempre o foco na temática abordada na dinâmica, assim, se algum dos participantes fugir do tema em questão o facilitador deve sempre estar atento e trazê-lo de volta ao foco da dinâmica; deve sempre manter uma comunicação clara e objetiva, para que não ocorram dúvidas e nem questionamentos durante a aplicação da dinâmica; respeitar e manter o sigilo, ter postura ética sobre o que foi compartilhado; evitar aplicar a “técnica pela técnica”, ou seja, aplicar a dinâmica sem intuito algum, de forma vaga, que seja apenas vista como uma “brincadeira” e não como desenvolvimento de um processo grupal. O coordenador deve ajudar o grupo a pensar, a refletir, a discutir e a agir; deve estimular a participação e jamais forçar o indivíduo a participar da atividade proposta. As dinâmicas de grupo foram aplicadas no projeto como forma de integração entre o público alvo do mesmo e os acadêmicos e coordenadores participantes, mantendo sempre o objetivo de aumentar a coesão do grupo, transformar o potencial do mesmo, fazendo-o crescer em igualdade, harmonia de relacionamento interpessoal, desinibir a capacidade criadoras dos participantes; proporcionando um aperfeiçoamento do trabalho coletivo, através das interações da dinâmica. A iniciativa idealizada pela equipe de psicologia e nomeada “cantinho da escuta” surgiu a partir da sugestão do grupo de acadêmicos e coordenadores sobre a necessidade dos participantes de serem ouvidos, o cantinho envolve e promove o acolhimento do participante, onde a equipe está aberta a escuta não-qualificada; o cantinho se caracteriza como um pequeno espaço, com mesas e cadeiras posicionadas de forma comparada a um setting terapêutico, de acordo com os materiais disponibilizados na Escola, local onde a atividade acontece; a iniciativa aos poucos foi sendo bem acatada e parabenizada pela equipe multidisciplinar e pelo público alvo, que proporciona de certa forma alívio e conforto aos participantes do

projeto na Comunidade Denisson Meneses, o grupo aos poucos foi ganhando autonomia, pois os adultos e idosos aos poucos foram espontaneamente procurando a equipe para falar da sua semana, dos seus problemas ou conversar sobre quaisquer assuntos que no momento lhe trouxessem algum desconforto. A equipe de psicologia com o auxílio das outras áreas de conhecimento proporcionou uma oficina para confecção de “porta treco”, um objeto que pode ser usado para guardar inúmeros itens, como; lápis, canetas e/ou medicamentos, entre outros, a confecção do mesmo ficou a critério dos adultos e idosos, que fizeram uso da cor e decoração, de acordo com a preferência de cada um, isso os possibilitou a criatividade e produtividade do grupo, de forma integrada, num momento descontraído e bem aconchegante, no qual o grupo pôde observar o empenho e autonomia - essa que o capacita para poder decidir as próprias regras de sua conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a ocorrer, além da possibilidade de realizar suas atividades sem a ajuda de terceiros. (Vieira, 1996, p. 23). De acordo com Coutinho e Rocha (2007, p. 76)

O trabalho do coordenador nos grupos de reflexão está voltado para intervenções que desencadeiam processos criativos e vivências inovadoras por meio do entendimento do fenômeno da transferência. Nos termos desses autores, os grupos de reflexão favorecem "a circulação de sentidos e os deslizamentos significantes, com alguma repercussão possível nos modos de gozo dos sujeitos que deles participam, atrelados às identificações e aos lugares ocupados por eles no campo da cultura”.

A partir disso, pode-se afirmar que o coordenador do grupo estimula os participantes do projeto a descobrirem capacidades que não foram trabalhadas antes do processo; capacidades essas que sempre estiveram embutidas em cada um dos indivíduos, mas não imaginadas anteriormente por eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido ressaltar que durante a realização do presente trabalho assumiu-se o compromisso de buscar o envolvimento e a cooperação das áreas de conhecimento envolvidas, em busca de um resultado coerente do mesmo, no qual todos os envolvidos, acadêmicos, coordenadores e principalmente os adultos e idosos da Comunidade

Denisson Menezes se empenharam numa troca mútua de companheirismo e dedicação. O desenvolvimento do trabalho permitiu aos envolvidos, enquanto alunos, articular e aprimorar os conhecimentos de base teórica, podendo colocar em prática de forma lúdica e com linguagem coloquial, possibilitando sempre maneiras práticas de expor as temáticas e fazer com que os participantes entendam a importância da mesma. Vale destacar que os resultados obtidos têm se dado justamente pela eficácia do trabalho multidisciplinar e principalmente pela importância da psicologia no cotidiano e como forma de tratamento para determinados problemas trazidos pelo grupo, as atividades desenvolvidas tiveram justamente esse intuito de propor a todos a desmitificação de que alguns problemas não podem ser tratados, ou ainda, de como o público alvo pode buscar melhoria para sua atual situação, facilitando o desempenho dos adultos e idosos que colaboraram para o trabalho. Com as ações desenvolvidas pela equipe de psicologia juntamente com o grupo e sabendo da importância do indivíduo como integrante de um, foi possível observar a influência das atividades para incentivar melhor qualidade de vida e promoção de saúde, assumindo assim, um papel educacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde.** *Saude Soc.*, v.14, n.3, p.30-50, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1860-8 –;

Carta de Ottawa. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 21 jun 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

COLLIN, Catherine et al. **O livro da Psicologia.** Tradução Clara M. Hermeto e Ana Luiza Martins. São Paulo: Globo, 2012.

COUTINHO, L. G.; ROCHA, A. P. R. **Grupos de reflexão com adolescentes: elementos para uma escuta psicanalítica na escola.** *Psicologia Clínica*, v.19, n. 2, p. 71-85, 2007.

FREITAS, M.F.Q. (1996). **Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária.** In Campos, R. H. F., Lane, T. M. S., Sawaia, B. B., Freitas,



M. F. Q., Guareschi, P. et al.(Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes.

GOIS, C. W. L. (2005). **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.

LANE, Silvia T. Maurer. **O que é psicologia social** / Silvia T. Maurer Lane. – São Paulo: Brasiliense, 2006. – (Coleção primeiros passos ; 39);

Lewin, K. (1965). **Teoria de Campo em Ciência Social**. São Paulo: Pioneira.

Lewin, K. (1973). **Princípios da Psicologia Topológica**. São Paulo: Cultrix.

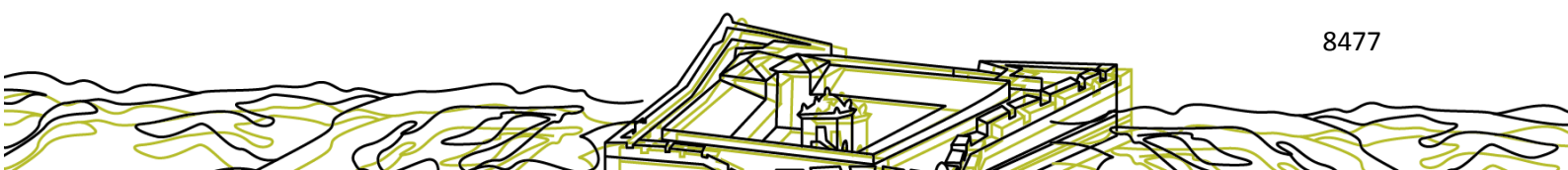
MÉLLO, R. P. et al. **Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa**. *Psicologia e Sociedade*, v.19, n.3, p. 26-32, 2007 –;

Nasciutti, J. C. R. (1996). **Reflexões sobre o espaço da Psicossociologia**. *Revista Documenta*, 7, 51-58.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.;

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005

Zimerman, D. E. (1997). In David E. Zimerman, Luiz Carlos Osório [et al]. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre. Artes Médicas.



PRÁTICAS EDUCATIVAS EM PARASITOLOGIA HUMANA: UM FOMENTO AO EIXO ENSINO-EXTENSÃO

Área Temática: Saúde

Karine Sampaio de Carvalho¹; Mithaly de Jesus Teixeira²; Paulo José dos Santos de Matos³; José Lucas Andrade Santos⁴; Érica Santos Bomfim⁵; Bárbara Zibira Passos⁶; Alexsandra Santana Pereira⁷; Caio Matos Santana⁸; Caroline Silva Santana⁹; Darcy Mota Ferreira¹⁰; Jeane Santos Souza¹¹; Lais Mara Carneiro Reis¹²; Luana Brunelly Araujo de Lima¹³; Luz Marina Sales dos Santos¹⁴; Mayana de Souza Mendes¹⁵; Paloma Mota dos Santos¹⁶; Valmir Carlos Mota de Oliveira Júnior¹⁷; Ana Lúcia Moreno Amor¹⁸.

Instituição: Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS - UFRB)

Resumo

INTRODUÇÃO: Utilizar conhecimentos científicos advindos da sala de aula em comunidades externas à Universidade, em ações extensionistas, é uma vivência

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), Monitora do componente curricular Parasitologia Humana, Bolsista PIBEX e PIBITI Voluntário.

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

³ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), PIBEX Voluntário e PIBITI Voluntário.

⁴ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

⁵ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED), PIBEX Voluntário e PIBITI Voluntário.

⁶ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

⁷ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS).

⁸ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

⁹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

¹⁰ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Nutrição(NUTRI).

¹¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Nutrição(NUTRI).

¹² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Enfermagem(ENF)

¹³ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), PIBIC Voluntário.

¹⁴ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

¹⁵ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Nutrição(NUTRI).

¹⁶ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Nutrição(NUTRI).

¹⁷ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Discente de Medicina (MED).

¹⁸ Orientadora. Docente do componente curricular Parasitologia Humana, UFRB-CCS.

bastante enriquecedora e possibilita aos envolvidos novas experiências que contribuem na sua formação acadêmica e pessoal. A promoção da Educação em Saúde engloba estratégias integradoras do saber coletivo e promove a conscientização no indivíduo da sua autonomia enquanto sujeito ativo na sociedade. **OBJETIVO:** Realizar atividade de Educação em Saúde, de forma lúdica, com escolares do Ensino Fundamental, a respeito de parasitoses de importância na Saúde Pública. **METODOLOGIA:** Esta atividade foi realizada em 09/03/2018, na Escola Municipalizada Antônio Fraga (Santo Antônio de Jesus-Bahia). Elaborou-se uma peça teatral e paródias, abordando o helminto *Enterobius vermiculares*, conhecido como “caseira” (sintomatologia, diagnóstico e prevenção), seguida da aplicação de uma atividade em formato de Quiz. Posteriormente, houve a visualização microscópica do parasito em questão e macroscópica de outros parasitos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A utilização de peças teatrais, paródias, e jogos educativos entre outros na prática da educação em saúde, viabiliza a comunicação e o aprendizado de crianças, possibilitando o entendimento de fatores concernentes ao tema abordado. As dinâmicas trabalhadas proporcionaram aos envolvidos experiências enriquecedoras. Notou-se o fortalecimento do vínculo entre universidade e comunidade, uma vez que foi perceptível a devolutiva por parte dos professores que acompanharam as dinâmicas com as crianças e por parte dos graduandos uma maior sensibilização e anseio em desenvolver mais atividades desta natureza, possibilitando a execução do papel social da universidade e a troca de conhecimentos. **CONCLUSÃO:** Percebe-se na prática que a Educação em Saúde é uma ferramenta efetiva no que tange a promoção da conscientização das crianças, podendo, as mesmas, propagarem esses conhecimentos.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Parasitologia Humana; Helminthoses; Formação.

Introdução

A experiência advinda da educação em saúde ocasiona o processo de aprendizagem e reflexão, e a inserção do teatro como metodologia liga tal processo às situações cotidianas, utilizando não apenas a linguagem verbal, mas também, a demonstração corporal, o teatro que tem origem no vocábulo grego *theatron*, “local de onde se vê”, considera dentro da dramaturgia, as relações pessoais, culturais, os sonhos, desafios e a imaginação, para construir coletivamente o conhecimento, da temática abordada, e justamente por esse fator, possibilita a ludicidade. Desse modo, diante de todas as interfaces que permeiam a arte do teatro como um processo de educar prazeroso, surgiu a peça da Melissinha, objetivamos através desta, demonstrar como práticas básicas podem prevenir parasitoses, e como todo e qualquer indivíduo

pode desenvolver a ação transformadora para o despertar do olhar crítico na construção do saber, agindo em sua própria realidade.

Metodologia

A ação em saúde teve como facilitadores os discentes, a monitora e a docente do componente curricular Parasitologia Humana, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. O planejamento foi organizado a partir da escolha do município trabalho de acordo a demandas epidemiológicas dentro do universo da parasitologia e perfil do público trabalhado, escolares do ensino fundamental I, entre idades de 6 a 10 anos, o que permitiu caracterizar o perfil epidemiológico de saúde local. Escolhemos trabalhar com a Enterobiose, no formato de teatro e jogos, e levamos parasitos e vetores para visualização macro e microscópicas, para explicação e discussão acerca de vivências e possíveis métodos profiláticos. A atividade foi realizada em 09/03/2018, na Escola Municipalizada Antônio Fraga (Santo Antônio de Jesus-Bahia).

Resultados e Discussão

Foi possível reconhecer como a extensão possibilita o ensino, ou a efetivação do aprendizado, durante o processo da ação em saúde a mobilização dos discentes para passar o conhecimento científico envolto no saber popular para mobilizar as crianças, também os permitiu aprofundar o entendimento acerca da parasitologia, por meio da linguagem cênica, as possibilidades de promover a saúde, são ampliadas, revelando um caminho para a humanização do cuidado.

A história da “Melissinha e seus objetos que ganharam vida” motivou as crianças o adultos da escola que, ao final, fizeram diversas perguntas, explorando cada viés da história. O público aceitou a proposta educativa e se interessou pela temática tanto os professores como os alunos se mostraram com questionamentos e vontade de por em prática as profilaxias apresentadas pelos Discentes de graduação. E por parte destes últimos, houve uma maior sensibilização e anseio em desenvolver mais atividades desta natureza, possibilitando a execução do papel social da universidade e da troca de conhecimentos.

Conclusão/Considerações Finais

A experiência vivenciada possibilitou vislumbrar as várias aplicações do teatro como metodologia ativa para a educação em saúde, possibilitando o desenvolvimento da sensibilidade, a partir da compreensão da realidade. A experiência mostrou como o conhecimento pode ser aplicado de modo que abarque pessoas de realidades diferentes por meio da dramaturgia. Assim, se faz necessário a capacitação de agentes multiplicadores na comunidade, seja qual for sua idade, ou ocupação social, precisamos, enquanto sociedade e enquanto indivíduo, modificar a realidade nos prevenindo de parasitoses e outras doenças infectocontagiosas, o processo educativo, possibilitou, mudar o papel de espectador e receptor para agente, o que possibilita a realização de melhorias para a saúde.

Referências

- NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 12. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.
- MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L.M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; v. 12, n. 2, p. 335-342. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/335342/pt>>. Acesso em 19 Mar. 2018
- RUÃO, Teresa, et al. Comunicação e saúde, dois campos em intersecção. 2012; Minho, Portugal.
- ARAÚJO, Inesita Soares de. As mídias, as instituições de saúde e a população: convergências e divergências na comunicação sobre a prevenção da dengue. 2012/ Rio de Janeiro / Brasil.
- SOARES, S. M.; SILVA, L. B.; SILVA, P. A. B.; MEDEIROS, F. P. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2011; vol. 15, núm. 4, outubro-diciembre, 2011, pp. 818-824. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721087022>>.

Acesso em 01 de Abr. 2018

Anexo 1:

Roteiro do Teatro: O que é que isso Melissinha?

Em um reino encantado não muito distante, localizado na cidade de Santo Antônio de Jesus, morava uma doce garotinha chamada Melissinha. Melissinha era uma menina muito bonita e inteligente, mas ela não era muito obediente aos seus pais e não tinha bons hábitos de higiene. (ela era bem sujinha falar sussurrando...).

Melissinha todos os dias tinha a mesma rotina, ia pra escola, brincava com seus amiguinhos e fazia suas atividades. Porém, Melissinha não se importava muito com sua higiene, não lavava as mãos antes de comer, não lavava as mãos após usar o banheiro, não lavava bem as frutas e legumes que consumia crus.

Os pais de Melissinha sempre a ensinava como se comportar e ter bons hábitos de higiene, mas Melissinha não obedecia aos seus pais e num belo dia algo diferente aconteceu...

(A mãe entra em cena e acorda Melissinha para que ela vá para a escola)

- **(MÃE)** _ Filha, bom dia! Já está na hora de ir pra escola, levanta para se arrumar.
- **(MELISSINHA)** _ Ahhh tenho mesmo que acordar?
- **(MÃE)** _ Sim filhinha, levante para não se atrasar.
- **(MELISSINHA)** _ Tudo bem mamãe.

Melissinha logo levanta e vai correndo para a cozinha.

(Melissinha acorda e vai até a cozinha e pega uma maçã na fruteira, a maçã cai no chão, ela pega a maçã do chão e ainda a come sem lavar. Assim que morde...) (Maçã cria vida)

- **(TODOS)** _ O QUE É QUE ISSO MELISSINHA?
- **(MAÇÃ)** _ Melissinha, você sabia que é necessário lavar os alimentos antes de comer? Não se deve comer alimentos do chão e é importante lavar bem os alimentos para você não ficar doentinha porque os alimentos, como frutas, que nós comemos crus, podem estar contaminados com ovinhos de vermes que causam doenças. Além disso, Melissinha, você precisa lavar bem as mãozinhas antes de comer.

(Melissinha faz cara de assustada, e em seguida ela vai lavar a fruta e as mãos)

(Enquanto lava a fruta começa a parodia)

Paródia: Mc Loma Envolvimento/ Pega frutinha pra lavar

Para não pegar algumas doenças

Eu ensino a vocês, a vocês

Tem que lavar as mãos e os alimentos

Eu repito mais uma vez, mais uma vez

Esse hit é chiclete na sua mente vai ficar

Pega, pega, pega, pega a frutinha pra lavar (3x)

Tua mão tem que lavar e a frutinha higienizar.

Por essa Melissinha não esperava, a fruta ganhar vida e falar com ela. Melissinha após lavar bem a frutinha e a comer sente vontade de fazer cocô e logo vai ao banheiro.

(Melissinha vai ao banheiro para defecar e ao se limpar faz o movimento com as mãos de trás para frente, além disso, vai saindo do banheiro sem lavar as mãos)

- **(Vaso sanitário e todos)** _O QUE É QUE ISSO MELISSINHA?

- **(Vaso sanitário)**_ Melissinha, você sabia que após usar o banheiro você tem que lavar bem as mãos com água e sabão porque no cocô pode ter ovos de verminhos e bactérias que podem contaminar tudo que você tocar até mesmo passar pra outra pessoa? Além disso, Melissinha, você deve se limpar da frente para trás que é a maneira correta.

- **(MELISSINHA)**_ Eu não sabia. Na verdade mamãe sempre fala mais eu não ligo muito. Mas vou lavar as mãos sim.

(Melissinha logo vai lavar as mãos adequadamente)

(Enquanto isso o vaso sanitário começa a paródia)

Paródia: Anitta Paradinha / Lave as mãozinhas.

Esse verme quer te ver enlouquecer

Irá te provocar com uma coceirinha

Então o que você deve fazer?

Lavar bem suas mãozinhas

É uma iniciativa (2x)

Lave as mãozinhas (aaaaaaa)

Bem lavadinhas, ah-ah-ah-ah

E apare as unhinhas

Bem cortadinhas, ah-ah-ah-ah

Após apreender que é importante lavar as mãos ao sair do banheiro, Melissinha se arruma, pega sua mochila e vai para a escola. Melissinha vai de casa até a escola se coçando e algumas vezes coloca o seu dedinho na boca, pois ela tinha costume de chupar seu dedo.

Ao chegar à escola, Melissinha vai direto para a sua sala senta na cadeira e continua a se coçar.

- **(Cadeira e todos)** _ O QUE É ISSO MELISSINHA?

- **(CADEIRA)** _Melissinha você sabia que o hábito de se coçar e levar a mão à boca não está correto? Você pode está levando bactérias ou ovos de vermes para sua boca ou pode passar para um coleguinha ao tocar nele, na cadeira em que está sentado ou compartilhar alimentos com a mão suja.

(Melissinha fica constrangida) Cadeira começa a paródia

Personagem: cadeira

Paródia: Vai malandra / Melissinha

Melissinha, an an

Ê, ta louca, não coloque essa mão na boca
não, an, an, tantandam, an an, (2x)

Melissinha, an an

Me escute,

Não faça mais isso não,

An, an, tantandam, an an

Não se esqueça,

Por favor, não coloque a mão na boca
não an an, tantandam, an an

Após entender as orientações da cadeira e acabar sua aula Melissinha retorna para sua casa pensando em tudo que já tinha acontecido naquela manhã.

- **(MELISSINHA)**- Nossa parece que tudo hoje está diferente, ganhando vida e falando comigo.

Melissinha segue para casa pulando e cantando como sempre fazia e já nem mais se lembrava de tudo que havia acontecido.

Ao chegar em sua casa, ela estava com muita sede e logo foi beber água diretamente da torneira.

- **(Água contaminada e todos)** - O QUE É QUE ISSO MELISSINHA?

- **(Água contaminada)** - Melissinha, você sabia que eu, a água que sai da torneira, posso não está limpa para beber? Sabia que posso esta contaminada?

(Água começa a cantar a paródia)

Paródia: Dona Maria/ Não beba essa água

Oh Melissinha

Não beba dessa água não, menina

Essa água tá contaminada

Não presta nem para fazer suco de
goiaba (2x)

Melissinha fica assustada, pois não estava acostumada a ver todas as coisas ao seu redor ganhando vida para lhe ensinar bons hábitos de higiene. Hábitos esses que lhe ajudaria a prevenir (não ter) muitas doenças causadas por alguns bichinhos, vermes e bactérias. Ela fez suas atividades, brincou com suas bonecas e ao chegar à noite Melissinha vai dormir.

Dias se passaram e Melissinha esqueceu as orientações que teve naquele dia encantado e logo voltou a não ter bons hábitos de higiene. Comia sem lavar as mãos e

os alimentos, usava o banheiro e não lavava as mãos, não bebia água filtrada. E logo Melissinha começou a sentir algo diferente principalmente quando ia dormir e no início da manhã.

Ela andava irritada, nervosa, não conseguia ter atenção nem mesmo na escola e quando a noite chegava, ela coçava muito seu bumbum e não conseguia dormir.

No dia seguinte sua mãe vai ao quarto como de costume acordar Melissinha para ir à escola, mas ela percebe a inquietação da filha e ver que está nervosa e se coçava muito. Ela logo fica preocupada e pergunta.

-(MÃE) Filhinha porque esta se coçando tanto?

-(MELISSINHA) Não sei mamãe coça muito.

A mãe mesmo preocupada manda sua filha se arrumar para ir para escola e começa a organizar o quarto de sua filha. Ao sacudir a coberta pra limpar a cama algo inesperado acontece... **(A mãe sacode a coberta e o *Enterobius* aparece) (*Enterobius* entra cantando, em seguida inicia a paródia da mãe)**

Paródia: Sua casa / Sua cara

Cheguei, tô preparada pra atacar

A família toda eu vou infectar

Se você não se cuidar, a, a

Vou espalhar meus ovos pela sua casa!!!!

Paródia Mãe

Paródia: Que tiro foi esse? / Que verme é esse?

Que verme é esse Melissa? Que apareceu no se quarto?

Que verme é esse Melissa? Tem que ser eliminado!

Vamos lá, fazer um exame de fezes, para se tratar

Vamos lá, temos que cuidar da higiene, pra não se infectar.

A mãe de Melissa logo se lembrou que já foi infectada pelo *Enterobius vermiculares* (caseira) quando pequena e entendeu o motivo de sua filha se coçar tanto. Pois o verme *Enterobius* (caseira) leva a pessoa a ter coceira no bumbum, e também a

ficar nervosa e muito irritada porque não consegue dormir direito de tanto se coçar. A mãe logo falou...

- **(Mãe)** _ Filha vou te levar ao médico e logo logo livre da caseira você ficará. Ele passará um remedinho que esse vermelho vai eliminar. Além disso, filhinha sempre exame de fezes vamos realizar, pois ele é muito importante pra os vermes detectar e eliminar.

- **(MELISSINHA)** _ Mas mamãe como eu peguei esse verminho?

- **(Mãe)** _ Filhinha, lembra que eu sempre falo pra você ter bons hábitos de higiene? Você deve ter se infectado com a caseira ao comer frutas sem lavar que estavam contaminadas, cheias de seus ovinhos. Ou então filhinha, pode ser que você bebeu água contaminada com os ovos, sempre te alerto para beber água filtrada. Por isso é importante filhinha levar bem os alimentos e as mãos pra se prevenir de ter a caseira e outros verminhos e bactérias que causam doenças.

- **(CASEIRA)** _ Exatamente você comeu frutas e legumes contaminados com meus ovos e ainda bebeu água direto da torneira sem filtrar que também estava contaminada.

- **(Mãe)** _ Mas não se preocupe filhinha vou te levar ao médico e este verme vamos eliminar.

(Enterobius sai gritando e correndo...)

Melissinha logo entendeu o porquê estava doentinha e passou a ter bons hábitos de higiene. Tomou os remédios que o médico passou e logo ficou livre da caseira. A partir daquele dia passou a ter bons hábitos de higiene e nunca mais teve a caseira. Melissinha estava mais feliz, obedecia aos seus pais e nunca teve nenhuma outra doença que podemos ter quando temos hábitos ruins de higiene. Depois de ensinar os bons hábitos a Melissinha tudo naquele reino voltou, os objetos não ganharam mais vida e todos foram felizes para sempre.

Música de encerramento

Paródia: Ilariê / enterobiose

Tá na hora, tá na hora

Das mãozinhas bem lavar

Quando sair do banheiro

E quando for se alimentar

Lave também os alimentos

Para os ovinhos retirar

Tendo boa higiene

Dos verminhos vai se livrar

Ilari lari lari ê ô ô ô (3x)

É a turma da Melissinha que vai dando o seu alô

Além disso é importante

Exame de fezes realizar

Pra achar vários verminhos

Que podem nos infectar

Pra o Enterobius é diferente

O exame da fitinha deve usar

E se nela tiver os ovinhos

Um remedinho tem que tomar

Ilari lari lari ê ô ô ô (3x)

É a turma da Melissinha que vai dando o seu alô

Anexo 2:

Fotos



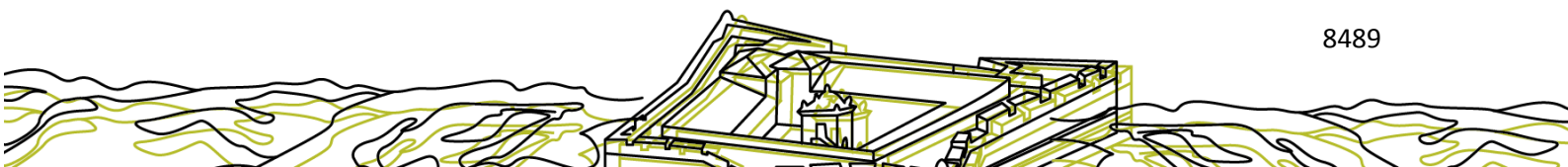
Visualização dos parasitos



Quiz Parasitologia Humana



Peça teatral “O que é isso, Melissinha?”



RELAÇÃO ENTRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIÁRIAS DO SEXO FEMININO NO BRASIL

Área temática: Saúde

Danilo Nogueira Maia¹; Marcelo José Monteiro Ferreira²; Thalyta Gleyane Silva de Carvalho³

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

INTRODUÇÃO: A categoria dos Agentes de Segurança Penitenciária (ASP) é considerada como uma das mais estressantes do mundo. A exposição crônica ao estresse no ambiente laboral contribui para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **OBJETIVO:** Estimar a prevalência de TMC e sua associação com DCNT em ASP do sexo feminino no Brasil. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo seccional, analítico, de abrangência nacional em 15 unidades prisionais femininas no Brasil. A população consistiu em ASP do sexo feminino, vinculadas formalmente ao sistema penitenciário brasileiro, atuando em contato direto com mulheres privadas de liberdade e que aceitaram participar do estudo. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20). As DCNT foram autorrelatadas. Os dados foram analisados utilizando os softwares SPSS® versão 20.0 e Stata® versão 13. O *Odds Ratio* e Intervalos de Confiança foram estimados para os fatores que apresentaram associação significativa ou mostraram-se como fatores de confundimento. **RESULTADOS:** Cerca de 30,6% das ASP apresentam transtornos mentais comuns. As ASPs que consideraram seu estado atual de saúde como regular ou ruim apresentaram maiores chances de desenvolverem TMC (95%). Mais de 66% foram classificadas como sedentárias e 65,6% não possuem hábitos alimentares saudáveis. Cerca de 80,9% das ASP autorrelataram hipertensão e recebem acompanhamento médico. A hipercolesterolemia e a diabetes estiveram presentes em 11,9% e 5,2% dos autorrelatos, respectivamente. **CONCLUSÃO:** A prevalência de TMC entre as ASP foi consideravelmente elevada. As ASP que consideraram sua saúde como regular ou ruim possuem maiores chances de desenvolverem TMC.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Estresse Ocupacional. Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

A profissão dos Agentes de Segurança Penitenciária (ASP) é considerada como uma das mais estressantes do mundo (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2012). Estima-se que aproximadamente 42,1% dos ASP apresentem quadros de estresse relacionado ao trabalho (SUMMERLIN, 2010). Esse percentual pode ser considerado elevado, principalmente quando comparado com a população geral, cuja prevalência varia de 19 a 30% (TSIRIGOTIS, GRUSZCZYNSKI, PECZKOWSKI, 2015).

Os ASP, além de serem submetidos a atividades que necessitam de um constante e permanente autocontrole emocional, ainda estão sujeitos a situações que envolvem riscos para a sua vida e/ou integridade física. Características inerentes ao processo de trabalho dos ASP são consideradas como fatores estressores, responsáveis por desencadear problemas de saúde. Elementos como o permanente estado de alerta para o enfrentamento de situações de emergência, bem como a necessidade de intervenções envolvendo o uso de força física para a separação de conflitos entre os presos foram considerados como estressores no ambiente de trabalho dos ASP (TSIRIGOTIS, GRUSZCZYNSKI, PECZKOWSKI, 2015).

Pesquisa realizada por Fernandes et al., (2002) investigou possíveis associações entre condições de trabalho e saúde de 311 agentes de segurança penitenciária. Os autores identificaram que estes profissionais estão frequentemente suscetíveis a situações geradoras de estresse, tais como intimidações, agressões e ameaças, correndo o risco, inclusive, de serem mortos (LOURENÇO, 2010).

O estresse também é considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (VERAS, 2011). O grupo das DCNT causou a morte de mais de 800 mil brasileiros no ano de 2012, correspondendo a 72,7% dos óbitos no país (MALTA *et al*, 2014).

A exposição crônica a agentes estressores pode contribuir para o surgimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os TMC são caracterizados por um conjunto de sintomas como fadiga, insônia, irritabilidade, comprometimento da memória e dificuldades de concentração (ALVES, 2009). Frequentemente, esses transtornos representam um alto custo social e econômico, pois constituem causa importante de perda de produtividade, absenteísmo e diminuição da produtividade (SANTOS, 2010).

No âmbito do sistema penitenciário, o estresse relacionado ao trabalho associa-se a distúrbios emocionais e comportamentais, além do surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (GHADDAR, 2011; TSCHIEDEL, 2012). Apesar disso, no Brasil ainda existem lacunas importantes no conhecimento científico em torno das questões relacionadas à saúde dos ASP. Os estudos tornam-se ainda mais escassos quando abordam especificamente profissionais do sexo feminino (TSCHIEDEL, 2012). O presente

manuscrito tem como objetivo, analisar a entre as doenças crônicas não transmissíveis com a prevalência de TMC em ASP do sexo feminino no Brasil.

METODOLOGIA

Tipo e local de estudo

Realizou-se um estudo seccional, analítico, de abrangência nacional, parte do projeto intitulado “*Inquérito nacional de saúde na população penitenciária feminina e de servidoras prisionais*”. Desenvolveu-se o trabalho entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015, em 15 unidades prisionais femininas, nos estados do Pará e Rondônia (Região Norte), Ceará (Região Nordeste), Distrito Federal e Mato Grosso (Região Centro-Oeste), São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul (Região Sul).

População de estudo e amostra

A população consistiu em ASP do sexo feminino, vinculadas formalmente ao sistema penitenciário brasileiro, atuando em contato direto com mulheres privadas de liberdade e que aceitaram participar do estudo. Devido à ausência de informações oficiais sobre o quantitativo de ASP do sexo feminino no Brasil à época da realização da pesquisa, a amostra levou em consideração a população carcerária feminina, sendo realizada em múltiplos estágios.

Inicialmente foram selecionados, intencionalmente, dois estados por região político-administrativa brasileira que tinham as maiores populações carcerárias femininas (BRASIL, 2014). A seguir, os presídios foram estratificados de acordo com o número de presidiárias e localização (capital, região metropolitana ou interior). Foram incluídos no plano amostral apenas os presídios com mais de 75 detentas, devido à obrigatoriedade de possuírem serviços de saúde (BRASIL, 1984).

A amostra foi estipulada em 40% das ASP presentes no momento de coleta. Em unidades prisionais onde o quantitativo de ASP era igual ou inferior à 33, todas as agentes foram incluídas. Foram excluídas do cálculo amostral as ASP em férias, licença ou recém-ingressas (menos de 30 dias).

A seleção das participantes foi realizada por meio de gerador de números aleatórios *IntemodinoGroup*. A identificação foi feita através de listagem nominal fornecida em cada unidade prisional.

Instrumentos e variáveis coletadas

Os dados foram coletados através de questionário autoaplicado, utilizando tecnologia de *Audio Computer-Assisted Self-Interviewing* – ACASI. A opção pelo ACASI decorre da sua aplicabilidade em pesquisas, onde existe a necessidade de se abordar informações sensíveis, de cunho pessoal, ou mesmo relacionadas a comportamentos de risco para a saúde (SIMÕES E BASTOS, 2004).

O *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) foi utilizado para mensurar os níveis de suspeição para transtornos mentais comuns. O instrumento é composto por 20 questões, sendo as 4 primeiras relacionadas à sintomas físicos e outras 16 sobre sintomas psicoemocionais (COELHO *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2010).

A aplicação do SRQ-20 permite a detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental, que incluem fadiga, insônia, irritabilidade, além de aspectos subclínicos. É altamente recomendado para estudos de bases populacionais, especialmente em grupos de trabalhadores, tendo em vista a associação dos sinais e sintomas com a diminuição das funções laborais e sociais (COELHO *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2010).

Por se tratar de um instrumento de rastreamento, a determinação do ponto de corte para a detecção dos casos é fundamental para a garantia da sensibilidade e especificidade. Nesse estudo, adotou-se o escore mínimo de 7 respostas afirmativas do SRQ-20 para as ASP, em conformidade com as orientações estabelecidas para mulheres (ALVES, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; TAVARES, 2010).

Aspectos socioeconômicos como idade (categorizadas em menos de 30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-49 e 50 anos ou mais), grau de instrução e número de filhos foram investigados. A raça (parda, negra, branca e amarela) foi autoreferida, obedecendo aos critérios estabelecidos no Brasil. A renda mensal foi mensurada em salários mínimos e contabilizada em moeda local (BRASIL, 2016).

O autorrelato acerca do atual estado de saúde foi estratificado em três categorias (muito bom, bom e regular ou ruim). O tempo de atividades físicas foi categorizado em: ≥ 150 minutos e ≤ 150 minutos por semana, de acordo com os critérios estabelecidos no VIGITEL. O tempo em horas por dia que costuma assistir televisão foi classificado em dois estratos (< 3 horas e > 3 horas). A partir desses dois escores, definiu-se a ASP como sedentária (tempo de atividade física semanal ≤ 150 minutos + ≥ 3 horas por dia que costuma assistir televisão) ou não sedentária (tempo de atividade física semanal ≥ 150 minutos + ≤ 3 horas por dia que costuma assistir televisão) (Ministério da Saúde, 2015).

A classificação dos hábitos alimentares em saudáveis ou não, também seguiu os critérios definidos no VIGITEL (Ministério da Saúde, 2015). Para o autorrelato de

doenças, foram incluídas as cardiopatias (anginas, derrame ou trombose cerebral), diabetes, hipercolesterolemia, asma ou bronquite asmática.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando os *softwares* SPSS® versão 20.0 e Stata® versão 13. Foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson. O *OddsRatio* e Intervalos de Confiança foram estimados para os fatores que apresentaram associação significativa ou mostraram-se como fatores de confundimento.

As estimativas pontuais e intervalares, bem como as análises de associação bivariada e multivariada foram realizadas utilizando o módulo de amostragem complexa com a ponderação obtida pelo inverso do produto das probabilidades de escolha das ASP por estágio de amostragem. O nível de significância utilizado para os testes estatísticos foi 5%. As frequências absolutas e relativas foram apresentadas, respectivamente, por meio das frequências não ponderadas e ponderadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, mediante protocolo de nº 188.211. Por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos, todas as participantes leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A população total nas unidades prisionais durante a coleta foi de 810 ASP, sendo estimada uma amostra de 324 pessoas. Destas, ocorreram 4,6 % de perdas na seleção inicial devido à escolta externa e acompanhamento das detentas aos serviços de saúde. Ao final, foram abordadas 371 ASP, tendo ocorrido 20,5% de desistência e/ou recusa, perfazendo uma amostra final de 295 participantes. Foram incluídas ASP de todos os turnos e equipes de trabalho.

Neste estudo, a média de idade das ASP foi de 38,14 anos e 73,4% encontram-se na faixa etária de 31 a 50 anos. Aproximadamente 44% se auto declararam como negras e 37,7% como brancas. Quanto ao nível de escolaridade, 64,3% frequentam a universidade, já completaram o ensino superior ou pós-graduação. Cerca de 2/3 são casadas ou vivem em união estável. Metade das ASP moram com mais 2 ou 3 pessoas,

81,6% possuem renda mensal variando de 3 a mais de 5 salários mínimos e 44,9% são a principal fonte de renda da família (TABELA 1).

Cerca de 64,3% das ASP possuem ensino superior incompleto, completo ou mesmo cursam alguma pós-graduação. Pouco mais de 60% possuem pelo menos um filho e 44,9% (95%IC: 39,0 - 51,0) são a principal fonte de renda da família.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico das Agentes de Segurança Penitenciária no Brasil, 2016

	n ¹	% ²	95% IC ²
Idade (anos)			
Média (±dp)	295	38,14	(±8,52)
≤ 30	51/295	15,3%	11,8 - 19,8
31 -- 35	87/295	30,0%	24,8 - 35,7
36 -- 40	72/295	25,6%	20,7 - 31,2
41 -- 45	25/295	8,5%	5,7 - 12,4
46 -- 49	25/295	9,2%	6,3 - 13,7
50 ou mais	35/295	11,3%	8,1 - 15,6
Raça			
Negra	41/293	14,8	11 - 19,6
Parda	130/293	44,1	38,4 - 50
Branca	111/293	37,7	32,5 - 43,1
Amarela	11/293	3,4	1,9 - 6,2
Estuda atualmente			
Não	226/292	76,6	71,2 - 81,3
Sim	66/292	23,4	18,7 - 28,8
Grau de instrução			
Ensino Fundamental ou Médio	109/295	35,7	30,4 - 41,4
Ensino Superior incompleto/ completo ou Pós-graduação	186/295	64,3	58,6 - 69,6
Religião			
Não tenho religião ou crença	18/292	5,9	3,6 - 9,4
Católica	160/292	54,8	48,7 - 60,6
Evangélica	93/292	32,2	26,8 - 38
Espírita	13/292	4,3	2,5 - 7,3
Outro(a)	8/292	2,9	1,4 - 5,9

Situação conjugal

Solteira ou sem parceiro estável	96/294	32,7	27,2 - 38,7
Casada/União estável	198/294	67,3	61,3 - 72,8

Filhos

Não	116/289	39,9	34,8 - 45,9
Sim	173/289	60,1	54,1 - 66,2

Nº de filhos

1	73/172	44,5%	36,8 - 52,5
2	65/172	36,6%	29,4 - 44,4
≥3	34/172	18,9%	13,5 - 25,9

Nº de pessoas que residem na casa além da ASP

1	86/294	28,9	23,9 - 34,5
2 a 3	142/294	50,5	44,5 - 56,4
4 ou mais	66/294	20,6	16,4 - 25,7

É principal fonte de renda da família

Não	165/294	55,1	49,0 - 61,0
Sim	129/294	44,9	39,0 - 51,0

Renda mensal da ASP

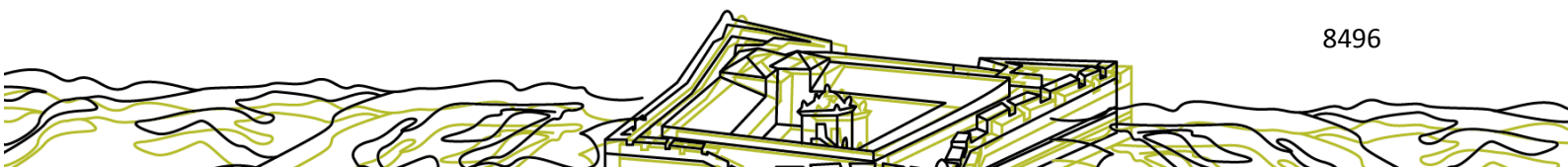
Mais de 1 a 3 salários mínimos	62/294	18,4	14,9 - 22,5
Mais de 3 a 5 salários mínimos	132/294	47,1	42,4 - 51,9
Mais de 5 salários mínimos	100/294	34,5	30,6 - 38,7

Renda mensal da família

Mais de 1 a 3 salários mínimos	35/286	10,3	7,6 - 13,9
Mais de 3 a 5 salários mínimos	70/286	24,0	19,6 - 29,1
Mais de 5 a 10 salários mínimos	121/286	43,2	37,5 - 49,1
Mais de 10 salários mínimos	60/286	22,5	18,4 - 27,2

A Tabela 2 apresenta as informações relacionadas aos cuidados com a saúde e autorrelato para doenças crônicas não transmissíveis. Pouco mais de 82% das ASP consideram seu estado atual de saúde como muito bom ou bom. Contudo, 17,5% classificaram sua saúde como regular ou ruim (TABELA 2).

Com relação às práticas de atividades físicas, 58,8% das ASP gastam menos de 150 minutos por semana com alguma atividade. Mais de 66% foram classificadas como sedentárias e 65,6% não possuem hábitos alimentares saudáveis.



No que tange às doenças crônicas não transmissíveis, cerca de 80,9% das ASP auto referiram hipertensão e recebem acompanhamento médico. A hipercolesterolemia e a diabetes estiveram presentes em 11,9% e 5,2% dos autorrelatos, respectivamente (TABELA 2).

Tabela 2 - Cuidados com a saúde, prática de atividade física e autorrelato de doenças crônicas não transmissíveis

CUIDADOS COM A SAÚDE	n ¹	% ²	95% IC ²
Considera o seu estado de saúde atualmente como			
Muito bom	91/291	32,5	27 - 38,6
Bom	146/291	49,7	43,5 - 55,9
Regular/Ruim	54/291	17,8	13,7 - 22,7
Possui plano de saúde	242/294	82,7	78,0 - 86,5
Prática de atividade física			
Tempo (min) de atividade física/semana			
≥ 150min/sem	109/275	41,2	35,1 - 47,5
< 150min/sem	166/275	58,8	52,5 - 64,9
Tempo (horas) por dia que costuma assistir televisão			
< 3 horas	228/290	81,1	76,3 - 85,1
≥3 horas	62/290	18,9	14,9 - 23,7
Sedentária			
Não	87/277	33,9	28,2 - 40,2
Sim	190/277	66,1	59,8 - 71,8
HÁBITOS ALIMENTARES			
Hábito alimentar saudável			
Não	198/290	65,6	59,6 - 71,2
Sim	92/290	34,4	28,8 - 40,4
AUTORRELATO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS			
Cardiopatias			
Relata possuir doença do coração	11/287	4,5	2,5 - 8,1
Relata angina ou infarto do coração	4/291	1,4	0,5 - 3,7
Relata derrame ou trombose cerebral	1/292	0,3	0,0 - 1,8
Hipertensão			

Recebe acompanhamento médico para hipertensão	34/41	80,9	64,0 – 91,0
Diabetes	17/288	5,2	3,2 - 8,3
Hipercolesterolemia	32/278	11,9	8,3 - 16,7
Asma ou bronquite asmática	21/293	7,7	5,0 - 11,7
Recebe acompanhamento médico para asma ou bronquite asmática	10/21	51,5	30,8 - 71,6

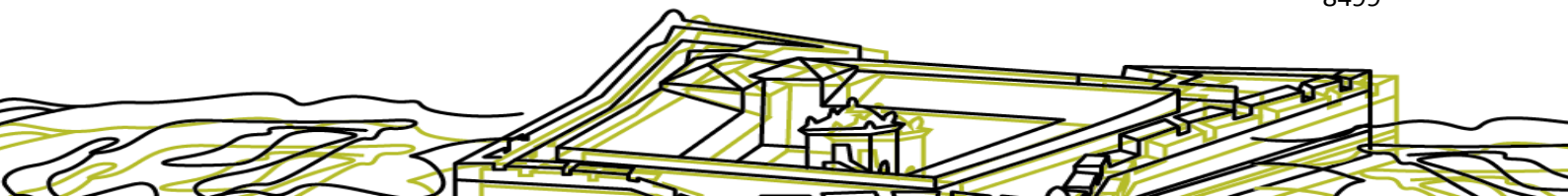
¹: valores observados ; ²: valores ponderados

A Tabela 3 apresenta as análises dos fatores associados aos transtornos mentais comuns entre as ASP. Não houve associações estatisticamente significativas com relação aos aspectos socioeconômicos, idade, raça e grau de instrução. Contudo, ASP que são a principal fonte de renda da família apresentam maiores chances de sofrerem TMC quando comparadas com as que não são (OR = 3,01; 95%IC=1,72 - 5,28) (TABELA 3).

ASP que consideraram seu estado atual de saúde como regular ou ruim apresentaram maiores chances de desenvolverem TMC (OR = 5,30; 95%IC= 2,30 - 12,20). Com relação às doenças crônicas não transmissíveis, ASP que autorrelataram hipertensão (OR = 2,08 (95%IC: 1,01 - 4,30)) e hipercolesterolemia (OR = 2,83 (95%IC: 1,27 - 6,28)) apresentam maiores chances de sofrerem TMC quando comparadas com as que não referiram essas patologias (TABELA 3).

Tabela 3 - Análise dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em ASP

	SRQ ≥ 7			SRQ < 7			OR	p-va
	n/N ¹	% ²	95%IC ²	n/N ¹	% ²	95%IC ²		
PROFIL SOCIOECONÔMICO								
Idade								
≤ 30 anos	15/48	31,7	19,8 - 46,6	33/48	68,3	53,4 - 80,2	1,13	
31 -- 45 anos	55/184	30,8	24,0 - 38,5	129/184	69,2	61,5 - 76,0	1,07	
> 45 anos	17/59	29,2	18,5 - 43,0	42/59	70,8	57,0 - 81,5	1,00	
Raça								
Parda ou Negra	50/170	30,0	23,3 - 37,8	120/170	70,0	62,2 - 76,7	1,00	0,9
Branca ou Amarela	36/119	30,8	22,5 - 40,6	83/119	69,2	59,4 - 77,5	1,03	0,9
Casado atualmente								
Não	70/223	31,5	25,3 - 38,4	153/223	68,5	61,6 - 74,7	1,00	
Sim	15/65	26,1	16,4 - 39,0	50/65	73,9	61,0 - 83,6	0,76	0,4
Nível de instrução								
Ensino fundamental ou médio	39/108	37,1	27,8 - 47,4	69/108	62,9	52,6 - 72,2	1,00	
Ensino superior incompleto/ completo ou pós-graduação	48/183	27,0	20,8 - 34,3	135/183	73,0	65,7 - 79,2	0,62	0,0
Situação conjugal								
Solteira ou sem parceiro estável	34/94	36,8	27,2 - 47,5	60/94	63,2	52,5 - 72,8	1,00	
União estável	53/196	27,7	21,4 - 35,1	143/196	72,3	64,9 - 78,6	0,66	0,1
Ter filhos								
Não	26/112	23,7	16,5 - 32,9	86/112	76,3	67,1 - 83,5	1,00	
Sim	57/112	33,3	26,1 - 41,4	115/112	66,7	58,6 - 73,9	1,60	0,1
Quantidade de filhos								
1	26/73	36,8	25,8 - 49,4	47/73	63,2	50,6 - 74,2	1,43	
2	19/65	28,9	18,5 - 42,2	46/65	71,1	57,8 - 81,5	1,00	0,6
>= 3	12/34	35,0	20,2 - 53,2	22/34	65,0	46,8 - 79,8	1,32	
Quantidade de pessoas que residem na casa além da ASP								
1	28/85	32,6	23,1 - 43,9	57/85	67,4	56,1 - 76,9	1,81	
2 a 3	44/139	33,0	25,0 - 42,1	95/139	67,0	57,9 - 75,0	1,84	0,2
4 ou mais	14/66	21,1	12,5 - 33,3	52/66	78,9	66,7 - 87,5	1,00	
Existência de principal fonte de renda da família								
Não	33/163	20,0	14,3 - 27,4	130/163	80,0	72,6 - 85,7	1,00	
Sim	53/127	43,0	34,1 - 52,5	74/127	57,0	47,5 - 65,9	3,01	<0,0
Quantidade de salários mensais da ASP								
1 a 3 salários mínimos	14/60	25,0	15,1 - 38,5	46/60	75,0	61,5 - 84,9	1,00	



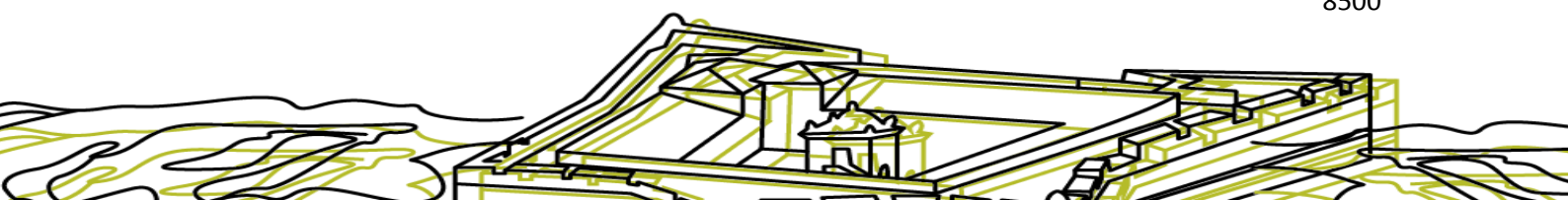
Mais de 3 a 5 salários mínimos	39/131	29,4	21,9 - 38,3	92/131	70,6	61,7 - 78,1	1,24	0,4
Mais de 5 salários mínimos	34/99	35,3	25,6 - 46,4	65/99	64,7	53,6 - 74,4	1,63	
renda mensal da família								
1 a 3 salários mínimos	6/34	19,3	8,6 - 37,8	28/34	80,7	62,2 - 91,4	1,00	
Mais de 3 a 5 salários mínimos	20/69	28,4	18,6 - 40,7	49/69	71,6	59,3 - 81,4	1,65	0,6
Mais de 5 a 10 salários mínimos	38/121	32,5	24,1 - 42,3	83/121	67,5	57,7 - 75,9	2,01	
Mais de 10 salários mínimos	18/58	30,4	19,3 - 44,3	40/58	69,6	55,7 - 80,7	1,81	
CONDIÇÕES COM A SAÚDE								
considera o seu estado de saúde como								
Muito bom	14/90	15,2	8,9 - 24,9	76/90	84,8	75,1 - 91,1	1,000	
Bom	49/146	34,5	26,8 - 43,2	97/146	65,5	56,8 - 73,2	2,937	<0,0
Regular/Ruim	24/53	48,8	34,8 - 63,0	29/53	51,2	37,0 - 65,2	5,308	
possui plano de saúde								
Não	17/51	32,3	20,2 - 47,4	34/51	67,7	52,6 - 79,8	1,000	
Sim	70/239	30,3	24,4 - 37,0	169/239	69,7	63,0 - 75,6	0,913	0,7
DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS								
hipertensão								
Não	66/245	27,6	22,0 - 34,1	179/245	72,4	65,9 - 78,0	1,000	
Sim	19/42	44,3	29,2 - 60,6	23/42	55,7	39,4 - 70,8	2,089	0,0
hipercolesterolemia								
Não	62/244	25,8	20,4 - 32,0	182/244	74,2	68,0 - 79,6	1,000	
Sim	14/32	49,6	31,8 - 67,5	18/32	50,4	32,5 - 68,2	2,833	0,0

¹: valores observados ;

²:

valores

ponderado



DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que parcela significativa das ASP apresentam transtornos mentais comuns. O nervosismo (53,7%), a dificuldade para dormir (41,2%) e a presença frequente de dores de cabeça (37,6%) como os distúrbios psicossomáticos mais prevalentes referidos pelas ASP. Resultados semelhantes foram encontrados no Irã, indicando que os ASP enfrentaram muitos problemas de natureza psíquica advindos da exposição ao ambiente de trabalho estressante. Em decorrência, frequentemente desenvolveram problemas emocionais, distúrbios comportamentais, ansiedade e distúrbios do sono (LAVIGNE, E. BOURBONNAIS, 2010).

Outro fator contributivo para o aumento do estresse no ambiente prisional relaciona-se à perspectiva de gênero. Pesquisa demonstrou que ASP do sexo feminino sofrem mais estresse no ambiente prisional quando comparadas com os homens. Isso pode estar relacionado à busca por espaços em uma profissão historicamente dominada pelo sexo masculino (PRATI E BOLDRIN, 2010). Além disso, somam-se as diversas demandas advindas do contexto social e familiar para as mulheres. Nesta pesquisa, quase metade das entrevistadas são a principal fonte de renda da família e 60% possuem filhos. Esse achado reforça as múltiplas jornadas de trabalho que as mulheres assumem atualmente, trazendo como consequência uma sobrecarga física e emocional. Isto pode ser evidenciado no nosso estudo, onde pouco mais de 1/3 das ASP que são a principal fonte de renda da família apresentam TMC.

A exposição constante dos ASP ao estresse no ambiente prisional contribui ainda para o desenvolvimento de algumas doenças crônicas. Nosso estudo demonstrou que as ASP que se autodeclararam hipertensas apresentaram maiores chances (OR = 2,08; IC= 1,01 - 4,30) de desenvolver TMC. Esses resultados corroboram com os encontrados em estudo realizado com ASP na China, onde identificou associação entre doenças crônicas com sintomas depressivos (SUI, 2014).

O autorrelato sobre o estado atual de saúde apresentou associação estatisticamente significativa com sofrimento psicológico. Em nosso estudo, as ASP que consideraram sua saúde como regular ou ruim possuem maiores chances de desenvolverem TMC. Esses resultados corroboram com estudos realizados em ASP no Canadá, onde apontou que os profissionais mais expostos ao estresse no trabalho relataram mais problemas de saúde (BOURBONNAIS, 2005).

No âmbito da nossa pesquisa, mais de 2/3 das entrevistadas consideraram o seu trabalho de risco e estressante. Alguns fatores contribuem para tornar o trabalho no ambiente prisional particularmente estressante. Dentre eles, destacam-se o constante estado de atenção, o regime de trabalho por turnos e o baixo efetivo de profissionais

em relação à população carcerária. Outros fatores responsáveis por gerar estresse entre os ASP relacionam-se a insatisfação com o salário e o contato direto com detentos que possuem comportamentos agressivos. Além disso, a superlotação e o número insuficiente de profissionais foram considerados como importantes fatores de risco prejudiciais à saúde mental desses profissionais (AKBARI, 2014).

CONCLUSÃO

A prevalência de TMC entre ASP no Brasil é superior a 30%. O conjunto dos fatores estressores presentes no ambiente de trabalho prisional repercute em implicações negativas para a saúde física e mental das ASP.

A exposição constante ao estresse no ambiente prisional pode contribuir para o surgimento de doenças crônicas. Dentre elas, destacam-se as coronarianas, hipertensão arterial e diabetes. ASP que consideraram seu estado atual de saúde como regular ou ruim apresentaram maiores chances de desenvolverem TMC. Além disso, sedentarismo, maus hábitos alimentares também associam-se ao surgimento de TMC

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador precisam estar atentas às complexidades e vulnerabilidades inerentes a categoria profissional dos ASP. O desenvolvimento de ações intersetoriais envolvendo Ministério da Saúde, da Justiça e entidades representativas de classe tornam-se fundamentais para a qualificação das intervenções junto a essas profissionais, atuando de forma resolutiva e sistemática.

REFERÊNCIAS

AKBARI, J. *et al.* **Job stress among Iranian prison employees.** The International Journal of Occupational and Environmental Medicine. 2014; 5(4 October):403-208.

ALVES, V. **Condições de trabalho de funcionários penitenciários de Avaré-SP e ocorrência de transtornos mentais comuns.** [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2009.

Brasil. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias.* Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2014.

_____. Lei Nº 7.210, de 11 de Julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Casa Civil.* Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1984.

_____. Lei 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Presidência da República.* Brasília. Disponível

em:<<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm >.
Acesso em: 19 Jul. 2016.

BOURBONNAIS, R. *et al.* **Work characteristics and health of correctional officers.** *Rev. Epidemiol Sante Publique.* 2005; 53(2):127-142.

COELHO, F. M. C.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. L.; MAGALHÃES, P. V. S.; GARCIAS, C. M. M.; SILVA, C. V. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 59-67, 2009.

FERNANDES, R. C. P. *et al.* **Trabalho e cárcere:** um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2002; 18(3):807-16.

FERNANDES, M. G. M; NASCIMENTO, N. F. S; COSTA, K.F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Rev. Rede Enferm. Nord**, v. 11, 2013

GHADDAR, A; MATEO, I; SANCHEZ, P. **Occupational stress and mental health among correctional officers:** a cross-sectional study. *Journal of Occupational Health.* v. 50, p. 92-8, 2008

GHADDAR, A. *et al.* **Exposure to psychosocial risks at work in prisons:** does contact with inmates matter? A pilot study among prison workers in Spain. *Stress and Health.* 2011; 27(2):170-6.

International Labour Organization. **Encyclopaedia of Occupational Health and Safety.** 4 ed. Genebra: International Labour Organization; 2012.

LAVIGNE, E. BOURBONNAIS, R. Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. ***International journal of law and psychiatry***, v. 33, n. 2, p.122-9, 2010.

LOURENÇO, L. C. **Batendo a tranca:** impactos do encarceramento em agentes penitenciários da região metropolitana de Belo Horizonte. *Dilemas, Rev de Estudos, Conflitos e Controle Social.* v. 3, n. 10, p.11-31, 2010.

MALTA, D.C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Rev. Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p. 599-608, 2014.

Ministério da Saúde. **VIGITEL BRASIL:** vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

MOON, B; MAXWELL, S. **The sources and consequences of corrections officers' stress: A South Korean example.** Journal of Criminal Justice. 2004; 32(4):359-70.

MORGAN, R; VAN HAVEREN, R; PEARSON, C. **Correctional officer burnout further analyses.** Criminal Justice and Behavior. 2002; 29(2):144-60.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2002). **Relatório Mundial da Saúde: saúde mental, nova concepções, nova esperança.** OMS Lisboa.

PRATI, G. BOLDRIN, S. Organizational stressors, exposure to critical incidents and organizational well-being among correctional officers. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia.* v. 33(3 Suppl B), p. B33-B39, 2010.

SANTOS, D. C. *et al.* **Prevalência de transtornos mentais comuns em agentes penitenciários.** Revista BrasMed Trab. v.8, 2010.

SILVA, A.R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr.*, v. 66, p.45-51, 2017.

SIMÕES, A. M; BASTOS, F. I. **Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas.** Cad. Saúde Pública. v. 20, n. 5, p.1169-81, 2004.

SUI, G. Y. *et al.* **Prevalence and associated factors of depressive symptoms among Chinese male correctional officers.** International Archives of Occupational and Environmental Health. 2014; 87(4):387-95.

SUMMERLIN, Z *et al.* **Disparate levels of stress in police and correctional officers: preliminary evidence from a pilot study on domestic violence.** Journal of Human Behavior in the Social Environment. 2010; 20(6):762-77.

TAVARES, J. P. **Distúrbios Psíquicos Menores em Enfermeiros Docentes.** 2010. - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

TSCHIEDEL, R. M. **O trabalho prisional e suas implicações na saúde mental dos agentes de segurança penitenciária.** [Dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2012.

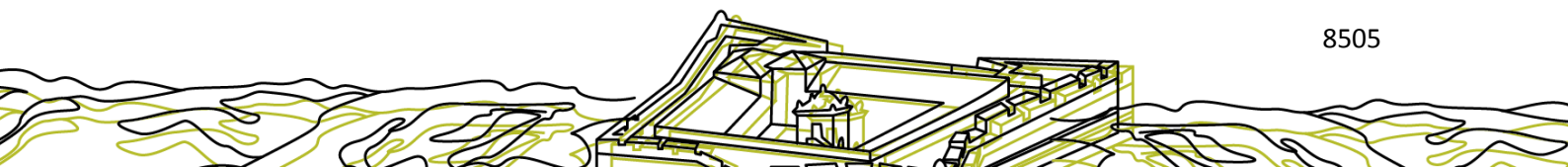
TSIRIGOTIS, K; GRUSZCZYNSKI, W; PECZKOWSKI, S. **Anxiety and styles of coping with occupational stress resulting from work with 'dangerous' prisoners in prison service officers.** Actaneuropsychiatria. 2015; 27(05):297-306.



VASCONCELOS, A. S. F. **A Saúde sob Custódia**: um estudo sobre Agentes de Segurança Penitenciária no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEH, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2000.

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio De Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

World Health Organization. **Global strategy on occupational health for all**. 1 ed. Geneva: World Health Organization; 1995.





OFICINAS COM CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: O LUGAR DO SUJEITO E DE DIRETO NA EDUCAÇÃO.

Área Temática: Saúde e Educação.

Antonio Marcos Candido da Silva¹; Maria Ligia de Aquino Gouveia²; Lucas Miranda³; Amanda Rayla Melo⁴

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo

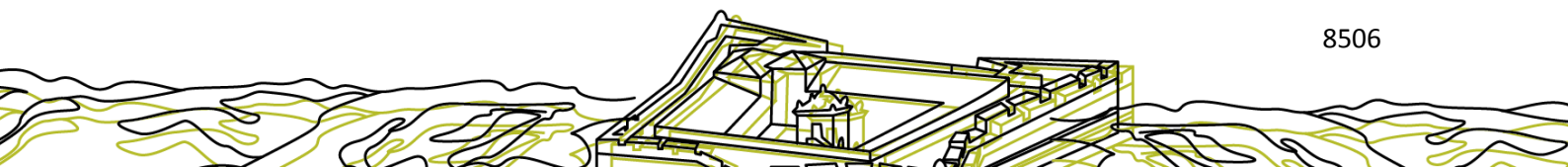
O presente trabalho foi realizado com crianças de uma instituição pública de acolhimento para crianças, do município de Campina Grande-PB, teve como objetivo oferecer um espaço para elaborações para crianças em acolhimento institucional sobre o processo educacional ao qual estão submetidas. Participaram das intervenções 05 crianças, com idades entre 10 e 12 anos, foram realizadas oficinas lúdicas em 05 encontros, um encontro por semana, na sala de dinâmica de grupo do departamento de psicologia da UEPB. Em cada um dos encontros foram propostas dinâmicas através de desenhos, jogos simbólicos, confecção de objetos e produção de cartazes. Para cada oficina foi feito um diário de campo com registros dos discursos das crianças. Foram trabalhadas as seguintes temáticas: importância da escola, representação da escola, desempenho escolar, acompanhamento das atividades escolares, estratégia de intervenção frente as dificuldades escolares. Através deste trabalho de extensão abre-se possibilidades para o manejo do processo educacional de crianças em acolhimento institucional na cidade de Campina Grande-PB, abrindo caminhos para superação das condições sociais e econômicas desfavoráveis das famílias e das crianças que estão sendo atendidas por estas instituições, colabora também no sentido de gerar espaços para a expressão da singularidade das crianças com suas próprias histórias e recursos subjetivos.

¹ Universidade Estadual da Paraíba, graduando em Psicologia, (UEPB).

² Universidade Estadual da Paraíba, Professora (UEPB).

³ Universidade Estadual da Paraíba, Graduando em Psicologia (UEPB)

⁴ Universidade Estadual da Paraíba, Graduando em Psicologia (UEPB).



Palavras-chave: crianças, acolhimento institucional, processo educacional

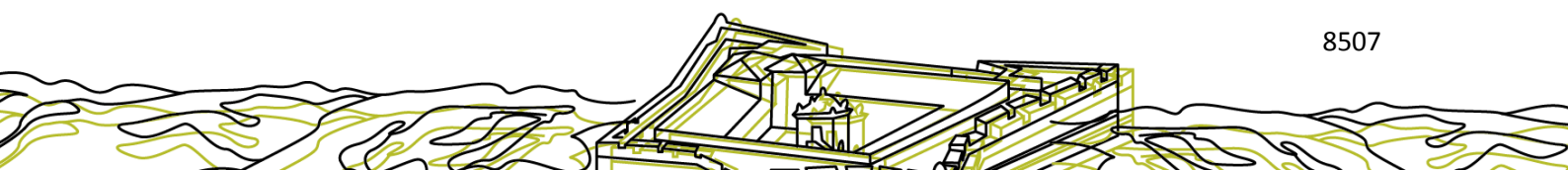
Introdução

O presente projeto situa-se na temática do direito à educação no contexto das crianças e adolescentes em acolhimento institucional. O acolhimento institucional, de crianças e de adolescentes, ocorre como parte da política pública de assistência social, trata-se de um serviço de Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade que tem como público alvo crianças e adolescentes que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando provisoriamente ser atendidos fora de seu núcleo familiar de origem. Quando acolhidas essas crianças devem ter sua situação avaliada a cada seis meses e permanecer, no máximo, até dois anos em acolhimento, a não ser que seja comprovada a necessidade de permanência na instituição em função do superior interesse e benefício da mesma. Entretanto, em decorrência da complexa situação de violação de direitos sociais as quais as famílias dessas crianças estão submetidas, muitas delas enfrentam dificuldades de retorno a família de origem, ficando na instituição durante muitos anos. Assim, se faz importante abordar durante esse período o processo educacional ao qual essas crianças estão envolvidas.

As crianças em acolhimento institucional, foco deste estudo, necessitam que os

agentes educacionais cumpram sua função determinada teoricamente nos marcos legais. Assim, destaca-se como um ponto fundamental, para o avanço das efetivações de direitos, a articulação entre a política da assistência social com a política da educação, uma vez que, muitos dos problemas sociais enfrentados por famílias que têm filhos em instituições de acolhimento poderiam ser superados com um forte investimento e boa mediação no processo educacional dos acolhidos, os ganhos no investimento na qualidade do processo educacional de crianças e adolescentes são muitos: na construção da autonomia, na construção de um projeto de vida, na consciência política e cidadã e na superação, no caso das crianças em acolhimento institucional, das condições sociais e econômicas desfavoráveis.

O processo educacional de crianças e adolescentes, comporta múltiplas



possibilidades de significações e negociações de posições sociais e simbólicas (RossettiFerreira, Amarin, Silva, 2004). No contexto da escola brasileira, especialmente a pública, coloca-se uma importante questão: a idealização do sujeito e a não consideração de sua história, sua experiência, seu conhecimento, submetendo-o a uma proposta de educação padronizada, massificada e esvaziada de sentido. Essa realidade favorece a ocupação do lugar de exclusão de crianças e adolescentes (Suplino, 2005).

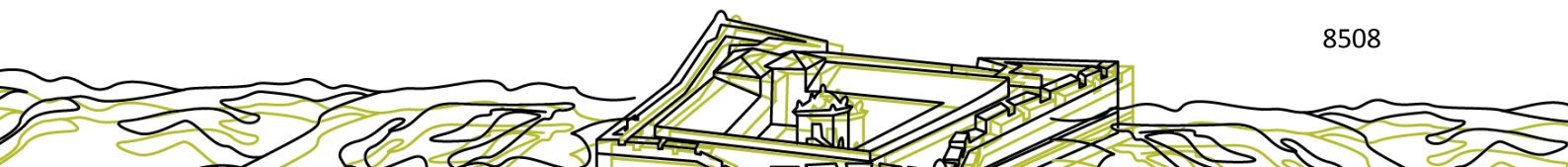
Partindo dessa realidade, este projeto de extensão objetiva promover um espaço

através de oficinas lúdicas para que as crianças possam se colocar sobre temáticas relacionadas a escola.

Este projeto foi desenvolvido fundamentado na perspectiva teórica sócio interacionista (Vygotsky, 1989, 1999; Wallon, 1988). Para Vygotsky (1989, 1999) e para Wallon (1988) as funções psicológicas tem um suporte biológico, mas não com funções fixas, essas se desenvolvem nas interações sociais e através de mediações dadas pela cultura. O funcionamento psicológico fundamenta-se nas relações sociais entre o indivíduo e o mundo ao longo de um processo histórico. Desta forma, através das mediações o ser humano transforma-se de biológico em sócio-histórico.

Os sistemas de representação da realidade são socialmente dados. É o grupo cultural onde o indivíduo se desenvolve que lhe fornece formas de perceber e organizar o realidade. Essas formas vão constituir os instrumentos psicológicos que fazem a mediação entre o indivíduo e o mundo. Mediadores entre o indivíduo e o mundo real consistem em uma espécie de filtro através do qual o homem será capaz de ver o mundo e operar sobre ele. É a partir da experiência com o mundo objetivo, das interações e das formas culturalmente determinadas de organização do realidade que os indivíduos vão construir seu sistema de signos, o qual consistirá numa espécie de “código” para a decifração do mundo (Vygotsky 1989, 1999).

Os sistemas simbólicos, especialmente a linguagem, exercem um papel fundamental na comunicação entre os indivíduos e no estabelecimento de significados compartilhados que permitem interpretações dos objetos, eventos e situações do mundo real. Nesse processo Vygotski (1989) estabelece zonas de desenvolvimento, que denomina de proximal. A zona de desenvolvimento proximal diz respeito a distância entre aquilo que o indivíduo consegue realizar sozinho e o que é possível com a colaboração de um outro culturalmente mais experiente. Desta forma, a zona de



desenvolvimento proximal trata-se de um domínio psicológico em constante transformação. Wallon (1988) propõe o estudo integrado do desenvolvimento, que este contemple os vários campos funcionais em que ocorre a atividade infantil (afetividade, motricidade, inteligência) e em estreito dinamismo com as condições concretas em que ocorre, propõe o estudo da criança contextualizada, isto é, nas suas relações com o meio. Assim, entre os recursos da criança/adolescente e os de seu meio, instala-se uma dinâmica de determinações recíprocas.

Os aspectos físicos do espaço, as pessoas próximas, a linguagem e os

conhecimentos próprios a cada cultura formam o contexto do desenvolvimento. O meio não é, portanto, uma entidade estática e homogênea, mas transforma-se juntamente com a criança. Com base em uma visão sócio interacionista destaca-se o papel das intervenções pedagógicas em que os procedimentos de demonstração, assistência, pistas, instruções, são fundamentais para a atividade constante de reconstrução, aprendizagem e, conseqüentemente, de desenvolvimento. Assim como a importância da concepção de integralidade no processo de desenvolvimento e aprendizagem.

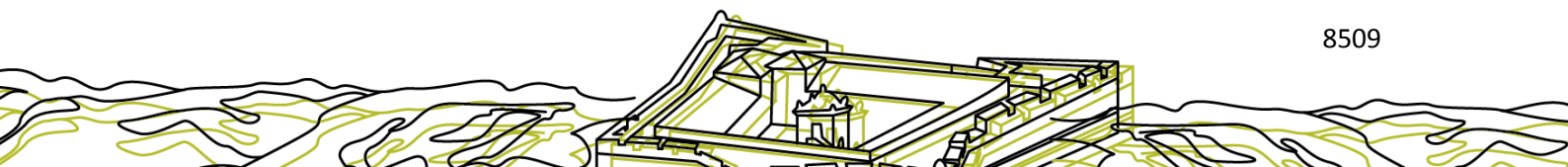
Objetivo:

Este trabalho de extensão teve como objetivo oferecer um espaço para elaborações de crianças em acolhimento institucional sobre o processo educacional ao qual estão submetidas, explorando as seguintes temáticas (professores, escola, desempenho escolar, estratégias utilizadas pelos educadores diante de dificuldades de aprendizagem).

Metodologia

Participaram deste estudo 05 crianças, do sexo masculino, com idades entre 10 e 12 anos acolhidas em uma instituição pública para meninos do município de Campina Grande – PB.

Foram realizadas oficinas em 05 encontros, um por semana, na sala de dinâmica de grupo do departamento de psicologia da UEPB. Em cada um dos encontros foram propostas dinâmicas através de desenhos, jogos simbólicos, confecção de objetos e produção de cartazes. Em cada oficina foi dado espaço para a fala, discurso das crianças sobre as temáticas foco deste estudo (professores, escola, desempenho escolar, acompanhamento das atividades escolares, estratégia de intervenção frente as dificuldades escolares). Os pesquisadores manejaram as oficinas fazendo circular os discursos e produções a partir da perspectiva das próprias crianças. A cada oficina foi feito um diário de campo com registro dos discursos das crianças.



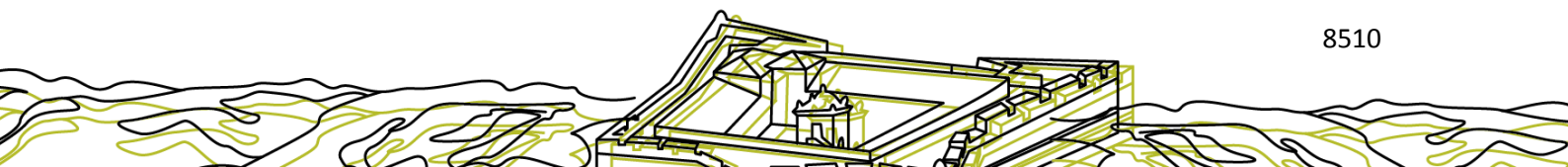
Resultados e discussão

Na primeira oficina foi proposto um trabalho de colagem, a partir de recortes de figuras tiradas de revistas que tínhamos na sala, e que fossem colocadas numa cartolina formando assim um grande mural com fotos e mensagens retiradas das revistas. Enquanto as crianças procuravam imagens ou mensagens para recortar, tentávamos na maior parte do tempo, abordar questões pertinentes a relação deles com a escola, com os professores com o processo de aprendizagem, e essas questões também foram surgindo nas figuras que eles iam escolhendo para cortar e colar na cartolina. Selecionaram figuras de jogadores que eles descreviam como sendo seus ídolos, e falaram o nome ao mesmo tempo que diziam que queriam ser igual a eles quando crescessem, mas que para isso teriam que estudar.

Enquanto era construído o que foi proposto também eram anotadas por um dos extensionistas as falas dos meninos, para depois serem analisada, também fazia parte do nosso roteiro propor no fim de cada encontro um momento para arrumar a sala e perguntar a eles o que queriam fazer no próximo encontro. Dessa forma as crianças podiam explorar seu lugar de sujeito e escolher o que fazer. Assim, no encontro seguinte pediram para fazer pulseiras e colares.

Como tinha sido proposto por eles, levamos os materiais para elaboração das pulseiras e colares, esse encontro foi bem produtivo, mesmo que um dos meninos ficou impossibilitado de participar até o fim do encontro por conta de efeitos colaterais de uma medicação que tinha tomado antes de ir para oficina, mas todos fizeram pulseiras e colares, e um deles chegou a pedir para fazer a pulseira e o colar do amigo que não conseguiu participar até o fim. Nessa atividade foi percebida a necessidade deles de fazer algo segundo sua própria escolha. Experimentavam construir algo livremente, sem receber ordens e sem ter que corresponder a algum padrão de produção. Cada um foi criando e fazendo da maneira que conseguia, durante as produções era aproveitado para conversar sobre o tema, se na escola faziam atividades como essa, como era o processo de fazer as atividades na escola no abrigo, sentimos muita resistência dos meninos em dizer em detalhes como se sentiam, apesar de sempre falarem, e vez ou outra falar coisas importantes, tais como, “a escola serve para saber ler e poder escolher as matérias corretas”.

Como era de costume no final arrumamos a sala e perguntamos o que eles queriam fazer no próximo encontro, então foi aí que eles propuseram confeccionar roupas para usarem, parecidos com personagens que eles gostam de histórias ou



desenhos. Então no encontro seguinte levamos TNT, para confeccionar roupas para eles, feitas por eles mesmos. Nesse encontro um dos meninos foi castigado pelo abrigo e não pode participar. A oficina ocorreu bem e todos participaram bastante, nesse dia enquanto um dos meninos queria fazer uma roupa de guerreiro com direito a espada e tudo, logo outro menino começou a fazer a roupa de GOKU, um personagem de desenho animado Japonês, Dragon Boll Z, que aparece muito forte em todos os encontros, tanto nas falas, quanto nas brincadeiras entre eles durante a produção das atividades.

Era rotineiro que durante as atividades as crianças se dispersassem um pouco e logo começavam a brincar de brigar, muitas vezes ficava difícil delimitar onde começava a brincadeira e começava a briga, sendo esses momentos feitos com golpes que o desenho traz e a força dos personagens do Dragon Boll Z.

Quando um deles começa a fazer uma roupa parecida com a roupa do protagonista, todos seguiram fazendo o mesmo, cada um que quisesse ficar ainda mais parecido com o Goku, no final encontro eles brincaram como os personagens se comportavam vestidos a caráter como o personagem.

E assim foi durante todos os momentos de produção, oferecendo um espaço para construções subjetivas e fazendo circular nas falas o contexto educacional vivenciado pelas crianças.

As crianças durante todos os encontros apresentavam uma forte resistência de falar sobre a escola e de falar sobre eles mesmos, mas quando foi dado o espaço para atividades livres, enquanto elaboravam iam conversando e abordando o tema central foco da extensão.

A partir dos diários de campo e das temáticas trabalhadas nas oficinas foi possível analisar os discursos das crianças sobre a escola. A seguir serão apresentadas algumas pontuações importantes que circularam nas oficinas sobre a escola.

Professores

No decorrer das oficinas as crianças falaram de forma positiva da professora, disseram que a mesma é boa, que explica as tarefas.

Importância da escola

Sobre a importância da escola, as crianças, disseram que a escola serve para

aprender, para arrumar um bom trabalho e para pegar ônibus sem ter que perguntar a alguém a identificação do mesmo.

Representação da escola

A escola, de forma geral, é vista como tendo uma estrutura muito precária. Achem a escola feia, descuidada. Mas gostam muito do campo de futebol da escola e de jogar futebol diariamente.

Desempenho escolar

As crianças se avaliam bem na escola, têm algumas dificuldades, mas acompanham bem os conteúdos escolares.

Acompanhamento das atividades escolares

As crianças relatam que são acompanhadas diariamente na instituição de acolhimento e que a professora da escola também acompanha as atividades.

Estratégia de intervenção frente as dificuldades escolares

Foi perguntado às crianças como elas superavam as dificuldades enfrentadas na escola, as mesmas disseram que o diretor da instituição passa atividade, que a professora do reforço tira dúvidas e passa exercício e que também as crianças ensinam umas as outras.

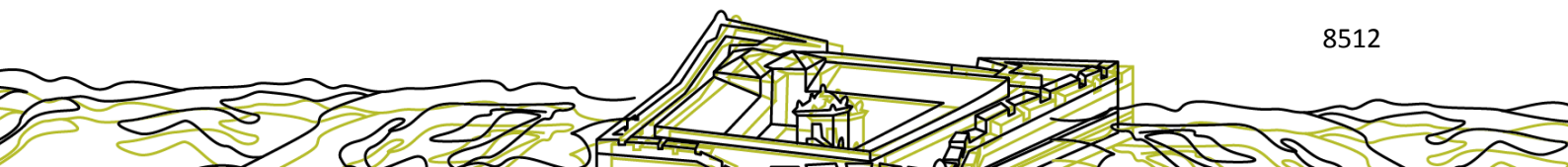
Outros registros que se destacaram durante as oficinas:

Durante todas as oficinas as crianças se apresentaram muito agitadas, correndo, pulando, sem conseguir investir em atividades que tivessem que se expressar verbalmente, ou construir alguma coisa, mesmo que déssemos um espaço livre.

Todas as crianças apresentaram resistência em qualquer abordagem que procurasse mobilizar a expressão sobre a escola, a vida, a própria história.

Em todas as oficinas quatro, das cinco crianças, investia predominantemente em

lutar, se jogar no chão, correr. Entretanto, com a mediação dos pesquisadores, de alguma forma, foi possível construir com eles, em torno de algumas atividade (mímica, confeccionar pulseiras, confeccionar colares, fazer desenhos, confeccionar fantasias com



TNT, decorar bolas e fazer quadrinhos para compor juntos um cartaz) e fazer circular a imaginação, a criatividade e a fala, mobilizando o sujeito o investimento em algo, partindo da singularidade de cada um.

Um ponto que merece destaque foi a forte preocupação das crianças em terem seu

comportamento avaliado positivamente. Ao sair das oficinas perguntavam aos pesquisadores se tinham se comportado bem.

Durante uma das oficinas circulou o conteúdo do castigo. As crianças disseram

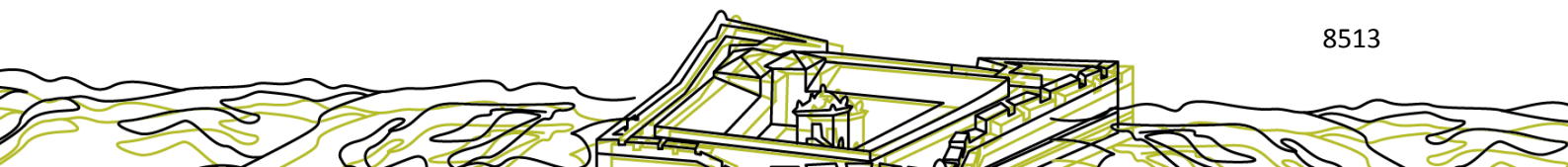
que são castigadas, e que a culpa por serem castigadas é delas próprias, pois se comportam mal, fazem bagunça. Entendem que é justo receberem castigo.

Embora tenha sido colocado pelos pesquisadores para a instituição a importância das cinco crianças participarem das quatro oficinas, na última oficina, que seria o fechamento, duas crianças não compareceram. As crianças que compareceram relataram que os colegas não vieram porque tinham sido mal avaliadas pelo educador que as acompanhou na penúltima oficina. As crianças disseram que o educador disse que ao saírem fizeram bagunça.

Em vários momentos das oficinas quatro crianças colocaram que tomavam medicação e uma delas em uma das oficinas estava sob efeito de medicação que mal conseguia equilibrar seu corpo e andar. Assim, foi levada para ficar com o educador, e ao concluirmos a oficina vimos que a mesma se encontrava dormindo.

- Apresentaram muito interesse na animação Goku.

Resumo da Animação: *Son Goku* começa a série como uma criança independente da sociedade. Foi criado, quando bebê, por seu avô adotivo, Son Gohan. Son Goku é uma criança muito forte e destemida. Devido ao seu sangue Saiyajin, ele era mais poderoso que a maioria dos inimigos que enfrentava e retornando-se sempre mais forte do que antes. Mesmo assim, por causa dos seus mestres Son Gohan e Kame, sempre é gentil com os outros, chegando ao ponto de tentar não matar nenhum inimigo. É mostrado em *Dragon Ball* que Son Goku não tem maldade no coração, isto é, o que ele tem de força, possui também em inocência. Sua maior paixão, sem dúvida, é lutar. Quando adulto (*Dragon Ball Z*), seu corpo cresce, e Son Goku torna-se ainda muito mais poderoso do



que antes (Dragon Ball). Ao longo de toda sua vida, Goku demonstra muita satisfação por lutar contra inimigos mais poderosos do que ele. Son Goku causa admiração por seus amigos de luta. Ao longo da série é possível concluir que ele é na maior parte das vezes quem alcança o poder mais elevado da história de Dragon Ball (Z). Contudo, e apesar da sua significativa dedicação em árduos treinos, existe sempre alguém mais forte ainda o que o obriga a treinar sempre mais. Durante a saga (Dragon Ball, Z) o seu poder alcança dimensões descomuns.

A sua personalidade única, de inocência e seu potencial em ser o mais forte do Universo, faz com que todos os guerreiros Z, o vejam como uma meta a ser atingida.

Considerações Finais

Com base nas atividades desenvolvidas durante as oficinas pode-se abrir possibilidades de trabalho no contexto escolar dessas crianças promovendo desenvolvimento e aprendizagens.

No processo de socialização e constituição do sujeito a mediação é fundamental para abrir possibilidades, gerando mudanças qualitativas fundamentais no uso dos signos. Wallon (1988) propõe a visão integrada do desenvolvimento, que este contemple os vários campos funcionais em que ocorre a atividade infantil (afetividade, motricidade, inteligência) e em estreito dinamismo com as condições concretas em que ocorre, propõe o estudo da criança contextualizada, isto é, nas suas relações com o meio. Assim, entre os recursos da criança/adolescente e os de seu meio, instala-se uma dinâmica de determinações recíprocas.

Os aspectos físicos do espaço, as pessoas próximas, a linguagem e os conhecimentos próprios a cada cultura formam o contexto do desenvolvimento. O meio não é, portanto, uma entidade estática e homogênea, mas transforma-se juntamente com a criança. Nesse sentido, as intervenções são fundamentais para a atividade constante de construção e reconstrução, colabora também no sentido de gerar espaços para a singularidade das crianças e possibilidade das mesmas poderem se implicar com suas próprias histórias e recursos subjetivos.

Referências bibliográficas

AYRES, L. S. M., CARDOSO, A. P., & PEREIRA, L. C. (2009). O abrigo e as redes de proteção para a infância e a juventude. **Fractal: Revista de Psicologia**, 21 (1), 125-136.

AQUINO, L. M. C. (2004). A rede de proteção a crianças e adolescentes, a medida protetora de abrigo e o direito à convivência familiar e comunitária: a experiência em nove municípios BARDIN. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2011.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069 de 13 de Julho de 1990. Brasília: DF, 1990. Disponível em

www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/eca_L8069.pdf

BRASIL. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. CONANDA, 2009.

GOUVEIA, M. L. A. (2007). **Concepções de agentes de políticas públicas e de crianças em contexto de abrigo sobre direitos humanos**. Tese de Doutorado, Programa de PósGraduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC, 2003**.

MARTINS, D. C. (2004). O Estatuto da criança e do adolescente e a política de atendimento a partir de uma perspectiva sócio-jurídica. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, 4 (1), 6377.

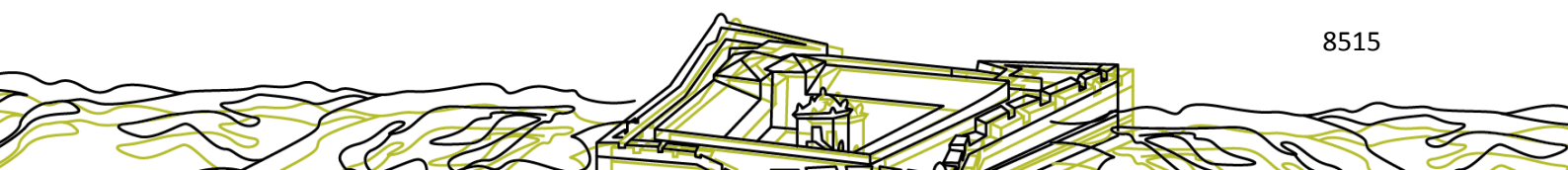
RIZZINI, I. e PILOTTI, F. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. São Paulo, Cortez, 2011.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; AMORIN, K. S.; SILVA, A. P. S. **Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SILVA, E. R. A. (2004). **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/ CONANDA.

SIQUEIRA, A. C., & DELL'AGLIO, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia e Sociedade**; 18(1), 71-80.

SUPLINO, N. **Inclusão escolar de alunos com transtornos invasivos do desenvolvimento**. 2005.



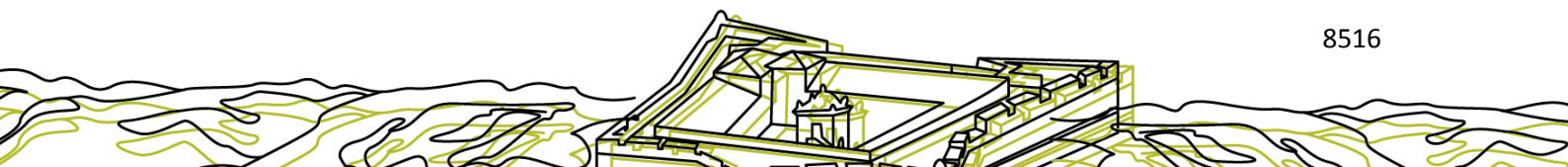


VEIGA, L. & GONDIM, S. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública 2(1), 1-15.**

VYGOTSKY, L. S. (1989). **A formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes.

VYGOTSKY, L. S. (1999). **Pensamento e linguagem.** São Paulo: Martins Fontes.

WALLON, H. (1988). **As origens do pensamento na criança.** São Paulo, Manole.





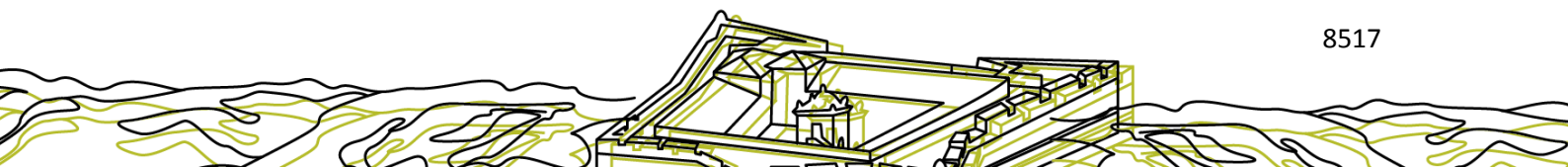
HABILIDADES TÉCNICAS NA AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS: CURSO DE EXTENSÃO PARA FARMACÊUTICOS

Área temática: Saúde

Sarah Rebeca Bezerra Silva; Ana Elza Oliveira de Mendonça; Amanda Nicoli Vital de Oliveira; Franciely Medeiros dos Santos; Gisele de Oliveira Mourão Holanda; Isabel Pires Barra; Júlia Silva Fonseca dos Anjos; Juliana Raquel Duarte da Silva Camilo; Leandro Melo de Carvalho; Maria Alzira Rego Pinheiro; Paulo Wendel Ferreira Fonseca; Thomas Matheus da Silva Lopes.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Resumo: A compreensão da relação entre extensão e sociedade é fundamental para possibilitar que haja qualidade na assistência prestada as pessoas. A partir disso, algumas estratégias de ensino podem ser utilizadas, dentre elas a Educação Permanente em Saúde (EPS), bem como a inserção da temática da segurança em saúde na formação dos profissionais. A resolução nº 499 de 17 de dezembro de 2008, no capítulo I, artigo 1º, discorre acerca da legalidade da aplicação de injetáveis pelo profissional farmacêutico. Porém, os alunos da graduação de Farmácia não dispõem de aulas práticas que permitam a aquisição das habilidades para administração de medicamentos injetáveis e aferição de sinais vitais. Diante dessa lacuna, o Departamento de Enfermagem em parceria com a farmácia escola da UFRN, tomaram a iniciativa de ofertar um curso de extensão visando o suprimento dessa necessidade de capacitação. O objetivo deste trabalho é relatar a realização de um curso de extensão que visa a capacitação dos profissionais farmacêuticos, bem como de estudantes da graduação em Farmácia, acerca da administração de injetáveis e aferição de sinais vitais. Esta ação foi realizada na modalidade de curso de extensão, oferecido pelo Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com carga horária de vinte horas. O público-alvo interno compreende os discentes da graduação em farmácia da UFRN e o público-alvo externo compreende os servidores atuantes na Farmácia Escola da UFRN e os profissionais farmacêuticos das instituições conveniadas a universidade. O número de edições anuais e o número de participantes teve um aumento significativo ao passar dos anos em comparação à primeira edição, demonstrando interesse por parte do público alvo. Podemos concluir que a realização de um projeto de extensão com essa



temática e objetivos é de extrema importância para a solidificação da cultura da segurança do paciente no ensino superior.

Palavras-chave: segurança do paciente, relações comunidade-instituição, educação continuada, Farmacêuticos, sinais vitais.

Introdução

A extensão surgiu na Inglaterra do século XIX, com a intenção de direcionar novos caminhos para a sociedade e promover a educação continuada. Nos dias atuais, é um instrumento indispensável para efetivar o compromisso social da Universidade (RODRIGUES et al., 2013).

No Brasil, foi somente após a lei orgânica do ensino superior, através do decreto n. 8659, de 05 de abril de 1911, que possibilitava maior autonomia administrativa das instituições, que aconteceu a primeira experiência de cursos de extensão. Aconteceu na Universidade Livre de São Paulo e ainda hoje representam a prática mais difundida em âmbito nacional (ALMEIDA, 2015).

O desafio da extensão é repensar a relação estabelecida entre o ensino e pesquisa com as necessidades sociais, determinar as contribuições para o crescimento da cidadania e para a modificação efetiva da sociedade. O modelo de extensão consiste em proporcionar suporte e auxílio à sociedade, contribuindo para melhoria dos cidadãos. A compreensão da relação entre extensão e sociedade é fundamental para possibilitar que haja qualidade na assistência prestada para as pessoas (PEREIRA, 2007 apud RODRIGUES et al., 2013).

A segurança do paciente pode ser compreendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde e é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem conquistado grande importância para os clientes, famílias, gestores e profissionais de saúde em todo o mundo, com desígnio de oferecer uma assistência segura (BRASIL, 2014).

A consolidação da segurança do paciente se configura como subsídio para as propostas de melhoria da qualidade, pois os seus resultados permitem reconfigurar os processos de trabalho, fazendo com a assistência em saúde seja aprimorada com práticas seguras para atingir níveis altos de qualidade (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

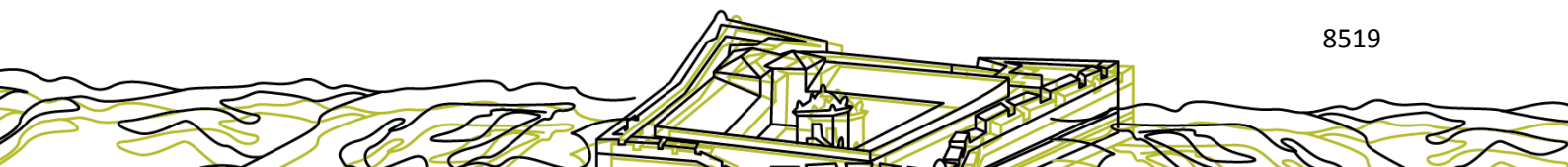
Um dos grandes desafios, porém, para o alcance da qualidade no seu mais alto nível são os riscos potenciais que toda prática assistencial tem de causar danos ao paciente, considerando a complexidade do ambiente onde é ofertada. Todo aquele que procura por um serviço de saúde deseja, no mínimo, alcançar uma condição clínica melhor que a anterior. A ocorrência dos chamados eventos adversos relacionados à assistência caminham na mão oposta às expectativas do cliente, gerando grande insatisfação e,conseqüentemente, queda no nível de qualidade do serviço em questão (GIMENES, 2016).

Entre os diversos tipos de eventos adversos já descritos na literatura, são de grande relevância os erros de medicação, em virtude da magnitude da sua ocorrência e do seu potencial para causar danos. Para prevenir o erro, advindo dos eventos adversos, é necessário primeiro compreender e aceitar que ele é possível. A partir disso, algumas estratégias de ensino podem ser utilizadas, dentre elas a Educação Permanente em Saúde (EPS), bem como a inserção da temática da segurança em saúde na formação dos profissionais (WEGNER et al., 2016).

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para garantir a segurança, são necessários conhecimentos prévios acerca de áreas como a Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica (BRASIL,2013). Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a etapa de administração é a última barreira que pode evitar um erro de medicação, o que aumenta a responsabilidade do profissional que administra.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves conseqüências aos pacientes. Exemplificando, uma falha na delimitação anatômica pode ocasionar lesões em nervos ou ossos; não manter a estabilidade da seringa pode resultar em lesão tecidual com conseqüente estímulo doloroso; não realizar aspiração, principalmente na via intramuscular, pode proporcionar injeção acidental em uma veia ou artéria, ao invés do músculo; administrar volumes além da capacidade da via pode levar a lesão tecidual e dor extrema.

Essa aplicação de fármacos pode ser feita pelo profissional médico e principalmente pelos profissionais da enfermagem. O farmacêutico prepara e distribui os medicamentos prescritos e também colabora com os demais profissionais de saúde na avaliação da eficácia dos medicamentos (POTTER, 2009). Todavia, com a resolução nº 499 de 17 de dezembro de 2008, no capítulo I, artigo 1º, o farmacêutico tem respaldo legal quanto a aplicação de injetáveis em vias parenterais que são via intradérmica, via subcutânea, via intramuscular e via endovenosa. Porém, os farmacêuticos estão respaldados legalmente



para a administração por vias intradérmica, subcutânea e intramuscular. Apesar disso, os alunos da graduação de Farmácia não possuem aulas práticas que permitam a aquisição das habilidades técnicas de administração de medicamentos injetáveis no currículo atual. Diante dessa situação, o curso teve início visando o suprimento dessa necessidade de capacitação.

O objetivo deste trabalho é relatar a realização de um curso de extensão que visa a capacitação dos profissionais farmacêuticos, bem como estudantes da graduação em Farmácia, acerca da aferição de sinais vitais e administração de injetáveis.

Metodologia

Esta ação foi realizada na modalidade de curso de extensão, oferecido pelo Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com carga horária de vinte horas. O público-alvo interno compreende os discentes da graduação em farmácia da UFRN e o público-alvo externo compreende os servidores atuantes na Farmácia Escola da UFRN e os profissionais farmacêuticos das instituições conveniadas com a universidade como campos de atividades práticas.

O curso foi elaborado com a seguinte conformação: uma etapa teórica e uma etapa prática. Na primeira etapa, os assuntos foram repassados em forma de aula expositiva e dialogada, visto que há a necessidade de um embasamento teórico-científico prévio para que a fase da prática consiga suprir a necessidade dos participantes.

A etapa teórica foi dividida em dois momentos. Inicialmente os assuntos abordados foram em relação a aferição de sinais vitais: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA) e dor; com a explanação de conceitos, da importância, das finalidades e do passo a passo da técnica apropriada para verificação de cada sinal vital, os parâmetros de normalidade para cada faixa etária, os fatores que podem influenciar os valores e a interpretação de cada resultado obtido. No segundo momento, os conteúdos compreenderam as características do processo de medicar, o respaldo legal que o código de ética dos profissionais farmacêuticos assegura, as responsabilidades que o profissional deve adquirir a partir do momento que se encontra capacitado para essa prática, os aspectos inerentes a segurança do paciente na administração de medicamentos, as características dos materiais usados nesse processo e por fim, as vias de administração e suas delimitações anatômicas, vantagens, desvantagens e contra-indicações.

Na etapa prática, os participantes foram distribuídos em duplas ou trios e receberam suporte de uma equipe de monitores qualificados previamente selecionados, para que qualquer dúvida pudesse ser sanada de forma individual, garantindo assim completa segurança e compreensão acerca dos procedimentos. Cada grupo teve a oportunidade de aferir e avaliar cada um dos sinais vitais e na parte dos injetáveis foram instruídos a respeito das técnicas corretas de administração para cada via, com embasamento da literatura. Foram utilizados todos os materiais fundamentais para uma simulação realística, tal como estetoscópios, esfigmomanômetros, agulhas e seringas com seus tamanhos diversos, água bidestilada como substituto para as medicações, algodão e álcool para assepsia, bem como os equipamentos de proteção individual (EPIs), corroborando com a Norma Regulamentadora 6 (NR6).

Resultados e discussão

As conveniências farmacêuticas sofreram grandes transformações, transferindo seu foco do produto para os cuidados com os clientes. Em função disso, é necessário que os profissionais destes serviços detenham um conhecimento razoável acerca da aferição de sinais vitais, dos medicamentos, da farmacoterapia e das boas práticas em farmácia, agindo sempre pautado nos princípios éticos e contribuindo assim para a qualidade do atendimento e conseqüentemente para segurança do paciente (BONADIMAN et al., 2018).

Os sinais vitais (SSV) são parâmetros que indicam o estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como ferramentas de comunicação universal sobre a gravidade da doença e o estado geral do paciente (TEIXEIRA et al., 2015). Para avaliar os sinais gerais do paciente, observam-se cinco parâmetros: pulso, temperatura, respiração, pressão arterial e dor. Discorreremos deles detalhadamente a seguir.

A parte periférica do aparelho circulatório e o próprio funcionamento do coração podem ser avaliados pela análise das pulsações arteriais. A tomada do pulso da artéria radial é um ato simples porém de grande significação. É necessário contar sempre o número de pulsações durante um minuto; a frequência do pulso varia com a idade e em diversas outras condições fisiológicas. Em pessoas adultas, considera-se normal a frequência de 60 a 100 batimentos por minuto.

A temperatura é mantida entre produção e perda de calor pelo organismo no ambiente e deve-se ao mecanismo controlado pelo hipotálamo. A temperatura do interior do corpo permanece quase constante; no entanto, a temperatura externa do

corpo está sujeita às variações das condições ambientais. Pequenas variações de temperatura normal são observadas, de pessoa a pessoa, e numa mesma pessoa, em diferentes locais do corpo. A temperatura axilar normal pode variar entre 35,8°C e 37°C.

Na respiração, o oxigênio inspirado entra no sangue e o dióxido de carbono (CO₂) é expelido, com frequência regular. A troca destes gases ocorre quando o ar chega aos alvéolos pulmonares, que é a parte funcional do pulmão. É nesse processo que o sangue venoso se transforma em sangue arterial. Para analisar a respiração é necessário observar durante um certo tempo (um minuto) a sequência das incursões respiratórias. Em condições normais, o ritmo da respiração é dado pela sucessão regular de movimentos respiratórios. A frequência respiratória varia entre amplos limites, principalmente em função da idade, aceitando-se como normais os seguintes valores para um indivíduo adulto: de 16 a 20 movimentos respiratórios por minuto.

A pressão arterial é a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. A pressão ou tensão arterial depende da força de contração do coração, da quantidade de sangue circulante e da resistência dos vasos. Tem por finalidade promover uma boa perfusão dos tecidos e com isto permitir as trocas metabólicas. É difícil definir valores normais para medida da pressão arterial pois varia de indivíduo para indivíduo. Porém, classicamente, adota-se o valor de normotensão de 120 por 80 milímetros de mercúrio (PORTO, 2004).

E por fim, a dor. Antes ela não era considerada um sinal vital, mas em 1996, James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor) mostrou a necessidade da incorporação da dor nos sinais vitais. Ela é uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais. É um importante parâmetro de avaliação e é uma das causas mais frequentes da busca pelo auxílio. Através da sua avaliação, é possível acompanhar a evolução do paciente e efetuar os ajustes necessários para que o tratamento fique mais adequado. Ao avaliar, deve-se detectar sua etiologia, e considerar características como localização, padrão, intensidade e duração da dor. Ela pode ser mensurada através de escalas numérica visual de 0 a 10, escalas verbais com 4 termos (dor ausente, leve, moderada e intensa) e escalas de faces de sofrimento, que podem ser usadas para pacientes com dificuldade de comunicação. (SBED, 2018).

No que concerne a administração de medicamentos, tal processo abrange a via parenteral – entende-se por via parenteral as vias que não utilizam o trato gastrointestinal – é considerado um procedimento simples, entretanto, por ser um processo invasivo requer cuidados, exigindo maior responsabilidade dos profissionais.

Para sua execução são necessários competência, conhecimentos, habilidades e aplicação de princípios científicos no que diz respeito ao preparo, às vias de administração e aos eventos adversos (PINHEIRO et al., 2016)

Compõem as vias parenterais, a via subcutânea que abrange todo o tecido conjuntivo frouxo abaixo da derme. Essa via possui uma capacidade de absorção lenta, por ser um tecido pouco vascularizado. As melhores regiões para aplicação são a face posterior externa do braço, o abdome e as faces anteriores das coxas. Essa via suporta administrações de 0,5 ml a 1 ml.

Conjuntamente à via subcutânea, têm-se a via intramuscular, que fornece uma absorção mais rápida, já que o músculo é um tecido altamente vascularizado. Entretanto, possui maiores riscos de ocorrência de erros. O tecido muscular suporta até 3ml sendo que cada região possui uma capacidade de volume diferente. As regiões mais utilizadas nessa via são o deltóide, ventroglúteo e o vasto lateral da coxa. (POTTER, 2009)

Preconizam-se atualmente os “nove certos” centrados no paciente: medicação, via, dose, hora, registro, conhecer a ação, apresentação farmacêutica e monitorar o efeito. Sabe-se que é o medicamento certo conferindo a prescrição, o rótulo e administrando somente o que foi preparado pessoalmente. (BRASIL, 2013).

O curso de aferição de sinais vitais e administração de injetáveis contempla atividades teóricas e práticas, visando o desenvolvimento de habilidades técnicas para aferição de sinais vitais e administração de medicamentos injetáveis. O curso tem por objetivo desenvolver habilidades necessárias ao atendimento à população, no tocante a acompanhamento de sinais vitais, administração de injeções intramusculares (IM) e injeções subcutâneas (SC), conforme preconizado pela legislação vigente do Conselho Federal de Farmácia na Resolução nº 499 de 17 de dezembro de 2008, que dispõe sobre a atuação do farmacêutico em farmácias e drogarias.

O quadro 1 ilustra as edições realizadas em cada ano, bem como seus respectivos
 Quadro 1: realizações do Curso de Administração de Injetáveis

ANO	NÚMERO DE EDIÇÕES	NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES
2014	01	5
2015	03	39
2016	03	99
2017	03	53

Fonte: dados da equipe organizadora.
 números de participantes.

A educação em saúde é destinada a criar condições e possibilidades para a modificação dos sujeitos, de uma maneira que lhes permita o aprimoramento da cidadania, conscientes e coerentes de suas responsabilidades e compromissos frente a sociedade. Isto porque a relação estabelecida entre ser sujeito e sociedade está profundamente vinculada a uma teia de interesses e compromissos mútuos (SILVA, 2011). Sendo assim, a capacitação dos profissionais e discentes nessa extensão acarretará a melhoria de suas formações e benefícios para a população usuária dos serviços de saúde.

Pode-se observar no quadro 1 que tanto o número de edições anuais quanto o número de participantes teve um aumento significativo ao passar dos anos em comparação à primeira edição, demonstrando interesse por parte do público alvo. O crescimento do interesse dos estudantes de farmácia, repercutirá em suas atividades práticas, dado que aqueles que participaram do curso estarão mais preparados para lidar com as diversas situações e qualificados a prestar uma assistência com menor quantidade de erros. Isso contribuirá para que seja alcançado um dos objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pósgraduação na área da Saúde (BRASIL, 2014). Esse objetivo é efetivado com a inserção dos discentes da graduação como parte do público-alvo dessa ação de extensão.

Conclusão

Desta feita, podemos concluir que a realização de um projeto de extensão com essa temática e objetivos é de extrema importância para a solidificação da cultura da

segurança do paciente no ensino superior. Haja vista que é dentro da graduação que as necessidades de apropriação do conhecimento devem ser supridas, destaca-se a relevância da inserção do tema, não somente na teoria como também na prática. Ademais, com base no interesse dos participantes, sugerimos a implementação de disciplinas como componentes da estrutura curricular da graduação em farmácia que possa abranger tanto questões de habilidades técnicas, quanto os aspectos da segurança do paciente, já que existe um respaldo no código de ética para essa prática.

Esse processo de capacitação garante a qualidade dos futuros profissionais, e essa qualidade será refletida na assistência, corroborando com os objetivos principais propostos pela extensão universitária. Ou seja, trazer contribuições para a sociedade fundamentadas no ensino e na pesquisa.

Referências

ALMEIDA, Luciane Pinho. A extensão universitária no Brasil: processos de aprendizagem a partir da experiência e do sentido. **Diversité - Recherches Et Terrain**, [s.i.], v. 7, p.56-67, 2015.

BONADIMAN, Raphael Laiber et al. Nível de satisfação dos usuários e verificação do conhecimento dos farmacêuticos em farmácias públicas do Espírito Santo, Brasil. **Ciência &**

Saúde Coletiva, [s.l.], v. 23, n. 2, p.627-638, fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018232.03462016>.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. In: Ministério da Saúde, editor. Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG ed: Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 499 de 17 de dezembro de 2008.:** Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. 2008. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/20 - BRASIL_CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA_ 2009 Resolucao_499_2008_CFF.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018.

GIMENES, Fernanda Raphael Escobar. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. **Opas/oms**, Brasília, v. 1, n. 18, p.1-7, out. 2016.

PINHEIRO, Marcos Luciano Pimenta et al. Administração de Medicamentos por Via Parenteral: Uma Revisão. **Revista Conexão Ciência**, Formiga, v. 11, n. 1, p.153-158, jun. 2016.

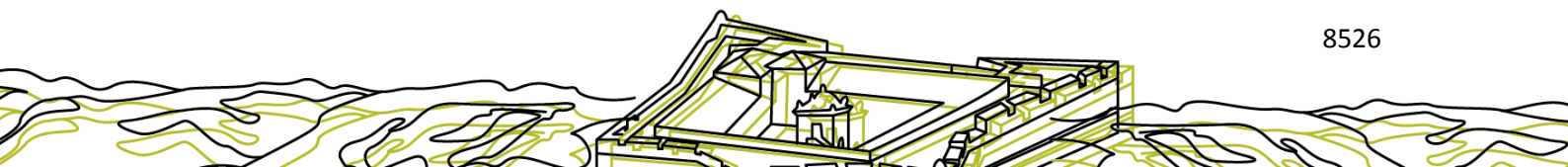
PORTO, Celmo Celeno. **Exame clínico:** bases para a prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RODRIGUES, Andréia Lilian Lima et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação:** Ciências Humanas e Sociais, Aracaju, v. 1, n. 16, p.141148, mar. 2013.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.432-441, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). **5º Sinal Vital - Diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital.** Disponível em: <http://http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65>. Acesso em: 19 mar. 2018.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas et al. VITAL SIGNS MEASUREMENT: AN INDICATOR OF SAFE CARE DELIVERED TO ELDERLY PATIENTS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24,

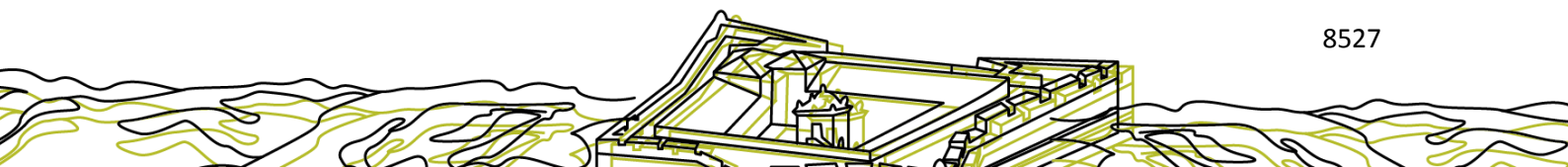




n. 4, p.1071-1078, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>.

WEGNER, Wiliam et al. **Educação para cultura da segurança do paciente:** Implicações para a formação profissional. 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.





PROJETO AOPNE: ODONTOLOGIA PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS COM NECESSIDADES MÚLTIPLAS

Área Temática: Saúde

Ana Maria Lucas Guimarães¹; Aline Maria de Oliveira¹; Daniella Andrade Guimarães¹; Diego Machado de Oliveira¹; Paulla Soares Gonçalves¹, Marcella Rezende Amorim¹; Fernanda de Oliveira Bello Corrêa²; Sibeles Aquino Nascimento²; Cleverton Corrêa Rabelo³

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares - MG (UFJF-GV)

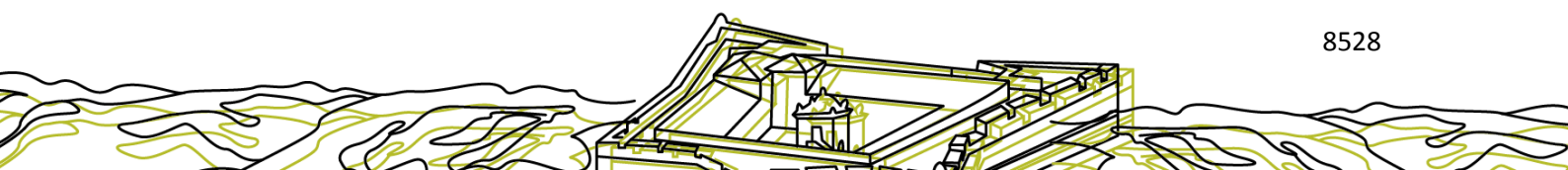
Resumo

A inclusão social de indivíduos com deficiência em nossa sociedade tem passos débeis. Pessoas com deficiência podem apresentar alterações físicas, intelectuais, sociais ou multiplicidade destas alterações podendo levar a restrições de mobilidade, aprendizagem, sociabilidade e saúde. Visando a Odontologia inclusiva, o projeto AOPNE (**Atendimento Odontológico ao Portador de Necessidades Especiais**) é desenvolvido na Associação Santa Luzia em Governador Valadares/MG, instituição que abriga internos residentes portadores de necessidades especiais múltiplas. Para reconhecimento do território de nossas ações, realizamos levantamento epidemiológico odontológico procurando associar à saúde global dos internos através de consultas aos prontuários médicos e registros da equipe de enfermagem como a classificação de Braden que avalia autonomia dos internos. Foram avaliados 107 internos, sendo a maioria do gênero feminino (58%), com idade média de 59,28 anos, tempo médio de internação de

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares – MG (UFJF-GV).

² Professor Adjunto da Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares – MG (UFJF-GV).

³ Coordenador- Professor Adjunto da Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares – MG (UFJF-GV).



10,08 anos que apresentaram alta prevalência de cáries e doenças periodontais. A alta prevalência de doenças bucais identificada neste território onde a complexidade de fatores associados a saúde sistêmica invariavelmente está associada a dependência destas pessoas ou mesmo à recusa em se submeter às intervenções nos fez entender que o controle diário do biofilme bacteriano presente na placa dentária caracteriza o principal desafio na promoção de saúde bucal. Os extensionistas do projeto AOPNE atuam de forma integrada a equipe multidisciplinar como protagonistas da odontologia inclusiva promovendo a acessibilidade, a promoção de saúde e bem estar das pessoas que residem na Associação Santa Luzia. Além de procedimentos clínicos odontológicos os alunos extensionistas realizam higienização oral diária dos internos, utilizando para tal, escova e afastadores adaptados.

Palavras-chave: Inclusão social; Pacientes deficientes, Odontologia.

Introdução

A manifestação de deficiências temporárias ou definitivas atinge cerca de 10% da população em países em desenvolvimento. Podendo ser deficiência mental (50%), física (20%), auditiva (15%), múltipla (10%) e visual (5%) de acordo com a Organização Mundial das Nações Unidas. Dessa forma, as condições físicas e mentais desses indivíduos podem também comprometer de maneira direta ou não, sua saúde bucal e consequentemente seu quadro sistêmico (MARTHA, 2001).

O acúmulo de biofilme bacteriano na estrutura da placa dental predispõe o indivíduo a doenças orais muito prevalentes na população como cáries e doenças periodontais. A doença periodontal é uma doença inflamatória de origem infecciosa bacteriana e pode resultar se não interrompida em seu curso evolutivo, na destruição das estruturas do periodonto (osso alveolar, ligamento periodontal e cemento), responsáveis pela manutenção do elemento dentário (DONOS, 2017).

A periodontite é uma doença infecciosa que acomete o periodonto de proteção e sustentação dos dentes, causando uma perda progressiva de inserção, de tecido ósseo e, eventualmente, do elemento dentário (ARMITAGE, 1999). Em relação à microbiota associada a essas infecções, já está bem estabelecido na literatura que a gengivite é decorrente do acúmulo indiferenciado de bactérias na margem gengival, enquanto que as doenças periodontais estão associadas ao aumento nos níveis e proporções de espécies patogênicas e à concomitante diminuição de espécies compatíveis com o hospedeiro (TELES et al., 2006).

Segundo Chávez et al. (2014), as condições sistêmicas aumentam consideravelmente a predisposição de um paciente ter doença periodontal, que pode se desenvolver de forma mais rápida e mais agressiva. Huang et al. (2010) relatam que as condições de saúde bucal das crianças portadoras de necessidades especiais são afetadas por diversos fatores como idade, severidade da doença, mutações genéticas, alterações estruturais maxilo-faciais, efeitos colaterais das drogas, graus de limitações motora e/ou cognitiva, comprometimento dos cuidadores e acessibilidade ao tratamento odontológico.

A síndrome de Down é considerada uma das causas mais comuns de retardo mental em crianças, afetando 1 a cada 800 crianças (HARITHA e JAYAKUMAR, 2011). Meyle e Gonzales (2001) relatam conclusões de revisões sistemáticas concordando com a prevalência de doença periodontal em 100% dos pacientes abaixo dos 30 anos. O acometimento precoce pode se manifestar já na dentição decídua, geralmente de forma severa, especialmente nos incisivos inferiores. A severidade da periodontite foi maior em indivíduos institucionalizados comparado aos que vivem em casa.

Fatores endógenos também contribuem para a rápida progressão da doença periodontal nestes indivíduos. Reduzida quantidade de linfócitos T, juntamente as maiores proporções de leucócitos imaturos aliados à síntese alterada do colágeno podem explicar a alta susceptibilidade a periodontite (MEYLE e GONZALES, 2001). É comum também a manifestação de epilepsia nestes indivíduos. Pacientes epiléticos usualmente tomam medicamentos anticonvulsivantes continuamente por toda a vida e estes medicamentos podem alterar significamente a anatomia gengival pois induzem proliferação fibroblástica gengival (SHIBATA, 2018).

Sakellari et al. (2005), compararam as condições periodontais entre indivíduos portadores de síndrome de Down (SD), indivíduos com paralisia cerebral (PC) e um grupo controle com indivíduos saudáveis. Os indivíduos com SD apresentaram maior número de bolsas periodontais de 4-6 mm e maiores de 6mm, comparado aos outros grupos. Os pacientes PC apresentaram também maior número de bolsas profundas comparados aos indivíduos saudáveis. Avaliaram também os perfis microbiológicos dos três grupos e constataram maior frequência de *A.actinomycescomitans*, *P.gingivalis*, *T.forsythensis*, *C. rectus*, *E.corrodens*, *P.intermedia*, *P.micros*, *C.sputigena*, *A.naeslundii*, *P.nigrescens* no grupo de SD. Ressaltaram que apesar dos níveis semelhantes de higiene oral observado entre os grupos de PC e SD, os pacientes SD apresentaram piores condições periodontais com respeito aos índices de sangramento e níveis de inserção clínica.

A Paralisia cerebral (PC) é a forma mais prevalente de desordem neuromuscular manifestada em crianças (DOUGHERTY, 2009). Estima-se que 2-3 crianças a cada 1000 nascidas são portadoras de PC sendo que destas, 87-93% estão agora vivendo a fase adulta, o que demanda maior atenção no planejamento das terapias, melhor compreensão das estratégias para promoção de saúde, visando maior qualidade de vida.

As alterações neuromusculares associadas a PC podem afetar a saúde oral significativamente de várias maneiras, incluindo alterações estruturais na região orofacial, desenvolvimento de hábitos parafuncionais, problemas alimentares e dificuldade com manutenção da higiene bucal.

No que diz respeito a pacientes com déficit neuro-motor, a literatura relata que o índice de cárie e a quantidade de placa bacteriana são maiores nos pacientes especiais que na média da população (MAKOWIECKY, 1985; RISCART et al., 1989; MATHEUS, 1992; NUNN et al, 1993; GUPTA et al., 1993; WHYMAN et al., 1995; SCHMIDT, 1995). Segundo Giro et al. (2004) isso se agrava ainda mais em pacientes institucionalizados que apresentam maior risco de desenvolver a cárie dental.

Segundo Flório et al. (2007) quando o PNE (portador de necessidades especiais) não é capaz de realizar por si só os cuidados com a higiene bucal, o cuidador torna-se encarregado pela mesma. No entanto, na maioria das vezes esses indivíduos não são motivados a ação e/ou não têm capacitação necessária sobre como realizar uma higiene bucal satisfatória, bem como relatam dificuldades no manejo de alguns pacientes, já que a maioria apresenta limitações motoras, comportamentos agressivos e falta de interesse e de cooperação (NASILOSKY et al., 2015). Para sanar a dificuldade é necessário o desempenho conjunto do cirurgião-dentista para fornecer as informações necessárias, demonstrar os cuidados bucais, indicar tecnologias auxiliares e, ao mesmo tempo, estimular os cuidadores a dar continuidade no processo de higienização bucal para que não percam a motivação.

O projeto AOPNE (**Atendimento Odontológico ao Portador de Necessidades Especiais**) é desenvolvido na Associação Santa Luzia em Governador Valadares/MG, instituição que abriga internos residentes portadores de necessidades especiais múltiplas. Dessa forma, inicialmente com intuito de planejar estratégias para promoção de saúde desta população, realizamos levantamento epidemiológico para melhor conhecer nosso território de atuação.

Metodologia

Através de consulta aos prontuários médicos dos internos, coletamos informações sobre histórico de saúde, patologias de base e coexistentes e avaliação

pela classificação de Braden (BERGSTROM e BRADEN, 2002), que mensura o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, com avaliação do estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, autonomia para deambulação, alimentação, cuidado corporal, excreção e dependência medicamentosa. Cada critério recebe pontuação de 1 a 4 e quando a soma excede 31 pontos, os pacientes são caracterizados em cuidados intensivos, entre 27 e 31 pontos, semi-intensivo, de 21 a 26 pontos, alta-dependência, intermediário com pontuação entre 15 e 20 pontos e mínimo cuidado entre 9 e 14 pontos.

Foi realizado um levantamento epidemiológico para avaliação da prevalência de doenças periodontais, cáries, e lesões bucais de todos os pacientes internos. Todos os pacientes foram examinados clinicamente, a fim de se realizar diagnósticos com relação a lesões de mucosa oral, manifestações de cáries e doenças periodontais. Os dados coletados foram descritos em ficha clínica desenvolvida para este levantamento.

Os índices epidemiológicos utilizados foram CPO-d (somas de dentes cariados, perdidos e obturados) para manifestações de destruição dentária por cáries, seguindo os critérios da OMS e CPITN (índice periodontal comunitário para necessidades de tratamento) para os casos onde não foi possível realizar o exame clínico periodontal completo. CPITN recebe código 0/TN0 quando se encontra saúde gengival; 1/TN1 em caso de sangramento e necessidade de melhora da higiene bucal; 2/TN2 detecção de cálculo supra/subgengival e necessidade de raspagem; 3/TN3 presença de bolsas periodontais de 4-5 mm de profundidade e necessidade de raspagem; 4/TN3 presença de bolsas periodontais maior ou igual a 6 mm com necessidade de raspagem.

O Exame clínico periodontal completo foi realizado por um único examinador treinado e previamente calibrado, em todos os indivíduos cooperadores, onde foram avaliados profundidade de sondagem (PS) e nível clínico de inserção (NI) em 6 sítios por dente. Profundidade de sondagem afere a distância da margem gengival ao fundo do sulco gengival ou bolsa periodontal, nos seis sítios por dente, enquanto nível clínico de inserção corresponde a distância da posição da junção cimento-esmalte ao fundo do sulco gengival, em 6 sítios de cada elemento dentário.

Resultados e Discussão

Notoriamente a medicina periodontal tem comprovado a inter-relação entre os desequilíbrios fisiológicos provocados por doenças sistêmicas e a manifestação de doenças periodontais. Alterações metabólicas, comportamentais e imunológicas podem alterar os mecanismos de defesa e renovação de colágeno do periodonto, predispondo a perda óssea e edentulismo precoce. A doença periodontal, por sua vez tem sido

associada à patogênese de doenças sistêmicas como pneumonia, cardiopatias, diabetes dentre outras (SCANNAPIECO e RETHMAN, 2003). Os indivíduos portadores de necessidades especiais apresentam particular risco para estas doenças sistêmicas (MACHUCA et al, 2007; ANDERS e DAVIS, 2010) e, as limitações de ordem cognitiva e motora que impossibilitam os corretos cuidados de higienização bucal, tornando estas

Tab. 1 - Diagnostico Clínico	N
Alzheimer	7
Acidente Vascular Cerebral	26
Autismo	3
Deficiência mental sem diagnóstico	42
Mal de Parkinson	2
Síndrome de Down	1
Paralisia Cerebral	11
Microcefalia	2
Esquizofrenia	1
Diabetes	20
Hipertensão	26
Epilepsia	6

peças mais susceptíveis às doenças bucais.

Foram avaliados 107 internos, com diagnóstico clínico variado, sendo mais encontrada a manifestação de Mal de Alzheimer, Paralisia cerebral, Doença Mental sem diagnóstico e sequelas de Acidente Vascular Cerebral com maior prevalência, bem como comorbidades como diabetes e hipertensão arterial sistêmica foram comumente encontradas nos internos significando agravamento no quadro clínico dos pacientes, como dificuldade de controle destas doenças como polimedicação e seus efeitos colaterais (**tabela 1**).

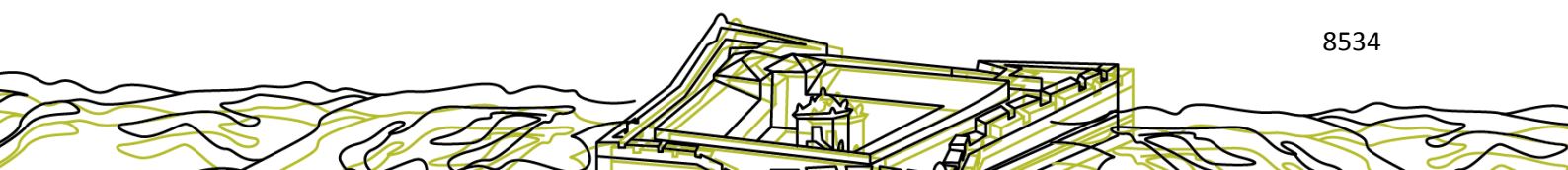
Diante do risco da manifestação de hiperplasias gengivais induzidas por fármacos como fenitoína e efeitos colaterais de demais medicamentos, se faz necessário acompanhamento odontológico profissional e avaliar a possibilidade de alteração medicamentosa junto ao médico responsável.

Com respeito ao gênero, a maioria são mulheres (58%), com idade média de 59,28 anos e tempo médio de internação de 10,08 anos. As lesões bucais mais prevalentes foram observadas em pessoas dependentes do uso de próteses dentárias, tanto pela perda de dimensão vertical não compensada corretamente pelas próteses associada ao aparecimento de queilite angular, como a falta de correta manutenção das mesmas acarretando em candidose pseudomembranosa ou estomatite (tabela 2).

Pudemos constatar também uma correlação positiva entre o tempo de internação

Tab. 2 - Lesões mucosas bucais	N
Estomatite por prótese	4
Queilite angular	2
Hiperplasia fibrosa inflamatória	1
Candidose pseudomembranosa	3
Queilite actínica	1
Herpes palatina	1
Papiloma escamoso	1
Leucoedema	1
Fístula	1
Úlcera crônica traumática	1
Total	16

e melhores índices CPO-d, assim como entre menor faixa etária e melhores índices CPO-d, corroborando com o caráter cumulativo de fatores etiológicos relacionados à cárie dentária e destruição coronária (tabela 3).



Tab. 3 - Manifestações orais de acordo com idade e tempo de internação

	N	%	Idade média	Tempo Internação
Desdentados	45	42	71,11	8,02
Dentados	62	58	50,95	11,15
CPO-d médio	13,45			
CPITN 4	34	58	52,26	12,04
CPITN 1,2,3	25	42	46,32	12,16

Os pacientes classificados em mínimo cuidado na escala Braden (9 a 14 pontos) tendem a ser mais cooperativos, mas isso não foi correlacionado a melhores índices de saúde bucal em relação aos outros grupos. Os pacientes classificados com cuidado intermediário apresentaram os melhores índices CPO-d entre os demais e os pacientes classificados como alta-dependência, como o esperado mostraram-se com os piores

Tab. 4 – Manifestações orais de acordo com escala de Braden

	N/%	M/F	T. Internaç.	Idad	Dentados/%	CPO- d	Cooperativos/%	PS	NI	CPITN 4/%
E. Braden										
9/14	46/44	23/23	11,5	60,87	28/61	16,67	14/50	2,71	2,63	13/46
15/20	41/38	16/25	9,37	55,73	21/51	8	9/43	3,02	3,05	12/57
21/26	7/6	4/3	12,14	65	6/86	18	1/17	3,68	3,66	4/67
s/c	13/12	6/7	6,27	61,77	7/54	13	1/14	2,79	3,97	5/71

índices do CPO-d como demonstrado (tabela 4).

Os índices periodontais se apresentaram elevados em todos os grupos, indicando alta prevalência de doença periodontal. Alta prevalência de doença periodontal está relacionada principalmente a permanência de um biofilme periodontal patogênico na placa dental dos internos pela deficiência de higiene oral (tabelas 4, 5, 6).



Tab. 5 – Manifestações orais de acordo com gênero

Gen	N/%	Idad	ESCALA BRADEN				T. Int.	Dentados	CPO- d	Coop/%	PS	NI	CPITN 4
			9/14	15/20	21/26	s/c							
F	58/54	64,74	23	25	3	7	10,23	27/47	13,11	8/29,7	3,05	3,49	15/56
M	49/46	52,82	23	16	4	6	9,92	35/71	13,71	16/46	2,72	2,71	19/54

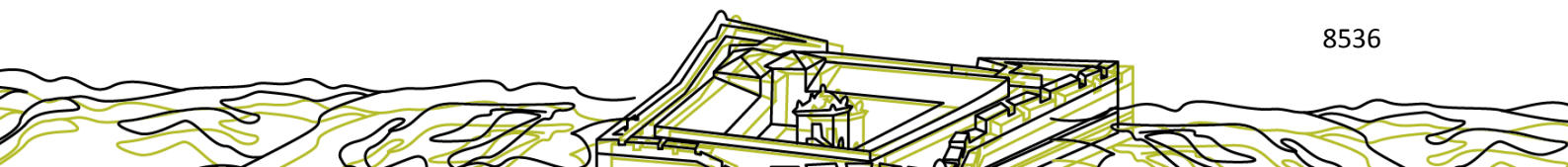
Tab. 6 – Manifestações orais de acordo com faixa etária

Idad	N/%	M/F	ESCALA BRADEN				T. Int.	Dentados	CPO- d	Coop/%	PS	NI	CPITN 4
			9/14	15/20	21/26	s/c							
-30	17/16	11/6	3	11	0	3	10,24	14/82	4,14	3/21	2,64	0,26	6/43
31-45	12/10	7/5	6	5	1	0	18,92	10/83	10,5	7/70	3,21	3,01	7/70
45-60	20/19	12/8	11	6	2	1	14,97	16/80	16	5/31	2,59	2,46	9/56
61-70	22/21	9/13	13	5	2	2	6,82	13/59	18,38	3/23	2,9	3,8	6/46
70+	36/34	10/26	13	14	2	7	6,39	9/25	19,55	4/44	2,58	3,39	6/67

A mais importante e efetiva estratégia de atenção odontológica aos pacientes com necessidades múltiplas é a prevenção de doenças bucais através de educação em higiene bucal, orientações nutricionais e consultas regulares para acompanhamento profissional. Procedimentos profiláticos, raspagens com auxílio de unidades ultrassônicas e aplicações tópicas de flúor fariam parte do arsenal terapêutico assim como orientação para controle de placa dentro desta estratégia preventiva junto ao paciente e seus cuidadores (MARIUSSO, 2016).

Sendo assim, a remoção do biofilme bacteriano (consórcio polimicrobiano que se adere a superfície dentária), é fundamental para a prevenção e manutenção da saúde periodontal e se configura como um grande desafio para o tratamento dos pacientes com necessidades especiais. (SILVEIRA et al., 2002). Como estes indivíduos dependem dos cuidadores para escovação dos dentes, e estes, na maioria das vezes não tem o devido treinamento, um programa especialmente desenhado se faz necessário para promover efetiva saúde bucal e qualidade de vida. (TORALES et al., 2018)

Baseado nos resultados do levantamento epidemiológico, temos agora um foco no controle da placa bacteriana diária, onde os extensionistas realizam higienização oral diária dos internos, utilizando para tal, escova e afastadores adaptados (figura 1). O reconhecimento das necessidades dos internos nos permite também melhor planejamento e execução das ações curativas. (figura 2)



Conclusão/Considerações Finais

Diante da alta prevalência de cáries e doenças periodontais identificados em nossa pesquisa de levantamento e a constatação da falta de um efetivo programa de prevenção destas doenças na população estudada, o projeto AOPNE ocupa um importante espaço na equipe multidisciplinar na promoção de saúde e bem estar das pessoas que residem na Associação Santa Luzia.

Numa população segregada que apresenta necessidades múltiplas, múltiplos são os desafios para a promoção de saúde. O reconhecimento do território permitiu dimensionar estes desafios e implementar ações integrativas para prevenção de patologias bucais. Uma Odontologia inclusiva, integrada a equipe multidisciplinar, possibilita uma visão global da saúde dos pacientes com deficiências. Fundamental para diminuir a segregação das pessoas com múltiplas necessidades institucionalizadas.

Dessa forma, uma nova ótica sobre o universo do paciente especial, onde o tecnicismo fica em segundo plano, frente às inúmeras facetas do ato de “cuidar” de nosso “paciente”, sem dúvida alguma representa um grande resultado conquistado na formação deste novo profissional técnico, ético e, sobretudo humano.

Agradecimentos: Agradecemos a PROEX/UFJF pelo apoio recebido. A toda equipe de saúde interdisciplinar da Associação Santa Luzia, em especial a equipe de enfermagem e nossa colaboradora externa cirurgiã-dentista Viviane Pimenta Godinho.

Referências.

1. ANDERS, P. L.; DAVIS, E. L. **Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review.** [Spec Care Dentist](#). v. 30, n.3,p.110-17, May/Jun 2010.
2. ARMITAGE GC. **Development of a classification system for periodontal diseases and conditions.** Ann of Periodontol. v.4, p.1-6, 1999.
3. BERGSTROM, N.; BRADEN, B.J. **Predictive validity of the Braden Scale among Black and White subjects.** [Nurs Res](#). v.51,n.6 ,p. 398-403,Nov/Dec 2002.

4. CHÁVEZ MM., BERROTERAN AR., RAMOS LA.. **Periodontal status of mentally handicapped school children in Caracas, Venezuela.** A cross-sectional study. J Oral Res. v.3,n.3, p.156-61, 2014.
5. DONOS, N. **The periodontal pocket.** Periodontology 2000-30 –November- 2017 - v. 76- i. 1- p. 7–15.
6. DOUGHERTY NJ. **A Review of Cerebral Palsy for Oral Health Professional.** Dent Clin N Am. v.53, p.329-38, 2009.
7. FLÓRIO F.M.; BASTING R.T.; SALVATTO M.V.; MIGLIATO K.L. **Saúde bucal em indivíduos portadores de múltiplas deficiências.** RGO, v. 55, n. 3, p. 251-56, 2007.
8. GIRO, EMA et al. **Prevalência de cárie em pacientes com necessidades especiais institucionalizados ou não-institucionalizados: consumo de carboidratos simples.** Rev Odontol UNESP. v.33, n.2, p.75-79, abr.-jun 2004.
9. GUPTA, D.P.; CHOWDHURY, R.; SARKAR, S. **Prevalence of dental caries in handicapped childrens of Calcutta.** J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent. v.1,p. 23-7, 1993.
10. HARITHA, A, JAYAKUMAR, A. **Syndromes as they relate to periodontal disease.** Periodontology 2000, v. 56, p. 65–86,2001.
11. HUANG, S. et al. **The oral health status and treatment needs of institutionalized children with cerebral palsy in Taiwan.** JDent Sci. v.5, n.2, p.75–89, 2010.
12. MAKOWIECKY, N **Índice CPOD de 196 excepcionais de 06 a 20 anos de idade, de ambos os sexos, submetidos a anestesia geral para tratamento odontológico.** Rev. Cienc. Saúde v.1, n.2, p. 47-57,1995.
13. MACHUCA, G. et al.. **Descriptive study of factors modifying the periodontal status of a population of people with a learning disability in Spain.** Journal of Disability and Oral Health v.8, n.2,p. 73–80, 2007.

14. MARIUSSO, M. R.. **Saúde bucal e qualidade de vida em indivíduos com paralisia cerebral e síndrome de down: percepção dos cuidadores.**2016.84f. Dissertação de mestrado - Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, Araraquara,2016.
15. MARTA SN. [**Program of dental assistance to special patients: a 13-year experience**]. Rev Gaúcha Odontol. v.59, n.3, p.379-85, 2011.
16. MATHEUS, W.O. **Levantamento das condições de cárie e doença periodontal do paciente portador de Síndrome de Down institucionalizados na APAERJ.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,1992.
17. MEYLE, J, GONZALES, JR. **Influences of systemic diseases on periodontitis in children and adolescents.** Periodontology 2000. v. 26, p. 92–112,2001.
18. NASILOSKY K.S.; DA SILVEIRA, E.R.; CÉSAR NETO, J.B.; SCHARDOSIM, L.R. **Avaliação das condições periodontais e de higiene bucal em escolares com transtornos neuropsicomotores.** Rev Odontol UNESP, v. 44, n. 2, p. 103-107, 2015.
19. NUNN, J.H.; GORDON, P.H.; CARMICHAEL, C.L. **Dental disease and current treatment needs in a group of physically handicapped children.** Community Dent. Health. v. 4, p.389-96, 1993.
20. RISCART, B.M.; BRONSON, R.Y.; GONZALES, E.D. **Estudio comparativo de la actividad cariogénica entre niños deficientes mentales y sanos.** Mediacentro. v.1, p.154-159, 1989.
21. SAKELLARI D, ARAPOSTATHIS KN, KONSTANTINIDIS A. **Periodontal conditions and subgingival microflora in Down syndrome patients. A case-control study.** J Clin Periodontol. v.32,p. 684–69, 2005.
22. SCANNAPIECO, F. A.; RETHMAN, M. P.. **The relationship between periodontal diseases and respiratory diseases.** [Dent Today](#). v.22, n.8, p.79-83, Aug 2003.

23. SILVEIRA J.L.G.C.; OLIVEIRA V.; PADILHA W.W.N. **Avaliação da redução do índice de placa e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças.** *Pesqui Odontol Bras*, v. 16, n. 2, p. 169-174, 2002.
24. SHIBATA K. **Historical aspects of studies on roles of the inflammasome in the pathogenesis of periodontal diseases.** *Mol Oral Microbiol*- Jan- 23- 2018.
25. SCHMIDT, M.G. **Avaliação da cárie dentária, níveis salivares de Estreptococos do grupo Mutans e capacidade tampão da saliva em crianças portadoras da Síndrome de Down na faixa etária de 6 a 14 anos.** Dissertação em Mestrado, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.1995.
26. TELES RP, HAFFAJEE AD, SOCRANSKY SS. **Microbiological goals of peridental therapy.** *Peridontol.* 2000.v.42, p.180-218, 2006.
27. TORALES J, BARRIOS I, GONZÁLEZ I. **Oral and dental health issues in people with mental disorders.** *Medwave.* v.17,n.8,p.7045, 21 Sep 2017 .
28. WHYMAN, R.A.; WONDER, T.J.; GUEST,. D.F.. **The oral health of long-term residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill.** *N. Z. Dent. J.* v.404, p. 49-56,1995.
29. WHO. **Oral health surveys – Basic methods.** 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1999.



Figura 1: Realização da higiene oral com auxílio do afastador adaptado



Figura 2: Atendimento clínico ambulatorial.

POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DO CUIDADO EDUCATIVO INDIVIDUAL E EM GRUPO COM DIABÉTICOS INSULINIZADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Área Temática: Saúde

Eberson Luan dos Santos Cardoso¹; Bruna Luana Oliveira Tavares²; Ingrid Nicolle Monteiro Barros³; Luana Rocha Pereira⁴; Suelen da Silva Miranda⁵; Suenne Paes Carreiro de Aviz⁶;

Edenilza Fabiana Almeida Santos⁷; Ana Rosa Botelho Pontes⁶

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Resumo

O objetivo deste estudo é descrever a experiência de acadêmicos de Enfermagem na promoção do autocuidado e prevenção de agravos de usuários diabéticos insulínodospendentes, através da utilização de estratégias educativas em saúde em grupo e individual, visando ao controle glicêmico adequado. Dessa maneira, as estratégias metodológicas utilizadas foram: ações de cuidado educativo em grupo, através da abordagem de temáticas voltadas para o autocuidado em diabetes, em especial autoadministração de insulina, realizadas com o auxílio de tecnologias leveduras em saúde; e consultas individuais para educação em saúde individual dos usuários, com o enfoque em enfrentamento das principais dificuldades na aderência ao terapia insulínica e capacitação para autoadministração da insulina subcutânea. O desenvolvimento das atividades proporcionou maiores conhecimentos sobre realidade dos usuários insulínodospendentes, a percepção das dificuldades frente à terapêutica, bem como reafirmou a importância da assistência de enfermagem, com ênfase no autocuidado, como uma alternativa encontrada para viabilizar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e reduzir os elevados encargos à família, à sociedade e ao

¹ Universidade Federal do Pará, Curso de graduação em Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX);

² Universidade Federal do Pará, Curso de graduação em Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX);

³ Universidade Federal do Pará, Curso de graduação em Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX);

⁴ Universidade Federal do Pará, Curso de graduação em Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX);

⁵ Universidade Federal do Pará, Curso de graduação em Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX); ⁶ Universidade Federal do Pará, Curso de graduação em Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão (PROEX); ⁷ Prefeitura Municipal de Belém (PA);

⁶ Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará;

sistema público de saúde. A vivência destacou ainda a educação terapêutica como sendo essencial na atenção primária para informar, motivar e fortalecer a pessoa e a família, cabendo aos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, a adoção de atividades educativas em grupo para evidenciarem os programas de atenção integral.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Diabetes Mellitus; Assistência de Enfermagem.

Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença de características progressivas e crônicas que requer contínua atenção e acompanhamento da equipe multiprofissional de saúde, bem como o investimento em programas eficazes e viáveis com enfoque em estratégias educativas em saúde voltadas para o diabetes, visando diminuir as complicações crônicas, estimular a aderência ao tratamento e aumentar a qualidade de vida dos usuários que convivem com a doença (GUIDONI *et al.*, 2009).

A utilização da terapia insulínica como complemento terapêutico para o bom controle metabólico, classicamente indicada para o diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1), está gradativamente sendo reconhecida como opção terapêutica para DM tipo 2 (DM2), associada aos hipoglicemiantes orais, onde sabidamente mais da metade dos casos evoluem com a necessidade do uso de insulina subcutânea (SBEM; ABRAN, 2011). Para tanto, são necessárias múltiplas doses diárias de insulina no tecido subcutâneo para atingir o controle glicêmico adequado, essencial para a prevenção das complicações agudas e crônicas dessa doença (STACCIARINI; PACE; HAAS, 2009).

Embora os instrumentos e insumos utilizados para a autoaplicação da insulina e monitoramento glicêmico diário sejam distribuídos gratuitamente por órgãos governamentais desde 2006, conforme preconizado pela Lei Federal nº 11.347, para que o tratamento com insulina seja verdadeiramente efetivo, se faz imprescindível o aprendizado pelo usuário de vários aspectos relevantes, como a importância do tratamento, técnica correta de preparo e armazenamento de insumos, administração e locais de aplicação. Nesse sentido, as atividades educativas são de grande relevância por estimular a adesão ao tratamento, que por ter como premissa uma via de administração invasiva, exigir regimes terapêuticos rígidos, necessidade de múltiplas injeções diárias e frequente monitoramento glicêmico, acaba por ser o principal motivo de abandono à terapêutica (BARROS; SOUZA, 2011).

Ademais, a educação em saúde em diabetes, por esta ser uma doença de complexo tratamento, requer que sejam adotadas abordagens inovadoras, fugindo do padrão

tradicional centrado na doença, onde os usuários acabavam se tornando meros depósitos dos conhecimentos dos profissionais de saúde. É necessário alcançar as reais necessidades desse grupo, estimular o desenvolvimento da habilidade de estes se posicionarem como protagonistas da sua própria saúde, de pensar criticamente sobre sua realidade e de tomar decisões conscientes (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009). Nesse sentido, para que as intervenções junto aos usuários com diabetes sejam verdadeiramente educativas, estas devem olhar o indivíduo como ser social, problematizando o cotidiano do mesmo e valorizando as experiências que estes trazem, assim como as diferentes realidades onde estão inseridos. Além do exposto, é essencial considerar o nível de habilidade do usuário para se ajudar, bem como o contexto familiar e comunitário, fatores esses que influenciam diretamente nas práticas de autocuidado requeridas (COSTA, 2014).

No que se refere às práticas assistenciais na atenção primária em saúde, o enfermeiro se destaca como um profissional fundamental da equipe, lançando mão das estratégias de educação em saúde, individuais e coletivas, como atividades inerentes a sua atuação. Dentre as ferramentas utilizadas privativamente pelos enfermeiros para cuidado educativo individual em saúde, além de cuidados específicos, destacamos a consulta de enfermagem, por meio da qual é possível a identificação das necessidades humanas básicas afetadas, garantindo a implementação de cuidados individualizados e uma assistência de qualidade, visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo com diabetes (COFEN, 2009).

A possibilidade de trabalho com grupos de usuários na atenção primária também é uma alternativa para as práticas assistenciais da equipe de saúde, permitindo a valorização e troca dos diversos saberes e a possibilidade de intervir criativamente no processo saúde-doença de cada pessoa, bem como auxiliar na promoção da compreensão de situações enfrentadas pelo indivíduo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Se faz imprescindível, portanto, que os profissionais da saúde discutam e aprendam como proceder o trabalho com grupos, uma vez que esta modalidade de atenção coletiva está sendo adotada com frequência como prática educativa e preventiva (MENEZES; AVELINO, 2016).

Visando o fomento de medidas interventivas na realidade dos usuários diabéticos em terapia insulínica em domicílio, o projeto de extensão intitulado “Promoção de saberes sobre a insulino terapia subcutânea aos pacientes diabéticos da UBS do Guamá”, da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX-UFPA), do qual este trabalho é fruto, apresenta como ponto central o desenvolvimento de atividades e

espaços de educação em saúde junto à comunidade, em especial os usuários diabéticos em tratamento insulínico assistidos na atenção primária em saúde, promovendo a saúde dos mesmos por agir diretamente nas lacunas que perpassam o tratamento, difundindo conhecimentos relacionados aos procedimentos básicos para a autoadministração de insulina em domicílio e importância do seguimento terapêutico. As atividades extensionistas foram planejadas levando em consideração a realidade dos usuários percebida através de escutas sensíveis, atentando às suas angústias, dúvidas e questionamentos para a formulação de intervenções através de cuidado educativo. Desse modo, o objetivo do presente estudo é descrever a experiência de acadêmicos de Enfermagem na promoção do autocuidado e prevenção de agravos de usuários diabéticos insulínico-dependentes, através da utilização de estratégias educativas em saúde em grupo e individual, visando ao controle glicêmico adequado.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiências, desenvolvido no decorrer das atividades extensionistas do projeto anteriormente citado, durante os meses de agosto de 2017 e março de 2018. O projeto, em sua primeira versão, conta com uma equipe formada por duas enfermeiras docentes e uma assistencial, além de bolsistas e voluntários dos cursos de graduação em enfermagem e nutrição.

As atividades foram direcionadas e realizadas junto aos usuários diabéticos do tipo 2 que utilizavam a insulino-terapia como terapia complementar para controle do diabetes, inseridos no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Diabéticos e Hipertensos (HIPERDIA) de uma unidade básica de saúde do município de Belém – PA, sendo contemplados, até o mês de março/2018, um quantitativo de 22 usuários. Os encontros aconteciam em salas reservadas no Laboratório de Habilidades Humanas (LHH/UFPA), anexo da Unidade de Saúde do Guamá, Belém, Pará, em caráter quinzenal, sendo os convites para os encontros realizados antecipadamente via telefone. As estratégias metodológicas utilizadas foram:

- a) **Ações de cuidado educativo em grupo**, através da abordagem de temáticas voltadas para o autocuidado em diabetes, em especial autoadministração de insulina, realizadas com o auxílio de tecnologias leve-duras em saúde; e
- b) **Consultas individuais** para educação em saúde individual dos usuários, com o enfoque em enfrentamento das principais dificuldades na aderência ao

terapia insulínica e capacitação para autoadministração da insulina subcutânea.

As experiências foram registradas por meio de observação e anotações feitas pelos acadêmicos, responsáveis pela condução dos encontros, dinâmicas, métodos educativos e de avaliação do entendimento dos indivíduos. Os dados de cunho sociodemográfico dos indivíduos foram analisados com base nas informações por eles fornecidas durante as consultas de enfermagem. Os achados evidenciados durante as atividades foram analisados de acordo com as observações, e seus principais aspectos foram destacados de forma a compará-los com os achados na literatura.

Resultados e Discussão

Estratégias de educação em saúde individual e em grupo: relato das experiências

Ações de cuidado educativo em grupo

Os grupos eram formados por 5 usuários, em média, que participavam das atividades propostas durante duas horas. Em todos os encontros, os acadêmicos de Enfermagem conduziam os processos, supervisionados por uma enfermeira responsável pelo projeto. Para iniciar as atividades durante os encontros, optou-se pela utilização de dinâmicas de acolhimento e apresentação, seguidos de uma conversa informal para o estímulo ao envolvimento e participação dos usuários durante os encontros.

O método de abordagem escolhido para atuar junto aos usuários participantes foi baseado na utilização de tecnologias leve-duras em saúde, voltadas para a promoção do autocuidado e protagonismo dos usuários no que diz respeito à sua própria saúde, oportunizando um espaço dialógico de compartilhamento de dúvidas e questionamentos sobre a autoadministração de insulina subcutânea, a troca de experiências sobre esta modalidade de tratamento e a exposição dos principais obstáculos encontrados para o tratamento insulínico. As atividades foram baseadas segundo a metodologia ativa, a qual considera como viáveis novas formas de ensino-aprendizagem e de organização curricular na perspectiva de integrar teoria-prática, ensino-serviço, as disciplinas e as diferentes profissões da área da saúde (MITRE *et al.*, 2008), além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social.

A questão preponderante para a escolha do método de abordagem aos usuários foi a possibilidade de fuga do padrão tradicional com o qual a educação em saúde é

trabalhada na atenção primária. Durante o contato com os usuários, procurou-se utilizar de uma linguagem de fácil compreensão, clara e objetiva, com palavras que faziam parte do cotidiano dos mesmos. Os acadêmicos, nesse momento, assumiram um papel de direcionadores e facilitadores das temáticas abordadas nas ações, intervindo com esclarecimentos e orientações, caso fossem necessários. Os principais direcionamentos voltaram-se para o entendimento facilitado sobre a doença, considerações a respeito da autoadministração da insulina e monitorização dos níveis glicêmicos.

Os materiais que utilizamos para a realização das ações foram inteiramente de autoria e confecção dos acadêmicos, sendo estes moldados para contemplar temáticas indispensáveis do DM e da terapêutica insulínica, dentre as quais podemos citar: O que é diabetes?; Sinais e sintomas do diabetes; Como prevenir agravos relacionados ao diabetes; Adesão ao tratamento; Insulinoterapia (técnica de administração subcutânea, principais áreas de aplicação, importância do rodízio terapêutico e descarte adequado dos insumos) e monitorização dos níveis glicêmicos. Dentre os materiais produzidos podemos citar:

- a) **Flipchart**, enfatizando conceitos a partir de palavras e imagens chaves envolvidas no tratamento, utilizado para deter a atenção dos usuários;
- b) **Boneco de pano**, evidenciando as principais áreas de possível autoadministração de insulina, de grande relevância no momento prático ofertado aos usuários (Figura 1).



Figura 1 - Boneco de pano para demonstração de áreas de aplicação de insulina subcutânea

- c) **Jogo de Mitos & Verdades** sobre a insulino terapia, com a utilização de placas-respostas, por meio do qual os usuários tinham a opção de desmistificar crenças sobre a doença e a terapêutica, bem como manifestar suas dúvidas. Representava também um momento de avaliação do método empregado (Figura 2);

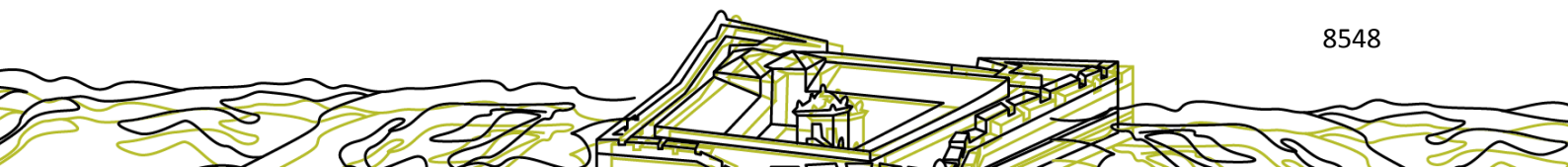




Figura 2 – Plaquinhas utilizadas no jogo Mitos & Verdades sobre a insulino terapia

- d) Cartilha desenvolvida com orientações básicas sobre diabetes e insulino terapia, evidenciando aspectos indispensáveis sobre a técnica de administração subcutânea, rodízio de aplicações e monitorização glicêmica, com espaços para anotações importantes; e insumos utilizados na autoaplicação para um momento prático.

Consultas individuais

As consultas individuais foram realizadas com usuários que iniciaram o tratamento com insulina durante a vigência do projeto e com indivíduos triados a partir das orientações feitas em grupo, aqueles em que se percebeu a necessidade de uma atenção individualizada. Cada consulta tinha duração média de uma hora, durante as quais foram aferidos sinais vitais, medidas antropométricas e glicemia capilar.

Os principais direcionamentos da consulta foram as orientações a respeito da doença, manejo da dieta e da atividade física, esclarecimentos e considerações a respeito da insulina, quais as funções que esta desempenha no organismo de maneira a proporcionar bons resultados ao controle glicêmico, complicações e reações adversas ao uso, maneira correta de administração e capacitação do usuário para a execução da técnica, importância de um sistema de rodízio de aplicação, descarte adequado do material resultante do procedimento, monitorização dos níveis glicêmicos e

estabelecimento de um suporte contínuo ao usuário, no sentido de fomentar o abandono de medos, superstições e dúvidas sobre a terapêutica em questão.

Para que fosse possível o alcance de tal abordagem, lançamos mão de uma conversa informal com os usuários, nos atendo aos conhecimentos prévios a respeito do assunto que os mesmos possuíam, moldando nossas orientações e fomentando o cuidado a partir destes. Procuramos, ao transmitir informações sobre o tratamento insulínico, levar em consideração os determinantes socioeconômicos, culturais e clínicos dos usuários, visto que estes influenciam diretamente no processo saúde-doença dos mesmos.

Dessa maneira, utilizamos uma linguagem de fácil compreensão, não embasada única e exclusivamente em termos técnico-científicos, pois sabemos que dessa forma as informações não seriam compreendidas, considerando que a maioria dos usuários possuía baixo nível de instrução, mas pelo uso de linguagem clara e objetiva, priorizando a utilização de palavras que fazem parte do cotidiano dos usuários. Além da educação em saúde individual, optamos por uma abordagem mais ampla de inserção da família no processo terapêutico para um alcance de melhores resultados, haja vista que a maioria dos indivíduos era idosos, o que muitas das vezes torna mais difícil o seguimento adequado do plano terapêutico, em especial no que diz respeito à preparação e autoaplicação da insulina, a monitorização da glicemia e a inspeção da pele e dos pés, interferindo direta ou indiretamente na adesão ao autocuidado.

O apoio familiar, nessa perspectiva, é de suma importância no estímulo e supervisão da adesão ao tratamento, visto que a família é quem passa mais tempo com o usuário. Logo, estes foram incentivados a participar das consultas médicas e de enfermagem e orientados sobre os cuidados frente às condições crônicas de saúde.

Após o momento de explanações teóricas, adotamos um cenário prático para capacitação aos usuários, proporcionando o primeiro contato com os materiais e insumos que seriam inclusos na rotina diária dos mesmos, como seringas e agulhas para administração subcutânea e o frasco de insulina, bem como demonstração da técnica de preparo, administração e monitorização da glicemia. Além disso, demonstramos a técnica de aspiração da insulina, enfatizando a dose correta em unidades internacionais em uma seringa de insulina, fator de dúvida e que pode comprometer o tratamento e por último o conhecimento das regiões anatômicas recomendadas para a administração da insulina, delimitação do tecido subcutâneo e aplicação da medicação, utilizando para isso um boneco de tecido construído para esse fim. Ao término da demonstração, os usuários tiveram a oportunidade de praticar os procedimentos e ficamos à disposição para esclarecimento de quaisquer dúvidas que porventura surgissem.

Avaliação da experiência

A vivência proporcionou, enquanto acadêmicos, maiores conhecimentos sobre realidade dos usuários insulino dependentes, em especial no que se refere às dificuldades frente à terapêutica. A ação proposta recebida de forma satisfatória pelos usuários, sendo essa receptividade percebida pela forma em que o método foi acolhido, com total interesse do público-alvo pela temática em questão, tão próxima da realidade diária dos mesmos.

Percebeu-se a participação efetiva dos usuários, compartilhando saberes, sanando dúvidas e curiosidades no decorrer da conversa, expondo suas experiências subjetivas. A possibilidade de intervir na realidade com o uso da educação em saúde representou um grande aprendizado não contemplado pelo currículo da graduação. A experiência foi também eficaz ao reafirmar a importância da assistência de enfermagem, com ênfase no autocuidado, como uma alternativa encontrada para viabilizar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e reduzir os elevados encargos à família, à sociedade e ao sistema público de saúde.

Conclusão

Percebeu-se com a vivência a essencialidade da educação terapêutica na atenção primária para informar, motivar e fortalecer a pessoa e a família, cabendo aos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, a adoção de atividades educativas em grupo para evidenciar os programas de atenção integral, sendo possível por meio destas construir alternativas, transformar comportamentos desfavoráveis à saúde e apoiar o fortalecimento de atitudes saudáveis, a fim de que seja possível uma verdadeira adesão ao tratamento insulínico, controle glicêmico e redução da incidência de possíveis complicações decorrentes do diabetes *mellitus*.

Referências

BARROS, Alexandra Ezoraide; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Autoaplicação de insulina: atitudes de um grupo de diabéticos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 5, n. 3, p. 593-603, maio 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/6764/6011>>. Acesso em: 31 de março de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 358, de 15 de



outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

COSTA, D. V. P. **Empoderamento na educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), 108 p. Programa de PósGraduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

CYRINO, Antonio Pithon; SCHRAIBER, Lilia Blima; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment*. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, Sept. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a09.pdf>. Acesso em: 1 de abril de 2018.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

GUIDONI, Camilo Molino *et al.* Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 1., jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>>. Acesso em: 31 de março de 2018.

LEI Nº 11.347 DE 27 DE SETEMBRO DE 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitorização de glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Diário Oficial da União (Brasília), 2006.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.



MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl.

2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 31 de março de 2018.

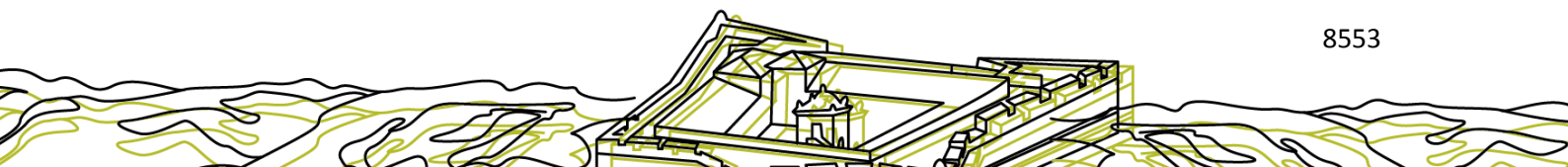
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA (ABRAN). **Diabetes Mellitus Tipo 2:**

Insulinização. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2011.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra; PACE, Ana Emilia; HAAS, Vanderlei José. Técnica de autoaplicação de insulina com seringas descartáveis entre os usuários com diabetes mellitus,

acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, jul./ago., 2009. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4027/0>>. Acesso em: 31 de março de 2018.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO AMBIENTE ACADÊMICO: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO EQUILÍBRIO EMOCIONAL / REDES DO BEM NA UFPB

Área Temática: Saúde.

Elizabeth Barreto Galvão de Sousa¹; Thiago Pelúcio Moreira²; Ayla Miranda de Oliveira¹,
Fernanda Secco de Sousa³

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Resumo

O meio acadêmico é um ambiente no qual pressões da vida moderna estão ainda mais presentes, acabando por desencadear um fenômeno conhecido como estresse ocupacional, no qual o sujeito que sofre pressões que se sobrepõem à sua capacidade de enfrentamento e reage negativamente, levando ao cansaço físico e emocional, aumentando a incidência de transtornos psíquicos. Diante de tal cenário, o Projeto de Extensão Equilíbrio emocional, autoconhecimento e práticas de bem-estar teve como objetivo oferecer uma rede de amparo aos discentes, docentes e funcionários da comunidade acadêmica da UFPB por meio de práticas integrativas e complementares, podendo ser citadas como atividades gratuitas oferecidas: Aulas de Yoga e Tai Chi Chuan, palestras e rodas de conversa mediadas por psicólogos; oficinas e cursos de autoconhecimento. Tais atividades objetivavam abordar a educação emocional e autoconhecimento, foram utilizados espaços de vivência e horários estratégicos dentro da universidade, facilitando o acesso, com intuito de aumentar a adesão às atividades oferecidas. Mediante a oferta de tais ações, houve interesse de participação significativo, entretanto, houveram dificuldades no que tange a assiduidade dos participantes e captação de profissionais para mediar as atividades. Apesar dos contratempos pôde-se enxergar paulatinamente avanços no que diz respeito à promoção de bem-estar, havendo visualização dos benefícios de cunho emocional e corporal, bem como processo de complementação na formação profissional, direcionando-a para uma perspectiva integralista. Diante do exposto, fica nítida a importância de ações como as oferecidas pelo projeto de extensão, pois promovem a transformação da realidade social a partir da disponibilização de um aporte diferenciado

¹ Universidade Federal da Paraíba, Discente do curso de Odontologia (UFPB).

² Universidade Federal da Paraíba, Docente do curso de Odontologia (UFPB).

³ Universidade do Vale do Itajaí (Univali), Psicóloga e colaboradora do projeto Redes do Bem

ao público, oferecendo condições ideais para promover saúde e introduzir a importância da formação profissional integral nos currículos acadêmicos.

Palavras-chave: Ambiente acadêmico; Estresse ocupacional; Práticas integrativas e complementares.

Introdução

É indubitável que a sociedade atual acompanha um ritmo de vida acelerado pois o mercado de trabalho e status social exigem. O meio acadêmico é um ambiente no qual essa realidade está ainda mais arraigada, visto que se insere de maneira intensa por contar com uma carga horária significativa, demanda de trabalho excessiva, extrema competitividade e constante necessidade de acompanhamento de avanços do meio científico¹, desencadeando um ciclo conhecido como estressor-resposta, no qual o sujeito que sofre pressões que se sobrepõem à sua capacidade de enfrentamento e acaba por reagir negativamente, sendo de tal maneira, compreendido como um fenômeno chamado estresse ocupacional².

De acordo com os resultados de pesquisas realizadas na Universidade Federal do Paraná (UFPR)³, Universidade Federal de Goiás (UFG)⁴, Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)⁵ e Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)⁶, evidencia-se que cada vez mais estudantes, professores e funcionários da academia passam a ter saúde e qualidade de vida afetados por estar em constante conflito⁷ com os fatores geradores de estresse que seus cotidianos impõem, como exemplos de tal fato, pode-se elencar a alta prevalência de transtornos psíquicos e físicos promovidos pelo estresse, e ansiedade, podendo citar agravos como: esgotamento mental, síndrome do pânico, ansiedade, depressão, obesidade, consumo abusivo de álcool, drogas pesadas e até mesmo suicídio, além de comprometimentos físicos como a hipertensão, gastrites, dentre outras afecções^{8,9,10}.

Corriqueiramente noticiários trazem informações sobre pessoas, que sufocadas pelo ritmo frenético de trabalho, estudos e produção científica acabam por dar fim às suas vidas¹⁰, como exemplo disso podemos comentar sobre os altos níveis de comprometimento psíquico e suicídio dentre os estudantes da área de saúde, como no caso do estudo publicado na Revista Brasileira de Educação Médica, realizado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), estudo o qual relatou o elevado índice de síndromes funcionais (que estão intimamente associadas com fatores psicossociais e

estresse) em estudantes e residentes do curso de Medicina, no qual 38,3% tiveram o diagnóstico de síndrome somática e funcional (SSF), sendo mais prevalente nos residentes (48,1%) e nos alunos do quinto ano (43%), e menor nos alunos do terceiro ano (30%), sendo índices de comprometimento psicológico bastante significativos¹¹.

Diante de tais dados, fica evidente a necessidade de intervenção, através de estratégias de enfrentamento, objetivando a promoção de saúde no ambiente universitário, de modo a colaborar para a manutenção do bem-estar biopsicossocial do participante, bem como sua atuação no processo de trabalho, de modo a ter uma visão integralista das pessoas que o cercam, corroborando para uma melhoria das suas relações interpessoais, compondo importante função na formação profissional dos envolvidos, visto que as atividades propostas visam estimular o pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelamento da realidade e proposição de ações transformadoras, dando voz ao sujeito participante, que passa a ser capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, e das pessoas que o cercam ^{12,13}.

Sabendo disso, o projeto de extensão Equilíbrio emocional, autoconhecimento e práticas de bem-estar: rede de cuidados à comunidade da UFPB optou por buscar soluções que demandassem pouca estrutura e que pudessem ser executadas através da orientação de profissionais voluntários, requerendo simplesmente o desejo de participar das atividades, tendo como aspecto facilitador o oferecimento das mesmas num local de fácil acessibilidade em horários de intervalos comuns a todos os cursos e também partindo do conhecimento da execução de atividades semelhantes em outros ambientes.

Sendo visualizado como instrumento comprovadamente efetivo para redução de fatores como o estresse e de relativa fácil execução, optou-se pela implantação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), visto que se mostrou um bom caminho para a concretização das expectativas fundantes do projeto, pois abrange práticas que venham a integrar de maneira singular dois aspectos importantíssimos da vitalidade humana: físico e mental¹⁴. Corroborando para que benefícios tais como: diminuição de estresse, alcance de bem-estar espiritual, bem como amparo ao corpo para que as atividades do cotidiano possam ser melhor executadas², de modo a tornar o ambiente universitário um local promotor de autocuidado e formação de profissionais diferenciados, cientes da importância do autocuidado e humanização dos serviços prestados¹⁴, visto que o meio acadêmico forma indivíduos competentes quanto aos saberes e técnicas científicas, mas que carecem de percepção humanista, integralista e

conscientização quanto à importância do autocuidado e gerência emocional¹², objetivando melhorias de âmbito pessoal e profissional, de modo a evitar ou pelo menos amenizar eventos que levem ao sofrimento emocional.

A respeito das práticas integrativas e complementares (PIC's), pode-se dizer que se inserem de modo bem fundamentado na medicina atual, atuando na promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada num modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo¹⁴, sendo de tamanha importância que recentemente foram inseridas como recurso no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), contemplando áreas como: homeopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, dentre outras, promovendo institucionalização de tais práticas no SUS¹⁵.

Metodologia

Busca-se, com a realização da presente comunicação oral dos componentes integrantes das ações promovidas pela extensão, fazer um relato de experiência das etapas que compuseram a criação e início das ações do projeto, bem como o planejamento das atividades, seus objetivos, execução e resultados esperados em detrimento aos resultados obtidos após sua realização.

Tomando tal cenário como ponto de partida, o Projeto de Extensão Equilíbrio emocional, autoconhecimento e práticas de bem-estar visualizou nas práticas integrativas e complementares e atividades afins com suporte de profissionais da área de psicologia, um importante apoio para a reversão do problema inicial, tendo como base de funcionamento primordial o ambiente acadêmico, local que muitas vezes é gerador do estresse.

Durante o período de um mês realizou-se o planejamento e divulgação das aulas de Yoga e Tai Chi Chuan, cursos de autoconhecimento, palestras e rodas de conversa com temática voltada à manutenção do bem-estar físico e emocional, bem como estratégias para voltadas para educação emocional, oferecidas gratuitamente e orientadas por professores capacitados, psicólogos e psicoterapeutas, bem como o atendimento psicológico aos participantes, de maneira a compor uma verdadeira rede de cuidados para a comunidade acadêmica da UFPB.

O interesse do público foi bastante considerável, como exemplo de tal fato tem-se as turmas de Yoga as quais foram ofertadas 2 turmas de 20 alunos cada, e em menos de 2 dias todas as vagas foram preenchidas, havendo a necessidade da abertura de uma lista de espera para os candidatos que demonstraram interesse ficarem à espera da desistência de algum aluno da turma.

A divulgação foi feita através da veiculação de cartazes nas redes sociais, em grupos e comunidades compostas por discentes, docentes e funcionários, além da utilização do próprio espaço da Universidade, havendo a fixação de cartazes em murais.

Deixava-se claro aos interessados que o público alvo das atividades seriam discentes, docentes e funcionários da Universidade, mas ao longo do acompanhamento o público externo também pôde ser abrangido.

Os locais escolhidos para sediar as atividades foram selecionados com objetivo de facilitar o acesso, visto que são pontos que permitem a chegada de maneira rápida para participantes que estejam em quaisquer pontos da universidade, em horários de intervalos comuns a todos os cursos, facilitando a adesão dos interessados às práticas. Além disso, optouse por executar as atividades da maneira mais simples possível, requerendo o mínimo de estrutura e materiais, sendo necessário para entrada apenas o desejo de participar das atividades.

Em relação às turmas de Yoga e Tai Chi Chuan, pode-se dizer que ambas constituíram classes de 20 alunos cada, com dois encontros semanais e dispunham de dois horários para prática, buscando auxiliar a entrada dos interessados, eram turmas acompanhadas por 4 profissionais capacitados, sendo dois professores para a Yoga e dois professores para Tai Chi Chuan, totalizando quatro turmas nessas modalidades, buscando um atendimento quase que individual aos alunos, com duração de uma hora, dispondo de todo o material necessário para as práticas, não implicando custos, cabendo salientar que eram realizadas em pelo menos três pontos da universidade (Centro de Educação, Centro de Ciências da Saúde e Departamento de Educação Física), objetivando conceder ao máximo de participantes possíveis um momento de relaxamento e profunda integração física e mental, trazendo como possíveis benefícios a redução dos níveis de estresse, ansiedade, sintomatologia depressiva, compulsão alimentar, dentre outros agravos².

Os cursos de autoconhecimento, oficinas, palestras e rodas de conversa compõem atividades que eram previamente agendadas e divulgadas para inscrição. O curso de

autoconhecimento e espiritualidade é oferecido a cada semestre, tendo duração de três meses, formando turmas de aproximadamente 35 alunos, que são acompanhadas duas vezes por semana, oferecendo uma certificação média de 30 horas, compreendendo uma atividade que objetiva apresentar aporte teórico e vivencial, transmitindo conhecimentos básicos para autoconhecimento e técnicas para desenvolvimento do equilíbrio emocional de maneira simples

(sendo uma experiência factível no cotidiano), inserção das práticas de educação emocional, além de oferecer espaço para lançamento de livros que consolidam o conhecimento teórico transmitido e visam auxiliar os indivíduos que buscam se desenvolver através dessa temática, sendo possível elucidar todo o aporte teórico através de técnicas e dinâmicas de palestrantes convidados que após trazer a composição da carga teórica, partilham de suas experiências após a vivência do autoconhecimento.

Além disso conta-se com a presença um professor que coordena e acompanha cada encontro, de modo a garantir aos alunos a abertura necessária para tirar dúvidas, fazer sugestões, pedidos, sendo importante citar o apoio prestado através do contato extraclasse, constituindo essencial amparo para planejamento de atividades futuras e eventos afins aos que são realizados durante o curso, como é o caso das oficinas e rodas de conversa realizadas dentro ou fora do ambiente do curso, havendo como exemplo de tal fato experiências como a realização de aulas ao ar livre, oferecimento de retiros nos finais de semana, de modo a desenvolver oportunidades de aprofundamento, imersão, sendo consequência da execução do próprio projeto, apesar de não fazer parte dele.

No que tange a realização das rodas de conversa, palestras e oficinas, é possível comentar que os eventos ocorriam de acordo com a disponibilidade dos profissionais convidados, sendo os mesmos psicólogos e psicoterapeutas, que assim como os professores de Yoga, Tai Chi Chuan e ministrantes dos cursos, eram voluntários, pois se identificaram com a proposta do projeto e se comprometeram a auxiliar no desenvolvimento das atividades, sendo eventos marcos e divulgados com antecedência, abertos ao público e isentos da necessidade de inscrição.

Podendo citar como algumas das atividades oferecidas, duas das palestras com temas fundamentais dentro das perspectivas das ações realizadas, intituladas: “Equilíbrio emocional em tempos difíceis: Experiência somática como ferramenta de autorregulação”, que abordava um método psicoterapêutico baseado em neurociência,

que visa através da auto-percepção corporal o indivíduo encontrar as ativações traumáticas em seu próprio corpo e, com o suporte qualificado do terapeuta, criar as condições ideais para que os mecanismos naturais de descarga energético-instintiva do corpo sejam restauradas¹⁷ e “A família como lugar de benção e maldição”, abrangendo os impactos relacionados com a influência que os valores, educação e relação familiares exercem sobre os indivíduos e como superar enredamentos familiares e entender os mitos que os constituem, objetivando tornar os participantes pessoas mais autônomas e protagonistas de suas histórias pessoais.

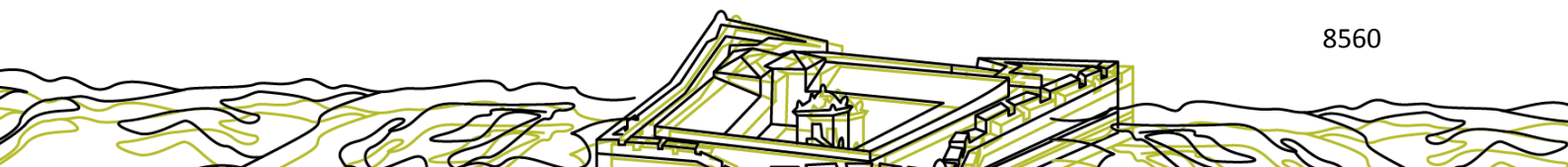
Resultados e Discussão

Nas primeiras semanas de atividades as turmas se encontravam preenchidas, entretanto, ao longo da execução das práticas foi possível notar um considerável decréscimo no número de alunos que participavam das atividades, especialmente as aulas de Yoga e Tai Chi Chuan, tendo como principal fator a rotina dos participantes, que muitas vezes se encontram cansados por enfrentar uma jornada dupla (de trabalho e estudo), dificuldade de conciliação de horários, além da vida pessoal, dentre outros aspectos, principalmente no período de provas, momento nos quais eram percebidos maior abandono.

Cabendo salientar o fato de que os alunos que frequentavam assiduamente as aulas conseguiam manter um melhor nível de progressão das atividades, pois muitas delas necessitam de acompanhamento e estudo para sua execução, tendo como principal exemplo a técnica de Tai Chi Chuan, na qual há necessidade de memorização dos movimentos a serem executados, e conseqüentemente alunos mais comprometidos com a prática conseguirão obter resultados mais rapidamente, elucidando desse modo a importância da continuidade das ações para tornar as atividades mais efetivas.

Além do empecilho quanto à assiduidade dos alunos, houve também dificuldade na captação de profissionais da área da psicologia que se dispusessem a participar da etapa de atendimento clínico aos participantes, visto que houve divulgação para que psicólogos interessados pudessem compor o quadro de profissionais voluntários do projeto, mas apesar da divulgação não surgiram interessados, não sendo possível a execução da etapa de apoio psicológico por meio de consultas.

Apesar dos desafios enfrentados durante a execução das atividades, pode-se dizer que os benefícios sobrepuseram quaisquer obstáculos, visto que as atividades



punderam atingir um público bastante significativo e diverso, sendo composto por pessoas de idades, cursos, gêneros e experiências completamente diferentes, gerando ao longo dos encontros algo que havia sido idealizado no momento de planejamento das ações, o alcance de socialização de experiências, sendo importante aspecto visto que proporcionava o suporte mútuo¹⁴.

Além disso, foi possível obter uma boa taxa de interação dos participantes, visto que os alunos que frequentavam cada etapa das ações de maneira assídua sempre que possível, presencialmente ou através das redes sociais, demonstravam o grau de satisfação, traziam opiniões e sugestões, parabenizando a iniciativa do projeto, bem como sua execução, compartilhando sobre como as suas vidas puderam ser modificadas através das alterações de hábitos e o impacto gerado por meio do autoconhecimento, educação emocional, momentos de relaxamento e integração promovidos pelas atividades, momentos que acabaram adentrar de maneira efetiva em suas realidades, trazendo como principais benefícios citados pelos participantes: sensação de tranquilidade, maior concentração e paciência, melhor compreensão de si, melhoria na qualidade de sono^{2,13,16}, dentre outros comentários, que expõem o alcance de bem-estar físico e emocional, garantindo melhoria de vida, de relações interpessoais e melhor enfrentamento diante de suas frustrações angústias e medos, administração de relacionamentos, consciência social, além de melhoria no processo de ensino-aprendizagem, levando ao equilíbrio entre razão e emoção¹³, sendo possível enxergar considerável mudança quando comparado ao cenário inicial, sendo importante comentar que tais benefícios foram perceptíveis num curto espaço de tempo, havendo também benefícios esperados a longo prazo.

Mediante a apresentação de todo o processo de implementação das práticas integrativas e complementares e estratégias afins (rodas de conversa, cursos e oficinas), é possível inferir que as práticas integrativas e complementares e ações associadas são instrumentos mais do que efetivos para promoção de bem-estar no ambiente acadêmico, visto que fora possível notar avanços significativos consonantes com o que fora proposto desde o planejamento das atividades, e que acabaram por superar as expectativas quanto ao feedback obtido durante e após o término das ações, cabendo salientar que as atividades foram tão bem aceitas que o projeto será continuado durante este ano.

Reitera-se também a importância de ações como as que foram realizadas, sendo passível de execução em outros ambientes, tendo em vista o atual cenário no qual a

saúde e qualidade de vida da comunidade acadêmica se encontra, visto que proporcionaram importante amparo, de maneira a impactar não somente os participantes, mas também todos os que estarão em contato com os mesmos, sejam familiares, amigos, clientes, pacientes, ou pessoas de qualquer outro nível de interação, sendo capaz de impactar não somente a autopercepção e promoção de autocuidado, mas também levando a promoção de saúde para um ambiente que muitas vezes é escasso de oportunidades como essa, pois há tanta preocupação com o saber e fazer científico, que os indivíduos inseridos na realidade universitária acabam por anular as suas necessidades em prol de avanços acadêmicos, repercutindo de maneira nociva para a saúde^{1,3,4,5,6}.

Trazendo como uma das perspectivas a importância de tais ações para formação de profissionais, que além da formação técnico-científica, tenham subsídios para o alcance da competência do ponto de vista emocional, de modo a estarem sensíveis a enxergar durante o processo de trabalho a importância da percepção integralista, sendo importante para todo o público e não apenas para profissionais da área da saúde^{12,16}.

Além de orientar possíveis mudanças curriculares no que tange a inserção de disciplinas voltadas à elaboração de projetos políticos pedagógicos que propiciem a reformulação do ambiente acadêmico, para que ele passe a ser um ambiente promotor de saúde e conduza ações pedagógicas mais potentes, voltada para a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida, e para a implementação de políticas públicas mais saudáveis e efetivas¹²

Conclusão/Considerações Finais

Das experiências acumuladas durante um ano de execução de atividades, foi possível apreender que cada etapa dos processos de idealização, planejamento e ação das mesmas teve fundamental importância para a consolidação das expectativas, de modo a favorecer a adaptação das atividades de acordo com a demanda dos participantes e com a realidade na qual se inserem os envolvidos, de maneira a sanar as necessidades dos participantes e abrangendoas na etapa de prospecção de ações futuras, objetivando a melhoria dos serviços oferecidos.

Diante do exposto, fica nítida a importância de ações como as oferecidas pelo projeto de extensão, pois promovem a transformação da realidade social a partir da disponibilização de um aporte diferenciado ao público, oferecendo condições ideais

para promover saúde e introduzir a importância da formação profissional integral nos currículos acadêmicos, objetivando a mudança dos mesmos, abrindo portas para realização de pesquisas voltadas para a melhoria de qualidade de vida da comunidade acadêmica, além da inserção de escuta qualificada e atendimento psicológico aos estudantes, professores e funcionários como importante ferramenta, para que passe a ser uma realidade dentro do ambiente universitário.

Apresentam-se sugestões para atividades futuras a necessidade de estabelecimento de contatos prévios com profissionais da psicologia que possam a vir integrar o quadro de voluntários das ações, bem como o planejamento de estratégias que visem garantir o maior assiduidade e permanência por parte dos participantes.

Referências

- 1- SOUZA, K.R. et al . A nova organização do trabalho na universidade pública: consequências coletivas da precarização na saúde dos docentes. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 11, p. 3667-3676, Nov. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103667&lng=en&nrm=iso>. Data de acesso: 16 de março. 2018.
- 2- LLAPA, E. O.R. et al . Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento do estresse ocupacional: uma revisão integrada. **Enferm. glob.**, Murcia , v.14, n.39, p.291-303, jul. 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300015&lng=es&nrm=iso. Data de acesso: 16 de março 2018
- 3- CONTAIFER, T.R.C. et al. Estresse em professores universitários da área de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2003 ago;24(2):215-25. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4475/2408>> Data de acesso: 16 de março 2018
- 4- LIMA, R. L. et al . Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 678-684, Dec.

2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400678&lng=en&nrm=iso>. Data de acesso: 17 de março 2018.
- 5- MASSA, L.D. B. et al. Síndrome de Burnout em professores universitários. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 2016 maio/ago.;27(2):180-9. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/104978>>. Data de acesso: 18 de março de 2018
- 6- VASCONCELOS, T.C. de et al . Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. **Revista brasileira de educação médica.**, Rio de Janeiro , v. 39, n.1, p.135-142, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de março de 2018
- 7- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estud. Psicol.** Natal. 2004; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>> Acesso em: 17 Fev 2018; 9(1): 45-52.
- 8- COOPER, C.L. Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward. In: Proceedings of the European Conference on Stress at Work. Foundation for the improvement of living and working condition; 09-10 novembro 1993; Brussels, Belgium; 1993. p. 20-3.
- 9- MORAES, L.F.R; SWAN, J.A.; COOPER, C.L. A study of occupational stress among government white-collar workers in Brazil using the occupational stress indicator. **StressMed.** 9: 91-104. 1993. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2460090206/abstract>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2018;
- 10- SANTOS, H. G. B. dos et al . Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2878, 2017

- . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100332&lng=en&nrm=iso>. Data de acesso: 18 de março de 2018.
- 11- PEREIRA, G.A.et al . Prevalência de Síndromes Funcionais em Estudantes e Residentes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 3, p. 395-400, Sept. 2015 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2018.
- 12- MELLO, A.L.S.F de; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 34, p. 683-692, Sept. 2010 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de março de 2018.
- 13- REGO, C.C. de A.B.; ROCHA, N.M .F. Avaliando a educação emocional: subsídios para um repensar da sala de aula. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 62, p. 135-152, Mar. 2009 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de março de 2018.
- 14- NASCIMENTO, M.V.N. do; OLIVEIRA, I.F. de. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 21, n. 3, p. 272-281, Sept. 2016 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000300272&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de março de 2018.
- 15- Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso**. 2ª ed. Disponível em:

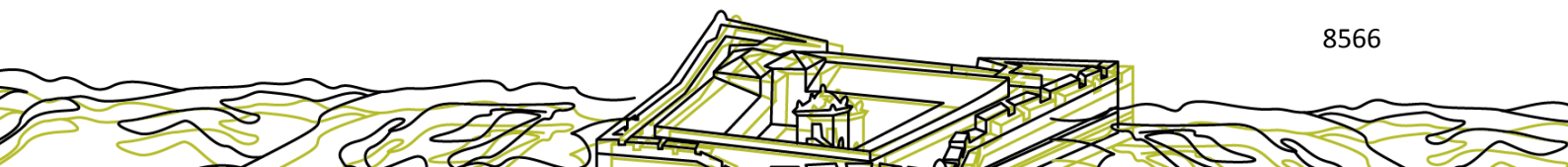


<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 02 março de 2018.

16- MACHADO, M. de F.A.S. et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso)

[81232007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso)> Data de acesso: 19 de março de 2018.

17- NAMUR, G. **Experiência somática e as doenças psicossomáticas**. Disponível em:<http://namurpsicologia.com.br/site/2018/03/01/experiencia-somatica-e-as-doencapsicossomaticas/>. Data de acesso: 27 de março de 2018



PROGRAMA DE EXTENSÃO COM FOCO NA SAÚDE DO ESCOLAR: EXPERIÊNCIA DO PROEXT-FACISA-UFRN SOB O OLHAR DO ALUNO DE NUTRIÇÃO PARTICIPANTE

Área temática: Saúde

Laedja Driely Silva de Moura¹; Thâmara Samara Oliveira Pereira²; Fábio Resende de Araújo³; Ana Paula Trussardi Fayhf³; Ricardo Andrade Bezerra⁴.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA).

Resumo

Introdução: A extensão universitária é um espaço oportuno que contribui no processo de construção, troca e partilha de saberes, permitindo ao discente a possibilidade de agregar ao seu perfil profissional uma experiência que relacione a teoria e prática do conhecimento além dos muros acadêmicos. **Objetivo:** Descrever a percepções do aluno de graduação participantes sob as ações extensionistas desenvolvidas no Programa de Extensão “Saúde e bem-estar nas escolas” desenvolvido pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA-UFRN) entre os anos de 2015-2017. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência originado a partir dos relatos das vivências dos integrantes do programa de extensão citado, as ações extensionista que ocorriam nas escolas de ensino fundamental do município de Santa Cruz- RN, com foco para promoção da saúde e alimentação saudável realizadas por Nutricionistas e acadêmicos de nutrição. Para avaliar as contribuições do projeto de extensão na vida dos discentes foi proposto uma auto-avaliação sobre os conhecimentos adquiridos com o Proext sobre sua participação no projeto. **Resultados e Discussão:** Observamos que entre as contribuições vista no decorrer do projeto destacam-se a conciliação, aperfeiçoamento entre a teoria e prática, conhecimento da realidade local por meio da comunicação e aproximação da sociedade, critérios estes importantes que condicionam o aluno a um olhar mais crítico sobre sua realidade. Além de habilidades relacionadas ao trabalho em equipe, postura pessoal, oratória e

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Mestrando do Departamento de Educação Física da UFRN.

desenvoltura em público. **Conclusão:** As ações extensionistas oportuniza uma prestação de serviços que beneficiam não somente as comunidades, mas que permitem uma ótica ampliada que incide na preparação profissional para o mercado de trabalho.

Palavras-chave: Extensão Universitária - Saúde do escolar - Acadêmicos - Formação Profissional.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Discente do Curso de Graduação em Nutrição.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), graduada em Nutrição.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Coordenador/Docente do Curso de Graduação em Nutrição.

Introdução:

A Extensão Universitária possui um papel indispensável no que se diz respeito às contribuições dentro da sociedade, sendo considerada uma ferramenta a ser aplicada pela Universidade para a efetivação do seu compromisso social, buscando proporcionar benefícios e adquirir conhecimentos para ambas as partes (RODRIGUES et al, 2013).

Segundo Oliveira e Junior (2015), a relação entre universidade e comunidade faz com que o discente tenha a oportunidade de contribuir com a sociedade, por meio da socialização e propagação de conhecimento, ocasionando no aluno um olhar mais crítico por meio do entendimento da realidade que o circunda, passando a planejar e contribuir com ações cuja finalidade consiste em minimizar ou solucionar um ou vários problemas encontrados.

Mediante a isso, Sousa (2009), relata que no meio do desenvolvimento das ações extensivas ocorre o processo de construção, troca e partilha de saberes, o que permite ao estudante a chance de relacionar entre a teoria e prática, fazendo com que o conhecimento cruze os muros das universidades, e ocorra na prática, junto à comunidade, contribuindo para formação de um ser humano crítico e tolerante as constantes interpretações cotidianas.

A saúde dos escolares é um problema presente em nosso país, uma vez que, o percentual de crianças com excesso de peso e obesidade está se tornando cada vez maior, como mostra a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE. Esse fato, é fator contribuinte para a alta prevalência de distúrbios nutricionais decorrente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, necessitando de intervenções voltadas para a saúde e bem estar deste grupo e de toda população (IBGE, 2010).

O projeto de extensão, intitulado por Saúde e bem-estar nas escolas: promovendo ações intersetoriais de Segurança Alimentar e Nutricional, estilo de vida ativo e prevenção de acidentes no município de Santa Cruz - RN, é executado pela Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/FACISA-UFRN, abrange desde escolares, merendeiros, professores e familiares, participantes da rede municipal de ensino fundamental do município de Santa Cruz-RN. Este projeto realiza uma integração com discentes do curso de enfermagem e nutrição, que participam no desenvolvimento de práticas que visem a promoção e prevenção da saúde, por meio de ações de diagnóstico do perfil nutricional dos alunos, composição dos hábitos alimentares de alunos e familiares, capacitação com manipuladores de alimentos entre outras ações que busquem fortalecer a prática de hábitos alimentares mais saudáveis e prevenção de acidentes ao público envolvidos.

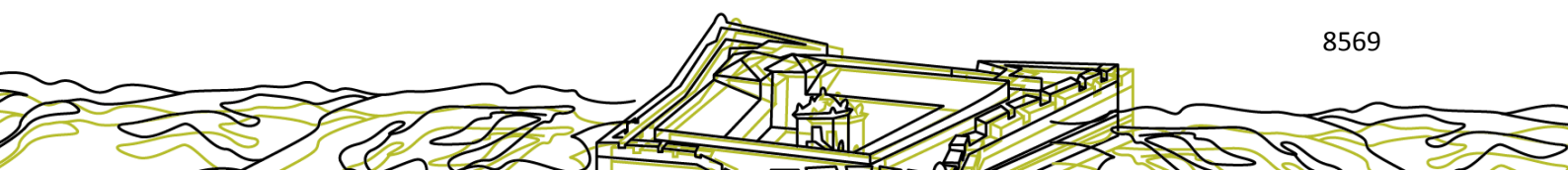
A escola é vista como ambiente propício de aprendizado e informação, tornando-se fundamental no desenvolvimento das práticas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), sendo uma ferramenta integrante do (PNAE) Programa Nacional da Alimentação Escolar (BRASIL, 2013).

Diante o exposto, viu-se a necessidade de conhecer a percepção dos acadêmicos de nutrição participantes no projeto de extensão, com a finalidade de descrever as contribuições das ações extensionistas vivenciadas no projeto proporcionaram no decorrer da formação acadêmica dos discentes.

Metodologia:

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência originado a partir das vivências dos participantes do curso de Nutrição do projeto de extensão intitulado por Saúde e bem-estar nas escolas: promovendo ações intersetoriais de Segurança Alimentar e Nutricional, estilo de vida ativo e prevenção de acidentes no município de Santa Cruz - RN, na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN), além disso este foi financiado pelo PROEXT, ao qual foi submetido e aprovado pelo Ministério da Educação -MEC.

O projeto tem por finalidade contribuir e auxiliar na implementação no município de Santa Cruz/RN do Programa Saúde na Escola, um política pública intersetorial compreendida como uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas de educação e de saúde. Desse modo, o mesmo contou com a assistência das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, viabilizando o desenvolvimento de



quatro projetos junto à comunidade escolar da rede municipal de ensino e eventos de extensão.

O projeto maior Saúde e bem-estar nas escolas foi desenvolvido e dividido em quatro projetos no decorrer dos anos 2015 a 2017, idealizados em práticas e ações integrativas que buscassem promover práticas de saúde e prevenção de agravos para a comunidade escolar municipal. A divisão aconteceu da seguinte forma:

- Projeto I: Promoção do estilo de vida saudável através de alimentação adequada e da prática de exercícios físicos em escolares de Santa Cruz, RN, onde foram realizados antropometria, avaliação do perfil socioeconômico, segurança alimentar e nutricional e consumo alimentar dos escolares e nível de atividade física.

- Projeto II: Incentivo a Qualidade na Alimentação Escolar: Capacitação em Boas Práticas de Manipulação e implantação de preparações promotoras de alimentação saudável em escolas públicas de Santa Cruz-RN. Nesta etapa do projeto buscou-se realizar a aplicação de *check-list* sanitário nas cozinhas das escolas, capacitação dos manipuladores em boas práticas e promoção a alimentação saudável, oficinas culinárias com os funcionários responsáveis pela manipulação da merenda na escolar visando dessa forma garantir uma melhor qualidade sanitária nas cozinhas das unidades escolares, além disso como forma de assegurar a segurança da qualidade do alimento ao escolar diminuindo assim os possíveis riscos de contaminações.

- Projeto III: Programa de Educação Alimentar e Nutricional para Alunos, Familiares e Professores de Escolas Públicas de Ensino Fundamental de Santa Cruz-RN, na qual foram desenvolvidas atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) por meio de dinâmicas e roda de conversa sobre alimentação saudáveis com mães e alunos da rede municipal de ensino.

- Projeto IV: Primeiros socorros e prevenção de acidentes, sendo este um projeto do curso de enfermagem, construído por meio da prevenção e capacitação de professores sob primeiros socorros dentro das escolas.

É importante relatar que essas ações permitiram o desenvolvimento de eventos importantes na FACISA-UFRN, como o I Simpósio de Saúde do Escolar, em que foram apresentados à toda comunidade escolar do município os resultados obtidos por meio do projeto I e III (já que nessas etapas foram coletadas informações que dão muita relevância ao estudo e para o município de Santa Cruz-RN, bem como a todos que fizeram parte desse projeto, então se fez necessário dar um feedback como forma de agradecimento a todos que contribuíssem para a realização de nossas atividades e

confiança) e por meio das ações do projeto II, realizamos o I Ciclo de Capacitação em Boas Práticas de Manipulação e Receitas de Saúde para Alimentação Escolar, no qual foram aplicadas oficinas com os manipuladores da merenda escolar sobre boas práticas de alimentação contando como o auxílio de degustação de receitas visando redução de sal, açúcares e gorduras na merenda escolar. Em relação ao projeto IV, não relatamos as ações ou eventos desenvolvidos pelos alunos de enfermagem, o que não indica que não foram feitas. Sendo assim, o nosso trabalho descreve apenas as avaliações que foram utilizadas pelo alunos de Nutrição, já que todos participaram das demais etapas.

A equipe participante era composta por docentes, mestrandos e discentes de graduação em saúde da UFRN, sendo estes compostos por alunos do curso de enfermagem, educação física e nutrição, totalizando aproximadamente 26 integrantes com carga horária de 100h a 300h entre alunos bolsistas e voluntários. Os discentes do curso de nutrição eram compostos por 15 alunos de períodos distintos do curso variando desde o terceiro ao nono período da graduação. Essa variação de alunos ingressados em vários períodos permitia a formação de Grupos de Trabalhos, os GTs, tendo em vista que facilitava a formação de equipes em virtude dos horários de coleta, que por meio do cronograma semanal discutidos nas reuniões.

Ao final do projeto, foi proposto como métodos para avaliar o perfil, o desenvolvimento dos acadêmicos envolvidos na atividade extensionista e a contribuição do projeto na formação profissional do indivíduo como alunado a Avaliação de Desempenho GEMEN Proext - 360 graus e a avaliação da equipe do Proext sobre sua participação no projeto, respectivamente.

A primeira, é uma avaliação que o aluno participante não deve ser avaliado, mas avaliar os alunos que compõem o seu grupo e os outros GTs. A avaliação mais conhecida por 360 graus, o aluno enumerava de 1 a 10 o desempenho dos componentes considerando os itens: Qualidade das tarefas desempenhadas; cumprimento dos prazos na entrega de tarefas e atividades; participação em reuniões; iniciativa e pro-atividade; pontualidade e assiduidade (ausência de faltas) em coletas de campo; comunicação do participante com a equipe; disponibilidade para se inserir em escalas ou de se reunir entre os GTS para elaboração de material; resolutividade nas tarefas delegadas.

E a segunda avaliação, a avaliação da equipe do Proext sobre sua participação no projeto, que por meio de um questionário semiestruturado no qual os mesmos deveriam descrever relatos dos conhecimentos adquiridos e as possíveis melhorias necessárias no projeto, como forma de sempre ajustar ou melhorar o que não estava dando certo para

atingir os prazos. Esse método, ainda permitia conhecer o esforço do aluno em sua demanda.

Dessa forma, por ser um grupo compostos muitos estudantes acadêmicos se fez necessário utilizar esse instrumento de avaliação como forma de aperfeiçoar as atividades em grupo em que se trabalha e assim, dar continuidade das atividades do projeto extensionista. O que se percebeu, que foi fundamental também para avaliar o perfil do ingressante e explorar seu conhecimento além dos muros acadêmicos.

Resultados e Discussão:

Em geral os feedbacks e percepções sobre as ações extensivas desenvolvidas no projeto Saúde e bem-estar nas escolas: promovendo ações intersetoriais de Segurança Alimentar e Nutricional, estilo de vida ativo e prevenção de acidentes no município de Santa Cruz - RN foram consideradas positivas pelos acadêmicos do curso de nutrição que compõem o grupo.

Na avaliação metodologia 360 graus, foi pensada principalmente pelos coordenadores e professores com a finalidade de conhecer sobre o olhar da equipe, o perfil dos alunos participantes, no que se refere à assiduidade, responsabilidade e empenho durante as ações do projeto, dando foco principalmente bolsistas, que assim como todos deveriam ter maior comprometimento junto ao projeto. O resultado dessa avaliação foi utilizada como um dos critérios para manutenção dos alunos bolsistas.

Foram relatados no tópicos relacionado aos “conhecimentos adquiridos no decorrer do projeto” um forte discurso sobre a conciliação entre a teoria e prática vista na academia, o conhecimento da realidade local que circunda a universidade, comunicação e aproximação da sociedade, habilidades relacionadas ao trabalho em equipe, postura pessoal, oratória e desenvoltura em público.

O discurso em relação à teoria visto em sala de aula e a aprendizagem construída pela vivência prática em campo, fazendo com que os discentes conseguissem observar a aplicabilidade dentro da população pesquisada, Mendes (2010) afirma que, a extensão universitária refere-se a um momento propício para troca de conhecimentos e saberes, onde o saber teórico construído na academia é aplicado à comunidade, o que possibilita ao aluno, avaliar as necessidades, e compreender as distintas culturas presente nessa população.

“Tive a oportunidade de vivenciar um pouco nas ações do projeto as aulas teóricas ministradas na faculdade, principalmente quando associamos as disciplinas de Avaliação Nutricional, com a realização de medidas antropométricas onde diagnosticamos o estado nutricional dos escolares, na disciplina de Vigilância e controle sanitário de alimentos com a aplicação de checklist nas cozinhas das escolas

[...] e também na disciplina de Educação Alimentar e Nutricional [...] (Discente, 10)”

Neste contexto o estudante afirma o quanto as ações extensionistas são fundamentais para o aprimoramento das disciplinas teóricas, contribuindo para uma maior experiência no decorrer de sua prática, sendo esta mais segura e fundamentada no decorrer de sua formação, compreendendo que a aplicabilidade das disciplinas está totalmente articulado com a sociedade em que estão inseridos. Desse modo, a extensão é vista como ponte de componente curricular e os conteúdos que são ministrados são praticados durante a execução da ação.

No que se refere ao conhecimento da realidade em que a sociedade e universidade estão inseridas, os discentes relataram pontos relevantes, uma vez que muitos não conheciam o meio no qual estavam inseridos, e desse modo, durante a construção das ações de extensão dos projetos divididos lhe foram permitido essa visão extensionista ampliada diante do contexto que estão ingressados. Estas ações visavam conscientizar sobre práticas alimentares mais saudáveis, contribuindo ou amenizar o atual problemática sobre sobrepeso e obesidade nas entre escolares.

De acordo com Crisostimo (2017), é por meio de atividades de extensão que os alunos exercem a sua cidadania socializando o conhecimento com a comunidade, usufruindo dos benefícios por meio de orientações e apoio prestados, provenientes das mais diversas áreas do conhecimento, contribuindo para criação de vínculo forte decorrente do convívio aluno e sociedade por meio das ações extensionista fora dos muros da universidade.

De acordo com Mendonça e Silva (2002), uma das principais atribuições sociais da Universidade consiste em colaborar na busca por resoluções dos dificuldades sociais da população, na construção e formulação de políticas públicas participativas e emancipadoras. Desse modo, extensão pode ser considerada como uma questão essencial na formação dos discentes, assim como na qualificação de professores e no intercâmbio com a sociedade, implicando em relações multi, inter ou transdisciplinares

e interprofissionais. Nesse contexto a qualidade e o sucesso dos futuros profissionais vindo das universidades, terão forte relação com o desenvolvimento e harmonia entre essas três áreas da Universidade.

Segundo Serrano (2013), a extensão universitária é vista como uma interface entre o saber produzido dentro dos muros acadêmicos com a cultura local junto com a universitária. Além disso, ela é capaz de transformar a sociedade, tendo em vista que transforma a si mesma e os que estão envolvidos. Na prática do projeto, os acadêmicos conseguem vivenciar essa realidade, juntando o que foi visto dentro dos muros acadêmicos, e dessa forma isso permite um crescimento destes ao buscar a resolutividade quando se trabalha em comunidade. A extensão universitária permite ao outro vê além, e principalmente auxilia na construção de estratégias para trabalhar o conteúdo aplicado dentro e fora dos muros acadêmicos.

Outro ponto positivo da extensão universitária, neste caso Saúde e bem-estar nas escolas em particular, foi visto que algumas ações extensionistas desenvolvidas contribuem aos alunos que estavam inseridos nos estágios obrigatórios curriculares. Essas atividades permitiam a estes alunos um conhecimento prévio ao chegar nos campos de estágios e dessa forma compreendiam a grandiosidade que um projeto de extensão lhe proporciona. E dessa forma, sentiam se mais capacitados ao ser avaliados. Além disso, esse projeto de extensão rendeu frutos nesse intervalo de tempo, os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs), estes trabalhos desenvolvidos ao longo desses anos, o que implica na dedicação dos alunos envolvidos por essa temática e a responsabilidade em dedicar a ações extensionista como essa.

Entre os TCCs desenvolvidos tiveram uma totalidade de 8 projetos, que buscaram trabalhar ambas temáticas que envolvia o projeto maior Saúde e bem-estar nas escolas. Entre os temas de TCCs, observamos a quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Temas de trabalho de conclusão de curso desenvolvidos com programa.

Título	Ano
Qualidade higiênico-sanitária na alimentação escolar: capacitação em boas práticas de manipulação nas escolas da rede municipal de Santa Cruz-RN.	2015
Perfil de segurança alimentar e nutricional em beneficiários do Programa Bolsa Família em Santa Cruz - RN: análise dos determinantes socioeconômicos.	2015

Prevalência de pressão arterial elevada em escolares da rede pública no município de Santa Cruz, RN	2016
Fatores socioeconômicos de influência no consumo alimentar de escolares da rede pública do Município de Santa Cruz /Rio Grande do Norte.	
Implicação do Estado Nutricional no Desempenho Cognitivo em Escolares da Cidade de Santa Cruz- RN.	
Análise da Repercussão do Consumo de Grupos Alimentares no Estado Nutricional dos Escolares no Município de Santa Cruz-RN: um Estudo Longitudinal.	2016
Estado nutricional, consumo alimentar e atividade física de escolares do interior do	2016

Rio Grande do Norte.

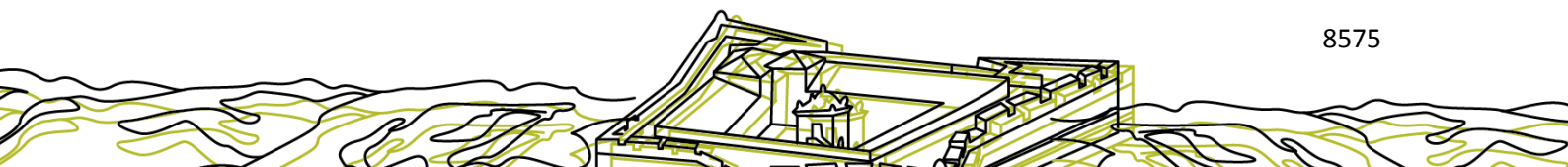
Associações entre consumo alimentar e condição sócio-econômica de escolares residentes na cidade de Santa Cruz, RN

Fonte: Autoria própria, 2018

Nesse sentido, vê uma ligação da extensão com a pesquisa, tendo em vista que por meio de ações extensionistas permitiu a construção de outros trabalhos a campo, como os TCCs citados na quadro 1. Dessa forma, segundo Puhl e Dresch (2016), a indissociabilidade entre ensino-pesquisaextensão permite uma nova metodologia pedagógica seja na reprodução, produção ou transferência de conhecimentos, o que de certa forma prevalece a interdisciplinaridade. Além disso, é possível perceber que há uma superação da dicotomia entre teoria e prática, empírico e razão, sujeito e objeto.

O trecho abaixo, mostra o relato de uma integrante trazendo em seus versos o reconhecimento em fazer parte de um projeto tão rico em critérios nutricionais, que só contribuiu na sua formação acadêmica e pessoal.

“Esse contato inicial, foi tão rico que facilitou a minha linha de pesquisa, pelo contato que já vinha sendo treinado. No decorrer do tempo, a idas a campo com o grupo, este composto por acadêmicos de vários períodos do curso de Nutrição e docentes, tornou-se predominantes e conhecer a população de Santa Cruz, em especial os escolares tornou se tão familiar [...] Do abraço ao riso, da necessidade à respostas do questionário respondidas, das medidas antropométricas ao sigilo,



dos dados coletados as dificuldades constantes, feriados e atrasos nas coletas isso se fez presente, e pesquisa em meu percurso acadêmico”.

“Dessa forma, ao ingressar no ano de 2015 aquela visão de fazer parte de um projeto de Nutrição e preencher horas extras à experiências foi sendo lapidada e crescendo um sentimento de fazer pesquisa cada vez mais...” (Discente, 03)

As ações extensionistas contribuí satisfatoriamente na vida do aluno, que por meio das atividades de intervenção, passam a ter um olhar mais crítico da população que o rodeia e assim auxilia na construção do profissional em formação. Segundo Ottaviano e Rovati (2017), é por meio da extensão que os alunos e professores podem auxiliar de modo a executar e concretizar processos, tendo em vista as problemáticas presente na sociedade de modo a colaborar continuamente da universidade para população como um todo. Tendo em vista a dimensão do grupo de trabalho, a convivência em equipe, ou melhor o trabalho interpessoal também foi uma dos principais destaques em relação aos conhecimentos adquirido no decorrer desse projeto extensivo. A necessidade em se trabalhar em equipe, demonstrou nos alunos a importância da responsabilidade, o saber ouvir, a ter mais compreensão sobre as limitações do próximo e no desenvolvimento do espírito de liderança.

“... Saber ouvir e compreender o que o outro tem a dizer é muito importante quando se trabalha em grupo” (Discente, 08).

“As atividades de intervenção eram bem produtivas [...] nas intervenções sobre educação Alimentar e nutricional sempre ajudávamos uns aos outros caso necessitasse

[...] sempre fico nervoso (a)” (Discente, 02)

De acordo com Albuquerque (2012), quando estamos dispostos a compreender a individualidade do outro e a aceitar as pessoas, passamos a nos tornar mais flexíveis e observadores, o que facilita o convívio, o aprendizado, e a capacidade de desenvolver-se, descobrindo valores a partir de fraquezas de outros, sendo este uma das características fundamentais quando se trabalha em grupos.

Quanto ao tópico “melhorias sugeridas” foram destacadas opiniões como: necessidade de maior comprometimento dos participantes, divisões de tarefas igualitárias, planejamento com antecedência das atividades desenvolvidas, necessidade de melhoria da comunicação entre os participantes, desenvolvimento de responsabilidade e reconhecimento. Desse modo, observamos que o trabalho em grupo apresentava algumas limitações que de modo geral, pode a vir comprometer o desenvolvimento do grupo, mas que também são um importante para o melhor direcionamento de condutas e ações dentro do projeto.

Segundo Oliveira (2012), faz-se necessário que o trabalho em grupo haja uma comunicação clara sobre os problemas que necessitam ser resolvidos, pois quando os membros da equipe estão apresentando dificuldades em realizar tarefas, colabora para o comprometimento das ações, prejudicando todo envolvimento do grupo. Este fato é distinto quando trabalhamos unidos, onde conseguimos ajudar o próximo fazendo com que todos alcancem as metas traçadas com êxito.

De fato, esta avaliação foi importante para que os docentes e coordenadores do projeto, por meio dessas informações pudessem ter um olhar crítico sobre a necessidade de mudança, e assim se posicionar-se por meio de feedbacks aos integrantes, sendo este conforme Tang e Harrison (2011), um elemento base na avaliação formativa, com a finalidade de analisar a desenvoltura do aluno para melhorar e potencializar o processo de aprendizagem, proporcionando ao aluno informações necessárias para auxiliá-los a atingir o resultado esperado.

Com isso, notou-se que atividades extensionistas tem suas dificuldades e dessa forma, é preciso criar sempre estratégias para diminuir os entraves que venham se instalar, treinando assim uma boa convivência de todos os envolvidos e buscando assim empenhar da melhor forma para a realização de atividades em campo.

Conclusão /Considerações finais:

A extensão universitária é um processo educativo e científico, ao realizar extensão estamos gerando conhecimento, mas não um conhecimento qualquer, e sim aquele que viabiliza a relação transformadora entre a sociedade e o mundo acadêmico. Dessa maneira, este projeto de extensão oportuniza aos acadêmicos prestarem serviços que beneficiam não somente as comunidades, mas que promove uma reflexão sobre os problemas sociais existentes e que auxiliam na preparação profissional para o mercado de trabalho.

Assim, as trocas de experiências entre os acadêmicos e a comunidade propiciam a melhor compreensão da realidade quando envolvidos em projetos como este, mesmo com suas dificuldades específicas, tendo em vista que ao fazer extensão, uma das funções sociais da universidade, se promove o desenvolvimento social, no qual é considerado os saberes e tradições populares, que garantem valores democráticos de igualdade de direitos, respeitando o sujeito envolvido, ou seja, se compreende o outro em seu contexto histórico, cultural. Desse modo, a extensão universitária trata-se de um valioso incentivo que se faz necessário à formação superior no Brasil.

Referências:

ALBUQUERQUE, J. **A arte de lidar com pessoas: a inteligência interpessoal aplicada.** 2ª ed. São Paulo: Planeta, 2012.

CRISOSTIMO, A. L.; SILVEIRA, R. M. C. F. **A extensão universitária e a produção do conhecimento caminhos e intencionalidades.** Guarapuava: Ed. da Unicentro, 2017. Disponível em http://anpur.org.br/public/publicacoes/livros/para_alem_da_sala_de_aula.pdf Acesso em 19 Mar.2018.

D'OTTAVIANO, C.; ROVATI, J. **Para Além da Sala de Aula. Extensão Universitária e Planejamento Urbano e Regional.** Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo e Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, 1º ed. São Paulo, 2017. Disponível em <http://anpur.org.br/public/publicacoes/livros/para_alem_da_sala_de_aula.pdf> Acesso em 19 Mar. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MENDES, A.M.B. **Extensão universitária: entenda e estenda a importância dessa ideia.**

Anais da X Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão; 2010. Out 18-22. Recife, PE. Recife: UFPE; 2010.

OLIVEIRA, F. L.B.; JUNIOR, J. J. A. Extensão universitária: contribuições na formação de discentes de Enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, n.17 v.1, p. 19-24, jan-mar, 2015.

OLIVEIRA, N. F. **Avaliação de Desempenho nas organizações**. Monografia (especialista em Pedagogia Empresarial) Universidade Candido Mendes, Pós-graduação Lato Sensu, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k221266.pdf > Acesso em 31 Mar 2018.

PUHL, M. J.; DRESCH, O.I. O princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e o conhecimento. **Revista Di@logus** n.1 v.5, 2016.

RODRIGUES, A. L. L.; PRATA, M. S.; BATALHA, T. B. S.; COSTA, C. L. N. A.; NETO, I. F.

P. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais**. Aracaju; v. 1, n.16; p. 141-148, mar. 2013. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>> Acesso em 17 mar. 2018.

SERRANO, R. M. S. M. **Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire**. 2013.

SILVA, O. D. **O que é extensão universitária?** Disponível em <http://www.ecientificocultural.com/ECC3/oberdan9.htm> Acesso em 17 mar. 2018.

SOUZA, R.S.R. **Universidade e direitos humanos: práticas desenvolvidas na PUC**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pró-Reitoria de Extensão. Núcleo de Direitos Humanos. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2009. Disponível em <

http://www.dhnet.org.br/dados/livros/edh/a_pdf/livro_univ_mg_dh.pdf#page=11> Acesso em 17 Mar. 2018

TANG, J.; HARRISON, C. **Investigando as percepções dos professores universitários quanto ao feedback da avaliação: três tipos de crenças do tutor**. Avaliação e Avaliação no Ensino Superior, Londres, Routledge, CrossRef n 36, v.5, p. 583-604, 2011.



PRÁTICA DE PRIMEIROS SOCORROS NO AMBIENTE ESCOLAR: CONHECIMENTO ALÉM DOS MUROS UNIVERSITÁRIOS

Área Temática: Saúde.

Naryllenne Maciel de Araújo¹; Ian Rodrigo Nascimento e Silva²; Anne Marília de Aquino Laurentino³; Matheus de Lima Fernandes⁴; Daniele Vieira Dantas³; Rodrigo Assis Neves Dantas⁴

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Resumo

Introdução - O ensino de primeiros socorros consiste em propagar conhecimentos acerca de condutas de reconhecimentos e boas práticas em situações de urgência e emergência. Ajudando vítimas no que concerne a diminuir traumas futuras e garantir a sobrevivência até a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Seu ensino para a população leiga é extremamente importante, principalmente, para o público que está inserido no ambiente escolar. Este é o cenário propício para acidentes e deve contar com pessoal capacitado. Objetivo - descrever a experiência de graduandos de enfermagem durante o projeto de extensão universitária, analisando os benefícios para a comunidade e para a consolidação do conhecimentos dos discentes. Metodologia - estudo descritivo, do tipo relato de experiência dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) sobre o projeto de ensino de primeiros socorros para leigos, no qual o público alvo foram crianças/adolescentes em idade escolar, professores e responsáveis. Resultados - Foram alcançados uma capacitação para o público de 35 pessoas, sendo ministradas aulas de situações de urgência e emergências. O projeto trouxe para os discentes um melhora na consolidação do conhecimento, uma vez que eles eram os facilitadores entre o assunto

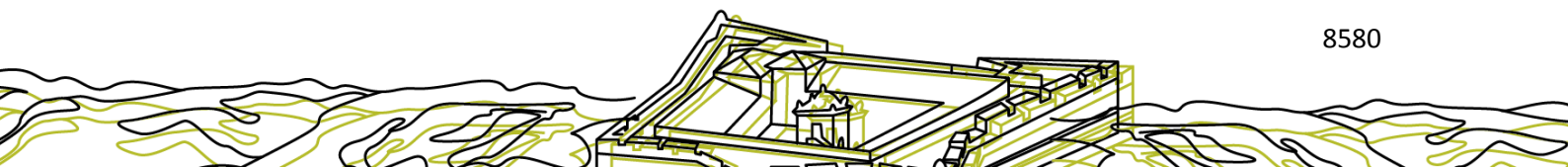
¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN).

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem

(UFRN). ³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN). ⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Graduação em Enfermagem (UFRN).

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem (UFRN).

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Enfermeiro, Docente do Departamento de Enfermagem (UFRN).



e o público. Utilizando metodologias ativas e simulações práticas, houve troca de conhecimentos e imersão do conteúdo na realidade social da comunidade. Isso traz benefícios não só para a comunidade, mas aos discentes, os quais estão consolidando o conhecimento visto em sala de aula e levando seus resultados para além dos muros da universidade. Conclusões - é nítido a importância do projeto de extensão universitária com foco na propagação do ensino de primeiros socorros para a população, adequando-se a realidade social da comunidade na qual será realizado. Tornou a população apta para atuar em situações de urgência.

Palavras-chave: Primeiro socorros; Educação em Saúde; Educação baseada em evidências.

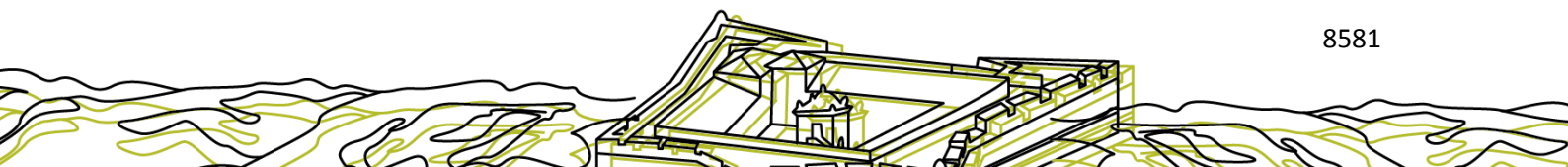
Introdução

Primeiros socorros são definidos como condutas iniciais de assistência prestadas a pessoas que estão em risco de vida, no qual qualquer pessoa, independente da área de atuação, pode realizar (NETO et al, 2017). Assim, profissionais de saúde e leigos podem estar aptos a prestar serviços nesse contexto.

Ademais, a prestação de primeiros socorros deve seguir condutas eficazes e o fator tempo é primordial para o sucesso da assistência, podendo significar a diferença entre vida e morte, evitando que ocorra mais agravamentos ou que a vítima piore com o passar do tempo. Assim, a realização imediata da assistência no local do ocorrido faz com que a taxa de sucesso da recuperação da pessoa seja maior e a equipe consiga melhor prognóstico (SOUZA et al., 2013).

Levando em conta a estatística de morbimortalidade dos acidentes na sociedade brasileira, e a falta de ensino eficaz para o público leigo em geral, é essencial o ensino de primeiros socorros a essa população. Com a proposta de reduzir os índices de morte por acidentes e assegurar um atendimento menos intempestivo e inadequado (PEREIRA et al., 2015). A ampliação do conhecimento acerca de primeiros socorros tem de ser difundida para o público leigo em geral. As crianças, adolescentes e professores são público alvo, uma vez que a escola é uma das instituições de difusão de ensino.

Segundo o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira era de aproximadamente 190 milhões de pessoas, destas são cerca de 15 milhões de crianças com idade de 5 a 9 anos e 17 milhões com idade de 10 a 14 anos, ou seja, a população entre 5 e 14 anos chegou perto dos 32 milhões de crianças. Entre as crianças de 7 a 14 anos de idade, quase 97% das crianças dessa faixa etária estão na escola (IBGE, Censo Demográfico 2010).



A escola é um local amplo com diversas interações de crianças e adolescentes em desenvolvimento, sendo propício para ocorrer imprevistos e acidentes. Maia et. al. (2012) conceitua que acidente é um episódio não intencional que pode causar lesões, sendo possível ser evitado em qualquer âmbito, seja em ambiente do convívio social, como também o escolar, configurando agravos à saúde. Alguns acidentes na infância se tornam problemas educacionais e de saúde pública porque podem deixar sequelas em crianças e adolescentes, sejam elas físicas ou emocionais, podendo acarretar prejuízos para a vida adulta. Em vista disso, torna-se evidente a importância de projetos que visem trabalhar as técnicas de primeiros socorros nos espaços educacionais; e os educadores devem buscar métodos através dos quais as crianças possam aprender de forma simples e divertida, saindo da rotina dos conteúdos teóricos, participando de brincadeiras e simulações que lhes possibilitem conhecer as primeiras noções de prevenção de acidentes e primeiros socorros, e conseqüentemente saber o que fazer em situações emergenciais (COELHO, 2015; SANTOS, 2016).

Dentro desse contexto das escolas como espaço para promoção à saúde, é preocupante que os profissionais e pessoas inseridas neste local não sejam capacitadas para atuar frente uma situação de emergência, gerando risco para o estado vital do escolar ou de qualquer pessoa dentro da instituição (SILVA et al, 2017). Fazendo necessário o ensino de primeiros socorros para o escolar e para os profissionais que trabalham com este público.

Estudo realizado na Índia avaliou o conhecimento de professores acerca de primeiros socorros, constatou-se que 13% tem baixo nível de conhecimento e 87% apresenta nível moderado, concluindo que inexistente o preparo adequado de professores acerca dos cuidados de primeiros socorros (JOSEPH et al., 2015). Na África, resultados semelhantes foram encontrados onde demonstrou-se despreparo dos professores locais. Entretanto, um estudo na China no qual avaliou o conhecimento do corpo docente realizado seis meses, nove meses e quatro anos após o treinamento de primeiros socorros, identificou que apesar da diminuição das informações corroborou para a ideia de que a intervenção educativa contribuiu de maneira eficaz para a absorção do conhecimento em curto e longo prazo (LI et. al., 2014).

Nesse sentido, manifestou-se o interesse em realizar uma estratégia de educação em saúde voltada para os primeiros socorros na escola não apenas para crianças, adolescentes e seus responsáveis, mas, também para professores. Segundo Silva et al (2017), na grade curricular dos cursos de licenciatura, com poucas exceções, não se faz presente uma disciplina que ensine procedimentos básicos de primeiros socorros;

consequentemente, os professores não sabem como agir em situações que comprometam a saúde da criança, gerando risco para o estado vital do escolar.

A educação em saúde, como parte da extensão universitária, torna-se um instrumento de troca de saberes entre a população e os acadêmicos e profissionais da área da saúde. Esse instrumento objetiva buscar a autonomia do indivíduo como transformador de sua realidade, independente do meio social em que vive. No entanto, trata-se de um processo difícil, visto que os problemas de saúde são complexos, abrangendo o ser biológico e os seus contextos sociais (PEREIRA et al., 2015).

Atrelado a educação em saúde como foco de projeto de extensão, tem-se o Programa Saúde na Escola (PSE), da portaria nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, criado com o intuito de integrar alunos da rede pública de ensino com ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. No qual a enfermagem ganha espaço na promoção da educação em saúde para o público em idade escolar (SANTOS, 2016).

A enfermagem ganha vez na abordagem da educação em saúde frente o PSE, e no que diz respeito aos temas de urgência e emergência, o enfermeiros e graduandos de enfermagem devem estar aptos para o ensino do tema a população.

O enfermeiro atuante no atendimento às urgências tem suas competências voltadas diretamente à assistência do usuário, por meio da execução de procedimentos, mas também é responsável pela realização de orientações em todos os níveis do serviço. Não há como dissociar a necessidade em atuar na educação em saúde da comunidade na qual está inserido, visto que esta é uma das atribuições básicas da profissão (MOTA, 2013, p. 17).

Assim, projetos de extensão universitárias são uma forma eficaz e prática de abordar a educação em saúde na comunidade pelos alunos da graduação dos cursos da área da saúde, com foco no curso de Enfermagem. Uma vez que o enfermeiro tem a função de orientar e promover saúde na comunidade que está inserido (MOTA, 2013; SANTOS, 2016).

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de graduandos de enfermagem durante o projeto de extensão universitária para ensino de primeiros socorros a leigos. E analisar os benefícios que o projeto proporcionou para a comunidade e para a consolidação do conhecimentos dos discentes.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo de relato de experiência, realizado no primeiro semestre do ano de 2017. O público-alvo foi composto de crianças, adolescentes, professores e responsáveis legais vinculados à instituição de ensino “Vôlei Clube”, na cidade de Natal/RN. No total, foram 35 participantes, dentre crianças, adolescentes, professores e responsáveis legais. O curso foi ministrado por 12 discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a supervisão direta de dois docentes doutores e coordenadores do projeto de extensão em questão.

Este projeto aconteceu após requerimento dos responsáveis pela instituição de ensino, com a justificativa de que necessitavam de uma capacitação em primeiros socorros para instruir os professores e alunos dentre as diversas situações de urgência e emergência que podem ocorrer em um ambiente de ensino.

Após essa solicitação, elaborou-se o projeto de extensão e cadastrou-se o mesmo para avaliação das instâncias responsáveis pela análise e aprovação da UFRN. Com a aprovação, a secretaria do Vôlei Clube iniciou as inscrições dos participantes.

A seleção dos alunos foi feita pela direção da escola, através da preferência para os alunos que apresentam melhores avaliações nos itens de assiduidade, pontualidade, notas nas atividades escolares. Sendo convidados a participar, os responsáveis e os professores que tinham interesse em aprender sobre o assunto.

Os encontros foram realizados quinzenalmente, O curso ocorreu em seis sextas-feiras, no horário das 14 às 18 horas, entre os meses de abril e junho/2017, perfazendo uma carga horária total de 36 horas para cada participante.

Realizou-se várias atividades como aulas teóricas e práticas, oficinas, simulações realísticas, aprendizado baseado em equipes e problematizações. Abordando de maneira lúdica com ênfase em metodologias ativas do processo de ensino-aprendizagem e metodologias da problematização. Além de materiais confeccionados pelos discentes para as simulações práticas, além da utilização de bonecos para prática de Suporte Básico de Vida com simulação da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Todos os materiais são pertencentes ao grupo de pesquisa NEPET/UFRN.

A análise do projeto foi feita durante todo o período de aulas, no qual avaliamos o desenvolvimentos das habilidades dos alunos durante as simulações e nos questionamentos acerca do assunto.

Este relato baseou-se na experiência vivenciada pelos autores que atuam na área de urgência e emergência, desenvolvendo seus estudos dentro do Grupo de Pesquisa: Núcleo de

Estudos e Pesquisas em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (NEPET), vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFRN e certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Além de dialogar com outras fontes de informações, como livros, manuais e artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

É importante mencionar que não foram utilizados dados dos participantes deste projeto, nem realizados entrevistas, além disso, nenhum dado que permita identificar participantes ou profissionais envolvidos foi incluído neste artigo.

Resultados e Discussão

Ao final do trabalho, foi alcançado um público total de 34 pessoas, entre crianças, adolescentes, professores e responsáveis, como visto no Quadro 1. **Quadro**

1. Quantidade de participantes

Participantes	Quantidade (Nº - %)
Crianças e adolescentes	21 - 61%
Responsáveis	12 - 34%
Professores	2 - 5%
Total	35 - 100%

FONTE: Elaboração dos autores, 2018.

Mota (2013), relaciona à saúde com a educação, mostrando como a participação da sociedade civil na educação em saúde pode modificar a qualidade de vida desses

cidadãos. Usando como meio propagador a escola, instituição promotora da saúde segundo conceito apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reafirmado no PSE (SANTOS, 2016). Nesse projeto, o envolvimento dos discentes do curso de Enfermagem foi satisfatório, com a inclusão de 12 alunos na função de facilitadores da transmissão desse conhecimento. Essas pessoas realizaram tarefas de preparação de planos de aulas a partir de metodologias ativas, com elaboração das aulas expositivas através da apresentação por *slides*, pesquisa de materiais atualizados sobre o assunto, preparação de material para simulações, coordenação do projeto e confecção do cronograma.

A principal preocupação era o repasse de informações com a linguagem adequada, que possibilitasse a capacitação do público alvo para a situações de urgência e emergência. Além disso, a explanação de quais são os serviços que poderiam prestar assistência e como acioná-los, e o reconhecimento rápido de sinais e sintomas de risco de vida.

Como retrata Rodrigues et al (2013), a extensão universitária objetiva a mudança social, sendo um progresso da academia para a comunidade, na qual os acadêmicos saem dos muros da sala de aula para aplicar e propagar aquilo que lhes foi ensinado, aproximando duas realidades com troca de conhecimentos e realidades.

A adequação do conteúdo para a realidade que está sendo abordada e a adaptação da linguagem as pessoas da comunidade é um foco importante. Uma vez que a extensão universitária tem como propósito uma passagem de conhecimento entre os universitários e aqueles que estão dispostos a aprender (RODRIGUES et al, 2017).

Nesse sentido, foi pensado quais seriam as melhores abordagens e quais temas seriam mais relevantes, os discentes foram guiados pela pergunta: “Quais assuntos dentro do âmbito de primeiros socorros, são indispensáveis para um leigo saber e poder intervir?”. À vista disso, foi elaborado o cronograma com assuntos pontuais e mais importantes. Para melhor explanação do conteúdo programático abordado ao longo da extensão, foi elaborado o Quadro 2.

Quadro 2. Lista de conteúdos abordados durante os encontros do projeto.

Conteúdos ministrados
Conhecendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
Emergências clínicas (vertigens, desmaios, convulsões e hipoglicemia).
Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos (OVACE).

Prevenção de acidentes domésticos.
Ferimentos (técnica de imobilização de extremidades).
Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).
Queimaduras.
Choques elétricos.
Suporte Básico de Vida (SBV) – teoria e prática de ressuscitação cardiopulmonar.

FONTE: Elaboração dos autores, 2018.

Tal lista com os conteúdos, tomou como base o Protocolo de Suporte Básico de Vida feito pelo Ministério da Saúde, de modo a abordar os principais assuntos dentro do suporte a situações de urgência e emergência. Trazendo os conceitos, possíveis causas, quais os sinais e sintomas para reconhecimento e quais as condutas que o leigo pode realizar que ajudam na situação até que o SAMU possa atender a vítima (BRASIL, 2014; SILVA et al, 2017).

Inicialmente, optou-se por começar a extensão explanando sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma vez que este serviço é o responsável pela ligação da rede de assistência às urgências aos serviços de saúde. Como o estudo de Mota (2013) retrata, é necessário desenvolver o processo educativo de informações na escola, um local privilegiado para formação de transformadores e multiplicadores da importância do SAMU no cenário atual.

Trabalhos como Mesquita (2017) e Silva et al (2017), trazem as mesmas organizações de conteúdos ministrados dentro da dinâmica de propagar ensino de primeiros socorros para leigos, enfatizando o fato da troca de informações entre os discentes e o público, dando-lhes a função de futuros propagadores de práticas corretas dentro dos contexto de urgências na comunidade.

As metodologias empregadas foram elaboradas com o cuidado de serem ofertadas com tecnologias que facilitam o entendimento e visualizadas em simulações e práticas realizadas após cada explanação teórica. De modo a tornar o aprendizado mais divertido e menos enquadrado um modelo formal de transmissão, aprimorando o desenvolvimento de senso crítico e criatividade no público em idade escolar (COELHO et al, 2015; MESQUITA et al, 2017).

Em relação às práticas, duas aulas tiveram mais elaboração de materiais: Trauma de extremidades e SBV. A primeira é justificada pelo fato de quedas ser o principal acidente dentro no ambiente escolar, uma vez que a criança e adolescente passam quase um terço do dia dentro desse ambiente e o mesmo não oferece estrutura física que impeça a ocorrência desses acidentes. O segundo assunto é visado por ser uma situação de emergência que pode ocorrer em qualquer ambiente, seja dentro ou fora da escola, e é necessário a difusão do conhecimento do protocolo para a população. (SILVA et al, 2017; BRASIL, 2014).

Indiscutivelmente, um dos locais onde situações de urgência e emergência são propensas a ocorrer é a escola. Nesta, há a possibilidade de agravos de caráter emergencial acometer os alunos, e os professores muitas vezes irão estar presentes tendo a necessidade de agir perante tal situação. Entretanto, devido à formação voltada para a educação, os professores possuem insegurança e despreparo para prestar os primeiros socorros (GALINDO NETO et al, 2017; SILVA et al, 2017). A intervenção de ensino de primeiros socorros a escolares, professores e responsáveis vem se tornado mais comum, assim como Silva et al (2017) demonstrou. Sendo um indício de que a enfermagem vem se apropriando da educação em saúde sobre os cuidados de primeiros socorros ao ambiente escolar, um ambiente e população ainda negligenciada acerca dessa temática.

A proposta de realizar novas práticas e simulações com base nos conteúdos de emergências, fez com que os alunos necessitassem de uma detenção maior de conhecimento sobre o assunto, procurando aprofundamento teórico além do conteúdo dado nas salas de aula e assim, aprimorando e transformando o conhecimento teórico em prática, com uma linguagem acessível a qualquer pessoa da comunidade.

Como Rodrigues et al (2017) foca em seu trabalho, o conhecimento se torna concreto com a aplicação do mesmo na realidade, proporciona o aumento do domínio sobre o assunto, ao aplicar aquilo que foi visto na universidade em uma realidade social diferente. Trazendo o princípio da autonomia para os graduandos, que irão ser independentes no processo de buscar conhecimento e formas de repasse como um facilitador, e também, autonomia para a comunidade que, agora detentora de conhecimento, torna-se promotora de boas práticas que visam a promoção da saúde e qualidade de vida.

Conclusão/Considerações Finais

Percebe-se que toda a abordagem metodológica estabelecida na extensão alcançou os objetivos de capacitação das crianças, professores e responsáveis presentes no curso em relação aos cuidados de primeiros socorros. Foi percebida a consolidação da capacitação no público, o qual demonstrou confiança para realizar as práticas com habilidade e senso crítico.

Ademais, a evolução do conhecimentos dos graduandos de enfermagem sobre o tema de primeiros socorros foi nítida, uma vez que houve uma intensificação naquilo que foi dado em sala de aula. Podendo agora perceber que serão futuros profissionais capacitados para realizar educação em saúde no âmbito dos primeiros socorros, algo que é capacidade do Enfermeiro em formação.

Ao longo de todos os encontros foi perceptível a deficiência relacionada ao conteúdo abordado -tanto nas crianças quanto nos adultos-, o que reafirma a exiguidade de conhecimento sobre primeiros socorros e a extrema necessidade de que esse assunto seja inserido no âmbito escolar, visto que a capacitação diminui o número de sequelas e aumenta a qualidade de vida das vítimas.

Diante do exposto, é de extrema relevância que as instituições de ensino implementem a educação em saúde voltada para a população leiga em sua grade curricular, para que desde a infância a população aprenda como prestar um socorro eficaz. Para isso, tem-se a necessidade que os gestores entendam a importância e se mobilizem para a alteração dessa grade curricular, também expondo e incentivando os docentes e discentes sobre os benefícios de se ter um preparo eficiente na hora de prestar socorro a qualquer vítima.

Referências

ATLAS do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CALANDRIM, Lucas Felix et al. **First aid at school: teacher and staff training**. Revista Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.l.], v. 18, n. 3, p.292-299, 27 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300002>.

COELHO, Jannaina Pereira Santos Lima. **Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia.** Revista Científica do ITPAC, [Internet] Araguaína - To, v. 8, n. 1, p.1-4, jan. 2015. Disponível em: <https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_7.pdf>. Acesso em 20 de mar de 2018.

GALINDO NETO, Nelson Miguel et al. **Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores.** Acta Paulista de Enfermagem, [Internet], v. 30, n. 1, p.87-93, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002017000100087&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700013>.

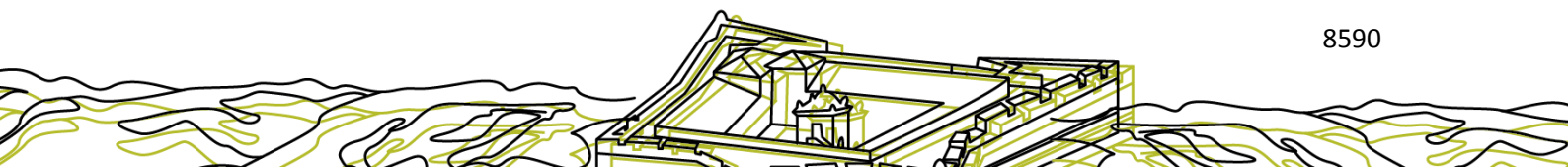
JOSEPH, N et al. **Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, south India.** Journal Of Primary Health Care, Mangalore, v. 7, n. 4, p.274-281, dez. 2015.

LI, Feng et al. **Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China.** BMC Pediatrics, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-8, 24 ago. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-14-209>.

MESQUITA, Thalita Marques et al. **Recurso educativo em primeiros socorros no processo de ensino-aprendizagem em crianças de uma escola pública.** Revista Ciência Plural [Internet], Natal, v. 3, nº. 1, p. 35-50, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/11464/8587>>. Acesso em 30 de mar de 2018.

PEREIRA, Karine Chaves et al. **A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros junto ao público leigo.** Revista de Enfermagem do Centrooeste Mineiro [Internet], Viçosa, v. 5, n. 1, p.1478-1485, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/456/837>>. Acesso em 22 de mar de 2018.

PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. **O leigo em situação de emergência.** Revista esc. Enfermagem da USP [Internet], São Paulo , v. 42, n. 4, p. 769-776, Dec. 2008 . Disponível em:



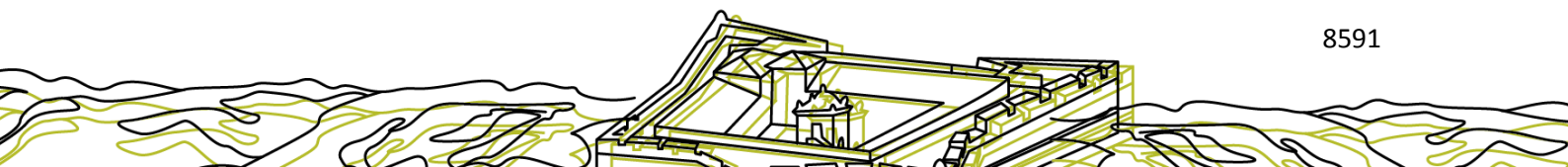


<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mar. 2018.

RODRIGUES, Andréia Lilian Lima et al. **Contribuições da extensão universitária na sociedade**. Cadernos de Graduação, Aracaju, v. 1, n. 16, p.141-148, mar. 2013.

SANTOS, Rosane Silveira. **Programa Saúde na Escola** – uma análise bibliométrica. 2016. 39f. Trabalho de Conclusão de Especialização (Pós-Graduação de Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

SILVA, Larissa Graziela Sousa da et al. **Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar**: intervenção em unidade de ensino. Enfermagem em Foco [Internet], Tucuruí, v. 8, n. 3, p.25-29, 2017. Disponível em:
<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/893/394>>. Acesso em 22 de mar de 2018.





OFICINAS TERAPÊUTICAS PARA CRIANÇAS

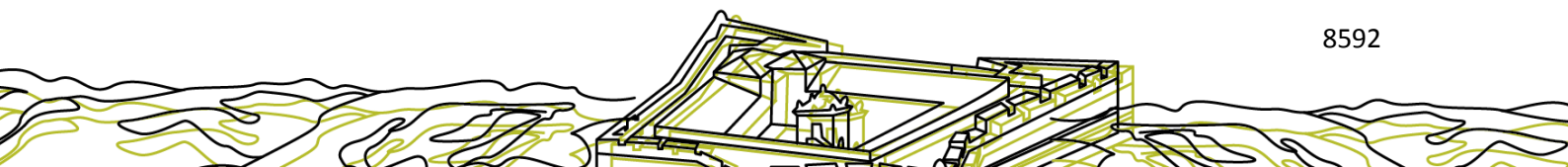
Área Temática: Saúde

COELHO, Y. S.; PIMENTEL, S., G.; PRATES, T. M., SANTOS, L. F.; VASSOLER JUNIOR, M.; VICENTINI, N. S.

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Resumo

As Oficinas Terapêuticas para Crianças são um interprojeto do programa de extensão Cada Doido com Sua Mania (CDSM), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que se propõe a oferecer à comunidade um serviço importante no tratamento em saúde mental infantil, escasso na rede pública. Atualmente, o programa oferece três tipos de oficinas terapêuticas para crianças: de Expressão, de Contos e de Modelagem, em horários matutino e vespertino, atendendo crianças na faixa etária de quatro a dez anos. Levando em conta, que a vida mental é construída e estruturada a partir e nas relações interpessoais, o espaço coletivo das oficinas terapêuticas é um dispositivo eficiente no âmbito da saúde mental, dado que pode ser usada para que fenômenos como a angústia, a loucura e as doenças psicossomáticas se transformem em um dizer mais estruturado e direcionado à reinserção social. Dessa forma, as oficinas têm como principal objetivo transformar a angústia das crianças em saúde mental e laço social, favorecendo uma ação preventiva para acometimentos na adolescência e vida adulta. No que se refere aos extensionistas, é proporcionado uma prática supervisionada aos que desejam atuar na área de psicologia clínica, psicanálise, psiquiatria ou saúde mental, em grupos com crianças, conhecendo a aplicabilidade e a utilidade de diferentes recursos terapêuticos. Os extensionistas podem ser profissionais voluntários ou alunos de vários cursos da UFES e de outras instituições, o que colabora para a diversificação de horários dos atendimentos. O CDSM possui um polo prático, o Centro de Atenção Continuada a Infância e Adolescência (CACIA), onde são realizados os atendimentos psicoterapêuticos. Esse serviço presta atendimento à comunidade universitária da UFES e pacientes provenientes do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG). Assim, atua em parceria entre a Universidade e a Secretaria



Estadual de Saúde, como serviço de atenção secundária de referência para as crianças e suas famílias.

Palavras-chave: infância; oficinas terapêuticas; saúde-mental.

Introdução

As Oficinas Terapêuticas para Crianças tratam-se de um interprojeto vinculado a um programa de extensão mais amplo, o Cada Doido com Sua Mania (CDSM), que foi iniciado em 1984, e já conta com 34 anos de história. Este programa, em sua totalidade busca possibilitar um tratamento em saúde mental humanizado, interdisciplinar e eficiente, num contínuo aperfeiçoamento de novas práticas inseridas à rede pública de saúde. Além disso, busca levar a extensão aos cidadãos e desenvolver capacitação profissional com ações articuladas às demandas das parcerias e à política nacional de saúde mental. Para que este trabalho se torne possível, o CDSM pauta-se na ideologia da autogestão e da horizontalidade, dessa forma, todas as ações são discutidas em equipe interdisciplinar, nas reuniões gerais e clínicas semanais e aprofundadas nas supervisões, tutoramentos, preceptorias e estudos teórico-clínicos. Os extensionistas podem ser profissionais voluntários ou alunos de vários cursos da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e de outras instituições, o que colabora para a diversificação de horários dos atendimentos.

O CDSM possui um polo prático, o Centro de Atenção Continuada a Infância e a Adolescência (CACIA), onde são realizados os atendimentos psicoterapêuticos desde 2005. Este está situado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus da UFES localizado em Maruípe. É um serviço que presta atendimento à comunidade universitária, oriundos pela equipe psicossocial do Departamento de Assistência à Saúde ou por busca espontânea dos pacientes, e daqueles provenientes do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG). Assim, atua em parceria entre a Universidade e a Secretaria Estadual de Saúde, como serviço de atenção secundária de referência para as crianças e suas famílias encaminhadas deste hospital por este não possuir ambulatório de saúde mental. Outros casos excepcionais, que não se encaixam nas parcerias, podem ser atendidos dependendo da avaliação da equipe. Para essa terceira situação é levada em consideração a urgência do caso e a relevância para o estudo e formação dos extensionistas.

Sendo assim, o programa tem por objetivo central prestar atendimento à comunidade universitária da UFES, aos pacientes encaminhados pelo HEINSG e alguns casos urgentes encaminhados da comunidade em geral, compondo a rede de atenção à saúde

mental do Espírito Santo a crianças, adolescentes e adultos. Além de colaborar com as ações da extensão universitária em seu compromisso acadêmico e social e desenvolver ações de educação, formação e transformação em saúde mental estendida a profissionais e alunos.

Quanto ao atendimento ao público infantil, o CDSM busca transformar a angústia deste em saúde mental e laço social, favorecendo uma ação preventiva para acometimentos em saúde mental na adolescência e vida adulta. Para tal, planeja-se um Projeto Terapêutico Individual (PTI) para cada paciente, de acordo com sua demanda e necessidade. Há ainda a possibilidade de participação em atendimentos individuais, familiares e psicofarmacológicos.

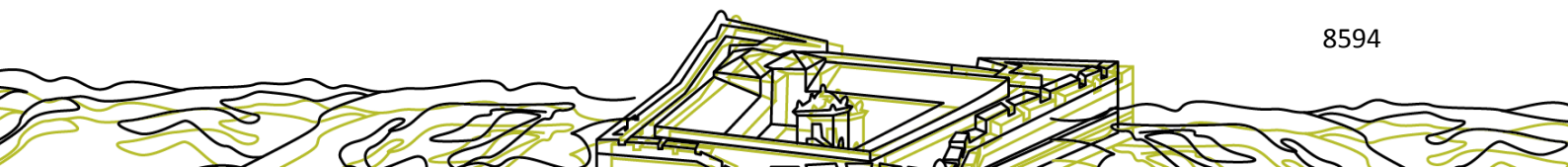
Já no que se refere aos extensionistas, o programa proporciona uma formação em saúde mental voltada para a atuação na clínica com crianças e uma prática supervisionada aos que desejam atuar na área de psicologia clínica, psicanálise, psiquiatria e saúde mental, conhecendo a aplicabilidade e a utilidade de diferentes recursos e técnicas terapêuticas grupais.

Dessa forma, o CDSM se destaca por proporcionar à comunidade um serviço de saúde mental de qualidade e de difícil acesso na rede pública, que a partir da elaboração do projeto terapêutico, visa atender as especificidades de cada caso através dos diversos serviços oferecidos – oficinas terapêuticas, grupo de pais, atendimento individual e familiar. Sendo assim, o programa oferece ao extensionista a experiência da articulação entre diferentes estratégias terapêuticas, desenvolvendo no mesmo uma competência importante para o trabalho em equipe no serviço público.

Assim, o CDSM exerce um trabalho sob a égide ideológica da extensão universitária realizando a indissociabilidade da extensão-ensino-pesquisa. Vale lembrar que se presta um atendimento de qualidade a toda comunidade, principalmente a comunidade universitária, como os funcionários, alunos e seus dependentes, que tem a possibilidade de receber um atendimento em seu local de trabalho ou estudo. Colabora-se, dessa maneira, com o papel que a extensão se propõe em alavancar benefícios à população.

Sabendo da insuficiência de serviços de saúde mental no Estado, em especial, para infância, o programa propõe-se a realizar um trabalho com essa faixa etária, oferecendo três oficinas terapêuticas para crianças – Oficinas de Contos, de Modelagem e de Expressão.

Na infância constrói-se um campo social pré-existente, constituído pela história de um povo, de uma família e do desejo dos pais, que associado aos encontros, intercorrências



e acasos, incidem na trajetória singular da criança. Assim, do campo da cultura e da linguagem, virão as chaves de significação em torno das quais a criança construirá um lugar único. Desse processo, surgirá o sujeito psíquico, concebido como um elemento organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes – física, psicomotora, cognitiva e psíquica. (KUPFER et al., 2010).

Entende-se que, na infância a criança estrutura seu mundo psíquico e dá suas respostas diante do acolhimento parental e social que recebeu. Frente às incertezas e falhas, esta produz conflitos, sintomas e adoecimentos. Dessa forma, é indispensável proporcionar às crianças um espaço de escuta e de ludicidade, fazendo uso de recursos específicos.

As atividades lúdicas permitem que as crianças vivenciem um espaço-tempo próprio e estejam plenas na experiência, se entregando a ela sem coerções, imposições e direcionamentos controladores. Assim, a prática lúdica dá espaço a auto expressão e criatividade das crianças, possibilitando o auto conhecimento e o desenvolvimento destas. (LEAL & TEXEIRA, 2013).

Nesse sentido, nas oficinas terapêuticas, o paciente tem a possibilidade de entrar em contato com seu desejo e sua angústia, bem como tratar seu corpo por meio de suas produções e expressões livres. Tudo isso é possibilitado pela criação de um ambiente que é fundamental na clínica, a confiança construída aos poucos, o respeito ao sigilo e à transferência. Quanto às produções, pode-se dizer que se trata de uma experiência específica, pois advém de um sujeito que ao produzir é libertado pela sua produção. Ele se identifica e se reconstrói com o resultado do seu trabalho, permitindo surgir o que lhe é mais particular, seu desejo. É dessa forma que as oficinas se constituem enquanto um espaço terapêutico.

Conclui-se que as oficinas terapêuticas para crianças, buscam unir saúde, convívio social e cultura, transformando os conceitos de saúde mental, qualidade de vida e inclusão. Assim, possibilita-se a transformação do sujeito em desejante e produtivo, digno de respeito e com melhor qualidade de vida.

Metodologia

O CDSM é pautado na realização de diversos serviços terapêuticos, que se utiliza de vários recursos para o tratamento de fenômenos como a angústia, a loucura, os transtornos neuróticos e as doenças psicossomáticas, para que essas se transformem em um dizer direcionado à reinserção social. Para a efetivação da clínica a qual o programa

se propõe alguns passos são essenciais, sendo importante a implicação do paciente e de sua família nesse processo.

O primeiro passo é o Acolhimento, que se trata de uma entrevista inicial que objetiva acolher e escutar a demanda do paciente. Esta entrevista ocorre no HEINSEG, através da solicitação de algum profissional médico que acompanha o paciente e percebeu a necessidade de um acompanhamento psicológico. Após a primeira escuta, pode ocorrer um retorno ao hospital, com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento e acolhimento familiar. Os pacientes geralmente saem do Acolhimento com o Referenciamento agendado no CACIA com a equipe da Oficina Terapêutica para qual o paciente foi pré-encaminhado.

Quando se trata da comunidade universitária, a demanda chega geralmente pela equipe psicossocial do Departamento de Assistência à Saúde (DAS), registrada pelo e-mail agendamento.cacia@gmail.com ou, ainda, espontaneamente. Os pacientes das outras parcerias são acolhidos por outros membros da equipe, designados em reunião geral. Sendo assim, o acolhimento inaugura o percurso do paciente no CACIA/ CDSM.

Em seguida, é realizado o Referenciamento que se refere a um acompanhamento detalhado do percurso do paciente, do início até a alta. É composto pela anamnese e pelo exame psíquico, sendo fundamental para avaliar o percurso e auxiliar o serviço na revisão do projeto terapêutico, pois observa a evolução clínica e avalia a qualidade dos atendimentos.

Após a realização do Referenciamento e apresentação do mesmo na reunião, é elaborado o Projeto Terapêutico Individual (PTI), que necessita da corroboração dos pacientes e de sua família, buscando uma trajetória coerente com suas aspirações e projetos de vida. Pode contemplar Atendimento Psicoterapêutico Individual, Psicofarmacológico, Grupo de Pais, Atendimento Familiar e as Oficinas Terapêuticas.

O Atendimento Psicoterapêutico Individual oferece uma escuta individualizada na qual o paciente possa se debruçar sobre suas questões, acalmar sua angústia e analisar suas histórias singulares a fim de buscar outras saídas mais saudáveis, melhorar a sua saúde mental e (re)construir seus laços sociais.

Reconhecendo a família como uma unidade de cuidado, é a partir da sua inserção no projeto terapêutico que ela será implicada no processo, como agente ativo de transformação, assim o Atendimento Psicoterapêutico Familiar convida a família a compreender suas implicações no sintoma daquela criança que se acolhe como depositário da disfunção familiar.

Pode-se perceber, na prática clínica, o papel relevante que os pais desempenham na análise com crianças e a importância da transferência destes em relação ao terapeuta. Entretanto, é essencial poder diferenciar entre a “criança sintoma”, que diz respeito a um mal estar familiar, e o “sintoma da criança”, que fala dela si própria e que, para além dos desejos parentais, posiciona-a de maneira singular perante o Outro. (VANOLI & BERNARDINO, 2008).

Dessa forma, o foco central é o funcionamento, a dinâmica (como cada um se relaciona com o sintoma), o modo com o qual se posiciona em relação ao conflito, buscando promover mudanças e ressignificações. Outro suporte do serviço familiar é o Grupo de Pais, realizado enquanto os familiares aguardam a realização das oficinas terapêuticas, onde é feita uma escuta livre sobre as questões que são trazidas espontaneamente, orientado pelos fundamentos de grupos operativos.

O Atendimento Psicofarmacológico dispõe do uso de medicamentos como auxiliar no tratamento que, em alguns casos, se faz necessário e tem mostrado resultados positivos. É um recurso utilizado no serviço sempre que se faz necessário dentro de critério discutidos entre as equipes e usuários.

O principal serviço oferecido pelo CDSM são as Oficinas Terapêuticas, nelas o paciente tem a possibilidade de entrar em contato com seu desejo e sua angústia, bem como tratar seu corpo por meio de produções e expressões livres. Necessita-se, para isto, da criação de um ambiente próprio, levando em conta a confiança, a transferência e o sigilo. Atualmente, o CACIA/CDSM oferece três tipos de oficinas terapêuticas para crianças: de Expressão, Contos, Modelagem, em horários matutino e vespertino, atendendo crianças na faixa etária de 4 a 13 (quatro a treze) anos.

A Oficina de Contos trabalha com histórias infantis de maneira diversificada. Os recursos utilizados valorizam a fala, a criatividade e a expressão das crianças, por meio de atividades que possibilitam criar novos finais para as tramas, através de desenhos, jogos e escrita. Além disso, as crianças também criam seus personagens e inventam suas próprias histórias, desta forma, é possível que elas expressem subjetividades, através da imaginação e de recursos lúdicos relacionados com diversos contos.

A Oficina se propõe a atender crianças numa faixa etária de 08 a 12 (oito a doze) anos, que apresentam dificuldades de aprendizado escolar, inibições, somatizações e conflitos familiares, cujas demandas visam à busca por seus lugares como sujeitos no âmbito familiar e social. O objetivo da Oficina é buscar compreender as questões particulares de cada criança, suas principais fantasias e sofrimentos, através de contos e recursos didáticos, que possibilitam contar histórias variadas e fazer representações através de desenhos, jogos, recorte de revistas e colagem, assim as crianças expressam suas principais questões que por muitas vezes não são verbalizadas. Há a livre escolha das histórias a serem trabalhadas, por parte dos pacientes, possibilitando que as crianças apresentem singularidades através de suas escolhas, tal como através de suas interações com o grupo.

A interação, o respeito entre pacientes, o suporte as renúncias quanto à espera da vez de cada um e a atenção as produções e questões apresentadas por outros pacientes são trabalhados ao longo dos atendimentos.

A Oficina de Expressão tem por objetivo possibilitar a produção de novas formas de expressão, que permitam o desenvolvimento tanto da maneira de ser da criança, quanto de sua interação social em diversos âmbitos da vida.

Essa oficina realiza atendimento de crianças com idades entre 04 e 07 (quatro a sete) anos, encaminhadas para atendimento, geralmente, com questões em torno de baixa produtividade escolar, dificuldade de atenção, de relacionamento social e angústia intensa, hiperatividade e dificuldades na fala. Pensando tais questões, os recursos terapêuticos utilizados para que as crianças produzam outras formas de expressão que não a verbal, são as brincadeiras e atividades que envolvem materiais que compõem o dia a dia destas crianças como, massa de modelar, argila, papéis, giz de cera, lápis, fantoches, revistas, músicas e jogos.

A Oficina de Modelagem utiliza massa plástica de modelar e argila como ferramentas para suas produções, além de outros materiais como papel, tintas e revistas, com o objetivo de complementar e propor atividades diversas, como pintura, desenho e trabalhos de colagem. A maioria dos pacientes encaminhados para esta oficina apresentaram questões relacionadas ao corpo (doenças psicossomáticas), transtornos de aprendizagem e comportamento. Nesta oficina os materiais são disponibilizados para os pacientes criarem livremente seus trabalhos. A experiência de propor temas mostrou-se eficaz, por estimularem o surgimento de histórias, abordando questões próprias a partir de sua imaginação.

Sabe-se que as reações emocionais que se manifestam no corpo, são produzidas pela angústia resultante das situações conflituosas que a criança vive e não fala. Os materiais utilizados na Oficina de Modelagem permitem uma produção tridimensional que favorece a reprodução do próprio corpo e a sua ressignificação. O público alvo são crianças com idades entre 7 a 14 (sete e quatorze) anos.

Após o término de cada produção, a criança é estimulada a falar sobre seu trabalho: a relação deste trabalho com seus pensamentos e quais significados estes têm para ela; qual é a sua relação com os personagens; e quais sentimentos lhe foram suscitados. Frequentemente, a experiência atualiza suas vivências e conflitos.

Resultados e Discussão

No ano de 2017, o Programa CDSM no que diz respeito às Oficinas Terapêuticas para Crianças realizou 160 oficinas, totalizando 322 atendimentos, sendo 74 (setenta e quatro) do sexo feminino e 248 (duzentos e quarenta e oito) do sexo masculino.

A *Oficina de Contos* no ano de 2017, realizou 40 (quarenta) oficinas, totalizando 85 (oitenta e cinco) atendimentos, sendo 21 (vinte e um) do sexo feminino e 64 (sessenta e quatro) do sexo masculino. Os atendimentos foram realizados na faixa etária de 08 a 12 (oito a doze) anos.

Neste período podemos considerar um paciente que apresentou resistência a realizar as atividades propostas, se dispersando com os objetos presentes na sala e desorganizando o restante do grupo. Mostrou-se sempre na defensiva quando questionado, apresentando por muitas vezes um comportamento agressivo. Assim, buscamos respeitar seu momento e dar espaço para que ele se expressasse de acordo com os seus limites, o que trouxe avanços significativos para o mesmo. Recebemos também no ano de 2017, um paciente que reside no interior do estado e por esse fator encontrou dificuldades para comparecer ao atendimento semanal, dessa forma a equipe realizou um PTI que atendesse a demanda deste paciente, desse modo foi possível notar avanços sutis em seu processo terapêutico. Tivemos apenas uma paciente do sexo feminino. Esta demonstrou interesse e envolvimento nas oficinas, sendo frequente a aparição de suas questões em suas produções. Devido o seu baixo número de frequência nas oficinas, seu tratamento tem sido prejudicado.

Dessa forma, a Oficina Terapêutica de Contos, que oferece uma importante

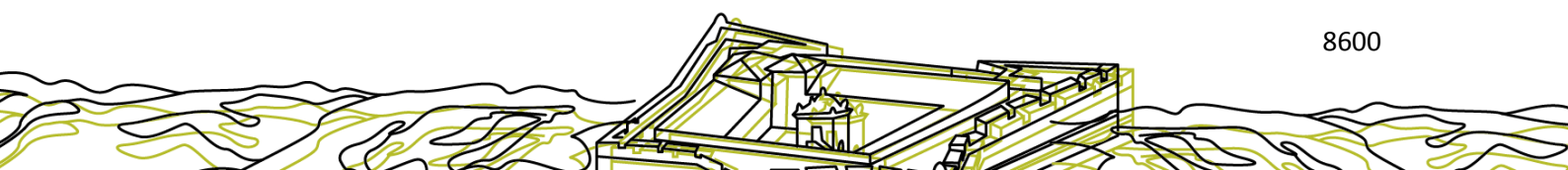
possibilidade de tratamento para crianças a partir dos 8 (oito) anos até a entrada da puberdade, associada a flexibilidade do recurso lúdico para se trabalhar questões da infância, permitiu uma análise dos conflitos ligados aos contextos dos pacientes de maneira profunda e ampliada. Isso proporcionou avanços significativos para todos os pacientes nos diversos âmbitos de sua vida, como social, escolar e familiar.

No que se refere a Oficina de Expressão, no ano de 2017 foram realizadas 41 (quarenta e um) oficinas, totalizando 71 (setenta e um) atendimentos, sendo 5 (cinco) do sexo feminino e 66 (sessenta e seis) do sexo masculino. Os atendimentos foram realizados na faixa etária de 4 a 6 (quatro a seis) anos.

Esta oficina atendeu crianças que apresentaram doenças congênitas graves que interferem no bom desempenho escolar, atraso no estabelecimento da linguagem com repercussão social grave, fenômenos psicossomáticos, hiperatividade e questões que podem afetar prejudicialmente a criança em sua estruturação psíquica como sujeito autônomo e social.

Assim percebeu-se ao longo deste período que quando há uma boa adesão ao tratamento, que significa um comparecimento assíduo, as crianças respondem bem e rápido ao tratamento. Essas mudanças podem ser percebidas a partir do primeiro mês, a saber, melhora na segurança, na expressão do seu saber e das suas opiniões ao serem manifestadas. Portanto, a inibição cede lugar a uma expressão mais autêntica e saudável do sujeito. Infelizmente, este ano houve um alto índice de falta aos atendimentos motivados por problemas alegados pelos responsáveis, tais como: más condições financeiras para arcar com o custo das passagens e muitos casos de adoecimentos. O retorno dado pelas famílias foi que as crianças apresentaram melhoras e aquelas que interromperam precocemente o tratamento voltaram a apresentar manifestação do quadro inicial. Isso se deve, provavelmente, a não continuidade dos atendimentos. Nos pacientes que tiveram uma participação assídua, verificou-se certa estabilização da situação em geral, mas pela gravidade, o tempo de tratamento ainda foi insuficiente para uma melhora significativa.

Por sua vez, na Oficina de Modelagem Matutina, a maioria dos casos de crianças encaminhadas foi por queixas escolares e psicossomatização. A oficina funcionou no ano de 2017 com cerca de 10 (dez) pacientes, 9 (nove) do sexo masculino e 1 (um) do sexo feminino, com assiduidade estável. O reconhecimento do espaço terapêutico talvez tenha sido o motivo mais relevante quanto aos progressos percebidos no desenvolvimento psicossocial dos pacientes. Foram realizados 37 (trinta e sete) oficinas,



totalizando 64 (sessenta e quatro) atendimentos, sendo 17 (dezesete) do sexo feminino e 47 (quarenta e sete) do sexo masculino.

Com relação à Oficina de Modelagem Vespertina, ocorreram 42 (quarenta e um) eventos, com uma média de 12 crianças, com idades entre 08 (oito) a 14 (quatorze) anos de idade, sendo 04 (quatro) crianças do sexo feminino e 08 (oito) do sexo masculino. Totalizando 102 (cento e dois) atendimentos, sendo 31 (trinta e um) atendimentos do sexo feminino e 71 (setenta e um) do sexo masculino.

A modelagem com argila, massa caseira, pintura e desenhos foram facilitadores da expressão do mundo interno dos pacientes, possibilitando um olhar e escuta mais apuradas dos conflitos que se estruturam no caminho de construção da subjetividade. Dessa forma, oferecer o material (farinha, água, sal e anilina) para que cada um produzisse a própria massa, foi uma experiência prazerosa para todos os participantes. A cada etapa houve uma curiosidade e um empenho no aperfeiçoamento das cores e das formas.

Houve avanços significativos no campo cognitivo de uma paciente de treze anos que apresentava dificuldades de aprendizagem, terminando o ano com progressos na leitura e em matemática. Duas crianças portadoras de doença crônica (Fibrose Cística) e uma portadora de asma passaram todo o ano sem sintomas graves. Não houve necessidade de internação de nenhum dos pacientes. Observaram-se duas crianças que tiveram melhora no comportamento, atenção e concentração, comprometimento com as atividades e postura corporal. Dessa forma, percebeu-se que de uma maneira geral, houve progressos na sociabilidade e, sobretudo na expressão de sentimentos de todos os pacientes.

Conclusão/Considerações Finais

Ao longo desses 34 anos de existência do CDSM, foi possível observar a evolução dos pacientes em relação às demandas trazidas por eles e suas famílias. A prática das oficinas infantis revelou-se um dispositivo clínico potente no atendimento das crianças, a partir da contação de histórias, das atividades de criação, de modelar, entre outras em que ocorrem uma escuta qualificada que possibilita ao paciente se debruçar sobre suas questões, acalmar sua angústia e analisar suas histórias singulares a fim de buscar outras saídas mais saudáveis, melhorar a sua saúde mental e (re)construir laços sociais. Dessa forma, deve-se considerar que o CDSM tem atingido seus objetivos, uma vez que aos pacientes tem sido disponibilizado um tratamento interdisciplinar humanizado,

diferenciado e qualificado de acordo com a demanda de cada um, incluindo oficinas terapêuticas, atendimento individual, familiar e psicofarmacológico, o que permitiu uma melhoria na qualidade de vida de crianças que apresentam diversas demandas no âmbito da saúde mental, a partir da valorização de seu discurso. O alcance dos objetivos se deve ao investimento em formação em Saúde Mental realizado pelo programa, que dá suporte e capacitação aos alunos extensionistas para atuarem na área de Saúde Mental, em especial com o público infantil. Assim, o Programa reafirma a importância das ações em saúde mental, pois a qualidade da vida psíquica interfere no social, no trabalho e na família.

Sendo assim, o CDSM cumpre também com o papel da extensão universitária, corroborando para a formação profissional dos extensionistas que acompanham todo o processo de uma prática terapêutica específica, aprendendo técnicas e recursos para esse trabalho. Por se tratar de um programa pautado na autogestão, o aluno tem a possibilidade de participar de todas as etapas essenciais ao funcionamento permanente do programa.

Entendendo a importância de uma formação acadêmica transdisciplinar, pretende-se como ação futura a execução de eventos que promovam espaços de discussão, como seminários em saúde mental e exibição de filmes com posterior discussão sobre temas pertinentes, ambos com a presença de profissionais com formação em saúde, a fim de despertar o desejo em multiplicar as ações desenvolvidas no campo da saúde mental.

Por fim, visando o bem estar social e a formação acadêmica, é importante, para esta equipe e para a saúde da comunidade capixaba, continuar realizando seu trabalho em oficinas terapêuticas e demais atendimentos para crianças portadores de questões psíquicas diversas. O atendimento à comunidade universitária tem promovido saúde mental dentro da UFES, produzindo um retorno ao apoio dedicado ao programa.

Referências

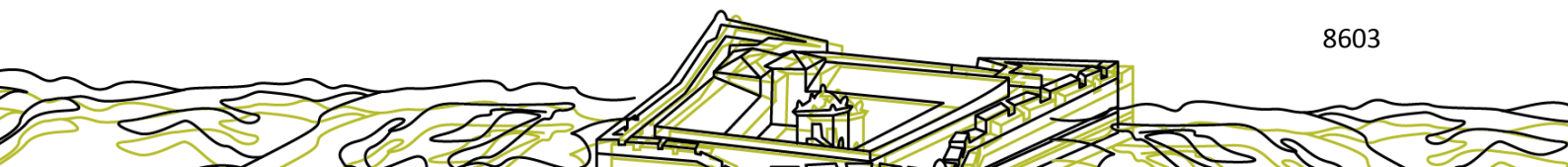
KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latinoam Psicopatol**



Fundam. v. 13, n. 1, p. 31-52. 2010. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_pr editiv o_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf. Acesso em: 1 abr. 2018.

LEAL, L. A. B.; TEIXEIRA, C. M. d'A. A ludicidade como princípio formativo. **Interfaces Científicas Educação.** v. 1, n. 2, p. 41-52. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/educacao/article/viewFile/395/236>. Acesso em: 1 abr. 2018.

VANOLI, E. N.; BERNARDINO, L. F. Psicose infantil: uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica. **Estilos Clínicos.** v. 13, n. 25, p. 250-267. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v13n25/a15v1325.pdf>. Acesso em 1 abr. 2018.



FEIRA DO PESCADO EM ICATU-MA: ASPECTOS HIGIÊNICOS SANITÁRIOS

Área Temática:

Elayne Barroso Sousa¹; Itaan de Jesus Pastor Santos²

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Resumo

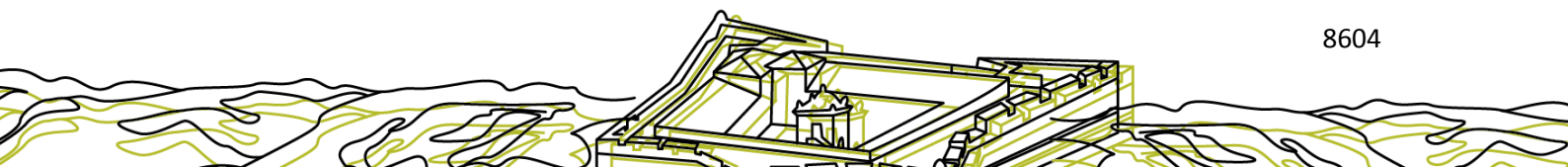
Os pescados são alimentos altamente susceptíveis a deterioração microbiana devido a alta umidade, ao teor de gorduras facilmente oxidáveis e ao pH próximo da neutralidade (pH 6,6-6,8), exigindo assim cuidados essenciais em todas as etapas, principalmente no transporte, recebimento, armazenamento, conservação e manipulação, pois se não devidamente realizadas podem favorecer a proliferação de microrganismos patogênicos trazendo riscos à saúde do consumidor final. Em vista disso, objetiva-se com esse trabalho relatar as análises e observações realizadas na Feira do Pescado no município de Icatu- MA no período do Estágio Vivência, bem como avaliar os aspectos higiênicos sanitários através da observação das práticas cotidianas dos feirantes na comercialização dos pescados.

Palavras-chave: peixe, manipulação, saúde pública.

ABSTRACT

Fish are foods that are highly susceptible to microbial deterioration due to high humidity, easily oxidizable fats and near pH neutrality (pH 6.6-6.8), thus requiring essential care at all stages, especially in transport, receiving, storing, preserving and handling, because if not properly performed they can favor the proliferation of microorganisms bringing risks to the health of the final consumer. In view of this, the purpose of this work is to report the analyzes and observations made at the Fish Fair in the municipality of Icatu- MA during the Life Experience period, as well as to evaluate the hygienic sanitary aspects by observing the daily practices of the marketers in the marketing of fish.

¹ Universidade Estadual do Maranhão, Acadêmico de Medicina Veterinária (UEMA), FAPEAD ² Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)



Keywords: fish, manipulation, public health.

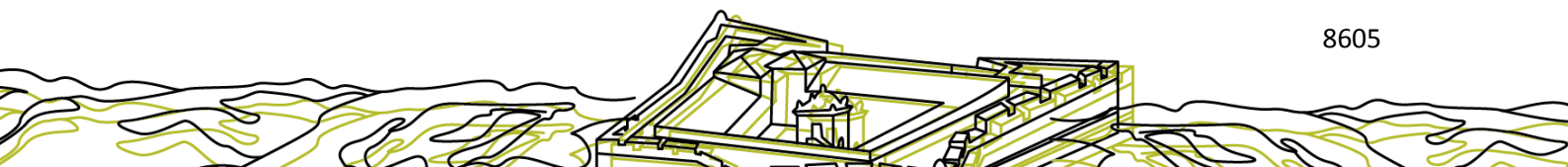
INTRODUÇÃO

De acordo com PHILIPPI (2003), pescados podem ser definidos como todos os animais aquáticos que são utilizados na alimentação humana, os quais podem ser consumidos diretamente ou utilizados para a industrialização, podendo ser marinhos ou de água doce. Os peixes são caracterizados como animais aquáticos que possuem esqueleto cartilaginoso ou ósseo e apresentam guelras. Já o RIISPOA (Regulamento da Inspeção Industrial e Sanitária de Produtos de Origem Animal) no artigo 438 denomina "PESCADO" como todos os peixes, crustáceos, moluscos, anfíbios, quelônios e mamíferos de água doce ou salgada, usados na alimentação humana.

O pescado é um alimento muito importante na dieta humana. A boa reputação da carne do peixe ocorre devido a diversas qualidades que a mesma apresenta como alto valor proteico, fácil digestibilidade, baixa taxa de gordura e a presença de ácidos graxos poliinsaturados ômega 3 (HOLUB, 2004; BAUTISTA, 2005). Apesar das diversas características benéficas, o peixe é muito susceptível a deterioração microbiana devido a alta umidade, ao teor de gorduras que são facilmente oxidáveis e ao pH próximo da neutralidade (pH 6,6) o que proporciona o desenvolvimento de bactérias patogênicas que são nocivas ao homem.

Além disso, fatores como manipulação, conservação e armazenamento inadequados, podem favorecer a proliferação de microrganismos. Esses fatores podem estar presentes em todas as categorias de processamento do pescado, desde a captura ou despesca, pelo ponto de venda, até a mesa do consumidor, tornando-se um risco à saúde pública (Diaz, 2004; Huss et.al,2000). No Brasil, peixes e frutos do mar foram implicados em 1% e 0,37%, respectivamente, dos surtos de DTAs (Doenças transmitidas por alimentos) (Carmo et.al.2005).

Os peixes podem ser adquiridos em diversas formas de comércio, sendo especializados ou não, como sacolões, peixarias, supermercados e feiras livres. A última, apesar de tradicional é o tipo de varejo com maior fragilidade principalmente no que diz respeito à conservação, pois não possuem refrigeração adequada e a manipulação ideal, enquanto são expostos para comercialização. A feira livre é uma herança da tradição moura, trazida pelos ibéricos, enriquecida pelos africanos, que está presente na maioria das cidades brasileiras (Mascarenhas, 2005).



A Feira do Pescado de Icatu- MA, muito popular no município, é o local onde os moradores compram e vendem o pescado *in natura* em gelo para consumo. Está localizada na rua Cel. Brício de Araújo, próximo à Prefeitura, no centro da cidade, às margens do rio Munin. Diante das atividades desenvolvidas durante o Estágio Vivência no município, a visita à feira do Pescado apresentou maior relevância para a Medicina Veterinária principalmente no que diz respeito à vigilância sanitária e saúde pública. O presente artigo tem como objetivo relatar as análises e observações realizadas durante a visita à Feira do Pescado no município de Icatu-MA, sob a perspectiva da Medicina Veterinária, buscando identificar as problemáticas e discutir as maneiras mais adequadas para os pescadores e a população geral desempenharem todas as atividades relacionadas ao pescado, desde a captura até o consumo final.

METODOLOGIA

A visita à Feira do Pescado de Icatu- MA ocorreu durante o Estágio Vivência, o qual teve início em 22/01/18 e término 03/02/18. A importância do Estágio Vivência, programa do Núcleo de Extensão e Desenvolvimento – LABEX, da Universidade Estadual do Maranhão, está relacionada ao diagnóstico das possíveis dificuldades enfrentadas pelos moradores, vivenciando a realidade das comunidades rurais na busca de adquirir e repassar conhecimentos, na troca de experiências dos alunos da universidade com a população local, buscando aproximar o conhecimento científico com o conhecimento empírico e estimular os estudantes, sob uma perspectiva de questionamento e crítica, a organizarem-se pela busca da transformação da realidade.

A comercialização dos peixes na feira ocorre todos os dias da semana. Foram realizadas observações, visando diagnosticar a maneira com a qual estava sendo realizada a conservação, manipulação, armazenamento e comercialização do pescado, a infraestrutura do local, buscando apontar as maneiras corretas de realizar cada processo descrito anteriormente, bem como avaliar os aspectos higiênicos sanitários através da investigação das práticas cotidianas dos feirantes na comercialização do produto.

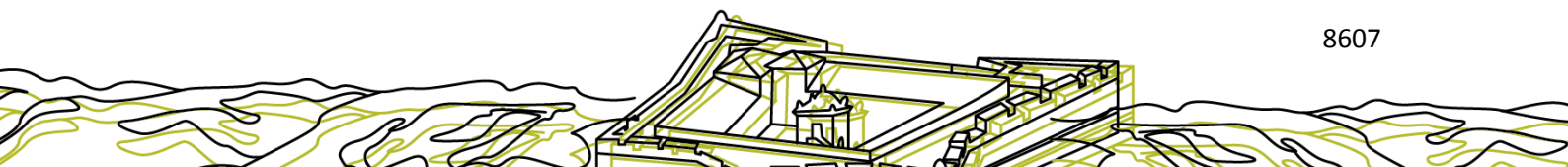
Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas com os pescadores que trabalhavam diretamente com a manipulação do pescado, visando investigar quais as maiores dificuldades enfrentadas no município, e entender como estes realizavam suas atividades pesqueiras. Para o registro fotográfico fez-se uso da câmera do aparelho celular, para através das imagens visualizar com maior clareza aquilo que está descrito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Feira do Pescado, muito popular no município, é o local onde os moradores compram e vendem o pescado *in natura* em gelo para consumo. A feira está localizada na rua Cel. Brício de Araújo próximo à Prefeitura no centro da cidade, às margens do rio Munin. Ao chegarmos à feira foi possível constatar diversas irregularidades técnicas tais como: a falta de infraestrutura, ausência de práticas adequadas de manejo dos produtos comercializados como armazenamento e conservação, descarte inadequado dos resíduos produzidos no local, bem como a falta de sensibilização das pessoas que trabalham a respeito das medidas higiênicas sanitárias a serem adotadas nesse tipo de atividade.

Devido ao descarte inadequado dos resíduos do pescado, havia uma grande quantidade de aves como garças (*Ardea alba*), urubus (*Coragyps atratus*) e até aves migratórias, o que representa um grande perigo tanto à saúde das pessoas que consomem esse pescado, como também daquelas que transitam e trabalham diretamente com o mesmo, pois essas aves podem trazer em seu organismo microrganismos patogênicos que pode ser transmitidos aos peixes ou até mesmo se contaminar e contaminar outros peixes por contaminação cruzada devido às águas residuais. Segundo PEREIRA et al (2009), a presença de animais nas embarcações e nos locais de recepção e manipulação de alimentos é proibida, pois eles podem transmitir doenças às pessoas e contaminar os alimentos.

Figura 1. Feira do Pescado em Icatu- MA. Figura 2. Presença de aves na Feira do



Pescado Icatu- MA.



Fonte: Arquivo pessoal



Fonte: Arquivo pessoal

A conservação e o armazenamento dos peixes aconteciam dentro de caixas de isopor com pouca quantidade de gelo, o que também era inadequado. Todas as atividades realizadas com o pescado como captura, despesca, manipulação, estocagem e comercialização devem ser em vista da qualidade do produto (PEREIRA et al, 2009). Após a despesca e captura os procedimentos a serem realizados com os peixes são a lavagem com água limpa, a separação de animais deteriorados, classificação por espécie e tamanho, quando houver água limpa o suficiente deve ser eviscerado, lavado e armazenado sob gelo ou em câmaras frias. Para o armazenamento, seja no desembarque ou após a despesca, o local deve sempre estar limpo, coberto e protegido com material apropriado (equipamentos de aço inox e tanques para lavagem do pescado). Alguns cuidados devem ser atentados durante a manipulação do pescado tais como: não arrastar as caixas, não deixar o produto no chão ou sobre superfícies sujas, não armazenar produtos em mau estado de conservação, não deixar o produto exposto à radiação solar e não deixar o produto sem gelo de qualidade ou sem uso do frio.

Para o armazenamento o ideal é a utilização de caixas plásticas limpas, etiquetadas e colocadas sobre estrado, porém tem que haver a separação entre as espécies em caixas e pilhas diferentes. As câmaras ou locais de armazenagem devem estar sempre limpos, fechados e higienizados (PEREIRA et al, 2009). A conservação deve ser feita de maneira que o pescado esteja totalmente envolvido em gelo de qualidade, o gelo em contato com toda a superfície do peixe, ou em câmaras frigoríficas. A área de exposição e venda deve encontrar-se limpa, refrigerada e protegida.



A manipulação estava sendo realizado sem a utilização de equipamentos de proteção individual, o que proporciona uma possível contaminação dos peixes, disseminação de doenças transmitidas por alimentos e aumento dos riscos de acidentes ocasionados pelo manuseio inadequado. Para a manipulação adequada, o manipulador deve ter boa higiene e usar vestimentas apropriadas, separar os produtos de acordo com a espécie e em locais onde os consumidores não fiquem em contato direto com o produto e caso o consumidor queira trocar o pescado deve ser oferecido luvas descartáveis ou sacos plásticos limpos. O local deve dispor de água potável para a higienização das instalações e dos manipuladores, os quais não devem manipular o produto demasiadamente e não deixar o produto exposto ao ar livre (PEREIRA et al, 2009).

Foram encontrados alguns peixes que estavam perdendo seu nível de frescor, com suas características organolépticas alteradas, portanto inadequados para o consumo. Nesse ponto, pode-se ressaltar a importância de uma conservação adequada, pois logo após a despesca ou captura do pescado é de extrema importância à utilização do frio devido ao rápido processo de deterioração. Quando vivos, os peixes apresentam musculatura livre de micróbios, porém após a morte, ocorre o relaxamento da musculatura o que o torna mais macio e com textura firme e elástica, nessa fase é chamada de *pré-rigor*. Quando ocorre o relaxamento muscular, após algumas horas, chama-se *pós-rigor* onde se inicia a decomposição. A conservação em temperatura baixa é indicada, pois diminui a atividade das bactérias e enzimas que atuam no processo de decomposição, mantendo assim o produto com qualidade por maior tempo.

Nesse caso, segundo os pescadores, era realizado outro processo com o pescado, que é a salga. Depois de salgados e secos ao sol, esses serão comercializados, sendo chamados agora de “salpresos”. Outro ponto a ser enfatizado foi a grande quantidade de

Figura 3. Armazenamento do pescado na Feira do Pescado em Icatu- MA.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 4. Conservação do pescado na Feira do Pescado em Icatu- MA



8609

Fonte: Arquivo pessoal

água residual presente no chão e a presença de resíduos sólidos na beira do rio, como sacolas plásticas. Todos os dejetos produzidos no local eram lançados no rio, o que ocasiona um impacto ambiental preocupante. A limpeza deve ser feita sempre que necessário, antes e ao final das atividades de trabalho, tendo em vista que a sujeira acumulada é ideal para a proliferação microbiana e a manipulação de alimentos nesse tipo de ambiente é uma forma comum de contaminação dos alimentos (PEREIRA et al, 2009).

Durante a visita foi entrevistado um pescador que comercializava o pescado. Segundo suas informações, ele iniciou na pesca com 8 anos de idade e havia deixado de pescar desde que foi esporado por uma arraia (*Batoidea*) durante uma de suas pescarias. Desde então passou a somente comercializar os pescados na feira para garantir renda extra, pois atualmente está aposentado. A quantidade de peixe vendida, dependendo do período de produtividade, chega até 400 kg de peixes. Várias espécies estão sendo extintas e outras diminuindo a quantidade, segundo o entrevistado. A maior dificuldade relatada pelo pescador encontrada no município é a falta de um hospital de qualidade.

Figura 5. Águas residuais na Feira do Pescado em MA.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 6. Presença de resíduos sólidos



Fonte: Arquivo pessoal

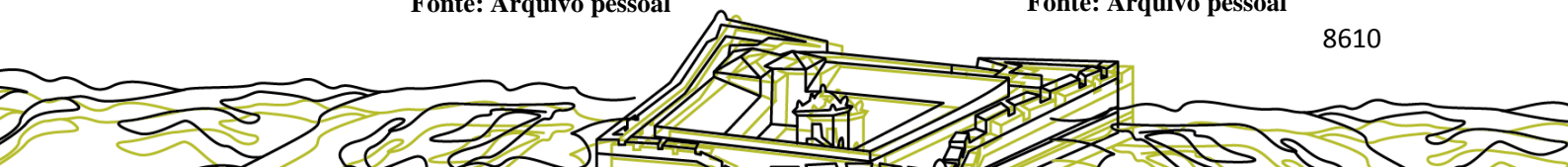
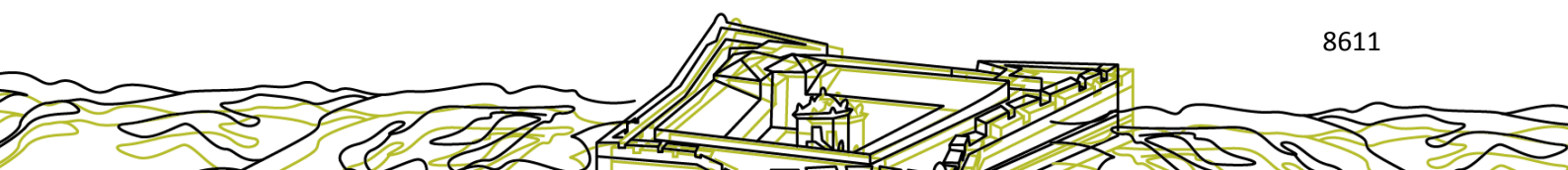


Figura 7. Pescador entrevistado na Feira do Pescado em



A feira do Pescado necessita de investimento em infraestrutura que proporcione um ambiente mais propício para desenvolver tal atividade, bem como a sensibilização dos pescadores que trabalham diretamente com a manipulação do pescado sobre as maneiras adequadas de conservação e armazenamento do mesmo e a utilização de EPI para evitar a proliferação e disseminação de agentes causadores de doenças tanto nos animais quanto nos humanos e evitar possíveis acidentes, para ter assim um produto de melhor qualidade e maior segurança alimentar. Deve ser implantado um sistema de gerenciamento dos resíduos produzidos na feira para amenizar ou até mesmo erradicar a presença das aves no local e a contaminação causada pela destinação final ambientalmente incorreta.

Diante de todas as atividades desenvolvidas na visita à Feira do Pescado de Icatu- MA, pode-se afirmar que foi de suma importância para aprendizado daqueles que participaram, pois possibilitou fazer uma comparação com aquilo que é repassado em sala de aula, teoria, com a prática da maioria dos estabelecimentos que praticam esse tipo de atividade. Sendo assim possível diagnosticar as irregularidades e apontar a



maneira adequada, segundo os manuais de boas práticas e legislações vigentes, de desenvolver a comercialização do pescado de maneira a impossibilitar a contaminação do mesmo e possível agravo à saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carmo GMI, Oliveira AA, Dimech CP, dos Santos DA, de Almeida MG, Berto LH, et al. Vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos no BRASIL, 1999 - 2004. Bol Eletr Epidemiol.2005;5(6):1-7.

Holub DJ, Holub BJ. Omega-3 fatty acids from fish oils and cardiovascular disease. Mol Cell Biochem.2004; 263(1-2): 217-25. 10.

Bautista MC, Engler MM. The Mediterranean diet: is it cardioprotective? Prog Cardiovasc Nurs.2005; 20(2): 70-6.

Diaz JH. Is fish consumption safe? J La State Med Soc.2004; 156(1): 42-9.

Huss HH, Reilly A, Embarek PKB. Prevention and control of hazards in seafood. Food Control.2000;11(2):149-56.

Mascarenhas G. Feiras livres: Informalidade e espaços de sociabilidade. In: Colóquio Internacional 2005: comércio, culturas e políticas pblicas em tempos de globalização; 2005 nov 22-25; Rio de Janeiro, (BR). Rio de Janeiro. [documento on line] 2005. Disponível em [2007 fev 26].

PEREIRA, S.D. *et al.* Boas Práticas para Manipuladores de Pescado: O Pescado e o Uso do Frio. 2009. p.20. Departamento de Agroindústria, Alimentos e Nutrição-PiracicabaSP, São Paulo, 2009.

PHILIPPI, S. T. Nutrição e Técnica Dietética. São Paulo: Manole, p. 128 - 131, 2003.



EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES À MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES DO CAPS/ALFENAS - MG

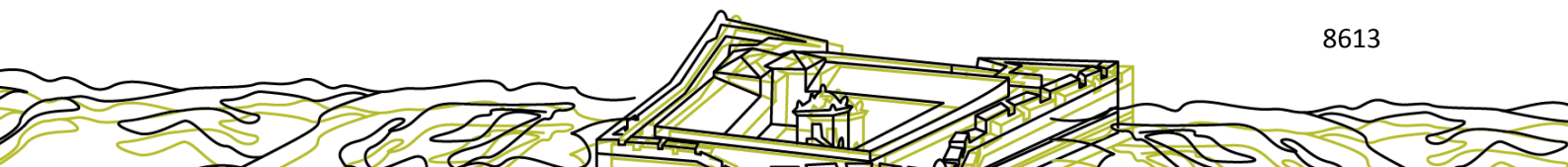
Área Temática: Saúde.

Marielle Maria Pereira Gomes; Geovane Evangelista Moreira; Hellen Caroline Marinho; Wilian Geraldo de Sousa; Carolina Rieger de Albuquerque; Iago Ramirez; Lucas Uchoa; Caio Luiz Bitencourt Reis; Jeferson Cardoso Costa; Jonathas Eduardo Virgílio Piassi; Leandro Araújo Fernandes; Daniela Coelho de Lima.

Instituição: Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)

Resumo

O projeto de Extensão Universitária “Mentes Brilhantes” objetivou estimular o autocuidado em pacientes com transtornos mentais, vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Alfenas/MG. Iniciou suas atividades no segundo semestre de 2016 com a capacitação dos membros da equipe por meio de análise crítica de artigos científicos, filmes temáticos, conversa com profissionais e participação em eventos da área de saúde mental. Os interlocutores do projeto foram dez acadêmicos da Faculdade de Odontologia, um pósgraduando (discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) e dois docentes da Faculdade de Odontologia, todos da UNIFAL/MG. Em 2017 as atividades foram desenvolvidas por meio de oficinas lúdicas, rodas de conversas, orientações individuais e em grupo. Os encontros ocorreram no CAPS-Alfenas/MG a cada 15 dias por meio de duas equipes (cinco membros cada) com duração de duas horas. Até o atual momento os temas abordados foram: higiene geral (lavagem das mãos, banho, lavagem e troca das roupas, cuidado com os calçados); higiene da mulher (troca de absorventes íntimos e depilação; o cuidado com os cabelos longos e com as unhas; a importância da autoimagem e da proteção nas relações sexuais); higiene masculina (uso de desodorantes, do corte de cabelos e os cuidado com a barba; às doenças sexualmente transmissíveis e à prevenção dessas) e higiene bucal e visita ao cirurgião-dentista. Após o desenvolvimento das atividades eram aplicados diários de campo individuais aos acadêmicos a fim de avaliar as visitas ao CAPS. Após análise observou-se que 87,3% dos pacientes eram receptivos; 11,9% eram dispersos; 85,7 % desempenharam interesse nas oficinas; 14,3% relataram a falta de interesse e



88,0% constataram a metodologia satisfatória. A partir das observações do grupo percebeu-se que o presente projeto tem proporcionado uma melhoria a qualidade de vida dos pacientes e o aumento do conhecimento dos acadêmicos no contexto da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde Geral. Qualidade de Vida. Autocuidado.

Introdução:

A saúde mental define-se como um campo de conhecimento específico, baseado num conjunto de práticas, conduzida por conceitos, ideias, demandas variadas e ideologias (AMANCIO, 2015). Esses valores e práticas foram mudando pelo mundo ao longo da evolução da história psiquiátrica, cuja transição do modelo asilar para um modelo de múltiplas entradas de serviço e cuidado originou uma rede de atenção à saúde mental, definindo o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) como um dos seus pontos (LUCCHESI et al., 2009).

O CAPS, dessa forma, é responsável pela descentralização do cuidado e da assistência aos pacientes do sistema público de saúde. O objetivo é que cada um dos setores envolvidos na construção da saúde seja responsável por uma parcela das demandas sociais a partir do conceito de Rede de Atenção Básica em Saúde, que foi instituído no Brasil na década de 1990. Assim, o CAPS tem a função primordial de reinserir pessoas com limitações associadas à saúde mental no convívio em sociedade, oferecendo apoio e atenção nos mais diferentes setores da vida de seus usuários, inclusive no tocante a higiene geral (ROSA E VILHENA, 2012).

Segundo Benton, 2004 os usuários que vivenciam suas experiências através do sofrimento psíquico, gerado pelos transtornos mentais, apresentam limitações na realização do autocuidado, principalmente nas atividades rotineiras atreladas à prática da higiene pessoal.

Os transtornos mentais se configuram hoje como um dos principais agravantes na saúde pública. Estes usuários que enfrentam questões individuais de ordem física, cognitiva ou comportamental, apresentam dificuldades evidentes na manutenção de uma higiene geral eficaz, e concomitantemente no desenvolvimento de doenças bucais

devido à falta de motivação e a dificuldade em realizar uma técnica de higienização adequada (MINIHAN et al., 2014).

Associados ao descuido pessoal dos usuários em sofrimento psíquico há também os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados por eles e os prejuízos advindos do uso de álcool e de tabaco, substâncias também bastante utilizadas por essa população (SOUZA et al., 2011). A Educação em Saúde, portanto, surge como uma ferramenta prática que instrumentaliza os cuidadores, os profissionais e os usuários dos serviços de saúde mental alterando, de forma gradativa, a visão sobre higiene e saúde dos usuários psiquiátricos (MUN et al., 2014).

A adoção de hábitos diários que potencializam a saúde por parte desse grupo é, portanto, um grande desafio para os profissionais da saúde, haja visto que além de tentar alterar antigos padrões, ainda existem fatores como a história individual, familiar e social que se tornam barreiras durante as tentativas de realizar a prevenção e o tratamento em saúde (CARVALHO e ARAÚJO, 2004).

O autocuidado e a saúde mental são correlacionados a indivíduos acometidos por transtornos mentais que apresentam falta de pragmatismo, significativo déficit de cognição e dificuldades motoras consideráveis para realizar um cuidado pessoal eficientes (SACCHETTO et al., 2013). Atrelado às questões diretamente vinculadas à higiene, o descuido individual altera condições sistêmicas e/ou potencializa o agravamento de doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão, geradoras de expressiva morbidade (BERTAUDGOUNOT et al., 2013). Portanto, a intervenção através da construção de novos hábitos se faz necessária para que haja um comprometimento individual e entre os cuidadores desses usuários a fim de que se firme o conceito de saúde como objetivo de vida com qualidade.

Dessa forma o projeto de extensão *Mentes Brilhantes* surgiu com o intuito de construir e proporcionar aos usuários do CAPS de Alfenas/MG a melhoria de qualidade de vida por meio do estímulo ao autocuidado, em seus múltiplos aspectos, por meio de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alcançada através da atuação dos acadêmicos da UNIFAL/MG em parceria com os funcionários e usuários dos serviços de saúde mental.

Metodologia

As atividades, inicialmente, foram realizadas no Centro de Apoio Psicossocial de Alfenas/MG. O primeiro passo foi o agendamento de uma reunião com toda a equipe em exercício profissional no CAPS/ALFENAS, para expor o projeto e suas possíveis ações, reforçando a importância da saúde geral e acolhendo sugestões da equipe para posterior análise de sua aplicabilidade. Dentro da perspectiva de permitir que houvesse clareza nos objetivos do projeto foi proposta a Educação Continuada com os cuidadores dos usuários, inseridos nos locais de ação, durante todo o desenvolvimento das atividades propostas.

Essa ferramenta visou informar acerca da importância da saúde geral e da sua relação intrínseca com a higiene, a alimentação e a prática de atividades físicas. As estratégias desenvolvidas por meio de atividades lúdicas e conversas, sempre com orientações a respeito da higiene geral (lavagem das mãos, banho, corte das unhas e cabelos, lavagem e troca das roupas, cuidado com os calçados, uso de desodorantes, cuidados com a barba, higiene da mulher, escovação dos dentes e uso do fio dental). Para tanto, foram planejadas 10 sessões, que ocorreram quinzenalmente, com duração de duas horas em cada sessão.

A primeira sessão marcou o reconhecimento territorial do CAPs de Alfenas/MG pelos acadêmicos e a aproximação com a equipe de atuação desse local e os usuários que o frequentam. Por meio de um bate-papo os acadêmicos se apresentaram e solicitaram a identificação nominal dos usuários. Os acadêmicos explicaram aos usuários, de maneira geral, as atividades que seriam propostas no decorrer dos próximos meses de prática do projeto. O cenário do primeiro encontro foi colorido e animador, com cartazes e desenhos ilustrando variadas formas de autocuidado.

Durante essa interação inicial, música clássica esteve tocando no ambiente, enquanto todos os pacientes ganharam uma caixa personalizada pelos acadêmicos do Projeto Mentes Brilhantes, a qual continha um kit de produtos pessoais como escova dente, pasta dental, fio dental, pente de cabelo, sabonete, shampoo e condicionador. Além do mais, os pacientes receberam orientações de como usar os produtos para auxiliar na higiene pessoal (Figura 1).



Figura 1 – Oficina autocuidado

No segundo encontro foi abordado o tema banho. Nesse dia, através de cartazes demonstrou-se os passos de um banho eficiente, a importância do uso do sabonete, a necessidade de se lavar todas as partes do corpo, a importância de se utilizar toalhas secas e limpas, o uso consciente da água e da energia elétrica. Nesse momento, propôs a execução de dinâmicas que fornecessem uma noção do próprio corpo, tendo em vista que grande parte dos usuários apresenta dificuldade motora na hora do banho.

Na terceira sessão, o tema “cuidados com a higiene das roupas e calçados” foi abordado por meio de cartazes e macromodelos discutindo-se a importância da troca de roupas, do uso de desodorantes e da troca de calçados. Através de um varal lúdico, montado na área externa do prédio da instituição, cada usuário recebeu uma peça de roupa (fictícia ou real). Uma máquina de lavar, feita com caixa de papelão, recebeu as roupas desses usuários para uma lavagem lúdica e depois cada usuário se encarregou de colocar suas “roupas” no varal. Também houve o estímulo dos acadêmicos para que os usuários posicionassem os calçados no sol (Figura 2).

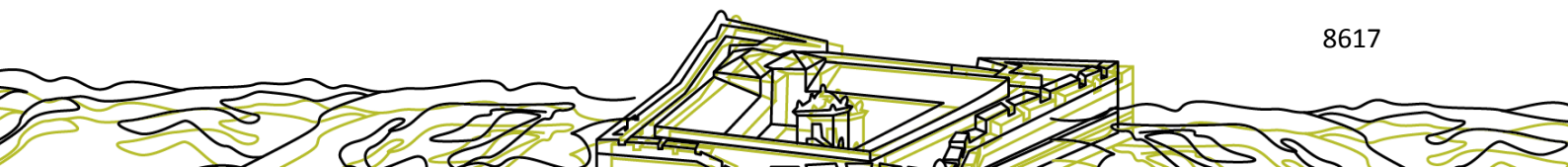




Figura 2. Oficina vestindo a camisa

Na quarta sessão formaram-se dois grupos, um masculino e outro feminino, onde ficaram em ambientes separados. Com o grupo masculino, assuntos como o cuidado com a barba, com as unhas e cabelos foram abordados. Também se discutiu assuntos pertinentes à sexualidade, às doenças sexualmente transmissíveis e à prevenção dessas doenças. Aparelhos de barbear para demonstrações, bem como preservativos foram levados, para confirmar os assuntos abordados através da apresentação de slides. Como atividade de fixação, os homens elaboraram um cartaz com colagem de figuras que exaltaram a importância do autocuidado masculino. Com o grupo feminino, também abordou-se assuntos sobre o cuidado com os cabelos, com as unhas, com a depilação, a importância do uso do desodorante, a necessidade da troca de absorventes íntimos, os cuidados com as relações sexuais e a importância da autoimagem. Foram levados absorventes íntimos para demonstração do autocuidado feminino. Como atividade de fixação, as mulheres também fizeram um grande cartaz sobre o amor próprio feminino. Ambos os cartazes foram dispostos e afixados em lugar visível por todos. Mini peças teatrais também foram apresentadas para solidificar as ideias propostas (Figura 3).

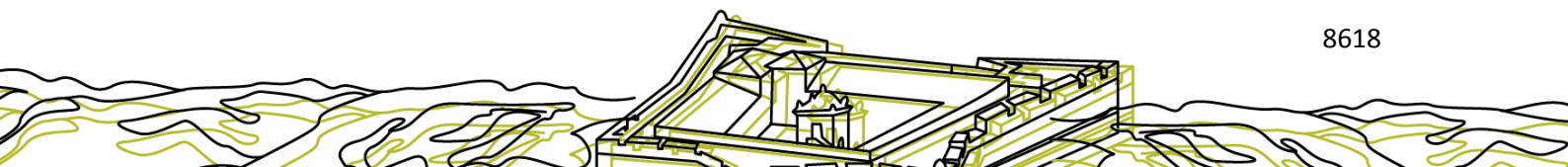


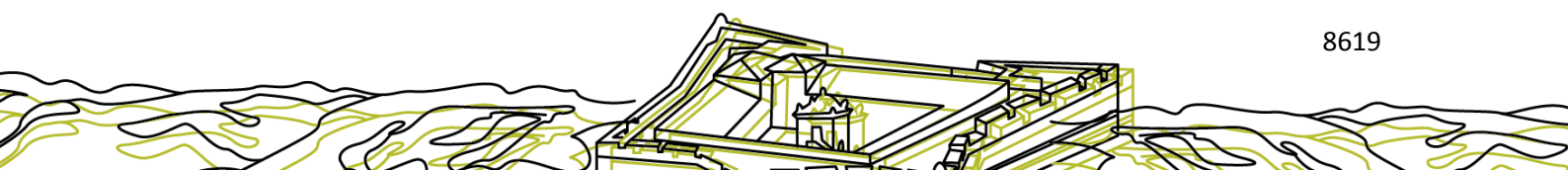


Figura 3 – Oficina de beleza

Na quinta sessão, houve uma grande prática dos temas abordados até o referido momento. Foi agendado com antecedência na instituição o uso dos chuveiros e das toalhas. Ademais tendo em vista que alguns profissionais em exercício no CAPS fazem esporadicamente o corte das unhas/cabelos/barbas dos usuários nessa sessão, foi realizado um mutirão para que esses cuidados fossem concretizados. Também inseriu-se maquiagens, assim como perfumes, com atuação profissional voluntária, como cabeleireiros, manicures, etc. No fim da sessão houve um desfile emblemático “Luz, Câmera, Ação”.

Na sexta sessão foram abordados assuntos direcionados à higiene ambiental. Nesse momento, abordou-se a lavagem de louças, faxina em casa, a troca dos lençóis e a limpeza dos banheiros. A questão da compulsão por acumular objetos foi abordada, bem como assuntos ligados a outros tipos de obsessão. A atividade lúdica proposta iniciou com uma dança coreografada da música “Vou Varrendo” (Grupo Molejo). Todos os usuários ficaram de posse de uma vassoura e papéis em formato de coração que foram lançados em um ambiente fechado para que pudessem ser varridos e colocados no lixo. Aconteceu, também, uma discussão sobre as maneiras de se manter o ambiente do CAPs de Alfenas/MG limpo, estimulando a prática através de exemplos.

Na sétima sessão o assunto drogas foi abordado utilizando o projetor de multimídia. Nesse dia, com muita sensibilidade, abordou-se os malefícios das drogas (lícitas e ilícitas) e a longa caminhada que se inicia quando se decide abandonar o vício. Isso por que muitos usuários tiveram experiências de surto psíquico ao se drogarem. Como atividade de fixação, realizou-se desenho e pintura sobre esse assunto bem



como a escuta de músicas motivacionais, além de dar abertura para os usuários que quiseram relatar suas vivências com as drogas.

Na oitava sessão, foi abordado o assunto Nutrição Saudável em que se discutiu a importância da ingestão de alimentos saudáveis, observando a lógica do preço dos alimentos e da acessibilidade a eles. Os pontos como a hipertensão arterial, diabetes, deficiência de cálcio e cárie dentária foram apresentados por meio de slides e cartazes. Como atividade de fixação, foi desenvolvida a composição de uma paródia sobre o assunto. Na nona sessão, abordou-se a importância da atividade física por meio da visita de um educador físico ao CAPs que realizou um bate papo a respeito de jogos e esportes que os usuários praticam ou praticaram durante a vida. A sessão foi finalizada com a realização de uma caminhada em grupo (Figura 4).



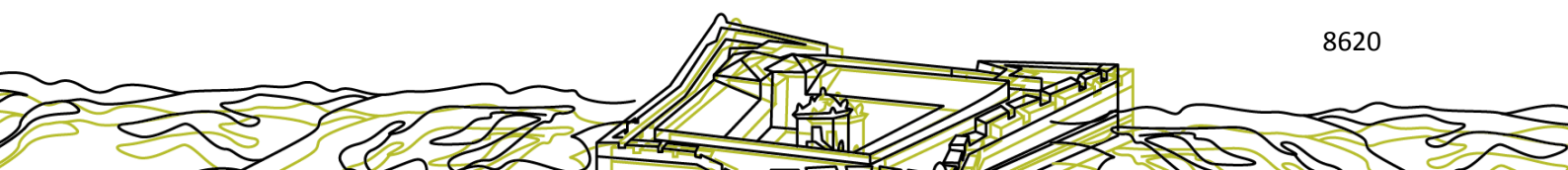
Figura 4 – Oficina Saúde e Atividade Física

Na décima sessão foi realizada a despedida e finalização das atividades planejadas para execução no ano de 2017 pelo grupo da UNIFAL-MG em relação aos usuários do CAPs e os funcionários desse local.

Ademais, concomitantemente ao desenvolvimento dessas ações descritas anteriormente, houve capacitações da equipe executora (docentes, acadêmicos e pósgraduandos) em reuniões quinzenais para análise das ações propostas e executadas. Isso proporcionou o conhecimento e o interesse acerca da psiquiatria e da psicologia entre os membros da equipe da UNIFAL, favorecendo a eliminação de visões arraigadas ao

preconceito.

Resultados e Discussões:



A capacitação a toda a equipe executora foi fundamental aos membros envolvidos no projeto para estimular o desenvolvimento das habilidades criativas nos participantes e aprender a lidar com as adversidades que eventualmente pudessem surgir. O projeto propiciou aos alunos participantes um enfoque maior da disciplina de Saúde Coletiva I e II, a qual faz parte do currículo do curso de Odontologia. Porém, como ela é lecionada somente em dois períodos do curso, estes alunos, que se interessaram pelo projeto tiveram uma nova oportunidade de aproveitar sistematicamente a disciplina de forma dinâmica na Extensão. Isso contribuiu positivamente para o aprendizado acadêmico. Ademais foi importante para estimular um envolvimento humanístico entre os membros e na construção de um saber multiprofissional através da relação dos acadêmicos com os funcionários e demais profissionais em exercícios de suas atividades.

Quanto as reuniões que antecederiam cada oficina elas funcionaram como um momento de aprendizagem e conhecimento sobre a saúde mental. Uma forma de dimensionar a avaliação das oficinas do CAPs foi a confecção e aplicação de um instrumento diário que fosse preenchido após a execução de cada atividade. Assim o diário de campo teve a função de registrar o retorno e/ou feedback de cada sessão.

Ao analisar essas impressões percebemos que segundo os acadêmicos 87,3% dos pacientes eram receptivos, participativos e interessados durante as abordagens, que entendiam do que estava se falando e davam opinião sobre os assuntos discutidos dentro das oficinas. Além do mais, foi avaliado que 11,9 % dos usuários do CAPs encontravam-se dispersos durante as atividades realizadas nas oficinas, provavelmente, pelo uso de medicação sedativa, o que dificultava o relacionamento com outras pessoas, dispersão, não participação ou isolamento durante as oficinas.

Nas atividades realizadas 85,7 % destacaram o interesse dos pacientes nas oficinas, pois os mesmos aderiam os assuntos em evidencia e ao mesmo tempo ajudavam nas explicações dos acadêmicos para seus colegas do CAPs fazendo uma interlocução para os usuários e acadêmicos, porém 14,3% relataram a falta de interesse de alguns clientes do CAPs. Por meio do preenchimento do diário conseguimos ter um feedback sobre a metodologia utilizada em 88,0% e a mesma foi satisfatória, além de obtermos uma retroalimentação positiva dos pacientes para com o temas das oficinas, o que foi relatado pela equipe do projeto que valorizou muito o auto cuidado para com os mesmos.

Sobre o ambiente de convívio no CAPs 79,0% dos diários de campo destacaram que o ambiente estava calmo e propício para prosseguir a oficina onde o transcorrer foi

aproveitável para a maioria dos pacientes que se encontrava no recinto do CAPs. Apenas 21% registraram a presença de um ambiente agitado com dificuldade de realizar a oficina proposta, pois no local alguns pacientes se encontravam em surtos psicóticos, o que alterava o ambiente de trabalho dos acadêmicos. No CAPs, observou-se que 93% dos profissionais que trabalhavam no local, ajudaram nas atividades e somente 7% não puderam colaborar com o desenvolvimento de suas atribuições do atendimento local. Observou-se também que os pacientes ficavam extremamente alegres quando os profissionais do CAPs participaram das oficinas propostas pelos membros do projeto.

O projeto teve articulação entre o ensino, pesquisa e extensão, influenciando diretamente em uma mudança no processo pedagógico, pois os alunos, participantes, tiveram um aprendizado diferenciado devido às ações e o local em que o mesmo foi desenvolvido. Ao mesmo tempo a extensão possibilitou a democratização do saber acadêmico, além de uma contribuição para transformação da sociedade, proporcionando essa relação aos acadêmicos com impacto técnico – científico e sociopessoal, fruto de um tripé dentro da Universidade. O projeto teve a oportunidade de ser apresentado no ano passado em eventos científicos exclusivamente de pesquisa como a SBPqO (Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica) e de pesquisa e extensão atrelados como o III Simpósio Integrado da UNIFAL e Semana Nacional de Ciência e Tecnologia, ambos na UNIFAL.

Ademais foi possível realizar concomitantemente as ações de extensões, dois trabalhos de pesquisas, nos quais um esteve vinculado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e outro ao Mestrado em Ciências Odontológicas da UNIFAL-MG. Quanto às ações de ensino elas estiveram vinculadas a suprimir a deficiência de conteúdo vinculado a Saúde Mental na grade curricular do curso de Odontologia da UNIFAL-MG.

A partir destes resultados coletados observou-se que houve uma visão mais ampla das condições dos pacientes e de sua saúde geral, vinculado com uma visão humanista entre os acadêmicos envolvidos com os pós-graduandos e coordenadores do projeto. Ademais houve uma relação dialógica entre o presente projeto de extensão e a comunidade, uma vez que a realização do mesmo não seria possível se não houvesse o público-alvo a ser abordado e o local disponível e propício para as orientações.

Conclusões e Considerações finais:

Com a execução do projeto pretendeu-se sensibilizar os usuários do CAPS de Alfenas/MG para uma melhoria de sua qualidade de vida. O presente projeto gerou

impacto social uma vez que os protagonistas foram os pacientes psiquiátricos, responsáveis e cuidadores. Acredita-se que esse público além de ter papel atuante no projeto foi também o mais beneficiado pelas ações realizadas, o que o tornou mais informado e ao mesmo tempo ampliou sua participação como multiplicadores de informação no contexto social.

Os acadêmicos tiveram a oportunidade de transmitir as informações adquiridas na Universidade para o público externo em questão, além de ter uma troca de experiências enriquecedora com esse público em especial. Além disso, visou capacitar os acadêmicos da UNIFAL/MG a atuação e atenção ao indivíduo assistido no CAPS de Alfenas/MG de forma interdisciplinar e multiprofissional.

Em relação a instituição o benefício esteve atrelado ao fato do projeto em questão ser extensionista, o que dá maior visibilidade a mesma e concomitantemente é capaz de criar vínculos entre a população e a Universidade, ofertando não só uma Odontologia meramente curativista, mas também preventiva e educativa.

Ademais, estabeleceu-se uma parceria com os funcionários do CAPS, cuidadores (familiares ou demais responsáveis) e acadêmicos para que pudessem trabalhar em equipe e isso gerou um reflexo positivo na melhoria da saúde geral desses pacientes.

Referências Bibliográficas:

- 1- AMANCIO, V.R. A construção de uma clínica para os CAPS a partir da direção da psicanálise. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v.3, n.1, p. 5-9, 2015.
- 2- BENTON, D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. **International Journal of Obesity**, v. 28, n. 7, p. 858-869, 2004.
- 3- CARVALHO, E.M.C.; ARAÚJO, R.P.C. A saúde bucal em portadores de transtornos mentais e comportamentais. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 4, n. 1, p. 65- 75,2004.

- 4- BERTAUD-GOUNOT, V., et al. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v.13, n.9, p. 227-232, 2013.
- 5- LUCCHESI, R., et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n. 9, p. 2033-2042, 2009. 6- MINIHAN, P.M., et al. At-home oral care for adults with developmental disabilities. **The Journal of the American Dental Association**, v. 145, n. 10, p.1018-1025, 2014.
- 7- MUN, S.J., et al. Reduction in dental plaque in patients with mental disorders through the dental hygiene care programme. **International Journal of Dental Hygiene**, v.12, n.2, p.133– 140, 2014.
- 8- ROSA, C.M.; VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)pedosa à responsabilização. **Revista Barbarói**, v.37, n. 2, p.154-176, 2012.
- 9- SACCHETTO, M.S.L.S., et al. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.42, n.5, p. 344-349, 2013.
- 10-SOUZA, S.P., et al. Qualidade de vida do cuidador e saúde bucal do indivíduo com necessidade especial. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n.2, p. 257-262, 2011.

MONITORAMENTO DE CONTATOS DE HANSENÍASE A PARTIR DE EXAMES COMPLEMENTARES EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO

Área Temática: Saúde.

Emerson Costa Moura¹; Dorlene Maria Cardoso Aquino²; Maria de Fátima Lires Paiva³;
Márcio Darlan Lires Paiva⁴

Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Resumo

A hanseníase é uma doença milenar, no entanto, ainda hoje se configura como um problema de saúde pública no Brasil. Considera-se a vigilância dos contatos como um dos pilares para o controle da hanseníase, por isso, a ausência de investigação destes pressupõe a perda de diagnóstico precoce, mantendo a cadeia de transmissão do bacilo. O município de São Luís- MA, apresentou 52,3 casos/100 mil habitantes em 2015, o que a coloca no padrão de hiperendemicidade. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter quantitativo que tem por objetivos realizar monitoramento dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico, verificando se houve adoecimento desses contatos; caracterizados quanto ao gênero, faixa etária e tipo de convívio com o caso índice. Participaram da pesquisa trezentos contatos de hanseníase, dos quais apenas quarenta contatos comparecendo ao estudo, no período de 01 a 16 de dezembro de 2016. Dos contatos deste estudo, são 57,5% do sexo feminino e 42,5%, masculino. A faixa etária predominante foi 12 e 20 (32,5%) anos de idade. No convívio com o caso índice, a maioria (62,5%), conviveu no meio intradomiciliar. Quanto à Forma Clínica do caso índice dos contatos, (22,5%) não soube informar. A forma clínica Dimorfa-dimorfa foi a mais frequente (22,5%). No que se refere à Classificação Operacional do caso índice, 80% forma multibacilar e 20% a forma

¹ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Doutora em Patologia Humana. Enfermeira. Co-autora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFMA.

³ Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental. Enfermeira. Orientadora. Professora do Departamento de Saúde Pública da UFMA.

⁴ Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva. Fisioterapeuta. Bombeiro Militar Mergulhador. Co-autor.

paucibacilar. A maioria dos contatos apresentou uma cicatriz de BCG (77,5%). O perfil dos contatos, atendidos no município, é composto por jovens, do sexo feminino, consanguíneo de 1º grau com o portador e uma dose BCG. Com predomínio da classificação operacional multibacilar e forma clínica diforma, indicando diagnóstico tardio. No presente estudo 10% dos contatos foram diagnosticados com hanseníase. Portanto, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o assunto, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município São Luís, contribuindo para um efetivo controle.

Palavras-chave: Hanseníase; Contatos de portadores de hanseníase; Acompanhamento de contatos.

Introdução

A hanseníase, doença crônica estigmatizante com potencial de causar danos neurológicos, resulta da infecção pelo *Mycobacterium leprae*. Apesar das várias campanhas para eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter anunciado a eliminação da doença em vários países endêmicos em 2005, sua incidência, que é estimada pela detecção de casos novos, permanece alta no Brasil (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

No Brasil, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública. Em 2014, foram notificados 31.064 casos novos. Sabe-se que há uma estabilização na prevalência da doença nos últimos anos, no entanto, ainda existe a necessidade de intensificar a busca ativa de casos novos devido à alta endemicidade em algumas regiões. Ainda no mesmo ano, a região Nordeste concentrou o maior número de casos de hanseníase (13.523), seguida da região Norte com (6.113) casos, o Centro Oeste com (5.878) casos, ficando o Sudeste com (4.510), e a região sul com o menor registro de casos (1.035) (BRASIL, 2015).

Em 2014, o Maranhão destacou-se negativamente como sendo o estado brasileiro com maior número de casos novos de hanseníase (3.632) e o terceiro com o maior coeficiente de prevalência (4,26/10.000 hab.) e de detecção geral (53,02/100.000). Entre os anos de 2010 a 2014 foram contabilizados 18.660 pessoas com hanseníase no Maranhão. Mesmo com taxa de cura no estado crescendo de 29,7% para 63,8% em 2004 e passando para 82,8% em 2014, o estado continua com uma alta endemicidade da doença. No Município de São Luís foram detectados 440 casos de hanseníase no ano de

2014. Dentre os municípios do Estado do Maranhão, Imperatriz ocupou a segunda posição com 131 casos registrados, seguida de Timon com 142 (BRASIL, 2015).

A hanseníase é uma doença onde a única fonte de infecção é o homem, a transmissão ocorre por meio das vias aéreas superiores das pessoas portadoras da doença. Assim, os familiares (contatos intradomiciliares) são geneticamente semelhantes ao caso índice e provavelmente mais susceptíveis que os não contatos.

A OMS alerta para a implantação de soluções inovadoras, como monitoramento de contatos, encaminhamentos, gestão dos programas, eliminação do estigma e da discriminação contra as pessoas afetadas pela hanseníase e suas famílias, bem como, a reinserção social dos doentes em suas comunidades (OPAS, 2010).

O contato de um paciente com a patologia torna-o mais propenso a adquirir a doença, sendo que este indivíduo possui grande importância na cadeia epidemiológica, visto que as ações voltadas para o controle dos contatos têm sido pouco valorizadas no contexto familiar e social, já que os serviços de saúde possuem maior preocupação com o controle da doença e do indivíduo doente (SOUSA et al., 2013).

Ximenes Neto et al. (2013) relatam que o diagnóstico rápido e efetivo, com o acompanhamento do tratamento, vigilância epidemiológica eficiente, sobretudo na busca ativa dos contatos, além das visitas aos lares das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atenção interdisciplinar, são medidas eficazes de controle da hanseníase.

Há necessidade de abordar o tema proposto, uma vez que, foi possível observar a alta desistência do tratamento da hanseníase bem como a precariedade no que se refere ao monitoramento dos contatos desses pacientes (PAIVA, 2013).

É importante ressaltar que o monitoramento seguido do diagnóstico precoce dos contatos de hanseníase é fundamental para o estabelecimento do tratamento imediato o que proporciona maior qualidade de vida e evita quadros mais agravados.

Com o objetivo de monitorar os contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico, verificando se houve adoecimento desses contatos, caracterizando quanto ao sexo, faixa etária e grau de parentesco do contato com o portador, classificação operacional do caso índice (PB ou MB), tipo de contato

(intradomiciliar, intra-íntimo, extradomiciliar, extradomiciliar-íntimo, ocupacional), forma clínica do caso índice e situação vacinal (BCG).

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de São Luís - Maranhão, avaliados durante a pesquisa e tese intitulada:

“Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico”. Pesquisa realizada pela Professora Doutora Maria de Fátima Lires Paiva, entre outubro de 2009 a outubro de 2011, no Serviço de Dermatologia no ambulatório do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão.

A população alvo deste estudo é de 300 contatos, selecionados a partir de um total de 599 contatos, avaliados durante a pesquisa e tese. O critério de seleção dessa amostra consistiu nos participantes que apresentaram alteração no resultado de algum dos exames realizados no período de 2009 a 2011 (teste intradérmico de Mitsuda, coleta de swab nasal, coleta de swab bucal, testes sorológicos Elisa anti-PGL1 e ML-Flow), principalmente resultados de Elisa maiores ou iguais a 0,6. Somente participaram da pesquisa contatos de portadores de hanseníase que tivesse idade igual ou superior a doze anos de idade. Quando do comparecimento à unidade de saúde, foi explicado o procedimento a ser realizado que é o exame clínico dermatoneurológico. Em caso de suspeita de hanseníase, esse contato foi encaminhado à uma unidade de saúde próxima do seu domicílio para possível confirmação de diagnóstico. Diante do exposto, foi avaliado 40 contatos de portadores de hanseníase.

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Dermatologia - ambulatório do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, no período de 01 à 16/12/2016. Procedemos com a convocação por meio de correspondências via correios por meio de aerogramas dos contatos selecionados, nos casos em que não foi possível a localização do cliente a comunicação e agendamento da consulta deu-se por telefone.

Durante a entrevista com o cliente, foi preenchido um formulário que conta com dados gerais do contato, informações do caso índice, procedimentos na abordagem, acompanhamento e situação de comparecimento do contato. Após realizada a entrevista com o contato juntamente com a análise de seu prontuário foi realizado o

exame dermatoneurológico visando detectar áreas sem sensibilidade e/ou manchas. Os contatos que apresentaram alterações foram encaminhados para serviços ambulatoriais de tratamento da hanseníase mais próximos de seus domicílios.

Após coletados, os dados foram analisados, tabulados e apresentados na forma de gráficos e tabelas, sendo que os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel 2010 para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o software BioEstat 5.0 (2007).

Para efeitos de tratamento dos resultados, toda a amostra foi descrita; porém, para a análise dos objetivos foram considerados apenas os indivíduos que compareceram para a avaliação, correspondente a quarenta pessoas (13,33% da amostra total).

O levantamento de dados somente teve início após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, HU-UFMA. Atendendo as normas em pesquisa com seres humanos.

Respeitando-se os aspectos éticos, a pesquisadora se propôs a agir com descrição e sigilo sobre a instituição e seu atendimento, conforme a Resolução 466/2012, para preservação dos dados dos pacientes, utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Compromisso e o Termo de Assentimento para os menores de idade, até os 12 anos. Os participantes da pesquisa assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os que aceitaram participar do estudo.

A pesquisa foi realizada em São Luís- Maranhão, capital do Estado, com uma população estimada, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1.082.935 habitantes, o que equivale a 15,48% da população total do Estado (6.954.036), e ocupa uma área de 834.785 Km² (IBGE, 2017). Está situada ao norte do Estado, onde se limita com o Oceano Atlântico; ao Sul com o Estreito dos Mosquitos, que a separa do continente; a Leste com a Bahia de São José e a Oeste com a Bahia de São Marcos.

O método utilizado foi o probabilístico para a escolha de amostragem aleatória simples, considerando o número da população da pesquisa anterior "Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico", quinhentas e noventa e nove pessoas, foram selecionados cerca de cinquenta por cento, resultando em trezentos contatos, sendo estes convidados a participar da pesquisa.

No início do processo da coleta de dados foram obtidas informações por meio dos protocolos de abordagem e seguimento de contato em hanseníase contidos no banco de dados, de todos os contatos de portadores de hanseníase já avaliados na referida pesquisa. Esses protocolos foram enumerados e assim realizou-se um sorteio aleatório através da tabela de números dos mesmos.

Assim sendo, foram convidados a participar do estudo por meio de correspondência via correios com data pré-agendada para atendimento, os contatos dos pacientes de hanseníase sorteados. Aqueles contatos os quais não foi possível localização via correios, a alternativa foi contatá-los via telefonema. Foram enviadas trezentos correspondências, conforme endereço encontrado nos protocolos. Das correspondências enviadas, trinta e nove cartas foram devolvidas por motivo de mudança de endereço, três por dados incompletos e/ou falta do CEP (Código de Endereçamento Postal). Da população convocada para o estudo compareceram quarenta contatos; duzentos e vinte e um contatos não compareceram ao convite, embora as correspondências não tenham sido devolvidas por quaisquer dos motivos já citados.

Procedimentos para a coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de um formulário adaptado pela autora desta pesquisa do Protocolo de Abordagem e Seguimento de Contato em Hanseníase do Centro de Referência Nacional em Hanseníase/ Dermatologia Sanitária-CREDESH- MG. O formulário foi utilizado para identificação dos fatores que se associam ao não comparecimento dos contatos conforme agendamento, considerando que na pesquisa “Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico”, após a primeira avaliação os contatos saíram com agendamento para retorno em um ano ou de acordo com o aparecimento de algum sinal ou sintoma da hanseníase.

A caracterização da amostra foi feita pela avaliação das variáveis: sexo, idade, grau de parentesco com o portador, tipo de contato, forma clínica, situação vacinal de BCG e classificação operacional dos casos índices.

Resultados e Discussão

Com relação às características dos participantes pesquisados, verificou-se que 57,5% eram do sexo feminino, 27,5% encontram-se entre a faixa etária de 12 a 17 anos. A respeito do grau de parentesco dos contatos com o portador de hanseníase, de acordo com a Tabela 1, podese constatar que o parentesco mais comum (30%) foi o de pai/mãe.

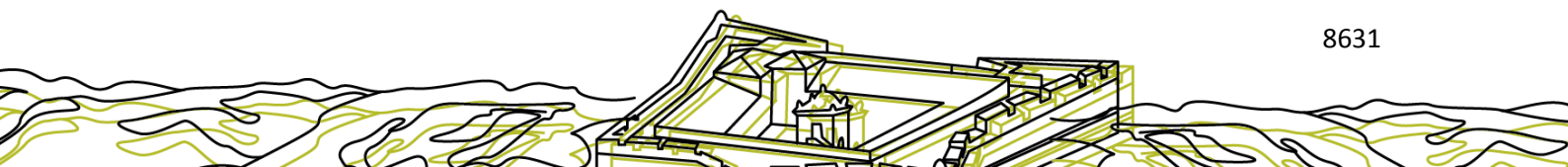
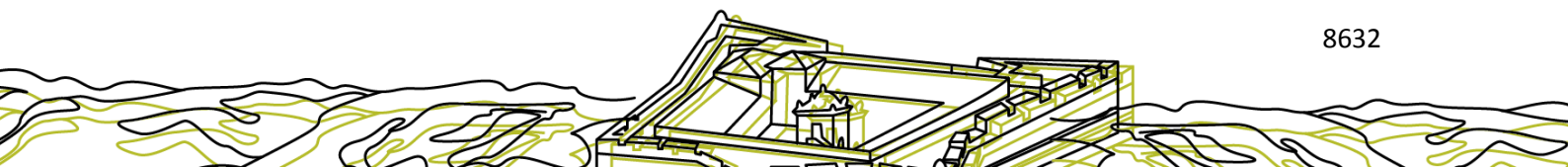


Tabela 1 – Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo sexo, idade e grau de parentesco com o caso índice. São Luís, 2016.

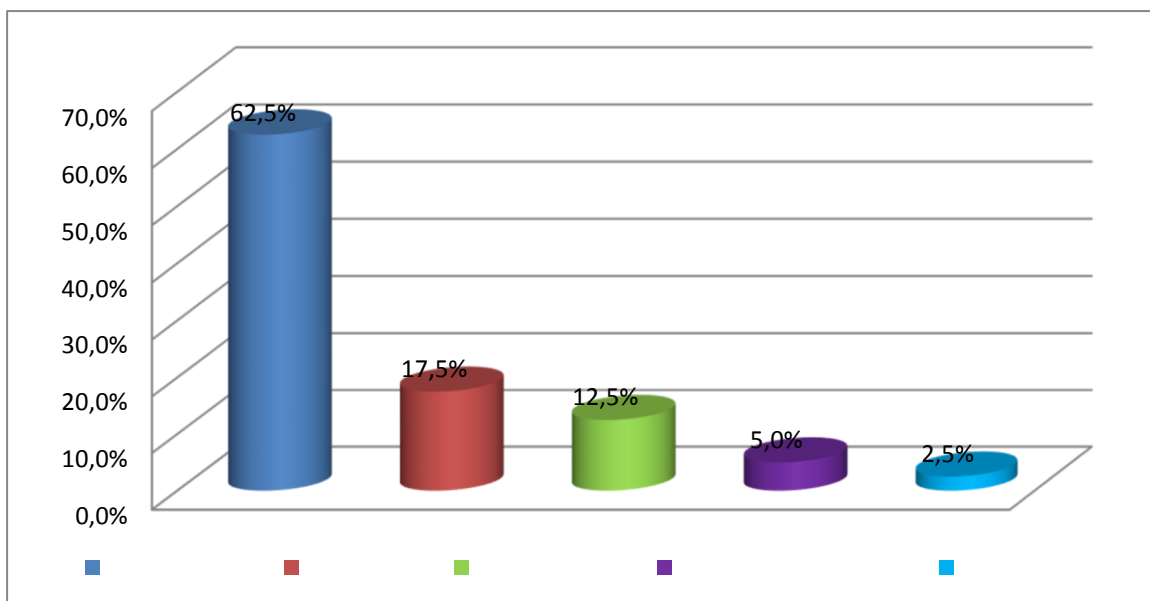
Variáveis	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	17	42,5
Feminino	23	57,5
<i>Faixa etária</i>		
12 a 17 anos	11	27,5
18 a 20 anos	2	5,0
21 a 30 anos	4	10,0
31 a 40 anos	6	15,0
41 a 50 anos	3	7,5
51 a 60 anos	8	20,0
Mais de 60 anos	6	15,0
<i>Grau de parentesco</i>		
Cônjuge	7	17,5
Primo de segundo grau	3	7,5
Mãe/pai	12	30,0
Irmão/irmã	6	15,0
Filho/filha	6	15,0
Amigo/amiga	1	2,5
Vizinho	1	2,5
Avó	2	5,0
Sobrinho	1	2,5
Sogra	1	2,5
TOTAL	40	100,

No gráfico 1, com relação ao tipo de contato, verificou-se 62,5% eram intradomiciliares, seguido 17,5% intra-íntimo e 12,5% extradomiciliar.

Gráfico 1 - Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo tipo de contato.

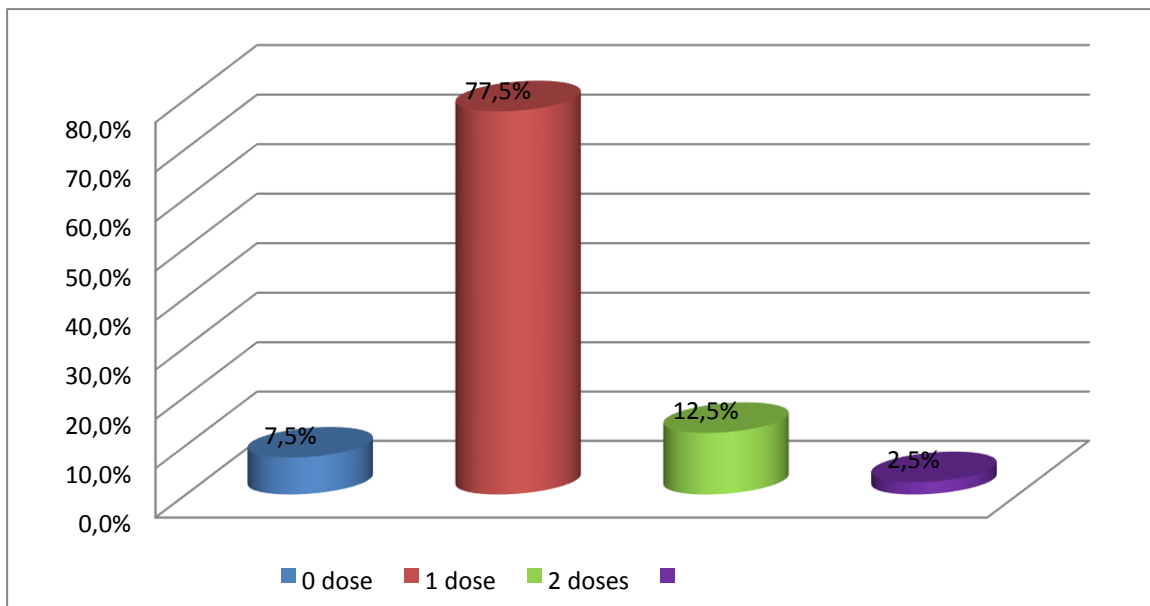


São Luís, 2016.



Dos 40 contatos pesquisados, 77,5% possui uma dose vacina BCG-ID (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos contatos de portadores de hanseníase, segundo a situação vacinal. São Luís, 2016.



No gráfico 3, verificou-se que a maioria (90%) dos contatos não foram diagnosticado com hanseníase.

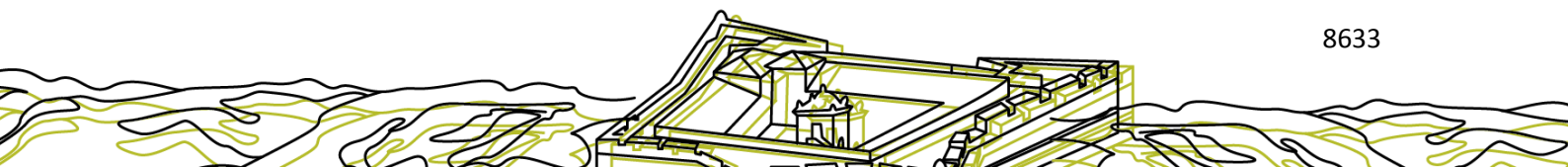
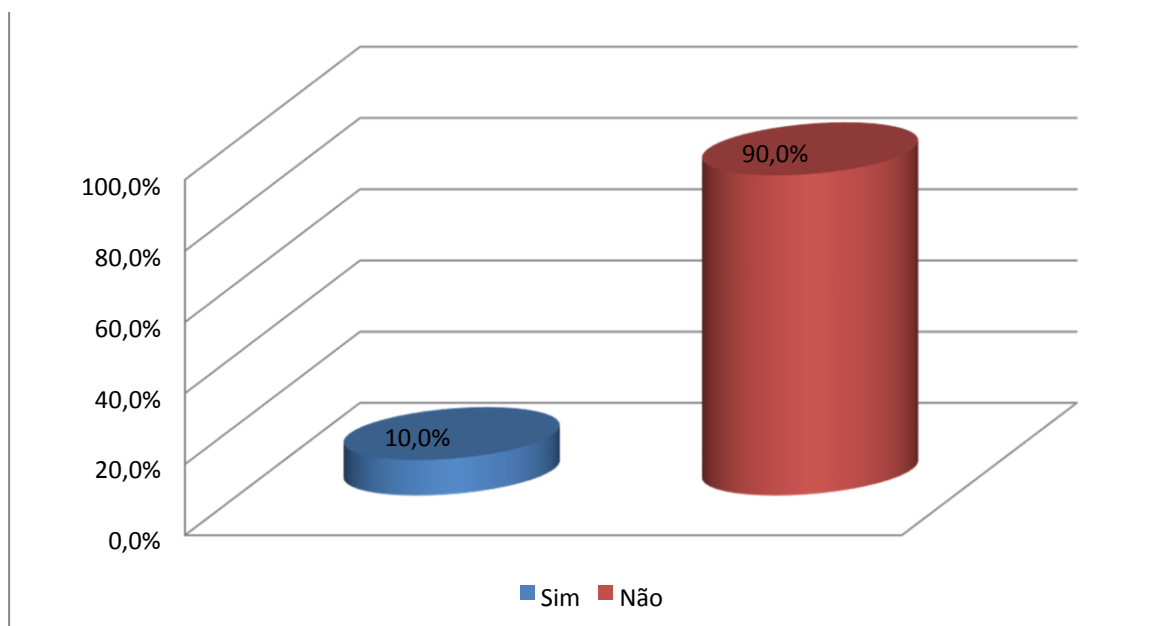
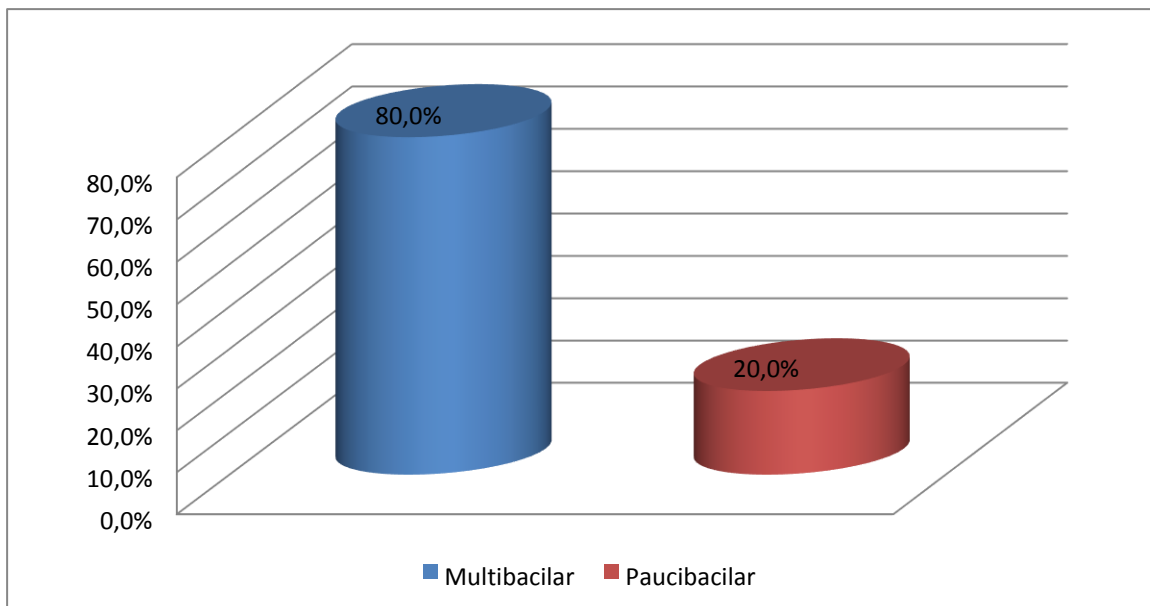


Gráfico 3 - Distribuição dos contatos de portadores de hanseníase, segundo o diagnóstico da patologia. São Luís, 2016.



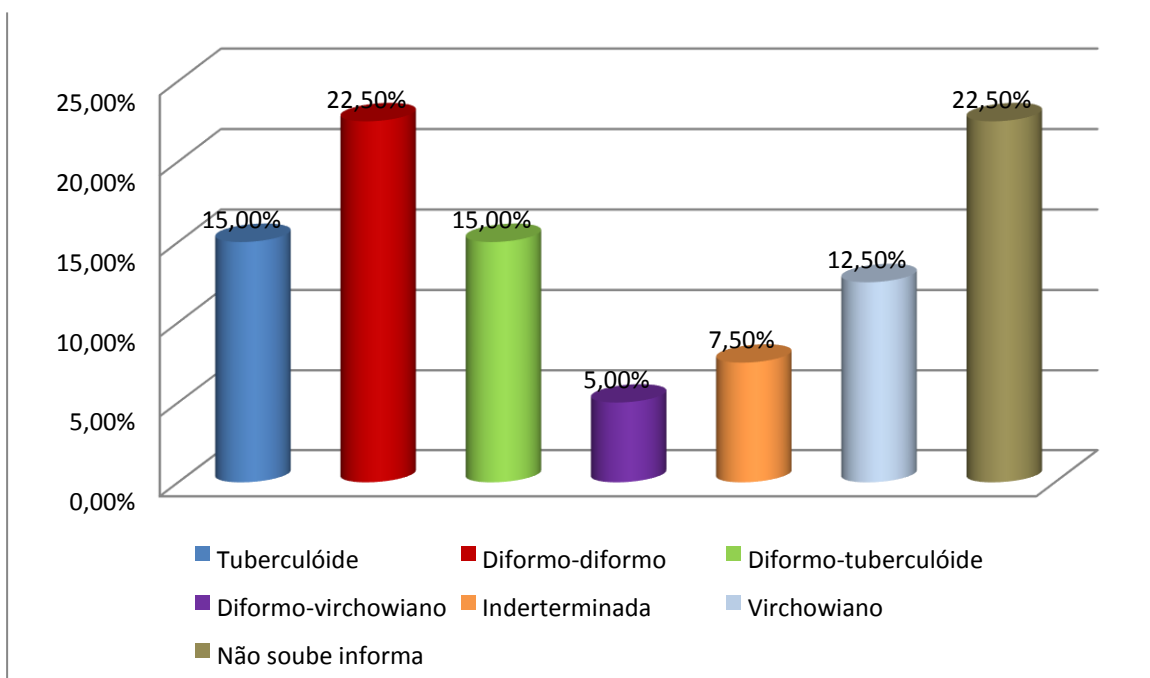
No gráfico 4, observa-se que 80% dos contatos são de casos índices multibacilares e 20% de casos paucibacilares.

Gráfico 4 - Distribuição dos contatos de portadores de hanseníase, segundo classificação operacional do caso índice. São Luís, 2016.

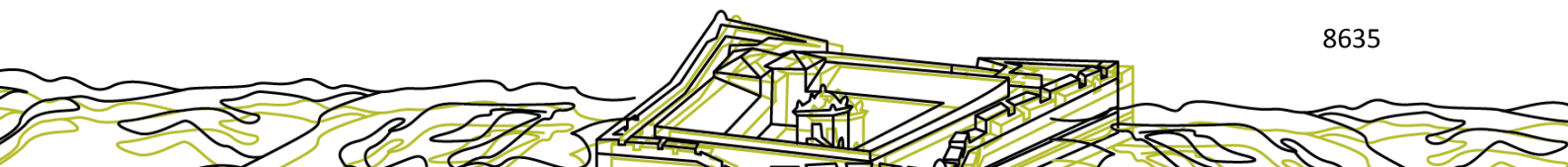


Com relação à forma clínica do caso índice, verificou-se no gráfico 5, que houve números semelhantes de casos Diformo-diformo e os que não souberam informar, 22,5% respectivamente.

Gráfico 5 - Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo forma clínica do caso índice. São Luís, 2016.



O predomínio do gênero feminino verificado neste estudo foi corroborado com o estudo de Lobato, Neves e Xavier (2016) no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará,



Brasil, no período de 2004 a 2008, descreveram que a maioria era do sexo feminino (60%), e na pesquisa de Peixoto et al. (2011) realizado em São Luís – MA, verificaram que a maior frequência de contatos do sexo feminino (50,3%). Lobo et al. (2011) relatam que os homens, geralmente são mais afetados pela hanseníase, contudo mulheres, enquanto contatos se mostraram mais propensas a adquirir a doença.

Com relação à idade, observou-se maior frequência na população de faixa etária menores de 18 anos. Os achados relativos à faixa etária estão também corroborando com estudos previamente realizados no estado do Maranhão que revelaram prevalência da doença em idades mais precoces, abaixo de 18 anos (AQUINO et al, 2003; FIGUEIREDO; SILVA, 2003; FERREIRA; ALVAREZ, 2005; PEIXOTO et al., 2011), demonstrando que o contato vem ocorrendo em jovens, seja pela existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde ou ainda pela falta de controle dos contatos\comunicantes dos pacientes já inscritos.

A população infantil tem mais facilidade de ter contato com doentes bacilíferos e raramente são observados casos em menores de dois anos, principalmente da forma Virchowiana. Os sinais clínicos da hanseníase muitas vezes não são fáceis de serem diagnosticados nesta população, sendo a idade um fator limitador e, em algumas regiões endêmicas, é alto o número de crianças com deformidades provocadas pela hanseníase (PIRES et al., 2012; LUNA et al., 2014).

Com relação ao parentesco, os dados foram semelhantes ao estudo de Ferreira, Ferreira e Morraye (2012), realizado em Paracatu (MG), de 2004 a 2006, verificaram que 33,0% dos contatos (escolares) que foram tratados de hanseníase relataram pai/mãe como caso-índice e Durões et al. (2010) realizou um estudo com 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, verificaram que 71,2% dos contatos com o parentesco de primeiro grau apresentaram maior probabilidade de adoecer. Pires et al. (2012) relatou um caso de uma criança menor de 1 ano que apresentou a doença, pois a mãe e o pai apresentavam, respectivamente, hanseníase dimorfa e virchowiana, com lesões instaladas há mais de um ano sem diagnóstico. Nesse contexto, a literatura ressalta que a hanseníase é considerada uma doença de longo período de incubação, no entanto, parentes próximos do doente também são suscetíveis. Portanto, em áreas endêmicas e quando ocorrem casos na família o risco de parentes de 1º grau adoecerem aumenta.

Houve predomínio significativo de contatos intradomiciliares. A literatura afirma a importância das ações voltadas para este tipo de contato de hanseníase, visto que eles constituem-se em grupos de risco, que podem estar se configurando em focos ocultos,

pois, pode-se ressaltar que todo portador de hanseníase foi primeiramente um comunicante (OLIVEIRA et al., 2007; ANDRADE et al., 2008; PEIXOTO et al., 2011; PIRES et al., 2012 XIMENES NETO et al., 2013; TRINDADE, 2015).

Com relação a situação vacinal, verificou-se que a maioria dos contatos pesquisados possui uma dose de BCG. No estudo de Trindade (2015) que avaliou a ocorrência de casos de hanseníase entre os contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados com hanseníase em 2012, em João Pessoa/PB, observou que oitenta e oito (46,3%) contatos referiram ter tomado a BCG nos últimos 5 anos. No exame físico, a maioria (86,8%) apresentava alguma cicatriz vacinal, sendo que 139 (73,2%) apresentavam apenas uma. Na pesquisa de Dessuntiet al. (2008), analisaram variáveis relacionadas aos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase, atendidos no município de Londrina-PR, num período de dez anos, verificaram que 46,9% dos contatos não foram avaliados em relação ao estado vacinal e somente 22,3% apresentaram indicação de uma dose.

O Ministério da Saúde, que recomendava duas doses com intervalo de seis meses, passa a adotar nova conduta, não indicando o aprazamento do contato para a segunda dose. Assim, em contato considerado indene (não-doente), deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir a seguinte orientação: uma dose, na ausência ou na presença de uma cicatriz; não vacinar no caso de apresentar duas cicatrizes (BRASIL, 2008).

No presente estudo, constatou-se que 10% dos contatos da população estudada foram afetados pela doença, como em outras pesquisas, a de Lobo et al. (2011), que investigaram a prevalência de pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Campos dos Goytacazes, RJ, verificaram que 16% da população estudada, 564 casos notificados entre os anos de 2006 e 2010.

Contudo, o resultado do estudo em questão foi superior ao encontrado por Dessuntiet al. (2008), Ferreira et al (2007) e Miranzi et al. (2010), que relataram, respectivamente, 0,9%, 2,4% e 4,4% dos contatos de sua população de estudo acometidos pela doença. A literatura afirma que com relação ao contato, ainda não existem avanços na terapêutica para este público, ou seja, os modelos de atenção à saúde contemplam ações de controle dos contatos, mas, na prática, estas não estão integradas às demais ações das unidades de saúde.

Outro achado que reforça a hipótese de diagnóstico tardio foi a alta prevalência da

classificação operacional multibacilar, nos casos índices. Pacientes multibacilares são considerados a principal fonte de infecção e são, também, os mais susceptíveis ao adoecimento (FERREIRA et al., 2007). Dessa forma, o estudo demonstra que os casos com maior potencial de transmissibilidade estão sendo detectados pela Unidade Básica de Saúde, mas também mostra que o diagnóstico desses pacientes está sendo feito tardiamente.

Em concordância com os resultados desse estudo, outros inquéritos epidemiológicos realizados em outros estados como no município de Vale do Jequitinhonha – MG (LANA et al. 2008) e município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro (DURÕES et al., 2010), que verificaram, respectivamente, 93,2% e 69,2% eram multibacilares.

A análise das formas clínicas revelou predomínio significativo da forma diforma e um baixo percentual de forma indeterminada. Resultados semelhantes foram descritos por Gomes et al. (2005) na qual os pacientes apresentavam, de acordo com a classificação de Madri, apenas 5,8% da forma indeterminada. Esse fato pode indicar que há um atraso no diagnóstico e permite inferir que a rede básica não vem detectando os casos nas formas iniciais da doença.

O baixo percentual da forma Indeterminada da Hanseníase de 7,5% pode ser explicado pelo alto índice das formas graves, isto pode ser esclarecido, de acordo com Pereira et al (2008), porque a forma Indeterminada evolui para as formas mais graves, pelo atraso no diagnóstico, falta de informação da sociedade e pela resistência do paciente em aceitar ser portador da Hanseníase, impedindo o diagnóstico precoce permitindo a evolução para formas graves.

Conclusão/Considerações Finais

A análise dos 40 contatos, atendidos no município de São Luís - MA, mostra que a maioria é composta por uma população jovem, do sexo feminino e com pai e mãe como grau de parentesco. Com relação a situação vacinal, maioria dos contatos tomaram somente uma dose da vacina. Com a análise das informações, verificou-se um predomínio da classificação operacional multibacilare um percentual elevado de casos com forma clínica diforma, indicando diagnóstico tardio da doença e corrobora com isso o percentual baixo da forma indeterminada ao diagnóstico.

Por fim, os resultados dessa pesquisa estão de acordo com estudos que consideram que os contatos intradomiciliares de paciente com hanseníase, possuem maior exposição a cargas bacilares, colocando-os em risco de adquirir a doença.

Nesse contexto, estudos realizados em populações distintas, especialmente os de contatos, são de grande importância para a elucidação da cadeia de transmissão da hanseníase e constituem ferramentas para manejo de estratégias de controle desse agravo, permitindo ao profissional de saúde desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades da hanseníase na população estudada.

Portanto, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o assunto no município, tendo o propósito de conhecer melhor a distribuição da doença a nível local, pois acredita-se que estes estudos devem possibilitar a construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município, contribuindo para um efetivo controle.

Referências

- AQUINO, D. M. et al. Profile of leprosy patients in a hyperendemic area of Amazonian Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical**. v. 36, n.1, p.57-64, 2003
- ALEXANDRE, Adriana Regina Silveira et al. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. **Revista do Hospital Universitário /UFMA**, São Luís, v. 10, n. 1, jan./abr. 2009.
- ALVES, L.J. PSF e Hanseníase: Limitações na erradicação da doença. **Hansen International**, v. 2, n. 33, p. 53-129, 2008. Suplemento 1.
- ANDRADE, A.R.C. et al. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. **RevSocBrasMedTrop**, Uberaba, 41(Suplemento II):56-59, 2008.
- BATISTA, E.S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 2, n. 9, p. 101-106, mar./ abr. 2011.
- BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A hanseníase e a sua quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 247-256, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. **Situação Epidemiológica da Hanseníase**. 2015. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/hanseniase_2011_final.pdf> Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primarycareassessment tool pcatool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 195 p.

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul. **Hansen International**. v. 2, n.31, p. 15-9, 2006.

DESSUNTI, Elma Matias et al . Hanseníase: o controle dos contatos no município de LondrinaPR em um período de dez anos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 689693, Nov. 2008.

FERREIRA, I.L.C.S.N.; FERREIRA, I.N.; MORRAYE, M.A. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. **Hansen Int**. 2012; v.37 , n.1, p: 35-44, 2012.

FERREIRA, Isaias Nery; EVANGELISTA, Maria do Socorro Nantua; ALVAREZ, Rosicler Rocha Aiza. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu - Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa (2004 a 2006). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 555-567, Dec. 2007 .

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.8, n.1, p.41-9, 2005.

FIGUEIREDO, I. A.; SILVA, A. Ada. Increase in leprosy detection rates in São Luís, Maranhão, Brazil, from 1993 to 1998: is the endemic expanding? **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n. 2, p.439-45, 2003.

GOMES, C.C.D. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, p. 283-288, 2005, suplemento, 3.

LANA, F. C. F., AMARAL, E. P., LANZA, F. M., NEVES, A., DE SALDANHA, S. L. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 16(6), 993-997, 2008.

MARTINS, A. C. C; CASTRO, J. C; MOREIRA, J. S. Estudo retrospectivo de 10 anos em endoscopia das cavidades nasais de pacientes com hanseníase. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 71, n. 5, p. 609-616, out, 2007.

OLIVEIRA, F. F. L; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro - oeste do Paraná. **Rev. Saúde e Biol**, v. 1, n. 7, p. 45-51, 2012.

OLIVEIRA, B.F.A.O. et al. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. **Rev Espaço para a Saúde**, Londrina/PR, v.8, n.2, p.11-19, jun.2007.

PAIVA, M.F.L. **Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico**. São Luís- MA, 2013. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Clínica e Experimental, na Área de Hanseníase), Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental - Doutorado Interinstitucional UERJ/UFMA (DINTER),87 p.

PIRES, C.A.A; MARQUES, C; ABREU JUNIOR, J.M.C.; ALBUQUERQUE, T.G.; CÔRREA, I.R.S.C; DAXBACHER, E.L.R. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev Paul Pediatr.**, v.30, n.2, p: 292-5, 2012.

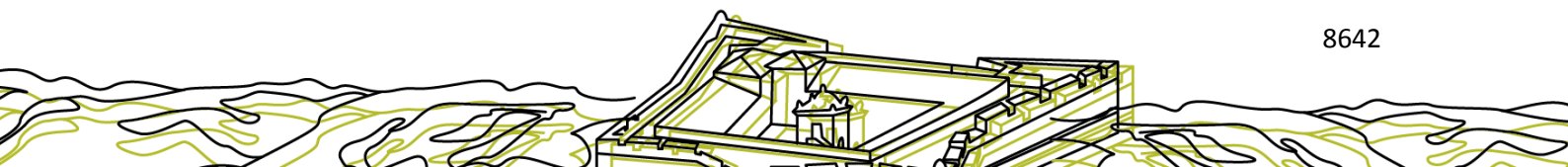
SOUZA, A.J. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, jan./jun. 2013.



TRINDADE, Luciana. **Avaliação da ocorrência de hanseníase entre os contatos intradomiciliares de pacientes diagnosticados em 2012 no município de João Pessoa/PB.**Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; LIBERATO, Benedita Tatiane Gomes;

MARTINS, Francisco Rodrigues; MARTINS, Adriano Ferreira ; CARVALHO FILHO, Jurandi Pontes; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Epidemiologia da hanseníase no município de Cariré - Ceará, 2001 A 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.3, p.829-42, 2013.



MUTIRÃO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM FEBRE REUMÁTICA

Área Temática: Saúde.

Iago Diógenes Azevedo Costa¹; João Vicente Souza Santana¹; Iana Ciara Santos de Albuquerque¹, Maria Marina Leonardo Alves Costa¹, Telma de Fatima Vitaliano da Silva Veras², Uelma Pereira de Medeiros Faria³, Antônio Sérgio Macêdo Fonseca³, Jussara Melo de Cerqueira Maia⁴, Gisele Correia Pacheco Leite⁴.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

Introdução: A Febre Reumática (FR) é uma patologia relacionada a mecanismos autoimunes pós-infecciosos, que cursa com complicações graves, sendo a pior delas a cardite reumática (CR), principal causa de cardiopatia adquirida na infância. Tem prevalência estimada de 33,4 milhões de casos em 2015, matando mais de 230 mil pessoas/ano, com maior prevalência e gravidade na população jovem e de baixa renda. Diante desta importância e do ideal de extensão universitária, organizou-se o projeto Mutirão de Atendimento aos Pacientes com FR. **Objetivos:** Oferecer cuidado e educação em saúde aos portadores de FR. Inserir acadêmicos na prática clínica interprofissional, aprimorando-se o conhecimento sobre esta patologia, as habilidades clínicas e semiotécnicas dos participantes. **Metodologia:** Realizado mutirão de atendimento aos pacientes com FR nos meses de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, com atendimento ambulatorial por meio de consulta clínica e avaliação de exames de pacientes com diagnóstico ou suspeita de FR, realizando-se também educação em saúde com orientações médicas e distribuição de *folders* educativos. **Resultados:** Ao todo, foram realizados 67 atendimentos, dos quais foram estabelecidos 06 novos diagnósticos de FR com CR e 01 novo diagnóstico de FR sem CR. Ademais, concretizaram-se os objetivos de educação em saúde de pacientes e familiares e de aprimoramento de habilidades clínicas e semiotécnicas de estudantes e profissionais

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), discentes do curso de Medicina.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), servidora Técnico-administrativa. ³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, médica pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), docentes do Departamento de Pediatria (DPED).

colaboradores, fomentando-se a melhoria do conhecimento acerca da FR e de suas complicações. **Conclusões:** O projeto de extensão em questão ofereceu atenção e cuidado aos pacientes com FR, além de aprofundar os conhecimentos dos participantes sobre a doença, fornecendo dados que embasam os futuros estudos do perfil clínico e epidemiológico desta condição, os quais prometem preencher carências científicas e populacionais, principalmente no âmbito regional.

Palavras-chave: Febre Reumática; Educação em Saúde; Extensão Universitária.

Introdução

A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória autoimune que se desenvolve como seqüela de infecções por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (EBHGA), caracterizada pela inflamação não supurativa das articulações, tecido subcutâneo, sistema nervoso central e coração. As principais manifestações clínicas observadas são: poliartrite, eritema marginatum (EM), coreia de Sydenham (CS), nódulos subcutâneos e cardite reumática (CR), a qual é a principal complicação de episódios recorrentes de febre reumática aguda (FRA) ¹.

A CR é a forma mais importante de doença cardíaca adquirida em crianças e adultos jovens de países em desenvolvimento¹. A FRA causa pancardite, afetando o pericárdio, epicárdio, miocárdio e endocárdio. A valvulite está presente com frequência, podendo ser identificada pela ausculta cardíaca.

Nos anos seguintes a um ou mais episódios de FRA ocorre lesão valvar progressiva, caracterizando a transição da fase aguda para a fase crônica da doença. Em um estudo prospectivo envolvendo 258 crianças com FRA no Brasil, observou-se que 72% desenvolveram doença valvar crônica, e 16% progrediu para lesão aórtica e/ou mitral severa².

A patogenia da FR normalmente dá-se a partir de faringoamigdalites de repetição. Entretanto, pesquisas mais recentes também mostram relação entre infecções cutâneas por EBHGA e o desenvolvimento de FR³. Os mecanismos fisiopatológicos da doença devem-se ao mimetismo molecular que o epítipo N-acetilglucosamina e a proteína M do estreptococo guardam com o tecido humano, em especial com a miosina cardíaca, o que desencadeia a autoimunidade⁴.

No tocante à epidemiologia, a incidência de FR sofreu uma queda marcante nos últimos 50 anos em regiões bem desenvolvidas, como Estados Unidos e Europa. Este comportamento deve-se principalmente ao grau de desenvolvimento econômico

destas populações. Em países em desenvolvimento, a incidência de FR é marcante, sendo significativamente concentrada em segmentos sociais de baixa renda⁵. Desta forma, configura-se como imprescindível a oportunidade de analisar com mais atenção os casos de FR atendidos na rede pública de atenção à saúde.

Em 2015, estimou-se uma prevalência mundial de 33,4 milhões de habitantes com doença cardíaca reumática⁶. Além disso, estima-se uma incidência anual de 470 mil casos de FR, dos quais 60% evoluem com acometimento cardíaco. Por ano, cerca de 230 mil mortes ocorrem devido a complicações da FR⁷. Desta forma, o diagnóstico precoce e o seguimento adequado do paciente são medidas importantes para reduzir o número de sequelas e óbitos devido à FR.

A morbidade e mortalidade relacionadas à FR decorrem principalmente do acometimento cardíaco provocado pela doença. É comum a morbidade ligada à insuficiência cardíaca congestiva (ICC), derrames, e endocardite. Anualmente, 1,5% dos pacientes com CR morrem devido à doença⁷.

Além dos fatores socioeconômicos, a epidemiologia da FR é afetada pela faixa etária, sendo mais comum entre os 5 e 15 anos de idade, sendo os primeiros sintomas mais comuns na adolescência e raros após os 35 anos⁷. Entretanto, este dado é uma média, devendo ser feito o levantamento local, considerando as características epidemiológicas regionais.

Por muito tempo, questionou-se a relação entre o acometimento por FR e a susceptibilidade genética do hospedeiro. Atualmente, a FR parece ser uma doença com alto grau de hereditariedade, cuja susceptibilidade é, muito provavelmente, poligênica⁸. Em estudos envolvendo polimorfismos dos genes da IL-6, IL1RN e CLTA4, Azevedo (2009) demonstra a influência genética na susceptibilidade à FR e no grau de severidade da CR desenvolvida em populações neozelandesas de ascendência Maori e do Pacífico⁹.

O diagnóstico da FRA é estabelecido clinicamente através dos critérios de Jones, estabelecidos em 1944 e revisados em 2015¹⁰, levando em conta o grau de risco populacional. A avaliação diagnóstica inclui a investigação da infecção por EBHGA, dos reagentes de fase aguda, e a avaliação da função cardíaca.

Em relação às manifestações da FRA utilizadas como critérios diagnósticos de Jones, a partir da revisão feita em 2015, temos os critérios maiores e os critérios menores¹⁰.

Critérios maiores são cardite e valvulite clínica ou subclínica (prevalência de 50 - 70%), artrite, a qual normalmente se apresenta como poliartrite migratória em grandes articulações (35 - 66%), CS (10 - 30%), nódulos subcutâneos (0 - 10%) e EM (<6%). Critérios menores são artralgia, febre, elevação do nível de reagentes de fase aguda - velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR) - e prolongamento do intervalo PR no eletrocardiograma.

A investigação clínica da FR ainda não conta com um exame específico, e geralmente leva em conta a epidemiologia, os achados do exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem. Dentre os exames laboratoriais, são realizados cultura de orofaringe, teste da anti-estreptolisina O (ASLO), teste da DNase B antiestreptocócica e teste da hialuronidase antiestreptocócica, teste de reagentes de fase aguda, PCR, VHS e hemocultura.

Quanto aos exames de imagens para a avaliação da FRA, estão disponíveis o raio-x e o ecocardiograma. O raio-x de tórax pode evidenciar cardiomegalia. O ecocardiograma tem tomado uma importância maior comparado ao raio-X, pois estudos recentes apontam para uma maior prevalência do diagnóstico de cardite quando baseado somente por alterações clínicas como era rotineiramente efetuado^{11,12}.

Dessa forma, com a maior acessibilidade ao ecocardiograma, a American Heart Association (AHA)¹⁰ comparou cronologicamente as diretrizes para FRA e o ascendente papel deste exame de imagem no diagnóstico de FRA e cardite. Um dos mais recentes, publicada em 2012, o National Heart Foundation of Australia (RF/RHD guideline development working group)¹² estabelece suma importância ao exame, devendo ser realizado mesmo sem achados clínicos prévios e em todo e qualquer caso de suspeita de FRA, também servindo para confirmar o diagnóstico de cardite.

O tratamento da FRA consiste em uso de anti-inflamatórios, antibioticoterapia e manejo da ICC. A administração de Penicilina G Benzatina intramuscular de longa duração é feita no intuito de erradicar EBHGA e de dar início à profilaxia secundária, que deve ser continuada com doses a cada 21 dias¹³. O manejo da CR inclui a avaliação do grau de acometimento por meio do ecocardiograma, o tratamento da ICC e de outras patologias, quando presentes, e o início da profilaxia secundária. Não há consenso quanto às evidências de que o tratamento com anti-inflamatórios provém melhora do quadro cardíaco¹⁴, sendo estes medicamentos utilizados, atualmente, apenas a fim de promover alívio dos sintomas articulares. Dessa forma, anti-inflamatórios não-esteroidais, glicocorticóides, e imunoglobulina intravenosa não fazem parte do

tratamento de rotina atual para CR sem acometimento articular, exceto nos casos de cardite severa. São necessários, assim, novos estudos dedicados à avaliação dos benefícios da corticoterapia em pacientes com CR.

No controle da FR, a profilaxia primária diz respeito ao tratamento com erradicação do estreptococo, se fazendo com Penicilina Benzatina em dose única injetável (Penicilina G Benzatina 600.000 UI IM para peso < 20 Kg ou 1.200.000 UI IM para peso > 20 Kg) ou VO com Penicilina V, Amoxicilina e Ampicilina durante 10 dias. Nos pacientes alérgicos à Penicilina, a recomendação é a Eritromicina 40 mg/kg/dia VO (de 8/8h ou 12/12h) – 10 dias ou Clindamicina 15 a 25 mg/kg/dia VO (8/8) – 10 dias¹¹.

A profilaxia secundária tem por objetivo o controle das recorrências da FR por meio de um esquema antibiótico a longo prazo, tendo como medicação de escolha a Penicilina Benzatina, administrada em doses suficientes para manter uma concentração sérica de penicilina de 0,03 unidades/ml. As doses recomendadas são: Penicilina G Benzatina 600.000 UI IM de 21/21 dias (peso < 20 kg) ou 1.200.000 UI IM de 21/21 dias (peso > 20 kg). Podendo ainda ser usada em segunda opção a Penicilina V 250 mg (400.000) VO 12/12h – uso contínuo. Nos alérgicos à Penicilina, recomenda-se a Sulfadiazina 500 mg VO para peso menor que 30kg e 1g VO para pacientes a partir de 30kg, todos os dias. Já nos raros casos de pacientes alérgicos à Penicilina e a Sulfas, recomenda-se a Eritromicina VO 250 mg de 12/12 horas continuamente¹¹.

Pacientes com CR severa, apresentando cardiomegalia considerável, ICC e/ou bloqueio cardíaco de terceiro grau, devem ser tratados com a terapia convencional para ICC. Nestes casos, apesar da falta de evidências de alta qualidade, recomenda-se a terapia com glicocorticoides, com a administração de 1 a 2 mg/kg/dia de prednisona, sendo a dose máxima de 80 mg¹¹. Entretanto, vale salientar que entre os efeitos colaterais dos glicocorticoides estão a retenção de líquidos e os sangramentos gastrointestinais, os quais podem, inclusive, piorar o quadro de ICC. A corticoterapia deve ser interrompida quando a ICC for controlada e os marcadores inflamatórios normalizarem.

A pulsoterapia com metilprednisolona tem sido avaliada para o tratamento da CR grave. Em 2002, análise dos efeitos a curto prazo da pulsoterapia com metilprednisolona (30 mg/kg/dia, máximo de 1g/dia, por 3 dias consecutivos na primeira e na segunda semanas e por 2 dias na terceira e na quarta semanas) foi comparada a prednisona oral em pacientes com CR e ICC ¹⁵. A comparação após 4 semanas não mostrou benefícios da pulsoterapia nos seguintes desfechos: aumento da fração de ejeção (5% vs. 6%, respectivamente para terapia oral e pulsoterapia, p=0,009).

Houve 5 (56%) falhas terapêuticas no grupo pulsoterapia e nenhuma no grupo com terapêutica oral ($p=0,03$)¹⁵.

Em estudo mais recente (2017), avaliou-se a pulsoterapia combinada à corticoterapia oral no manejo da CR severa e refratária¹⁶. Após o tratamento, todos os pacientes apresentaram melhora significativa nos parâmetros laboratoriais e radiológicos ($p < 0,001$). Assim, observou-se que uso de pulsoterapia associada à prednisona oral é uma abordagem eficaz e segura para tratar a cardite reumática grave. A metilprednisolona em altas doses suprime rapidamente o processo inflamatório, controla a insuficiência cardíaca e previne ou adia a abordagem cirúrgica inicial. O tratamento também foi efetivo no controle da coreia de Sydenham.

Atualmente, segundo as últimas diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática¹¹, a pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa (30 mg/Kg/dia) em ciclos semanais intercalados pode ser utilizada como terapia anti-inflamatória em casos de cardite reumática grave, refratária ao tratamento inicial, ou naqueles pacientes que necessitam de cirurgia cardíaca em caráter emergencial. O uso da pulsoterapia como primeira opção terapêutica pode ser indicado nos pacientes com quadro clínico muito grave e insuficiência cardíaca de difícil controle.

Uma possível vantagem da pulsoterapia seria a redução do tempo de corticoterapia e a certeza do tratamento ser completo, pois é realizado durante a hospitalização¹. Entretanto, o uso de pulsoterapia com metilprednisolona não é consenso e não faz parte mandatoriamente do tratamento da CR^{15,11}, e novos estudos são necessários para avaliar e corroborar a eficácia desta modalidade terapêutica nos casos de CR grave.

Deste modo, diante da relevância do tema e da ausência de dados populacionais, clínicos e laboratoriais no que concerne aos indivíduos acometidos por CR e suas sequelas no estado do RN, além da falta de atenção em saúde suficiente para o cuidado desta população, o projeto de extensão em questão visou melhorar a assistência prestada aos mesmos, tendo papel importante na prevenção, tratamento e melhoria da qualidade de vida dos afetados.

Para tanto, além de atendimento médico com agendamento facilitado, o projeto teve como objetivo a educação em saúde dos pacientes, por meio da distribuição de *folders* e orientações com estudantes de medicina e de enfermagem.

Além disso, enquanto projeto de extensão, o Mutirão teve como objetivo inserir os acadêmicos de medicina na prática do cuidado médico e da assistência em saúde, mostrando a importância de o médico desenvolver ações na comunidade em prol da melhoria da situação de vida dos pacientes. Neste sentido, também considerou-se importante que houvesse um trabalho conjunto e interativo entre os acadêmicos de medicina e de outras áreas da saúde, assim como os outros profissionais que compõem o serviço do hospital universitário, como enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Ademais, os dados provenientes dos atendimentos realizados poderão orientar a organização e estruturação do sistema frente a esses agravos, aumentando a atenção dada à FR diante de dados epidemiológicos mais específicos e atualizados - visto que até então a FR não é uma doença de notificação obrigatória - e possibilitando o cálculo adequado de verbas e insumos destinados à triagem, diagnóstico e tratamento desta prevalente doença. Deste modo, vislumbra-se uma repercussão positiva no prognóstico e na saúde global dos pacientes com CR.

Metodologia

Nos meses de Dezembro de 2017 a Fevereiro de 2018 no Ambulatório de Especialidades Pediátricas do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)/UFRN, foi realizado o mutirão de atendimento aos pacientes com FR, em turnos de 06 horas por dia de atendimento.

Para isto, a ação contou com o envolvimento de docentes, discentes, técnicoadministrativos e profissionais da área da saúde do serviço de Pediatria do HUOL/UFRN. Os discentes envolvidos estiveram sob a supervisão docente e fizeram o convite aos pacientes com FR já atendidos no HUOL/UFRN, por meio de ligação telefônica, a participar - por livre e espontânea vontade - do mutirão; bem como estiveram disponíveis para atender os pacientes que aparecerem por livre demanda. Os pacientes que compareceram foram avaliados: em um primeiro momento, pelos profissionais da enfermagem para verificação de medidas antropométricas e triagem, com realização de Eletrocardiograma (ECG); em seguida, realizada a consulta clínica, com a cardiopediatra e os discentes do curso Médico, recebendo orientações, conjuntamente com seus pais/responsáveis, sobre a patologia, suas complicações, tratamento, falha terapêutica, constituindo um pilar da educação em saúde, sendo essas informações reforçadas com entrega de *folder* educativo sobre o tema; posteriormente, orientações com a enfermagem sobre a penicilina benzatina e esclarecimentos de dúvidas. A partir deste projeto de extensão, foram coletadas as informações acerca do

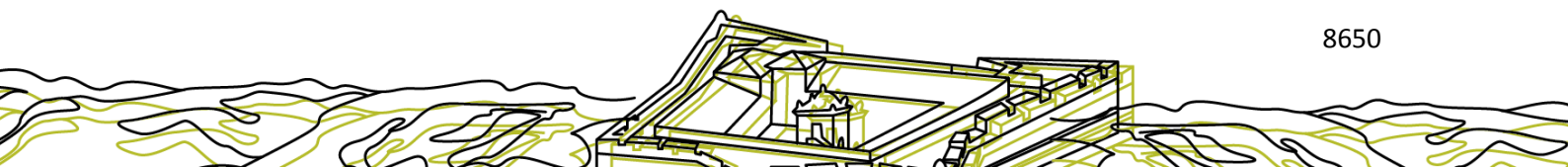
número de atendimentos totais, discriminados em primeira consulta ou retorno, dos diagnósticos dos pacientes atendidos, da idade do paciente no momento do diagnóstico, do número de diagnósticos feitos pelo mutirão, dos locais de origem dos pacientes atendidos e causas de falha terapêutica. Desta forma, foi possível obter a impressão estatística da importância que o projeto de extensão em questão teve em melhorar a situação de saúde e cuidado da população alvo.

Resultados e Discussão

Ao longo da realização do Mutirão de Febre Reumática, foi realizado o atendimento de 67 pacientes, dos quais 18/67 (26,9%) estavam em sua primeira consulta no Serviço Universitário Pediátrico de referência (SUPR) (Tabela 01). Estas crianças e adolescentes mostraram a dificuldade de se ter um acompanhamento especializado, mesmo para uma doença crônica e com tantas possíveis complicações. Sendo assim, muitos destes, não conseguiriam o atendimento se não fosse pelo projeto de extensão em questão.

Tabela 01: Perfil do Mutirão de Atendimento a Pacientes com Febre Reumática, dezembro/17 – janeiro/18, Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)/UFRN.

Tipo de consulta		
Consulta	N	%
Primeira	18	26,9
Retorno	49	73,1
Total	67	100
Diagnósticos		
Diagnóstico	N	%
FR	21	31,3
FR+CR	38	56,7
Investigação	8	11,9
Total	67	100
Diagnósticos feitos no mutirão		
Diagnóstico	N	%
FR	1	1,5



FR+CR	7	10,4
NÃO	59	88,1
Total	67	100

A população atendida incluiu pacientes da capital do Estado, mas também de outros municípios, sendo que 27/67 (40,3%) eram da capital e 40/67 (59,7%) eram do interior do estado, evidenciando como esta doença é prevalente em diversas regiões. Esta abrangência reflete o objetivo do projeto de extensão de atuar de acordo com a proposta de um SUPR, incluindo a amostra de pacientes com maior dificuldade de acesso ao cuidado especializado.

A partir destes atendimentos, além de fornecer seguimento clínico ambulatorial aos pacientes já diagnosticados com FR, objetivou-se a investigação de casos com suspeita de FR, assim como das possíveis complicações da doença, sendo a mais relevante a CR.

Dos diagnósticos presentes (Tabela 01), observou-se que 21/67 (31,3%) possuíam diagnóstico de FR sem CR, 38/67 (56,7%) possuíam diagnóstico de FR com CR, e 8/67 (11,9) estavam em investigação para diagnóstico de FR. Dos pacientes atendidos, 7/67 (10,4%) obtiveram o diagnóstico de FR no atendimento oferecido pelo mutirão, sendo que destes 1/7 (14,3%) eram apenas FR e 6/7 (85,7%) já possuíam CR como complicação. Estes dados refletem a magnitude da importância do diagnóstico precoce, assim como a atual dificuldade do sistema de saúde diante do diagnóstico de manejo da patologia em questão.

Levantaram-se as dificuldades enfrentadas pelos pacientes que propiciam falha terapêutica, tais como:

- problemas para aquisição do meio de transporte para o serviço de atendimento especializado, o qual muitas vezes não era fornecido pela prefeitura;
- ausência da medicação adequada (benzetacil) na unidade básica de saúde de sua área;
- orientação da importância das injeções no período adequado (regularidade);
- problemas para a manutenção regular da profilaxia muitas vezes por falhas na aplicação adequada do benzetacil, realizada pelos profissionais, sendo necessária a orientação do paciente e seu responsável para

monitoria, visando evitar a falha terapêutica do medicamento: é sugerida a realização de atividades de capacitação e orientação dos profissionais de saúde para a aplicação correta das injeções nos pacientes com FR, evitando a falha terapêutica e o constante reforço da importância da profilaxia.

Desta forma, o projeto de extensão enquadrou-se como uma ferramenta importante para atender à demanda discutida, aumentando a probabilidade do diagnóstico no momento adequado, tanto da FR como de suas complicações. Ademais, a partir do oferecimento de instruções e educação em saúde aos pacientes e familiares, colaborou-se para o desenvolvimento de um tratamento correto, otimizado e com maior adesão.

Neste cenário, ofertar orientação adequada ao paciente pode afetar diretamente no grau de adesão ao tratamento. Por exemplo, é sabido que a higiene bucal está diretamente relacionada à existência de focos de infecção bacteriana, que podem se disseminar e causar complicações nesse tipo de população específica. Assim, se ao exame físico observa-se mal estado de conservação da dentição, é prudente despende certo tempo na consulta para orientação acerca da escovação. Deste modo, cada atendimento torna-se singular de acordo com as necessidades instrucionais do paciente.

Em se tratando dos colaboradores do projeto de extensão, tanto do corpo acadêmico como do técnico e profissionais da saúde envolvidos, a participação nas atividades resultou no desenvolvimento e aprimoramento de suas habilidades de comunicação, clínicas e semiotécnicas, assim como do conhecimento acerca da FR e suas complicações. Tal aprimoramento, foi possível, por exemplo, através da orientação fornecida por alunos de períodos mais avançados, sob a supervisão da orientadora docente, aos alunos de períodos iniciais da graduação, proporcionando o primeiro contato dos mesmos com a clínica. Ademais, os estudantes da área da saúde, o corpo docente e o corpo técnico-administrativo conseguiram desenvolver a colaboração e a união das forças de trabalho para atuar na melhoria da assistência ao portador de FR. Para aqueles discentes em períodos mais avançados, o exercício da orientação aos alunos de períodos iniciais influenciou sobremaneira em suas competências relacionadas ao desenvolvimento de estratégias de ensinoaprendizagem, que alicerçam o conhecimento e raciocínio clínico.

Neste processo, as relações pedagógicas estabelecidas se dão no sentido do aprimoramento de habilidades clínicas, semiotécnicas e educacionais. Além disso, a

discussão de caso a partir da execução do exame físico e coleta de história clínica atrelados à rotina enriquecem a capacidade de raciocinar clinicamente por parte do aluno. Assim, foram amplas as oportunidades de atuação para os acadêmicos participantes do projeto, incluindo atividades como triagem, atendimento clínico, interpretação de eletrocardiograma (ECG) e aporte teórico para oferecer melhor direcionamentos ao paciente, gerando adesão às condutas terapêuticas.

Outrossim, pontua-se ainda a abordagem multiprofissional existente nesta proposta. A partir do mutirão houve pactuação entre enfermagem e medicina para elaboração de manual de condutas para o serviço, a fim de padronizar as condutas, gerando maior seguridade no manejo dos pacientes portadores de FR. Neste sentido, perspectivas futuras surgem com a adaptação do conteúdo do Projeto com foco para a Educação Continuada: a elaboração de aulas para a Plataforma AvaSUS é uma vertente do projeto que pretende atingir uma quantidade de profissionais cada vez maior, utilizando-se de um meio facilitador (a internet) para disseminação das condutas corretas e padronização das práticas a nível nacional.

Permitindo, assim, o livre acesso aos produtos de pesquisa obtidos.

Conclusão/Considerações Finais

Diante dos dados apresentados, conclui-se que os objetivos do projeto foram alcançados. Atendidos 67 pacientes, somando marcações e livre demanda diária, oferecendo suporte e atendimento necessários ao público. Além disso, foi feita a orientação acerca das dificuldades enfrentadas pelos pacientes e identificadas pelos acadêmicos.

O exposto evidencia que foram postas em prática atividades de intervenção, onde se desenvolveram reais mudanças no cotidiano dos pacientes atendidos, desafogando a fila de espera para atendimento aos pacientes portadores de FR, levando ao diagnóstico de casos importantes, os quais não haviam consulta prevista; e educando pacientes para melhor atenção à sua saúde, visando diminuir potenciais níveis de morbimortalidade causado pela doença reumática associado à manutenção da qualidade de vida do paciente através de diálogos e *folders* educativos e profilaxia adequada para enfermidade.

Além disso, foi imensurável o ganho para os acadêmicos e profissionais que participaram da ação. Desde o início de sua elaboração, os acadêmicos puderam

exercitar o trabalho em equipe, buscando as informações e unindo o esforço necessário para a submissão do projeto de extensão, a convocação de pacientes, as remarcações e o acolhimento no esperado dia do atendimento. Também se aprendeu a trabalhar em equipe com os demais colaboradores do serviço e a entender melhor a rede de atenção e o sistema de referenciamento de pacientes.

Desta forma, é sugerida a realização de atividades de capacitação e orientação dos profissionais de saúde para a aplicação correta das injeções de penicilina G benzatina nos pacientes com FR, evitando a falha terapêutica e o constante reforço da importância da profilaxia. Além disso, a orientação necessária para os profissionais atendentes, deste grupo de pacientes, para maior atenção e cuidado em explorar a causa de falha na profilaxia (evento muito comum encontrado entre os pacientes) evitando piora do quadro patológico, com recorrências. Apresentando-se ser pertinente, por fim, a realização de futuras ações acadêmicas, políticas e administrativas relacionadas ao tema desenvolvido.

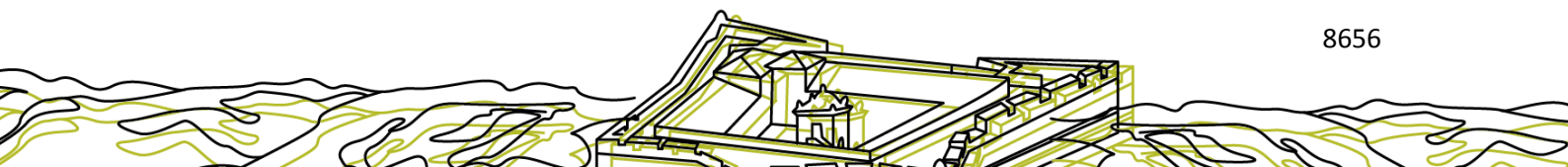
Referências

1. BOCCHI, Edimar Alcides et al. **Cardiomyopathy, adult valve disease and heart failure in South America**. Heart, v. 95, n. 3, p. 181-189, 2009.
2. MEIRA, Z. M. A. et al. **Long term follow up of rheumatic fever and predictors of severe rheumatic valvar disease in Brazilian children and adolescents**. Heart, v. 91, n. 8, p. 1019-1022, 2005.
3. CILLIERS, Antoinette M. **Rheumatic fever and its management**. BMJ: British Medical Journal, v. 333, n. 7579, p. 1153, 2006.
4. GUILHERME, Luiza; KALIL, Jorge; CUNNINGHAM, Madeleine. **Molecular mimicry in the autoimmune pathogenesis of rheumatic heart disease**. Autoimmunity, v. 39, n. 1, p. 31-39, 2006.
5. JOSEPH, N. et al. **Clinical spectrum of rheumatic fever and rheumatic heart disease: A 10 year experience in an Urban Area of South India**. North American Journal of Medical Sciences, v. 5, n. 11, p. 647-652, 2013;
6. WATKINS, David A. et al. **Global, regional, and national burden of rheumatic heart disease, 1990-2015**. New England Journal of Medicine, v. 377, n. 8, p. 713722, 2017.

7. CARAPETIS, Jonathan R. et al. **The global burden of group A streptococcal diseases.** The Lancet infectious diseases, v. 5, n. 11, p. 685-694, 2005.
8. BRYANT, P. A. et al. **Some of the people, some of the time susceptibility to acute rheumatic fever.** Circulation, v. 119, n. 5, p. 742–753, 2009.
9. AZEVEDO, P. M. et al. **Association study involving polymorphisms in IL-6, IL1RA, and CTLA4 genes and rheumatic heart disease in New Zealand population of Māori and Pacific ancestry.** Cytokine, v. 85, p. 201–206, 2016.
10. GEWITZ, M. H. et al. **Revision of the Jones Criteria for the Diagnosis of Acute Rheumatic Fever in the Era of Doppler Echocardiography: A Scientific Statement From the American Heart Association.** Circulation, [s.l.], v. 131, n. 20, p.1806-1818, 23 abr. 2015.
11. BARBOSA, P. J. B. et al. **Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia.** Arq Bras Cardiol. Salvador, p.1-18, 2009.
12. CARAPETIS, J.R.; BROWN, A.; WALSH, W. **National Heart Foundation of Australia (RF/RHD guideline development working group), Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia: an evidence-based review.** Heart Foundation; 2006.
13. GERBER, M. A. et al. **Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis: A Scientific Statement From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Academy of Pediatrics.** Circulation, v. 119, n. 11, p. 1541–1551, 2009.
14. CILLIERS, Antoinette; ADLER, Alma J.; SALOOJEE, Haroon. **Anti- inflammatory treatment for carditis in acute rheumatic fever.** The Cochrane Library, 2015.
15. NASSRI CÂMARA, E. J. et al. **Comparison of an intravenous pulse of methylprednisolone versus oral corticosteroid in severe acute rheumatic carditis: a randomized clinical trial.** Cardiology in the Young, v. 12, n. 2, p. 119, 2002.



16. TORRES, Renato PA et al. **Pulse therapy combined with oral corticosteroids in the management of severe rheumatic carditis and rebound.** *Cardiology in the Young*, p. 1-6, 2017.



DESENVOLVENDO HABILIDADES PARA O EXAME FÍSICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde

Amanda Nicoli Vital de Oliveira⁴; Ana Elza Oliveira de Mendonça²; Franciely Medeiros dos Santos³; Gisele de Oliveira Mourão Holanda⁴; Isabel Pires Barra⁵; Júlia Silva Fonseca dos Anjos⁶; Juliana Raquel Duarte da Silva Camilo⁷; Leandro Melo de Carvalho⁸; Maria Alzira Rego Pinheiro⁹; Paulo Wendel Ferreira Fonseca¹⁰; Sarah Rebeca Bezerra Silva¹¹; Thomas Matheus da Silva Lopes¹².

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo: A organização das atividades assistenciais, por meio do processo de enfermagem, que abrange cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Para coleta de dados objetivos na primeira etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro deve realizar o exame físico geral, que tem como objetivo principal detecção anormalidades no funcionamento do organismo. Essa etapa do processo de enfermagem requer conhecimento científico e habilidades para a correta execução, justificando a necessidade de capacitação e atualização voltadas aos profissionais e discentes de enfermagem. Assim, objetivou-se relatar a experiência de promover cursos de atualização para profissionais que atuam como preceptores do Curso de Enfermagem, com ênfase no desenvolvimento de habilidades para a realização do exame físico do adulto na prática clínica. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com ações educativas presenciais promovidas na modalidade presencial

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

⁹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

¹⁰ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

¹¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem. ¹²

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, graduação em Enfermagem.

com simulação realística no formato de cursos de extensão universitária, oferecido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em parceria com a Pró-reitoria de Extensão (PROEX/UFRN). Foram realizadas quatro edições do curso entre os anos de 2015 e 2017, sendo o público-alvo os enfermeiros dos serviços de saúde que recebem os discentes de enfermagem em período de atividades práticas curriculares. Assim, foram capacitados um total de 182 profissionais, para a realização do exame físico geral em adultos, oportunizando o desenvolvimento de habilidades e consolidando as parcerias entre ensino e serviço.

Palavras-chave: exame físico, enfermeiras e enfermeiros, relações comunidade-instituição, educação continuada.

Introdução

O atendimento de saúde é executado por variados tipos de profissionais, como por exemplo enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Isso se dá tanto em hospitais como em outros locais onde o cuidado é executado. Cada profissão de saúde traz seu corpo singular de conhecimentos direcionados à sua área. Por conta disso, cada profissão na área da saúde tem uma maneira de descrever “o que” a profissão conhece e “como” age em relação ao que conhece. Psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental tratam problemas de saúde mental; enfermeiros lidam com as respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos de vida (NANDA, 2015).

Como qualquer profissão, a enfermagem sempre estruturou princípios, valores e normas para guiar sua ação. A proposta mais antiga dessa organização foi feita por Florence Nightingale, há mais de um século. São amplas as possibilidades de criação científica na enfermagem; aos profissionais da área cabe criar, selecionar e aplicar modelos que sejam mais adequados ao tipo de serviço que prestam (BARROS, 2015).

A organização das ações de enfermagem se dá através de uma sistematização, chamada de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

A ordenação das atividades de enfermagem, por meio do processo de enfermagem, consiste na elaboração de um planejamento de ações terapêuticas. Em sua forma

atualmente mais conhecida, compreende cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases compõem as funções intelectuais da solução dos problemas. (BARROS, 2015).

A primeira fase do processo de enfermagem, usualmente conhecida como coleta de dados ou levantamento de dados do paciente, foi denominada como história de enfermagem (modelo de Horta, 1979) ou avaliação inicial (modelo de Gordon, 1994) e corresponde ao levantamento de dados do método científico (GEORGE, 2000). Essa etapa do processo diz respeito, basicamente, a três atividades: coleta de dados objetivos e subjetivos, organização de dados coletados e documentação metódica. (BARROS, 2015).

Para coleta de dados objetivos na primeira etapa do processo de enfermagem, o profissional executa o exame físico geral, que tem como objetivo principal a detecção do mau funcionamento do organismo (VIANA et.al, 2015).

Porém, existem algumas barreiras para conseguir essas informações. É necessário criar um vínculo para uma melhor aproximação com o paciente e para isso, é essencial que exista uma comunicação efetiva. Se o paciente for abordado de maneira formal, com um vocabulário rebuscado, pode inibir a conversação. Se houver uma aproximação muito informal, pode ser impossibilitada a confiança do paciente para com o profissional que executa o exame físico. Em vista disso, é fundamental que a intercomunicação seja de forma simples e de uma maneira que passe segurança, pois em algumas partes do exame físico será necessária a invasão da privacidade e se este elo não for bem estabelecido, a avaliação não flui. (SEIDEL et al., 2007)

Para isso, é necessário que haja um treinamento mais específico abordando tópicos referentes ao exame físico e as abordagens ao examinado. Essa capacitação pode ser feita a partir da extensão universitária, que foi criada no século XIX, na Inglaterra, com o desígnio de conduzir novas possibilidades para a sociedade e promover a educação permanente. Atualmente, é uma ferramenta substancial para desempenhar o compromisso social da Universidade. (RODRIGUES et al., 2013).

No Brasil, foi somente após a lei orgânica do ensino superior que aconteceu a primeira experiência de cursos de extensão, na Universidade Livre de São Paulo e ainda hoje representam a prática mais apresentada em esfera nacional. Essa norma surge através do decreto n. 8659, de 05 de abril de 1911, que possibilitou maior independência administrativa das instituições, podendo assim fazer seus planos relacionados às abordagens sociais. (ALMEIDA, 2015).

O desafio da extensão é refletir sobre a relação estabelecida entre o ensino e pesquisa com as exiguidades sociais, determinar as colaborações para o crescimento do exercício da cidadania e para a transformação efetiva da sociedade. O modelo de extensão consiste em proporcionar sustentação e reforço à sociedade, contribuindo para melhoria dos cidadãos. O discernimento da importância da relação entre extensão e sociedade é fundamental para possibilitar que haja melhoria na qualidade na assistência prestada para as pessoas, que necessita de adequação tendo em vista que a sociedade vive em constantes mudanças (PEREIRA, 2007 apud RODRIGUES et al., 2013).

Frente ao exposto e a importância de divulgar as ações de extensão, objetivou-se no presente relatar a experiência de promover cursos de atualização para profissionais que atuam como preceptores do Curso de Enfermagem, com ênfase no desenvolvimento de habilidades para a realização do exame físico do adulto na prática clínica.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir das atividades desenvolvidas no curso de extensão na modalidade presencial, oferecido pelo Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com carga horária de quinze horas. O público-alvo externo compreendeu os profissionais que atuavam como preceptores dos campos de atividades práticas vinculados à universidade. E o público-alvo interno compreendeu os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN que colaboram como monitores e manequins vivos para a prática do exame físico em laboratório de habilidades.

O curso foi elaborado com uma configuração de aula teórico-prática. Para dinamizar as atividades, cada segmento do exame físico foi explanado para um dos cinco ministrantes do curso, de forma a contemplar: cabeça, pescoço e exame neurológico, sistema cardiovascular, sistema pulmonar, exame abdominal, mamas, pele e anexos.

Na parte teórica, foram abordadas as delimitações anatômicas, os métodos propedêuticos utilizados naquele segmento corporal juntamente com as técnicas corretas para a realização da propedêutica adequada, os achados fisiológicos e os patológicos. Concomitantemente, cada técnica explanada foi exibida na prática para os participantes, com auxílio de um membro da equipe organizadora na condição de modelo vivo. Além da utilização de materiais e acessórios dos manequins para demonstração do exame de algumas partes do corpo como mama e genitais.

Toda a aula pôde ser acompanhada pelos participantes por meio de um roteiro de exame físico disponibilizado previamente. O roteiro utilizado como modelo foi desenvolvido em conjunto por professores do Departamento de Enfermagem e é disponibilizado a todos os discentes do Curso de Enfermagem na disciplina de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.

O roteiro é composto por duas partes, sendo a primeira preenchida durante a anamnese de enfermagem e as demais durante a ectoscopia, ou seja, o exame físico geral e outras áreas específicas de cada segmento corporal. Cada área do instrumento possui itens que o avaliador pode analisar e preencher de acordo com os achados identificados no paciente. Em todos os seguimentos do exame físico, foi abordada a forma correta de registrar os achados, respeitando princípios éticos e legais da profissão e da competência do Enfermeiro, enquanto examinador.

Resultados e discussão

A anamnese e o exame físico são dois instrumentos de coleta de informações intrínsecos ao cotidiano do profissional de enfermagem, oferecendo maior qualidade na assistência daquele que possui conhecimento para utilizar essas ferramentas de forma correta (BARROS, 2015).

O exame físico pode ser definido como uma revisão céfalo-caudal de cada sistema corporal, que irá obter informações objetivas a respeito de um indivíduo, permitindo que o profissional de saúde faça julgamento ou raciocínio clínico (SOUZA NETO et al., 2015). Um exame realizado corretamente nos permite obter dados basais sobre o estado do cliente, complementar, confirmar e/ou refutar as informações obtidas durante a coleta de dados, bem como confirmar e identificar os diagnósticos de enfermagem selecionados (POTTER, 2013).

Antes de iniciar, o profissional deve ter em mente fatores que podem interferir na realização do exame, como a iluminação do ambiente e o equipamento necessário e disponível no serviço. Além disso, refletir sobre qual o melhor modo de abordar o cliente e deixá-lo de forma mais confortável possível (BICKLEY, 2010).

Também se faz necessário que o profissional examinador possua conhecimentos anteriores das áreas da anatomia, fisiologia e fisiopatologia, bem como acerca das terminologias científicas para adequação das anotações e das técnicas propedêuticas para correta realização do exame (BARROS, 2015). Para coletar os dados do exame

físico, é necessário utilizar os sentidos (visão, olfato, tato e audição). Os métodos propedêuticos do exame físico são: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

A inspeção é a exploração feita usando-se o sentido da visão; investiga-se a superfície corporal e as partes mais acessíveis das cavidades em contato com o exterior. A inspeção inicia quando se entra em contato com o paciente realizando uma “inspeção geral”.

A “inspeção direcionada” pode ser panorâmica ou localizada; pode ser efetuada a olho nu ou com auxílio de uma lupa. Raramente se emprega a inspeção panorâmica com visão do corpo inteiro. Entretanto, para o reconhecimento das dismorfias ou distúrbios do desenvolvimento físico, é conveniente abranger numa visão de conjunto todo o corpo.

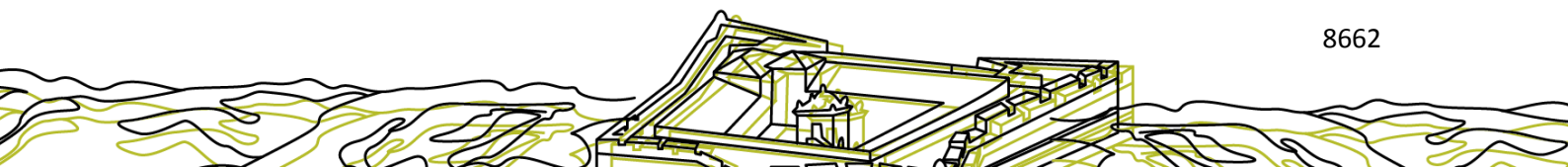
A mais empregada é a inspeção de segmentos corporais e, a partir daí, fixar a atenção em áreas restritas. As lesões cutâneas ficam mais evidentes quando ampliadas por uma lupa.

O segundo método propedêutico é a palpação. A palpação frequentemente confirma pontos observados durante a inspeção. A palpação recolhe dados através do tato e da pressão. O tato fornece impressões sobre a parte mais superficial, e a pressão, sobre as mais profundas. Pela palpação percebem-se modificações de textura, temperatura, umidade, espessura, consistência, sensibilidade, volume, dureza, além da percepção de frêmito, elasticidade, reconhecimento de flutuação, crepitações, vibração, pulsação e verificação da presença de edema e inúmeros outros fenômenos.

A técnica de palpação apresenta inúmeras variantes, entre elas: palpação com a mão espalmada, palpação com uma das mãos superpondo-se à outra, palpação com a ponta dos dedos, palpação com a borda da mão, palpação em pinça, digitopressão, punti pressão e fricção com algodão.

No tocante à percussão, podemos dizer que ela se baseia no seguinte princípio: ao se golpear um ponto qualquer do corpo, originam-se vibrações que têm características próprias quanto à intensidade, timbre e tonalidade, na dependência da estrutura anatômica percutida. Ao se fazer a percussão, observa-se não só o som obtido, mas também a resistência oferecida pela região golpeada.

Através dos tempos a técnica da percussão sofreu uma série de variações e, hoje, usa-se basicamente a percussão direta e a percussão dígito-digital, e, em situações especiais, a punhopercussão, a percussão com a borda da mão e a percussão tipo piparote.



O último método propedêutico é a ausculta. Define-se ausculta como a escuta dos sons internos do corpo decorrentes da vibração das estruturas entre sua origem e a superfície corporal, com ou sem o auxílio de um estetoscópio.

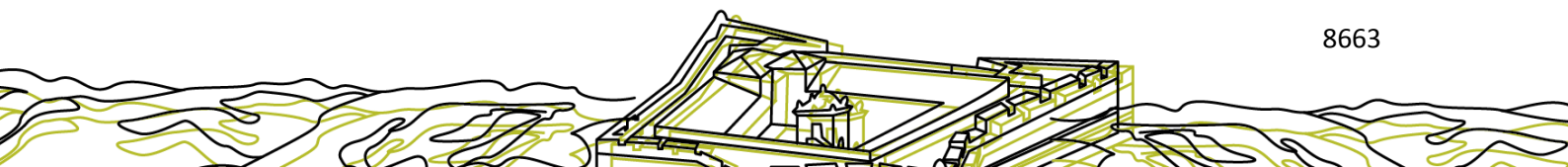
Durante a ausculta, deve-se caracterizar o som nas características de duração, intensidade, altura, ritmo e timbre. Deve-se buscar ruídos respiratórios, bulhas cardíacas, ruídos hidroaéreos e ruídos adventícios. Há duas modalidades de ausculta: a direta, onde utiliza-se apenas o ouvido nu, e a indireta onde faz-se uso de um estetoscópio (PORTO, 2009; LIMA et al., 2014).

Segundo Bickley, 2010, a chave para um exame físico completo e acurado está no profissional desenvolver uma sequência sistemática para a realização do exame, sempre mantendo com objetivos a maximização do conforto do paciente e evitar mudanças de posição desnecessárias. Um exemplo de sequência trazido pelo autor é: inspeção geral, sinais vitais, cabeça e pescoço, tórax e pulmões, sistema cardiovascular, mamas e axilas, abdome, partes periféricas.

Os sinais vitais (SSV) são parâmetros que indicam o estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como ferramentas de comunicação universal sobre a gravidade da doença e o estado geral do paciente. (TEIXEIRA et al., 2015). Para avaliar os sinais gerais do paciente, observam-se cinco parâmetros: pulso, temperatura, respiração, pressão arterial e dor. Discorreremos deles detalhadamente a seguir.

A parte periférica do aparelho circulatório e o próprio funcionamento do coração podem ser avaliados pela análise das pulsações arteriais. A tomada do pulso da artéria radial é um ato simples, porém de grande significação. É necessário contar sempre o número de pulsações durante um minuto; a frequência do pulso varia com a idade e em diversas outras condições fisiológicas. Em pessoas adultas, considera-se normal a frequência de 60 a 100 batimentos por minuto.

A temperatura é mantida entre produção e perda de calor pelo organismo no ambiente e deve-se ao mecanismo controlado pelo hipotálamo. A temperatura do interior do corpo permanece quase constante; no entanto, a temperatura externa do corpo está sujeita às variações das condições ambientais. Pequenas variações de temperatura normal são observadas, de pessoa a pessoa, e numa mesma pessoa, em diferentes locais do corpo. A temperatura axilar normal pode variar entre 35,8°C e 37°C.



Na respiração, o oxigênio inspirado entra no sangue e o dióxido de carbono (CO_2) é expelido, com frequência regular. A troca destes gases ocorre quando o ar chega aos alvéolos pulmonares, que é a parte funcional do pulmão. É nesse processo que o sangue venoso se transforma em sangue arterial. Para analisar a respiração é necessário observar durante um certo tempo (um minuto) a sequência das incursões respiratórias. Em condições normais, o ritmo da respiração é dado pela sucessão regular de movimentos respiratórios. A frequência respiratória varia entre amplos limites, principalmente em função da idade, aceitando-se como normais os seguintes valores para um indivíduo adulto: de 16 a 20 movimentos respiratórios por minuto.

A pressão arterial é a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. A pressão ou tensão arterial depende da força de contração do coração, da quantidade de sangue circulante e da resistência dos vasos. Tem por finalidade promover uma boa perfusão dos tecidos e com isto permitir as trocas metabólicas. É difícil definir valores normais para medida da pressão arterial pois varia de indivíduo para indivíduo. Porém, classicamente, adota-se o valor de normotensão de 120 por 80 milímetros de mercúrio. (PORTO, 2004).

E por fim, a dor. Antes ela não era considerada um sinal vital, mas em 1996, James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor) mostrou a necessidade da incorporação da dor nos sinais vitais. Ela é uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais. É um importante parâmetro de avaliação e é uma das causas mais frequentes da busca pelo auxílio. Através da sua avaliação, é possível acompanhar a evolução do paciente e efetuar os ajustes necessários para que o tratamento fique mais adequado. Ao avaliar, deve-se detectar sua etiologia, e considerar características como localização, padrão, intensidade e duração da dor. Ela pode ser mensurada através de escalas numérica visual de 0 a 10, escalas verbais com 4 termos (dor ausente, leve, moderada e intensa) e escalas de faces de sofrimento, que podem ser usadas para pacientes com dificuldade de comunicação. (SBED, 2018).

Os quadros 1, 2, 3, 4 e 5 exibem um resumo de cada segmento corporal e o que deve ser observado, avaliado e analisado pelo profissional de saúde que realizará o exame físico.

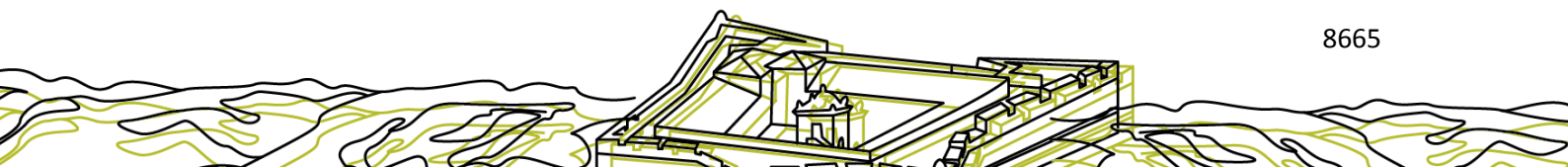
Quadro 1: exame neurológico e avaliação de cabeça e pescoço.

Segmento	Observar/avaliar
Estado mental	Nível de consciência e de orientação, aparência, atividade motora, humor, afeto, percepção, pensamento, conteúdo, memória, julgamento e respostas aos testes dos nervos cranianos.
Sistema motor	Função, força e tônus muscular, presença de movimentos involuntários.
Função cerebelar	Marcha, coordenação e equilíbrio.
Reflexos tendinosos	Presença e intensidade dos reflexos profundos e superficiais.
Percepção sensorial	Presença, ausência ou alterações das sensibilidades.
Crânio	Tamanho, formato, couro cabeludo, face.
Olhos	Acuidade visual, presença de secreções.
Pupilas	Tamanho, simetria, reação à luz,
Ouvidos	Acuidade auditiva, presença de secreções.
Nariz	Simetria, septo, seios paranasais.
Boca	Lábios, dentes, gengiva e língua.
Pescoço	Linfonodos, traqueia, tireóide, carótidas, jugulares.

Fonte: dados da equipe organizadora.

Quadro 2: exame do tórax e função pulmonar.

Segmento	Observar/avaliar
-----------------	-------------------------



Avaliação respiratória	Configuração, formato e expansão do tórax, frêmitos, ressonância vocal, desvios na coluna vertebral.
Avaliação pulmonar	Ritmo, presença e intensidade de murmúrios vesiculares e ruídos adventícios.

Fonte: dados da equipe organizadora.

Quadro 3: exame cardiovascular.

Segmento	Observar/avaliar
Avaliação cardíaca	Pulsações, frêmitos, abaulamentos ou depressões, ictus cordis.
Ausculta cardíaca	Focos, bulhas, sopros (grau, intensidade e localização).
Membros periféricos	Pulsações, rede venosa, tempo de preenchimento capilar.

Fonte: dados da equipe organizadora.

Quadro 4: exame abdominal.

Métodos propedêuticos	Observar/avaliar
Inspeção	Formato, simetria, pulsações, sinais.
Ausculta	Ruídos hidroaéreos
Percussão	Tipos de sons, hepatimetria
Palpação	Presença de massas, visceromegalias, testes.

Fonte: dados da equipe organizadora.

Quadro 5: pele, anexos e mamas.

Segmento	Observar/avaliar
Pele e mucosas	Coloração e suas modificações, umidade, textura, edema, mobilidade, turgor, lesões.
Mamas	Simetria, secreções, nódulos.

Fonte: dados da equipe organizadora.

A educação permanente em Saúde é um projeto que tem como objetivo modificar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que intenciona a formação e o desenvolvimento dos profissionais, por meio da integração entre três esferas: ensino, serviço e comunidade (BRASIL, 2017).

Desta forma, a extensão universitária serve como estratégia para promover a integração entre essas três esferas; o curso oferecido é um dos exemplos práticos dessa integração.

Podemos visualizar no quadro 6 ilustra as edições realizadas do curso de extensão de exame físico:

Quadro 6: Edições realizadas do Curso de Exame Físico, n. 182.

ANO	NÚMERO DE EDIÇÕES	NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES
2015	01	17

2016	02	49 53
2017	01	63

Fonte: dados da equipe organizadora.

Conclusão

A participação dos profissionais dos serviços de saúde no curso de extensão universitária, se configurou enquanto oportunidade de benefícios mútuos e contribuiu para consolidação da parceria entre universidade, comunidade e serviços de saúde, uma vez que, as capacitações foram realizadas com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população.

Os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem participam do curso na qualidade de monitores e puderam observar a realização de um procedimento de sua incumbência como futuro profissional de saúde, de forma direta e integral. Além, de promover o primeiro contato dos discentes com os profissionais de saúde que irão recebê-los nos serviços, por ocasião das práticas curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem.

O sucesso do curso de extensão universitária, gerou demanda por novas turmas e a realização anual com divulgação prévia e convites formalizados via ofício interinstitucional, consolidando o êxito dessa atividade de extensão, que além de compartilhar informações científicas com a comunidade, também promoveu a aproximação dos profissionais e egressos com o espaço acadêmico.

Referências

ALMEIDA, Luciane Pinho. A extensão universitária no brasil processos de aprendizagem a partir da experiência e do sentido. **Diversité - Recherches Et Terrain**, [s.i.], v. 7, p.56-67, 2015.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. **Anamnese e exame físico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BICKLEY, Lynn S.. **BATES: Propedêutica Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Política Nacional de Educação Permanente**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-daeducacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>>.

Acesso em: 01 abr. 2018.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358/2009**. 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html >. Acesso em: 22 mar. 2018.

GEORGE, Julia B.. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LIMA, Loyane Figueiredo Cavalcante et al. **Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro**. Rev Enferm UFPE on line; 8(6); 1502-9; 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9838/10039>>.

Acesso em: 22 mar. 2018.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, Patrícia A.. **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RODRIGUES, Andréia Lilian Lima et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 1, n. 16, p.141-148, mar. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). **5º Sinal Vital - Diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital**. Disponível em:

<http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=65>. Acesso em: 19 mar. 2018.

SEIDEL, Henry M. et al. **Mosby Guia de EXAME FÍSICO**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. Tradução Luciane Faria de Souza Pontes.

SOUZA NETO, Vinicius Lino et al. **Clinical reasoning in construction of nursing diagnosis: integrative review**. Journal of Nursing UFPE on line, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 936-944, jan. 2015. Available at:



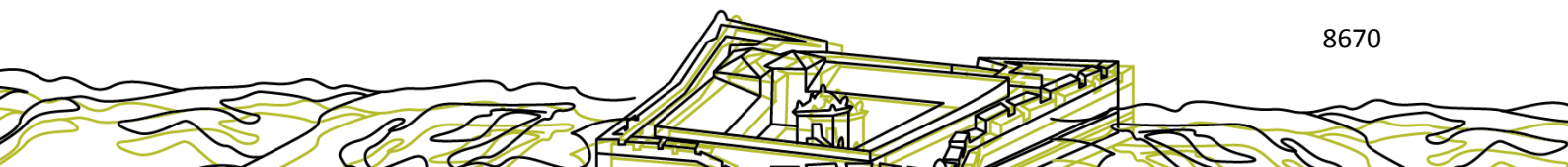
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10419/11204>>.

Date accessed: 01 apr. 2018.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas et al. VITAL SIGNS MEASUREMENT: AN INDICATOR OF SAFE CARE DELIVERED TO ELDERLY PATIENTS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1071-1078, dez. 2015.

VIANA, Suely Aragão Azevêdo et al. **A importância do exame físico para o enfermeiro que atua na estratégia de saúde da família**. 2015. Disponível em: <

<http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/l66148.E13.T11924.D9.AP.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.



ALIMENTAÇÃO E SAÚDE DO TRABALHADOR DA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO NO RN: SENSIBILIZAÇÃO PARA ESCOLHAS MAIS SAUDÁVEIS

Área Temática: Saúde.

I W L, BEZERRA¹; D B SOUSA¹; A M SOUZA²; G S PEREIRA²; K G TORRES²; R M COSTA²; A G GOUVEIA²; C M M MORAIS¹; L G B PINHEIRO¹.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

A alimentação envolve aspectos econômicos, sociais, científicos, políticos, psicológicos e culturais. Sabe-se que as escolhas alimentares de um indivíduo traduzem o seu hábito alimentar e que nas últimas décadas foram marcadas por alterações nos hábitos alimentares, indicando a substituição de preparações culinárias à base de alimentos in natura por produtos alimentícios industrializados, o que pode estar repercutindo no aumento do número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Isto reforça a necessidade da promoção de práticas alimentares saudáveis como uma prioridade na agenda das políticas públicas de saúde, alimentação e nutrição no Brasil. Desse modo, o objetivo deste projeto foi implantar programas educativos em indústrias beneficiárias e não beneficiárias do Programa de Alimentação do trabalhador incentivando escolhas alimentares mais saudáveis. Foram realizadas atividades educativas e informativas em 20 empresas, utilizando estratégias como rodas de conversa para discussão em grupo; apresentação de imagens projetadas com multimídia, distribuição de folders e exposição de banners sobre temas diversos. Todos os momentos traduziram-se numa rica experiência compartilhada entre docentes, trabalhadores e discentes (graduandos e pós-graduandos). Essa atividade superou as expectativas do projeto, tendo ocorrido de forma continuada em 42% das empresas e de forma pontual noutros 35%, ressaltando que 23% da amostra planejada haviam encerrado ou suspenso suas atividades. O projeto de extensão permitiu realizar uma conexão com o

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Curso de Nutrição

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

projeto de pesquisa a ele vinculado possibilitando realizar um retorno enriquecedor dos resultados aos trabalhadores. Além de permitir uma maior troca de experiência entre pesquisadores e participantes.

Palavras-chave: Escolhas alimentares. Saúde do trabalhador. Educação Nutricional.

Introdução

A alimentação representa uma das atividades humanas mais importantes do ponto de vista biológico, além de também “envolver aspectos econômicos, sociais, científicos, políticos, psicológicos e culturais fundamentais na dinâmica da evolução das sociedades” (PROENÇA, 2010). No entanto, a relação entre o homem e a alimentação vem se alterando, principalmente devido às novas características dos processos produtivos (ritmos e continuidade no fluxo de produção) e a organização do trabalho (divisão e integração do trabalho) limitam as possibilidades do trabalhador realizar suas refeições durante a jornada de trabalho no próprio domicílio (ABREU; SPINELLI; ZANARDI, 2009).

Desta forma, nas últimas décadas vem se observando alterações significativas nos hábitos alimentares da população, indicando a substituição de preparações culinárias à base de alimentos in natura por produtos alimentícios industrializados que, em sua maioria possuem uma alta densidade energética, pois são ricos em gorduras, carboidratos refinados e sódio (BRASIL, 2014). Tais modificações vêm repercutindo no aumento do número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis como obesidade, diabetes mellitus tipo II (DM2) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) (PINHO et al., 2014).

As DCNT destacam-se entre os maiores problemas de saúde pública do mundo e cada vez mais as evidências científicas apontam para sua relação com as práticas alimentares das pessoas. Noutras palavras, as escolhas alimentares dos indivíduos associados a estilos de vida sedentários, dentre outros fatores, são determinantes da ocorrência desse conjunto de doenças. Entretanto, sabe-se que as escolhas alimentares de um indivíduo traduzem o seu hábito alimentar, que, por sua vez, é formado desde o seu primeiro contato com o alimento, o hábito alimentar familiar e dos grupos onde ele está inserido, além de outros fatores influenciadores (BRASIL, 2012). Trata-se de um complexo sistema, o qual é muitas vezes regido por regras definidas pela sociedade - referentes às escolhas e também ao modo de preparo e rituais das refeições -, em que se consideram principalmente os valores do grupo social no qual o indivíduo está

inserido, a identidade cultural e a percepção individual sobre alimentação (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008).

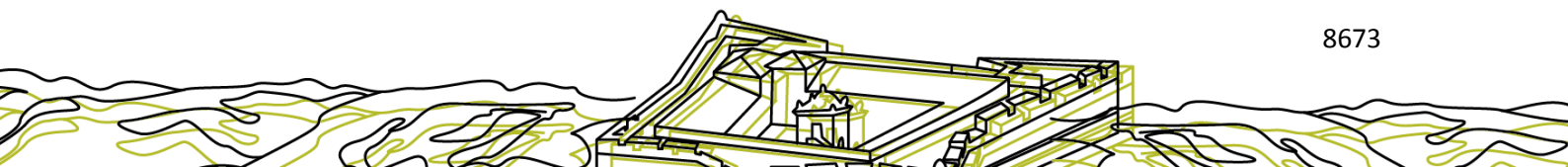
Compreender os possíveis determinantes das escolhas alimentares permite o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde que sejam capazes de alcançar e orientar as pessoas para um estilo de vida saudável, minimizando a prevalência e agravos de Doenças Crônicas e Metabólicas (LENG et al., 2015). Isto reforça que a promoção de práticas alimentares saudáveis seja, atualmente, uma prioridade na agenda das políticas públicas de saúde, alimentação e nutrição no Brasil (BRASIL, 2012).

A estratégia global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que o ambiente de alimentação coletiva das empresas é importante na promoção de uma alimentação saudável (WHO, 2004). A inserção da educação alimentar reflete uma tentativa de deslocar a alimentação do trabalhador do foco genuinamente energético para um enfoque de promoção à saúde e/ou prevenção de enfermidades (SANTOS et al., 2007)

Nesta perspectiva, o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) é um programa do Ministério do Trabalho e Emprego que tem como objetivo principal melhorar as condições nutricionais dos trabalhadores, facultando às empresas a dedução de despesas com alimentação de seus funcionários. Procura-se obter, por meio da alimentação saudável, repercussões positivas na qualidade de vida, redução de acidentes de trabalho e aumento de produtividade (SARNO; BANDONI; JAIME, 2008). Nesse sentido, o Programa destaca-se como a principal política pública de segurança alimentar e nutricional voltada para os trabalhadores (BRASIL, 2016).

Alguns estudos vêm sendo realizados para avaliar as repercussões do programa na alimentação e no estado nutricional dos trabalhadores vinculados a ele. Dentre eles, está o de Veloso e Santana (2002), um estudo prospectivo realizado na Bahia, que avaliou o impacto do PAT nos trabalhadores encontrando um maior ganho de peso e desenvolvimento de préobesidade nesses trabalhadores quando comparados aqueles não beneficiados pelo PAT ou qualquer outro programa. Mais recente, o estudo de Bezerra (2017) fez uma comparação entre os trabalhadores vinculados e não vinculados ao Programa, identificando valores mais elevados de índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência abdominal e, conseqüentemente, maior prevalência de sobrepeso e obesidade no grupo PAT.

Além disso, os estudos que tinham como objetivo avaliar a alimentação que vem sendo ofertada a esses trabalhadores verificaram uma oferta excessiva de sódio, gorduras



totais e colesterol (SÁVIO et al., 2005; GERALDO; BANDONI; JAIME, 2008), o que indica que, da forma como o PAT vem sendo implantado e executado, pode estar favorecendo a uma má alimentação com conseqüente ganho de peso e desenvolvimento de agravos a saúde.

Assim, concorda-se a necessidade que o programa tenha uma visão mais integralizada e humana do trabalhador e que as orientações técnicas voltadas para a nutrição a serem desenvolvidas apoiem ações educativas concretas que objetivem a promoção da saúde (SÁVIO et al., 2005).

Desta forma, o objetivo deste projeto foi implantar programas de atividades educativas junto a trabalhadores de indústrias vinculadas e não vinculadas ao Programa de Alimentação do Trabalhador, por meio de ações dinâmicas e didáticas que envolvam temas como: estado nutricional, risco metabólico, doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com a alimentação e a nutrição. Ainda, com a perspectiva de realizar orientação nutricional individualizada, nos casos mais específicos e que demandem uma atenção mais próxima. Esses objetivos visam compreender a origem das escolhas alimentares dos trabalhadores e incentivar a busca pela qualidade de vida e escolhas alimentares mais saudáveis.

Metodologia

Ao longo do ano de 2017, foram realizadas atividades educativas/informativas em 20 empresas, das 26 participantes do projeto de pesquisa que deu origem ao presente projeto. O projeto de extensão ocorreu concomitante ao projeto de pesquisa, que estabelecia a proposta metodológica de avaliar longitudinalmente os mesmos trabalhadores avaliados em um primeiro momento, realizado em 2014 e cujos resultados serviram de base para o desenvolvimento desse trabalho de extensão.

Assim, o projeto de pesquisa intitulado “Efeito a longo termo do Programa de Alimentação do Trabalhador sobre o estado nutricional antropométrico de trabalhadores da indústria de transformação” foi submetido e aprovado pelo CEO-HUOL sob o parecer 2.087.237 no dia 29 de maio de 2017. Antes das ações educativas, foram realizados dois momentos de avaliação dos trabalhadores em cada uma das empresas: uma nova aferição dos indicadores antropométricos do estado nutricional (peso, estatura e circunferência da cintura), tomada a medida da pressão arterial casual e a coleta de amostras sanguíneas para determinação de triglicérides, colesterol total e frações da glicemia de jejum.

Para tanto, para aferições de peso, estatura e circunferência abdominal foram utilizados: balança digital da marca Tanita, precisão de $\pm 0,05\text{Kg}$; estadiômetros portáteis, marca Sanny e fitas métricas extensíveis da marca Macrolife. Para a tomada da pressão arterial, foram utilizados tensiômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio da marca Tycos (USA).

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com as técnicas recomendadas nas Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em Serviços de Saúde (BRASIL, 2011) e pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), com o trabalhador sentado e após repouso de 15 minutos.

Para os exames bioquímicos, os trabalhadores da amostra por empresa foram convidados a sentarem-se em cadeiras apropriadas para extensão e repouso do braço e submetidos à coleta de sangue periférico, uma única vez, em jejum de 12 h, utilizando sistema de coleta manual a vácuo e/ou seringa. A coleta da amostra foi realizada por profissional técnico em enfermagem, com experiência nesse tipo de procedimento.

A coleta de sangue ocorreu em local específico para este fim, preservando-se a privacidade do trabalhador. As amostras devidamente identificadas foram acondicionadas em tubos de ensaio com tampa e imediatamente transportadas em caixas térmicas ao Laboratório de Bioquímica Clínica do Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas do Curso de Farmácia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, onde foram realizadas as análises. Para análise da glicemia, do colesterol total e fração HDL, bem como de triglicérides foram utilizados métodos colorimétricos e enzimáticos de kits compatíveis com o BioPlus-2000.

Assim, com os resultados em mãos, foi possível fazer o retorno às empresas para a realização de ações educativas propriamente. Além de abordar temas como alimentação e estilo de vida saudáveis, também eram apresentados temas relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, bem como a interpretação dos resultados dos indicadores bioquímicos realizados no momento da pesquisa. Em atendimento às demandas da empresa, quando solicitado, também foram abordados temas relacionados às boas práticas de manipulação dos alimentos, com o objetivo de melhorar da qualidade higiênico-sanitária das refeições produzidas para a alimentação do trabalhador.

A dinâmica de realização dos trabalhos variou a cada empresa. Em algumas das empresas foi possível criar grupos de discussão, em formato de rodas de conversa; outra

metodologia utilizada foi a apresentação de imagens projetadas com o uso de recursos de multimídia, distribuição de folders e exposição de banners sobre temas diversos.

Para aquelas empresas que tinham dificuldade em liberar todos os funcionários ao mesmo tempo, eram formados grupos menores e em cada grupo foi realizada uma roda de conversa onde eram explicados sobre os marcadores bioquímicos que analisamos, associando-os a diferentes aspectos da alimentação.

Além disso, em algumas indústrias (que apresentaram interesse e disponibilidade de horário), o trabalho foi continuado e, portanto realizado em etapas, implantando de um programa de acompanhamento. Entretanto, apenas quatro empresas nos autorizaram a dar continuidade às visitas, que ocorreram mensalmente. As reuniões aconteciam nas próprias empresas, geralmente nos horários de intervalo e descanso dos trabalhadores.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos ao longo do desenvolvimento do projeto traduzem-se em momentos de rica experiência compartilhada entre docentes, trabalhadores e discentes (graduandos e pós-graduandos). Essa atividade superou as expectativas do projeto, tendo ocorrido de forma continuada em 42% das empresas e de forma pontual noutros 35%, ressaltando que 23% da amostra planejada haviam encerrado ou suspenso suas atividades.

Um dos objetivos desse projeto foi formar multiplicadores no tema da educação alimentar e nutricional para possibilitar a continuidade dos programas após a finalização do projeto, no entanto, esse objetivo se mostrou difícil de alcançar, uma vez que a indústria, no ano de 2017, sofreu ainda fortemente o efeito da retração do mercado, fechando porta ou reduzindo drasticamente o seu número de funcionários. Dessa forma, apenas 4 indústrias apresentaram o funcionário que receberia a capacitação para tornar-se multiplicador, o que tornou inviável a realização do curso.

As empresas que se mostraram mais abertas ao desenvolvimento das atividades foram visitadas mais de uma vez, nas quais foi possível dar seguimento aos conteúdos e avançar no sentido das orientações alimentares feitas aos trabalhadores. Essa oportunidade de realizar essas atividades continuadas de educação alimentar e nutricional são de grande importância, pois se destacam no contexto da promoção da saúde e da alimentação saudável, vista como uma estratégia fundamental para enfrentar os novos desafios nos campos da saúde, alimentação e nutrição (SANTOS, 2012).

A população em geral tem demonstrado um aumento no interesse pelos assuntos que envolvem a alimentação, nutrição e saúde. E assim, a partir de ações e atividades educacionais bem direcionadas ao público alvo, o participante se beneficia com a aquisição de novos conceitos e conhecimentos, principalmente quando se trata de atividades de dinâmicas e didáticas que prendem a atenção do ouvinte e o faz interagir com os assuntos divulgados durante a atividade e que muitas vezes são temas e realidades que envolvem os hábitos do cotidiano e o fazem refletir sobre isso (BENETTI et al., 2008).

Enfatiza-se ainda a importância de que as ações educativas sejam desenvolvidas no sentido de promover a autonomia dos indivíduos, baseadas na interdisciplinaridade e respeitando as culturas, valorizando a história e a diversidade regional, ao mesmo tempo em que reconheçam os saberes populares e fomentem a biodiversidade local (SANTOS, 2012).

Um reflexo positivo de ações de educação foi observado em estudo conduzido por Franco, Castro e Wolkoff (2013), que avaliaram o impacto de ações de promoção de consumo de frutas e hortaliças em ambiente de trabalho após 9 meses de atividades educativas variadas, verificaram um reflexo positivo no consumo alimentar desses gêneros. Isso mostra a necessidade de realizar intervenções e atividades educacionais com maior frequência, seja qual for o assunto a ser abordado.

Tanto nas empresas que foram visitadas mais de uma vez quanto nas que tiveram momentos pontuais, o feedback obtido foi satisfatório, com troca de conhecimentos e depoimentos de mudanças não apenas relacionadas aos consumo alimentar, mas também quanto ao comportamento dos mesmos no que se referia ao estilo de vida, com maiores mobilizações para a prática de atividade física e adesão aos diferentes tratamentos que alguns trabalhadores precisavam seguir, mas apresentavam resistência.

Alguns depoimentos bem marcantes para toda a equipe diziam respeito à própria busca dos trabalhadores pelo serviço de saúde dos bairros onde moram, dando sequência a diagnósticos levantados nas atividades do projeto, quando, por exemplo, era verificada a pressão arterial do trabalhador e detectada alguma alteração, com consequente orientação para uma maior atenção à saúde e, a partir dali, a descoberta ou confirmação de diagnóstico de hipertensão arterial com adesão ao tratamento e retorno à equipe para obter orientações mais específicas sobre a dieta. Esses depoimentos ocorriam espontaneamente durante as atividades e pode-se notar o retorno do trabalho desenvolvido.

Diante destes resultados, ressalta-se a importância da educação nutricional como ferramenta de promoção da saúde, aliadas a mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação mais efetivos, tendo como objetivo a sensibilização dos trabalhadores acerca da responsabilidade que têm também sobre a sua saúde.

Conclusão/Considerações Finais

A realização das ações propostas pelo projeto de extensão “Alimentação e saúde do trabalhador da indústria de transformação no RN: sensibilização para escolhas mais saudáveis” demonstrou o quanto é possível articular pesquisa, ensino e extensão, envolvendo docentes e discentes de diferentes níveis de formação para a sua concretização e propiciando a todos, inclusive trabalhadores, uma intensa troca de experiências e saberes.

Com relação às dificuldades enfrentadas, destaca-se a pouca disposição das empresas em liberar funcionários para participarem do curso de formação de multiplicadores no tema de educação alimentar, tendo em vista que tal atividade exigia a presença de ao menos um representante por empresa fora do ambiente de trabalho, ainda que em dias previamente agendados, para a sua efetiva participação.

Além disso, a falta de recursos financeiros para aquisição de equipamentos básicos como computador, bem como para aquisição de material de consumo (papel, caneta, pasta, dentre outros) também foi uma dificuldade a ser enfrentada pela equipe durante todo o período de realização do projeto. Entretanto, o compromisso assumido junto a empresas e trabalhadores foi mantido até o final dessa etapa do projeto. Por fim, é importante reconhecer que essas dificuldades foram pequenas diante da grandeza que foi a realização de cada atividade, o envolvimento, o interesse das pessoas em receber as ações propostas.

Referências

ABREU, E. S.; SPINELLI, M.G.N.; ZANARDI, A.M.P. **Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer**. São Paulo: Metha; 2009.

BENETTI, F.; BARBERINI, A.; WILK, R. L.; SPINELLI, R. B.; CENI, G. C. Educação nutricional para pré-escolares em uma escola de ensino fundamental da região norte do Rio Grande do Sul. **Revista Perspectiva**, v. 32, n. 117, p. 105-114, 2008.

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 /– Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 3ª ed. Brasília: MS; 2012. Série B.

Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério do trabalho e emprego. Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Brasília, 2016. Disponível em: [HTTP:// http://www.mtpps.gov.br/pat](http://www.mtpps.gov.br/pat). Acesso em: 20 de março de 2018.

FRANCO, A. S; CASTRO, I. R. R; WOLKOFF, D. B. Impacto da promoção sobre consumo de frutas e hortaliças em ambiente de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 29 – 36, 2013.

GERALDO, A. P. G.; BANDONI, D. H.; JAIME, P. C. Aspectos dietéticos das refeições oferecidas por empresas participantes do Programa de Alimentação do Trabalhador na Cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica** v. 23, n.1, p. 19-25, jan., 2008.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 63-73, jan./fev., 2008.

LENG, G.; ADAN, R.A.H.; BELOT, M.; BRUNSTROM, J.M.; GRAAF, K, et al. The determinants of food choice. **Proceedings of the nutrition society**, 2015.

MAHAN, L. K; ESCOTT-STUMP, S. RAYMOND, J. L. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. 57ª Assembléia Mundial de Saúde: WHO 57.17 8ª sessão plenária de 22 de maio de 2004. Disponível em:

<http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf>.

Acesso em: 20 de março de 2018.

PINHO, P. M.; MACHADO, L. M. M.; TORRES, R. S.; CARMIN, S. E. M.; MANDES, W. A. A.; SILVA, A. C. M. et al. Síndrome metabólica e sua relação com escores de risco cardiovascular em adultos com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, v. 12, n. 1, p. 22- 30. 2014.

PROENÇA, R. P. C. Alimentação e globalização: algumas reflexões. **Ciência e Cultura**, v. 62, n. 4. 2010.

SANTOS, L. M. P; SANTOS, S. M. C; SANTANA, L. A. A; HENRIQUE, F. C. S; MAZZA, R. P. D; SANTOS, L. A. S, et al. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002: 4 - Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Caderno de Saúde Pública**. 2007; 23(11):2681-2693.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 453-462. 2008.

SARNO. F.; BANDONI, D. H.; JAIME, P. C. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 453-462, 2008.

SAVIO, K. E. O.; COSTA, T. H. M.; MIAZAKI, E.; SCHMITZB, B. A. S. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n, 2, p. 148-55. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

MULTIPROFISSIONALIDADE EM SAÚDE E IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE: EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO NA FACISA-UFRN

Área Temática: Saúde.

Gisele Kariny de Souza Davi; Raynara Maritsa Cavalcante Pessoa; Wildja de Lima Gomes; Dayane Nascimento dos Santos; Fernanda da Fonseca Freitas; Rafaela Carolini de Oliveira Távora; Enio Walker de Azevedo Cacho; Roberta de Oliveira Cacho; Núbia Maria Freire Vieira Lima

Instituição: Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN)

Resumo

Introdução: Inerente ao processo de senescência ocorrem mudanças fisiológicas que podem culminar no declínio de funções físicas e cognitivas capazes de ocasionar a restrição de atividades de vida diária. Quando o declínio cognitivo é acima do esperado para idade e inferior ao da demência, este é tido como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL). **Objetivo:** Descrever a experiência de docentes e discentes de um projeto de extensão que promove assistência multiprofissional na FACISA a indivíduos que apresentam déficit da cognição no município de Santa Cruz, RN. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência do projeto de extensão multiprofissional “ACOLHENDO MEMÓRIAS: Assistência Multiprofissional em Saúde a indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve e Demências e aos cuidadores”, desenvolvido na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi FACISA/UFRN, no ano 2017. O projeto presta assistência nutricional e fisioterapêutico a idosos com declínio cognitivo e aos seus cuidadores. **Resultados:** Os idosos apresentaram melhores desempenho nas atividades no decorrer da realização do projeto. Houve melhora auto relatada do desempenho nas atividades de vida diária e aumento da qualidade vida. Os discentes e docentes envolvidos tiveram a oportunidade de participar de ações multiprofissionais o que lhes proporcionaram experiências de enriquecimento técnico e científico e que estimularam o trabalho em equipe. **Considerações Finais:** o projeto de extensão ‘ACOLHENDO MEMÓRIAS’ contribuiu para efetivação de uma política de saúde pública norteada pelas dimensões do acolhimento, corresponsabilização, desfragmentação do atendimento prestado e a integralidade. Em

2017 o projeto de extensão revelou grande importância tanto para a comunidade, cuidadores e pacientes, quanto para o corpo discente e docente da FACISA/UFRN e Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação, justificando, assim, sua continuidade e êxito institucional. **Palavras-chave:** Comprometimento Cognitivo leve; idosos; tratamento.

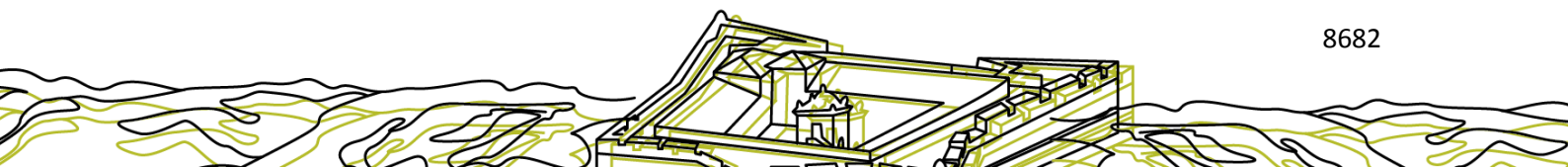
Introdução

A população idosa está aumentando em todo o mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2005), espera-se que a população idosa no Brasil até 2025 seja aproximadamente 34 milhões, fazendo com que o país seja o sexto país no mundo em maior número de idosos.

Alterações em diversos sistemas podem ocorrer no processo de envelhecimento, envolvendo o sistema musculoesquelético, nervoso, somatossensorial, visual, vestibular e cardiorrespiratório, além de mudanças cognitivas. Essas alterações podem reduzir a funcionalidade e independência, aumentando o risco de quedas (FULLER, 2000; ROGERS et al., 2003). Ademais, observa-se o declínio da habilidade nas atividades funcionais como também do desempenho cognitivo e, com este processo, pode ocorrer o aumento da suscetibilidade a doenças e diminuição das respostas adaptativas, podendo levar a restrição das atividades do indivíduo (GORZ, 1962; HERTZOG et al., 2008; WILLIAMS, KEMPER, 2010).

As funções cognitivas se referem a um conjunto de funções cerebrais superiores vinculadas às atividades de atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, tomada de decisão, imaginação, pensamento e linguagem (DE LA FUENTE et al., 2013). O declínio das funções cognitivas é esperado no envelhecimento, entretanto quando essa diminuição é acima do previsto para a idade e inferior ao de quadros de demência, é caracterizado como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) (AGGARWAL et al., 2006; MENDES et al., 2015).

Durante o desenvolvimento de nossas atividades de vida diária em muitos momentos é necessária a realização de tarefas simultâneas. Com o decorrer dos anos e o aumento da idade, as tarefas motoras, que eram automáticas, como por exemplo a marcha, tornam-se mais atencionais, isto é, a demanda cognitiva é maior para que se realize a performance de forma adequada. É comum notar dificuldade de marcha em indivíduos senescentes, principalmente quando estes são expostos às duplas tarefas (GOMES et al., 2016).



A terapia em grupo tem se evidenciado como uma nova estratégia para melhor acolher a população idosa, proporcionando qualidade de vida no processo de envelhecimento. Um grupo é caracterizado por um determinado número de indivíduos, juntos objetivando um mesmo fim, criando algo novo, um todo que consegue identidade e vida própria. Neste são determinadas regras e normas, que são aceitas por todos, cujos os seus papéis e importância são interligados estreitamente (Zimerman, 2000). Deste modo, o atendimento em grupo apresenta várias vantagens, como por exemplo propiciar o enfrentamento do isolamento e depressão, empoderar acerca dos comportamentos saudáveis e dar sentido a eles, atenuar a imagem negativa que é relacionada ao processo de senescência e propiciar um ambiente de apoio e formação de vínculos (Osório, 2000).

Tendo em vista que na cidade de Santa Cruz- RN residem um grande número de idosos e vários destes apresentam declínio das funções cognitivas, e que isso afetará a estrutura familiar, considerando que quando alguém da família apresenta alguma limitação toda a família precisa adaptar-se à realidade daquele indivíduo. Sabendo que a Universidade é um ambiente que pode ser utilizado como instrumento para melhora da saúde e da qualidade de vida de idosos e cuidadores que precisam de atenção multiprofissional. Considerando isto, com o intuito de proporcionar para os discentes da instituição uma experiência de assistência multiprofissional a saúde, envolvendo os alunos dos cursos de Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Enfermagem, além dos alunos do Mestrado em Ciências da Reabilitação, surgiu o projeto “ACOLHENDO MEMÓRIAS: Assistência Multiprofissional em Saúde a indivíduos com

Comprometimento Cognitivo Leve e Demências e aos cuidadores” que objetiva promover assistência, seguindo os princípios de acolhimento e integralidade do cuidado.

Desta forma, considerando que o Comprometimento Cognitivo Leve e Demências resultam em alterações motoras, nutricionais e cognitivas em adultos e idosos, repercutindo em mudanças de papéis sociais e qualidade de vida de cuidadores e familiares. Devido ao número considerável de idosos no município de Santa Cruz e aos impactos negativos do declínio cognitivo na saúde destes indivíduos e de seus cuidadores, somado à inexistência de ações semelhantes no município, justifica-se a continuidade do projeto de extensão multiprofissional em saúde destinado a esta população, a ser realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN. O projeto de extensão tornou-se referência no município com finalidade de acolhimento a pacientes idosos e seus cuidadores, com demandas crescentes de Santa Cruz e

municípios vizinhos. Na presente apresentação, objetiva-se descrever a experiência exitosa de docentes e discentes de um projeto de extensão que promove assistência multiprofissional na FACISA a indivíduos que apresentam déficit da cognição no município de Santa Cruz, RN.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência do projeto de extensão intitulado de “ACOLHENDO MEMÓRIAS: Assistência Multiprofissional em Saúde a indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve e Demências e aos cuidadores”, o qual acontece na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi- FACISA, unidade acadêmica especializada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN desde 2015.

O projeto “ACOLHENDO MEMÓRIAS: Assistência Multiprofissional em Saúde a indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve e Demências e aos cuidadores” funciona nas dependências da Clínica Escola de Fisioterapia, em sala de aula e no Largo universitário da FACISA nas terças-feiras, das 14h00min às 18h00min. As atividades foram realizadas por acadêmicos do curso de Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Psicologia da FACISA/UFRN, supervisionados por 4 professores (um por curso) e servidores técnico-administrativos. Das 14h00min as 17h00min os discentes são apresentados a avaliação e assistência multiprofissional e das 17h00min às 18hmin há discussão temática (Ciclo de Estudos). O projeto teve início no primeiro semestre de 2017, com desenvolvimento de atividades de educação e promoção de saúde através de atendimento multiprofissional em grupo e individualmente, além de atividades de grupos de estudo e capacitações para alunos e cuidadores.

Cada bolsista e voluntário era responsável por determinados pacientes e, em escala de atendimento que não ultrapassasse 12h semanais, desenvolveram ações de assistência multiprofissional, desde que respeitando os princípios da ética/bioética, qualidade e humanização nas ações de saúde. Os alunos foram estimulados a divulgar o projeto de extensão juntamente aos docentes através de banners, visitas às rádios e clínicas de saúde da cidade e às reuniões dos secretários de saúde da V região. Os alunos foram incentivados a aprofundar o contato com o paciente e seus familiares, a depender de cada situação, podendo realizar visitas domiciliares supervisionadas por docente da instituição, encaminhamentos para a rede de saúde e/ou assistência, sendo incentivada a comunicação com atores diversos, co-responsabilização e autonomia.

Os alunos utilizaram instrumentos de medida específicos para avaliação de indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve e Demências e seus cuidadores. Uma das ferramentas utilizadas para detectar o CCL é a Prova Cognitiva de Leganés (PCL), que foi desenvolvida para avaliar a função cognitiva de pessoas com baixo nível de escolaridade. Nela são vistos os domínios: orientação temporal, orientação espacial, informações pessoais, teste de nomeação, lembrança imediata, lembrança tardia e memória lógica, sendo a cada resposta correta adjudicada um ponto. A pontuação varia de 0 a 32 pontos, maiores pontuações indicam melhor desempenho cognitivo, e 22 é o ponto de corte utilizado para caracterizar Comprometimento Cognitivo Leve (CALDAS et al., 2012).

Os atendimentos foram realizados em ambiente ambulatorial ou na piscina terapêutica, de acordo com as orientações docentes e protocolos terapêuticos específicos. As atividades deste projeto de extensão que foram elencadas em forma de cronograma para o ano de 2017, a saber: Educação em Saúde, com temas sobre prevenção e promoção à saúde no Comprometimento Cognitivo Leve e Demências; discussões de casos clínicos entre alunos e profissionais da Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição e Psicologia; capacitações para aprendizado do uso de instrumentos clínicos de mensuração de alterações motoras (mobilidade, equilíbrio, marcha e dupla tarefa), nutricionais e cognitivas em adultos e idosos com Comprometimento Cognitivo Leve e Demências; discussões temáticas em Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Psicologia; e espaços para fala dos familiares e cuidadores. No projeto estavam previstos momentos de descontração e divertimentos para os discentes e pacientes em datas comemorativas, como objetivo de aumentar o vínculo entre estes. Os docentes e duas alunas regulares do Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação da FACISA estiveram envolvidos na totalidade da execução do projeto, tanto na formulação de cronogramas de atividades do projeto, quanto na elaboração de condutas, estimulando os graduandos a desenvolverem criatividade e habilidades com o grupo.

O público alvo foi escolhido através de lista de espera/atendimento da Clínica Escola de Fisioterapia da instituição ou pela procura dos próprios usuários ou cuidadores, pois o projeto foi divulgado amplamente por meio de banners, folders em rádios locais, reunião com secretários de saúde da V região do Rio Grande do Norte e em Unidades básicas de saúde do município de Santa Cruz-RN.. Os participantes foram submetidos uma avaliação da capacidade cognitiva, e quando manifestaram interesse em dar início a participação do projeto foram traçadas condutas de acordo com os objetivos e o estado cognitivo e funcional do indivíduo, podendo ele ser inserido no tratamento individual ou em grupo, sob a perspectiva multiprofissional. Em relação aos

atendimentos, os usuários foram encaminhados para cada atendimento de acordo com as suas necessidades e os discentes realizaram condutas orientadas por docentes responsáveis de acordo com os seus respectivos cursos.

Os discentes de Nutrição realizaram avaliações e orientações alimentares, além de acompanharem o perfil alimentar dos indivíduos por eles assistidos e orientarem os cuidadores com relação ao plano alimentar, sob a supervisão da Professora Fernanda da Fonseca Freitas. Os discentes de Psicologia estavam disponíveis para avaliação e suporte psicológico dos participantes e seus cuidadores. Os alunos do curso de Enfermagem forneceram educação em saúde para os indivíduos, orientações quanto ao uso dos seus medicamentos e cuidados pessoais, sob a supervisão da Profa. Rafaela Carolini de Oliveira Távora. Os acadêmicos de Fisioterapia realizaram avaliações da função motora e neurológica, além de desenvolverem condutas que visassem principalmente atividade de Dupla Tarefa (DT), que abordam atividades motoras e cognitivas associadas, sob supervisão da Profa. Núbia Maria Freire Vieira Lima e das Fisioterapeutas e mestrandas Raynara Maritsa Cavalcante Pessoa e Wildja de Lima Gomes.

Os atendimentos em grupo realizados pelos discentes do curso de Fisioterapia foram compostos por 10 participantes acima de 60 anos. As atividades que compunham foram principalmente de dupla tarefa motora-cognitiva, nas quais eram realizadas duas atividades simultaneamente envolvendo atividades motoras relacionadas a marcha, equilíbrio e coordenação associada a atividades de cognição. A última citada se deu com exercícios mnemônicos de fluência verbal, cálculo e atenção, a saber: nomeação de animais, cidades ou frutas, palavras que iniciassem com letra específica, nomes de pessoas, citação de meses ou dias da semana, objetos de um cômodo específico da casa, relembrar figuras, histórias ou números ditos previamente, de acordo com protocolo baseado em evidências científicas, discutido e elaborado para este grupo.

O Ciclo de estudos das 17h00min ocorreu logo após as atividades práticas do referido projeto de extensão e nele foram ministradas aulas teóricas e práticas, discutidos temas e artigos acerca do comprometimento cognitivo e apresentados os casos clínicos, educação em saúde e resultados do projeto de extensão. Neste momento, os alunos foram estimulados a elaborar resumos e produtos para apresentação em congressos científicos na área, os quais estão vinculados ao projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACISA intitulado “Descrição do desempenho e avaliação da interferência imediata da intervenção com duplas tarefas em idosos saudáveis e com comprometimento cognitivo leve” que tinha como

Pesquisadora Responsável Raynara Maritsa Cavalcante Pessoa, aluna do Mestrado e integrante deste projeto de extensão. A vivência no projeto permitiu não somente o aperfeiçoamento de habilidades com condutas técnicas, mas também o estímulo à pesquisa, visto que os protocolos que foram usados nas práticas multiprofissionais primaram pelas evidências científicas. Ademais, foram realizadas discussões de casos clínicos entre o discente e docentes das diferentes profissões, são ofertadas capacitação para uso de instrumentos de avaliação, discussão de artigos científicos relacionados a temática, palestras e rodas de conversas de prevenção e promoção de saúde com os participantes e cuidadores.

Resultados e Discussão

Houve boa adesão dos indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve às atividades propostas, o que desencadeou crescimento do número de idosos no último triênio. Eles relataram que durante esse período houve melhora das queixas subjetivas de memória e desempenho físico ao realizar suas atividades de vida diária o que favoreceu a melhora da qualidade de vida.

As tarefas motoras sugeridas variavam entre atividades de equilíbrio (dinâmico e estático), marcha e exercícios ativo-livres sempre concorrentes aos exercícios mnemônicos. Quanto à atividade de marcha, foi esperado um aumento na sua velocidade, devido a necessidade cognitiva e busca atencional predisporem a diminuição do desempenho físico, o que foi de fato observado pelos terapeutas durante as sessões. Koint e colaboradores em um estudo com 69 participantes com indivíduos com Alzheimer e com Comprometimento Cognitivo Leve verificou um aumento significativo na velocidade de marcha dos indivíduos com Alzheimer ao executar de dupla tarefa (KONIG et al., 2017).

Tendo em vista que a dupla tarefa é de caráter cognitivo-motor e que esta primeira requer demanda cognitiva para realizar as atividades de fluência verbal, como por exemplo, citar nomes de animais. Os idosos com menor escolaridade apresentaram dificuldade relatando não ser possível lembrar, o que prejudicou a atividade motora que estava sendo realizada concomitantemente à cognitiva. Alguns idosos estacionavam a atividade motora para refletir a tarefa cognitiva enquanto outros aumentavam o tempo em que se praticava a tarefa motora. Isso refletiu em seu desempenho tanto cognitivo, quanto motor. Em um estudo de Muhaidat & Kerr em 2013, foi avaliada dupla tarefa motoracognitiva em idosos sem déficit cognitivo realizando atividades motoras

dinâmicas associadas à atividade cognitiva de citar nomes de animais e os autores verificaram que houve um aumento do tempo para realizar essa atividade de fluência verbal, reduzindo seu desempenho nas atividades motoras.

A baixa escolaridade formal dos idosos contribuiu como obstáculo para o cumprimento das tarefas, visto que eles relataram confusão em atividades que exigissem um maior conhecimento, como por exemplo, citar palavras com letras específicas ('V' ou 'F') e atividades de contagem regressiva (100-3), o que pode ter influenciado no exercício dessas atividades.

O auto relato e a maior adesão da população idosa ao projeto demonstram benefícios na socialização, desempenho cognitivo e motor e portanto na qualidade de vida, além de estimular um maior conhecimento acerca desse déficit aos discentes, docentes e comunidade em geral, posto que o Comprometimento Cognitivo Leve é um tema pouco conhecido e estudado. Os benefícios para os idosos assistidos foram vários e de enorme pertinência, já que o projeto promoveu um ambiente de socialização, os mesmos relataram melhora na realização das suas Atividades de Vida Diária e qualidade de vida, como também sentem-se encorajados e mais motivados a realizar exercícios físicos.

Houve colaboração profícua entre alunos de graduação dos quatro cursos da FACISA e alunos regulares do Mestrado em Ciências da Reabilitação da FACISA/UFRN (PPGCREAB), tendo em vista a formação de rede de discussões temáticas, educação em saúde, elaboração de protocolos terapêuticos específicos e capacitações para uso de instrumentos de medida para avaliação do Comprometimento Cognitivo Leve e Demências. Os benefícios da articulação da atuação dos alunos da Pós-Graduação e Graduação consistiram na promoção da melhoria no ensino e aprendizagem dos alunos de graduação, na ampliação da construção protocolos de intervenção em saúde e no fortalecimento da interação docente-discente. Em 2017 foram identificadas estratégias para divulgação do projeto de extensão, para possibilitar a capacitação dos discentes e dos profissionais da rede de saúde, a apropriação do saber e do saber fazer pelos graduandos dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia e Nutrição, otimizando o funcionamento do setor e garantindo a produção de práticas de saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, este projeto atendeu à Política de Extensão da UFRN, por promover ensino e construção do saber em ambientes de prática profissional supervisionada e por habilitar e capacitar gradualmente alunos de graduação e pós-graduação imersos em processo de ensino-aprendizagem constante, garantindo a articulação entre cursos de graduação e pós-graduação da FACISA. Nesta

perspectiva, o projeto de extensão “ACOLHENDO MEMÓRIAS: Assistência Multiprofissional em Saúde a indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve e Demências e aos cuidadores”, tem proporcionado vivência enriquecedora e benéfica para todos os envolvidos. Sendo assim, é de fundamental importância dar continuidade as ações desenvolvidas como também ampliar o número de alunos colaboradores e de cursos envolvidos, devendo ser estimulada a manutenção e aprimoramento da execução das atividades. O projeto é de grande relevância para discentes, docentes e comunidade geral, haja vista que ainda há uma grande entrave para práticas multiprofissionais e este proporciona assistência adequada e de forma mais integral a quem por ele é assistido.

Considerações Finais

As ações desenvolvidas no projeto de extensão “ACOLHENDO MEMÓRIAS: Assistência Multiprofissional em Saúde a indivíduos com Comprometimento Cognitivo

Leve e Demências e aos cuidadores” foram de grande relevância, tendo em vista que as mesmas proporcionam aprimoramento técnico e científico em relação aos comprometimentos biopsicossociais, além de acomodarem um ambiente de atuação multiprofissional no qual os discentes tiveram a oportunidade de conhecer a atuação em equipe e compreender a importância da atuação de profissionais de outras áreas, respeitando os princípios da ética/bioética, qualidade e humanização nas ações de saúde. Sendo a universidade um espaço de formação profissional e cidadã, além da concretização do projeto pedagógico de uma profissão, tornou-se necessário estruturar caminhos em que os sujeitos envolvidos (docentes, discentes e sociedade) participassem da análise sobre a necessidade de mudança nos modos de gerir e cuidar. O projeto de extensão ‘ACOLHENDO MEMÓRIAS” contribuiu para efetivação de uma política de saúde pública norteada pelas dimensões do acolhimento, corresponsabilização, desfragmentação do atendimento prestado e a integralidade como um processo de construção social. Em 2017 o projeto de extensão revelou grande importância tanto para a comunidade, cuidadores e pacientes, quanto para o corpo discente e docente da FACISA/UFRN e Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação, justificando, assim, sua continuidade e êxito institucional.

Referências

AGGARWAL, N. T. et al. Motor dysfunction in mild cognitive impairment and the risk of incident Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, v. 63, n. 12, p. 1763–1769, 2006.

CALDAS, V. V. DE A. et al. Translation, cultural adaptation and psychometric evaluation of the Leganés cognitive test in a low educated elderly Brazilian population. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 70, n. 1, p. 22–27, 2012.

DE LA FUENTE, Angelica et al. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder from the perspective of brain networks. *Frontiers in human neuroscience*, v. 7, p. 192, 2013.

FULLER, George F. Falls in the elderly. *American family physician*, v. 61, n. 7, p. 215968, 2000.

GOMES, G. D. C. et al. Desempenho de idosos na marcha com dupla tarefa : uma revisão dos instrumentos e parâmetros cinemáticos utilizados para análise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 1, p. 165–182, 2016.

GORZ, A. O envelhecimento. v. 21, p. 15–34, 1962.

HERTZOG, C. et al. Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, v. 9, n. 1, p. 1–65, 2008.

KONIG, A. et al. Objective measurement of gait parameters in healthy and cognitively impaired elderly using the dual-task paradigm. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 0, n. 0, p. 1–9, 2017.

MENDES, J.M. et al. Fatores associados a queixas subjetivas de memória em idosos residentes em áreas rurais. v. 18, n. 1, p. 289–305, 2015.

MUHAI DAT, J. et al. Validity of simple gait-related dual-task tests in predicting falls in community-dwelling older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 95, n. 1, p. 58–64, 2014.

OSÓRIO, L.C. Grupos: teorias e práticas acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artmed; 2000

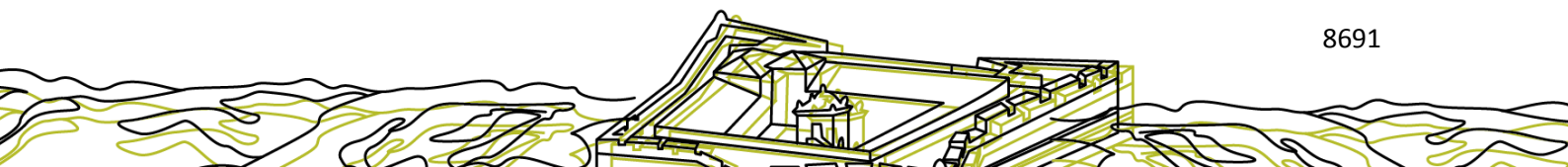
ROGERS, Michael E. et al. Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. *Preventive medicine*, v. 36, n. 3, p. 255-264, 2003.



WILLIAMS, K.; KEMPER, S. Exploring interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, v. 48, n. 913, p. 42– 51, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. 2005.

ZIMERMAN, D.E. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.



CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: SUAS ORIENTAÇÕES E RELEVÂNCIAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Área Temática: Saúde

Layze Ingrid Frutuoso da Silva; Mércio Gabriel de Araújo; Amanda Raquel Gomes de Medeiros; Brendalinda Queiróz dos Santos; Gabriela Karine Souza Costa

Instituição: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Resumo

Objetivo: relatar as experiências vivenciadas durante as consultas de puericultura, com ênfase nas orientações de enfermagem para a prática clínica. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizada por acadêmicos de enfermagem e docentes do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte em uma Estratégia de Saúde da Família, localizada num município do interior do Rio Grande do Norte, nos meses de abril a maio de 2016. **Resultados:** verificou-se que as orientações de enfermagem durante a consulta de puericultura contribuíram significativamente para a garantia de um cuidado eficaz, evidenciadas nas orientações e no ato de sensibilizar os pais em questões concernentes a saúde da criança, como alimentação, cuidado com o sono, higienização e imunização. **Conclusão:** a consulta de enfermagem no cuidado com as crianças na atenção primária é uma etapa relevante para ofertar esclarecimentos e orientações aos familiares em como proceder em situações rotineiras que apresentam dúvidas e que são indispensáveis ao cuidar, apesar de haver grandes desafios a serem enfrentados, no tocante à completa adesão dos cuidados indicados nas orientações primordiais ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Palavras-chave: Puericultura; Cuidado da criança; Saúde da criança.

Introdução

A história da puericultura no mundo está fortemente relacionada com os cuidados prestados às crianças, originados na Idade Antiga, especificamente na França, no final do século XVIII. As primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, educação, ao vestuário e a alimentação. A enfermagem pediátrica surge no século XX advinda da necessidade apresentada pela sociedade, como noções básicas de higiene. (ASSIS et al., 2010)

A enfermagem exerce grande responsabilidade no que diz respeito à educação e assistência em saúde e na puericultura, prática que envolve o aporte teórico e técnico para o cuidado com crianças. Essas ações são oriundas das consultas de crescimento e desenvolvimento (CD) do pueril, objetivando sistematizar e arquetizar informações importantes à mãe ou familiar a fim de promover a saúde e o bem estar desses, com enfoque maior na criança, uma vez que, quando a conduta é realizada corretamente, reduz a incidência de enfermidades e mortalidade. (VASCONCELOS et al., 2012)

A desenvoltura da criança, observada nas consultas de crescimento e desenvolvimento, consiste da avaliação integral da saúde da mesma, desde o nascimento aos seis anos de idade, que envolve: avaliação do peso, altura, perímetro cefálico e torácico; imunização e possíveis intercorrências; desenvolvimento social e cognitivo, estado nutricional, com orientações a adoção de hábitos de vida saudável, como também fatores intrínsecos e extrínsecos a desníveis na curva de percentis, dentre outros. (ASSIS et al., 2010)

Segundo o Ministério da saúde, o calendário mínimo para atendimento em CD inclui sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e, após o terceiro, seguem com consultas anuais até os seis anos (BRASIL, 2012), no entanto, essa sequência pode ser alterada conforme a rotina de trabalho de cada Unidade Básica de Saúde e de acordo com as necessidades da criança.

Por meio do cuidado, objeto de trabalho da enfermagem, o profissional enfermeiro tem a oportunidade de educar o outro para a saúde, fazendo com que este mobilize os próprios recursos para se manter saudável, tornando-se mais autônomo. O trabalho de educação e orientação em saúde é um importante mecanismo capaz de transformar a prática profissional. (CHAGAS et al., 2009).

É na consulta de puericultura, mediante as orientações de enfermagem, que o enfermeiro é capaz de intervir positivamente na realidade do indivíduo. Ao educar os familiares sobre a correta conduta a realizar para o desenvolvimento saudável da criança, conferindo sua autonomia, contribuindo na queda do índice de mortalidade infantil por causas evitáveis e, conseqüentemente, trazendo como benefício a qualidade de vida para essas crianças.

O presente estudo tem por finalidade relatar as experiências vivenciadas durante as consultas de puericultura, com ênfase nas orientações de enfermagem para a prática clínica.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizada por acadêmicos e docentes do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó, em uma Estratégia de Saúde da Família, localizada em um município do interior do Rio Grande do Norte, entre os meses de abril e maio de 2016, elaborado no contexto da disciplina Semiologia e semiotécnica da criança, ministrada no quinto período do presente curso, durante aulas práticas, como requisito avaliativo, que tem por objetivo principal proporcionar aos alunos a vivência técnica-científica das competências do profissional enfermeiro, aprendidas teoricamente na disciplina saúde da criança, a fim de as exercer na prática clínica.

O aporte teórico metodológico utilizado obteve como referência o caderno da atenção básica nº 11, que dispõe sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, respectivamente, como um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até a fase final da vida e pode ser interferido por fatores externos. (BRASIL, 2002)

As consultas realizadas seguiram uma sequência de divisão em três momentos: Captação da realidade, prática em dupla e consulta individual.

A captação consiste em observar a consulta de CD dirigida pelo enfermeiro, neste caso, a preceptora da disciplina explicava aos discentes como proceder corretamente, conforme uma sequência que envolvia identificação do profissional, demonstração de empatia a fim de formar vínculos com o binômio mãe-filho, recolhimento do caderno da criança, seguido de anamnese, atentando a fatores como: queixa principal, aleitamento materno e seus benefícios; padrão de sono, eliminações vesicais e intestinais; higienização, com cuidado especial à genitália, e esquema de vacinas; seguida de exame físico.

Posteriormente, a enfermeira preenchia o caderno da criança explicando para o responsável a implicação das curvas apresentadas nos gráficos, indicando os percentis de crescimento e desenvolvimento padrão. Ademais, a criança era direcionada ao exame físico, e conforme os achados registrados no prontuário, a enfermeira orientava o familiar sobre dúvidas ainda existentes relacionadas aos fatores anteriormente questionados na anamnese.

No segundo momento, as discentes eram divididas em duplas, passando pela triagem, que consiste em avaliar o peso, estatura, perímetro cefálico e torácico da criança registrado no prontuário, prosseguindo para a consulta de puericultura.

Após a experiência prática da triagem, cada discente perpassava pelo terceiro e último momento: consulta individual seguindo o padrão demonstrado anteriormente pela preceptora, cabível da intervenção da mesma quando necessário.

Durante as consultas, era indispensável o preparo teórico dos discentes para orientar, sensibilizar e educar os pais quanto aos cuidados com a saúde do filho (a). Após a consulta, a evolução do atendimento em puericultura também era realizada pelas acadêmicas e avaliada pela preceptora docente.

Resultados e Discussão

O acompanhamento da desenvoltura da criança desde o nascimento até os seis anos de idade é de fundamental importância para promoção da saúde e prevenção de agravos, a fim de identificar situações de risco e atuar de forma precoce nas intercorrências (COUTINHO et al., 2011)

A prática da consulta em puericultura compreendeu os meses de abril e maio de 2016, em que cada preceptor acompanhava quatro discentes de enfermagem. Inicialmente, a preceptora realizava a consulta e as discentes observavam, a fim de compreender como ocorre uma consulta de CD na prática clínica.

O atendimento individual conduzido pelas alunas era iniciado com sua identificação, seguido do contato com familiar e criança para estabelecer vínculo e a consulta propriamente dita, compreendida por anamnese, exame físico e orientações de enfermagem, os pais eram orientados conforme achados anatômicos e clínicos, essas orientações eram possível devido o conhecimento teórico adquiridos anteriormente.

Na comunicação essencial a anamnese, eram observados queixa principal, aleitamento materno e seus benefícios, padrão de sono, eliminações vesicais e intestinais, higienização, com cuidado especial à genitália e esquema de vacinas.

No quesito queixa principal, comumente o responsável pela criança alegava que a mesma estava bem, porém, em algumas crianças, durante exame físico, a mãe constava ter encontrado alguma mancha no corpo do bebê, ou pedia orientações sobre alimentação e higienização.

Apenas uma criança de seis meses apresentou protuberância do mamilo esquerdo, com cor esbranquiçada, semelhante a um pequeno ferimento, o que era normal a sua idade, aceitando a possibilidade de grande quantidade de transferência hormonal de mãe para filho durante a gestação, sendo esta mãe alertada a sempre

visualizar o mamilo da criança, caso houvesse persistência de tal característica, o pequeno seria encaminhado ao pediatra para avaliação.

O aleitamento materno era o principal fator de dúvidas elencados pelas mães, sendo comum a introdução do leite de vaca na dieta da criança a partir dos quatro meses; este tipo de leite ou o leite de cabra é contraindicado, uma vez que pode provocar diarreias, erupções da pele e outros sintomas caso a criança apresente dificuldade em digerir leite animal, além de não possuir todos os nutrientes essenciais a nutrição do bebê, que se encontram presentes no leite materno (BRASIL, 2014). Pequena parte das crianças teve preservado o aleitamento exclusivo até os seis meses.

A essas mães foi orientado que mesmo seguindo uma dieta com leite de vaca, era necessário sempre oferecer leite materno ao bebê, pois é rico em proteínas, água e até mesmo gorduras saudáveis, contrário ao leite de vaca, que contribui para o ganho de peso, porém, desprovido em nutrientes essenciais.

Importa ressaltar que as mulheres eram apenas orientadas, não havendo exigência ou cobrança por parte dos acadêmicos com relação às condutas indicadas, acreditando que o diálogo e a relação de confiança entre profissional e paciente é capaz de alcançar respostas positivas, evidenciado pela atitude de uma mãe prestes a abandonar o aleitamento materno exclusivo, por não considerar o leite suficiente ao filho, visto que o mesmo não apresentava ganho de peso, após tê-la orientado sobre a oferta do leite em demanda livre e ensinado sobre a espera do término da mamada em cada seio, a criança ganhou 300g em quinze dias, proporcionando segurança à mãe sobre as orientações deferidas.

As crianças consultadas apresentavam padrão de sono preservado. Algumas acordavam à noite para mamar, mas segundo o relato das mães, dormiam bem. A preservação do sono é fundamental ao bebê, pois um sono com pouca duração ou má qualidade pode interferir de forma negativa no processo de crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e saúde da criança (SANTOS et al, 2015 apud PAIVA et al, 2006).

Dentre as crianças consultadas neste período de prática, apenas uma apresentou eliminação intestinal irregular, que consiste em evacuações inconstantes, perdurando por dias seguidos. O bebê possuía dois meses de vida e estava em aleitamento materno exclusivo, apresentando evacuações ausentes durante três dias, seguidos de evacuação normal. No entanto, apesar da preocupação da genitora quanto a este problema, a

mesma foi informada de que se tratava de uma situação comum e orientada a ofertar leite materno mais vezes, porém, se persistisse, o bebê seria encaminhado ao médico.

A higienização, além do aleitamento, constitui uma das maiores dúvidas das mães, principalmente a higiene do menino no condizente a sua genitália, visto que o ato de retrair o prepúcio para correta limpeza do pênis era motivo de medo nas mães, por pensar que causava dor e sofrimento ao bebê.

As mães eram orientadas a retrair o prepúcio do pênis do bebê durante o banho, explicando-lhe que essa ação era importante para evitar proliferação de microrganismo que poderiam causar infecções à criança ou fimose. Vale ressaltar a importância desta conduta, pois cerca de 90% dos recém-nascidos apresenta uma fimose fisiológica ou impossibilidade de retrair completamente o prepúcio e durante os primeiros anos de vida, o crescimento do corpo do pênis, secreções epiteliais, dentre outros fatores caucionam a separação entre corpo e glândula (SILVA et. al., 2016).

Apesar do medo, durante o exame físico da genitália masculina, era notável que as mães estavam seguindo as orientações corretamente. Durante as conversações, primordiais à anamnese, foram perceptíveis que a maioria das crianças não estava em uso de suplementação de ferro, quando questionadas, as mães referiam que a criança nunca havia tomado sulfato ferroso, fato preocupante, sendo uma grande parcela crianças maior de um ano.

O Ministério da saúde adverte que a suplementação de ferro é essencial para prevenir e tratar anemias, constituindo um recurso tradicional e amplamente utilizado, sendo a forma oral de administração a preferencial. Deve ser usada como ação curativa em indivíduos deficientes ou profilaticamente, em grupos com risco de desenvolver anemias (BRASIL, 2013), sendo importante iniciar a suplementação aos seis meses até os dois anos de idade.

Depois de perpassar por essas dúvidas de caráter físico, as discentes mostravam o caderno da criança ao responsável, com atenção especial às vacinas, que são substâncias que conferem prevenção, controle e erradicação de doenças preveníveis, importantes para proporcionar proteção e imunidade à criança. Para que o processo de imunização seja eficaz, deve ser realizado com segurança e seguir os procedimentos de administração de Imunobiológicos. (BRASIL, 2014).

Os pais eram informados sobre o caráter preventivo de cada vacina e as possíveis reações que podiam causar, seguidos de orientações sobre os cuidados, como exemplo, não massagear o local de aplicação da vacina e utilizar inicialmente compressa fria, seguida de compressa quente para alívio da dor local.

Verificou-se que as orientações de enfermagem durante a consulta de puericultura contribuíram significativamente para a garantia de um cuidado eficaz, evidenciadas nas orientações e no ato de sensibilizar os pais em questões concernentes a saúde da criança, como alimentação, cuidado com o sono, higienização e imunização.

Conclusão/Considerações Finais

A inserção da universidade aos serviços públicos de saúde é indispensável, visto que a vivência dos alunos de graduação na atenção básica condiz com um aprendizado diversificado, e que não está limitado apenas ao conhecimento teórico de consultas e procedimentos, mas fundamentalmente nas relações interpessoais dos usuários inseridos em uma realidade, com necessidades e condições especiais.

O elo que existe entre a Universidade e a comunidade além de transformar o processo de ensino-aprendizagem, atua diretamente na construção de caminhos para a promoção social. Esse processo de formação favorece vivenciar a realidade de uma comunidade, observando de maneira crítica os aspectos que a influenciam, obtendo trocas de conhecimentos e experiências a partir de práticas cotidianas.

A consulta de enfermagem no cuidado às crianças na atenção primária é uma etapa relevante para ofertar esclarecimentos e orientações aos familiares em como proceder em situações rotineiras que apresentam dúvidas e que são indispensáveis ao cuidar. Porém, apesar da nítida relevância das orientações em puericultura para o bem estar da criança, a enfermagem ainda enfrenta grandes desafios no que condiz à completa adesão dos pais às orientações sugeridas, primordiais ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Assim sendo, percebe-se que é indispensável a profissionais e acadêmicos de enfermagem o preparo intelectual, visto que, uma vez dotados de conhecimentos, serão capazes de demonstrar propriedade nas orientações que indicam, transmitindo segurança e confiabilidade aos pais, obtendo como produto final o crescimento e desenvolvimentos adequados da criança.

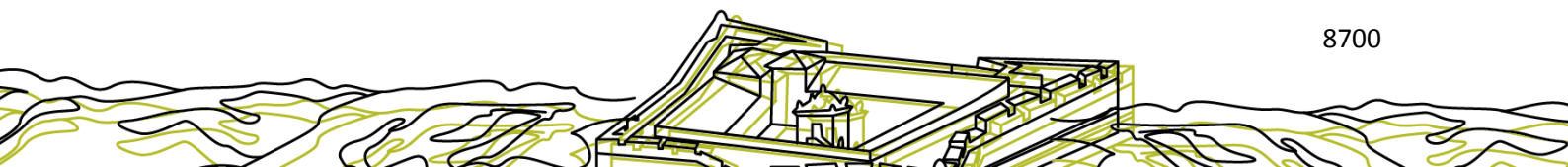
Referências

1. ASSIS, W.D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.64, n.1 , p. 38- 46. Jan/Fev. 2011.

2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDIPI Neonatal**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. . Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
7. CHAGAS, N.R. et al. Cuidado crítico e criativo: Contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Ciencia y Enfermía**, n.2, p. 35-40. 2009.
8. COUTINHO, et al. A importância do acompanhamento de puericultura na promoção da saúde da criança. In Encontro Norte-nordeste de enfermagem obstétrica e ginecológica, 2012, Ceará. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**, fortaleza, 2012. Artigos, p. 1-2. ISSN 2238-7242
9. SANTOS, M.O, BARBOSA, D. G, FELDEN, E. P. G, Hábitos e problemas relacionados ao sono em crianças dos seis aos dez anos. **Salusvita, Bauru**, v.34, n.2, p. 207, 2015.
10. SILVA, et, al, **Fimose e circuncisão**, acta urológica, v. 23, n.2, p. 22, 2006.



11. VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 326- 331 Abr/Jun. 2012.



A RESSIGNIFICAÇÃO DE HISTÓRIAS DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL ATRAVÉS DE ÁLBUNS DE REGISTRO DE MEMÓRIAS EPROJETOS

Área temática: Saúde

Clara Maria Melo dos Santos¹; Symone Fernandes de Melo²; Lucas Araujo Soares³; Thayse Lira Santana⁴; Daphne Trindade Siqueira⁵; Bianca Caroline Noronha Sousa Barbosa⁶; Amanda Melo Queiroz da Costa⁷

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

Este projeto busca facilitar a expressão dos sentimentos e a compreensão dos significados atribuídos às situações vivenciadas por crianças e adolescentes em acolhimento institucional, visando resgatar o sentido de historicidade de suas vidas. A motivação para esta ação advém do conhecimento que o processo de desenvolvimento da memória é incrementado pela presença de outros significativos que ajudam na construção de lembranças. Crianças acolhidas carecem muitas vezes dessa presença, além de vislumbrarem um tempo impreciso de permanência na instituição, o que nos leva ao receio que suas histórias possam ser esquecidas, prevalecendo um hiato quanto a um importante período de suas vidas. Desse modo, este projeto visa à construção cooperativa de álbuns no formato *scrapbook*, com dados pessoais, transcrição de lembranças, projeções de futuro, desenhos, mensagens e fotos que, em certa medida, possam resgatar o sentido de historicidade do percurso de crianças/adolescentes em acolhidas. Participam do projeto, docentes, membros da equipe técnica das unidades de acolhimento institucional da cidade do Natal, bem como de alunos do curso de graduação e de pós-graduação em Psicologia da UFRN. A elaboração de cada álbum dura de três a quatro meses e acontece em encontros semanais entre um estudante colaborador e uma criança/adolescente, prioritariamente nas instituições de acolhimento. Em suas diferentes edições, foram elaborados 55 álbuns, tendo sido cinco desses construídos com mães adolescentes e seus bebês. Nestes casos, o foco da

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Psicologia.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Psicologia.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Curso de Graduação em Psicologia.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Curso de Graduação em Psicologia.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Curso de Graduação em Psicologia.

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Curso de Graduação em Psicologia.

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Curso de Graduação em Psicologia.

atividade era a relação mãe-bebê e se mostrou útil na construção de vínculo entre eles. A atividade tem sido considerada como um momento de atenção individualizada, que valoriza a singularidade e a história das crianças/adolescentes acolhidos, proporcionando-lhes a oportunidade de ressignificação de episódios de suas histórias, bem como vivências de relações de confiança e de escuta raras e necessárias para o seu desenvolvimento.

Palavras-chaves: acolhimento institucional; memória autobiográfica; vulnerabilidade.

Introdução

Originalmente, a ideia deste projeto surgiu no âmbito de outra ação de extensão que visava o atendimento ludoterápico a crianças em situação de acolhimento institucional. A medida protetiva de Acolhimento Institucional trata-se de medida excepcional, devendo constituir-se numa proteção temporária à criança enquanto são garantidas as condições necessárias para o retorno à família de origem ou, na impossibilidade disto, colocação em família substituta (RIZZINI; RIZZINI, 2004). Durante a experiência com a ludoterapia dessas crianças, foi constatada a falta de registros que possibilitassem um maior conhecimento de suas histórias, fato este que, por um lado foi visto como uma dificuldade para o processo de atendimento psicológico e, por outro, tornou-se motivador para o desenvolvimento de ações que contribuíssem com a construção de registros de um período significativo das histórias dessas crianças.

Considerando que o processo de desenvolvimento da memória nos primeiros anos de vida é incrementado pela presença de outros significativos que ajudam a criança na construção de suas lembranças e que as crianças acolhidas carecem muitas vezes dessa presença além de vislumbrarem um tempo impreciso de permanência na instituição, temia-se que suas histórias fossem esquecidas, prevalecendo um hiato quanto a um importante período de suas vidas. Nesse sentido, planejou-se a composição de álbuns individuais, no formato *scrapbook*, com dados pessoais, transcrição de lembranças, desenhos, mensagens e fotos que, em certa medida, resgatasse o sentido de historicidade do percurso. (MELO; SANTOS; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Essa ideia de registro da própria história por crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional foi originalmente proposta pelo Instituto Fazendo História (IFH), sediado em São Paulo/SP. Os fundadores desse Instituto acreditam que é necessário conhecer a história dessas crianças e adolescentes para que as instituições de acolhimento possam lhes oferecer um cuidado mais adequado.

A partir dos resultados positivos advindos da confecção dos álbuns autobiográficos, foi proposta uma ação de extensão específica que ocorre separadamente, mas também em colaboração com o projeto de extensão original que oferece atenção psicológica a crianças em acolhimento institucional sob a forma de ludoterapia. A ação de extensão encontra-se em sua sexta edição e no momento está em execução sob o título: “A ressignificação de histórias de vida de crianças e adolescentes em acolhimento institucional através da registro de memórias e projetos”.

O projeto tem buscado facilitar a expressão dos sentimentos e a compreensão dos significados e sentidos atribuídos às relações e situações vivenciadas por crianças e adolescentes em acolhimento institucional, bem como resgatar o sentido de historicidade na vida desses indivíduos, através da confecção cooperativa de álbuns pessoais de registro de memórias e projetos. A elaboração de álbuns foto-autobiográficos também tem se mostrado relevante para adolescentes mães, acolhidas com seus bebês, de modo a facilitar o investimento na formação do vínculo mãe-bebê.

A proposta que temos desenvolvido transcorre estabelecendo constante diálogo com as equipes técnicas de cada instituição e articulada com outras ações desenvolvidas nos espaços de acolhimento, de modo a não se tornar apenas uma atividade isolada e pontual, mas, sim, uma prática que passa a ser incorporada à dinâmica e ao cotidiano das instituições como mais uma oportunidade de desenvolvimento oferecida às crianças e adolescentes acolhidos.

Do ponto de vista teórico, são diversos os olhares lançados sobre os aspectos psicológicos e sociais envolvidos no acolhimento institucional. Entretanto, a Psicologia do Desenvolvimento, especialmente no que concerne às ideias de John Bowlby, e a Psicologia histórico-cultural, a partir do pensamento de Vygotsky, têm historicamente fundamentado a maior parte dos estudos sobre este tema.

Os escritos de Bowlby abordam a formação do vínculo mãe-criança e a compreensão da resposta da criança ao rompimento desse vínculo. A “teoria do apego”, resultante de seus estudos empíricos, constitui-se numa contribuição fundamental à compreensão da criança que vivencia a experiência de acolhimento institucional. Bowlby (1969/2002) enfatiza o vínculo entre o bebê e seu cuidador como orientador do desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança. Segundo ele, a partir do desenvolvimento das capacidades cognitivas e emocionais do bebê, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores desenvolve-se um vínculo afetivo – o apego. O autor ainda afirma que essas primeiras

relações estabelecidas na infância afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005).

As ideias de Bowlby (1973/2004) fundamentam, ainda hoje, inúmeras pesquisas sobre rupturas de vínculos entre a criança e sua família, incluindo-se estudos sobre crianças e adolescentes em acolhimento institucional (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004; DALBEM, 2005, dentre outros). Bowlby e sua colaboradora Mary Ainsworth (AINSWORTH; BOWLBY, 1991), ficaram impressionados pelas evidências dos efeitos adversos sobre o desenvolvimento atribuídos à falta de interação com a figura materna quando crianças passavam períodos prolongados de tempo em locais similares ao que hoje denominam-se instituições de acolhimento. Além disso, os autores ressaltam que as interações iniciais entre o cuidador principal e a criança podem ser influenciadas pelas relações deste cuidador com seus próprios pais.

Pesquisadores que comungam de uma perspectiva histórico-cultural na abordagem do fenômeno do acolhimento de crianças alertam, entretanto, para a necessidade de se ampliar o foco para além da criança acolhida e da relação mãe-criança, de modo a contemplar o contexto mais amplo em que o acolhimento ocorre. Os pesquisadores destacam, ainda, a importância de conceber a criança em acolhimento como ativa no processo de atribuir significado à experiência que vive (FERREIRA, 2012). Rossetti-Ferreira, Serrano e Almeida (2011) alertam que os serviços de acolhimento institucional são espaços de desenvolvimento de crianças e adolescentes, independente do tempo que aí permanecem, seja um dia, um mês ou um ano. Essas pessoas estão em pleno processo de desenvolvimento, conseqüentemente, a instituição de acolhida faz parte dos contextos nos quais se desenvolvem e constroem as suas histórias (p. 60).

Referindo-se a esse contexto peculiar de desenvolvimento, Rizzini e Rizzini (2004) comentam que, em alguns casos, a despeito da função de proteção à criança, as instituições de acolhimento têm sido apontadas como contextos de revitimização. Estudos recentes demonstram que, mesmo após a promulgação do ECA, ainda se observa em algumas dessas instituições intervenções coercitivas, por vezes totalitárias. As características destas instituições são comumente semelhantes entre si e incluem: o atendimento a uma faixa etária pré-determinada; número de crianças superior ao limite; equipe multidisciplinar formada por assistentes sociais, psicólogos, educadores, entre outros profissionais contratados e voluntários. A estrutura física geralmente não é adequada ao seu fim e há rígido estabelecimento de horários e regras (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Voltando o foco para a população acolhida, as crianças e adolescentes que chegam às instituições encontram-se por motivos diversos (abandono, negligência, violência, dentre outros) em situação de risco. Segundo Rizzini e Rizzini (2004), seja qual for a origem destas crianças, todas apresentam traços comuns, relatados em entrevistas: histórias marcadas pela descontinuidade de vínculos e trajetórias, por muitas mudanças e constantes rompimentos de seus elos afetivos, além de uma grande demanda por atenção e cuidados que poucas vezes é correspondida. Com frequência, a urgência de serem ouvidas e terem suas necessidades atendidas são os mais fortes elementos que surgem em suas falas (p. 52).

Partindo de diferentes referenciais, estudos apontam características observadas nas crianças em acolhimento institucional, relacionando-as às suas histórias de vida e ao contexto de institucionalização. Brito e Anthony (2010) em estudo sobre o funcionamento psicológico de crianças em situação de acolhimento destacam que tais crianças tentam se ajustar criativamente ao ambiente institucional, recorrendo a mecanismos defensivos que visam protegê-las dos sentimentos de desamparo, insegurança e rejeição. As autoras referem que crianças abrigadas precocemente podem apresentar falta de autodomínio emocional, o que as leva a comportar-se de forma agressiva. Elas podem demonstrar falta de confiança própria e nos outros seres humanos, como também dificuldade em formar vínculos afetivos. Por vezes, mostram-se socialmente retraída, podendo, ainda, buscar agradar sempre aos outros (BRITO; ANTHONY, 2010).

Zem-Mascarenhas e Dupas (2001), tomando por referencial o Interacionismo Simbólico, observaram que as crianças em acolhimento revelam uma relação conflituosa com a institucionalização, valorizando a provisão de recursos materiais, mas, expressando a falta do seu passado com a família.

Em um estudo comparativo sobre depressão Wathier e Dell'Aglio (2007) verificaram que crianças e adolescentes em acolhimento institucional apresentaram maior exposição a situações potenciais de risco e maior manifestação de sintomas depressivos do que os jovens que moravam com suas famílias. Os estudos acima relatados, dentre tantos outros na literatura, evidenciam, de diferentes formas, o sofrimento decorrente do processo de acolhimento institucional. Esses achados apontam à necessidade de pesquisas e projetos de intervenção que possam subsidiar mudanças no tocante ao desenvolvimento desta medida de proteção dirigida à criança e ao adolescente em situação de risco e é, portanto, neste contexto que se insere o nosso projeto. Trabalhamos na tentativa de mobilizar fatores de proteção junto essa

população, através de uma atenção individualizada que valoriza a subjetividade e a história de cada participante, possibilitando a identificação de habilidades e interesses pessoais, nos quais seja possível investir para a construção de projetos futuros.

Do ponto de vista dos discentes envolvidos, este projeto tem proporcionado uma experiência convergente com os princípios constantes no projeto pedagógico do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tornando-se, assim, uma oportunidade de aproximação entre teoria e prática. Além disso, o tipo de atividade a que se dedica o projeto tem aberto a possibilidade de construção de novos conhecimentos através de pesquisa autobiográfica, sobre temas extremamente relevantes como acolhimento institucional e diferentes modos de se vivenciar a infância e a adolescência na sociedade brasileira contemporânea. Podemos citar como exemplo a dissertação de mestrado intitulada “Produção de sentidos e caminhos existenciais: Como adolescentes abrigados significam as suas histórias de vida?” de autoria de Lara Mendes Braga Rigotti (RIGOTTI, 2017).

A pesquisa auto-biográfica destaca a maneira singular que o indivíduo se relaciona com o histórico e o social - por meio de sua atividade biográfica - permitindo ao pesquisador/biógrafo estudar as formas que o participante/biografado construiu acerca da sua experiência (Rigotti, 2017). Para Souza (2006), essa perspectiva de trabalho, centrada na abordagem biográfica, configura-se como investigação porque se vincula à produção de conhecimentos experienciais dos sujeitos adultos em formação. Ao mesmo tempo, também é formação porque parte do princípio de que o sujeito toma consciência de si e de suas aprendizagens experienciais quando vive, simultaneamente, os papéis de ator e de investigador da sua própria história (Souza:2006). Estudiosos que fazem uso da perspectiva (auto)biográfica ressaltam que o processo de pesquisa nessa abordagem pode assumir um caráter terapeutizante, ao propor dispositivos de “trabalhos de si” (individual e/ou coletivo), mas não tem, em primeira instância, essa finalidade. Esse tipo de abordagem investigativa trata de garantir uma dinâmica de trabalho através da qual os participantes tenham a possibilidade de recentrar em seus objetivos, clarificando melhor para si e para o outro aquilo que os afeta intensamente na vida social. Trata-se de proporcionar um lugar para que o sujeito possa (des)construir representações e discursos, bem como re-significar suas relações com o mundo social, construindo, nesse processo, novos conhecimentos sobre si mesmo e os contextos nos quais encontra-se inserido (RIGOTTI, 2017). Em nossa ação de extensão, esses propósitos se invertem: a ênfase recai sobre o caráter “terapeutizante” do encontro com o outro, da construção colaborativa de memórias e projetos, possibilitando a ressignificação da história pessoal

da criança e do adolescente em acolhimento institucional, na tentativa de mobilização de fatores de proteção que favoreçam a construção de novos possíveis caminhos.

Metodologia

Integram a equipe do projeto psicólogos docentes da UFRN, a equipe técnica das instituições de acolhimento e estudantes bolsistas e voluntários do curso de graduação e de pós-graduação do curso de Psicologia.

O público-alvo da ação de extensão são crianças e adolescentes em acolhimento institucional, na faixa etária entre 6 e 17 anos que cumprem tal medida protetiva nas unidades de acolhimento institucional I, II e III, vinculadas à Secretaria Municipal do Trabalho e da Assistência Social – SEMTAS-, da cidade do Natal. No grupo dos adolescentes que participaram do projeto estiveram cinco mães-adolescentes que se encontravam em situação de acolhimento juntamente com seus filhos.

A indicação das crianças e dos adolescentes participantes do projeto é feita pela equipe técnica de cada instituição juntamente com as coordenadoras do projeto que avaliam a situação das crianças e adolescentes acolhidos levando em conta aspectos como: as necessidades apresentadas, idade, expectativa de tempo de acolhimento, interesses pessoais e disponibilidade de participação. A partir dessa indicação, cada discente vinculado ao projeto torna-se responsável por uma criança/adolescente que deverá ficar sob seus cuidados para a confecção colaborativa do álbum, que é elaborado no formato de *scrapbook*.

No primeiro encontro entre o estudante e a criança/adolescente, o projeto é apresentado e é feito o convite à participação no mesmo. Na ocasião, é enfatizado pelo colaborador do projeto que todos temos uma história que vale a pena ser contada e que registrá-la ajuda a nos conhecermos melhor, a guardarmos na memória aquilo que queremos levar conosco e também nos possibilita pensar no nosso futuro. O colaborador explica ao participante que serão trazidas algumas ideias de atividades para compor as páginas do álbum e que eles também poderão utilizar diferentes modos de registro com temas do seu interesse, através de desenhos e outras formas de expressão. Além disso, também é informado ao participante que ele terá a oportunidade de fazer algumas fotos para finalizar a confecção do seu álbum. Uma vez que o convite tenha sido aceito, o estudante colaborador e a criança/adolescente do projeto passam a ter encontros semanais de aproximadamente uma hora, na instituição de acolhimento ou no Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA) para a confecção conjunta do álbum.

Para elaboração do *scrapbook*, são utilizados diversos materiais de papelaria e artesanato como lápis de cores, tintas, colas coloridas, adesivos, figuras retiradas de materiais impressos, folhas de papel coloridas, entre outros. Destacamos especialmente a utilização das páginas com sugestão de temas propostas pelo Instituto Fazendo História (IFH), disponibilizadas no site desse instituto e utilizadas com permissão. Exemplos de páginas elaboradas pelo IFH e utilizadas no projeto podem ser vistas na figura 1 abaixo.

As fotos, que finalizam a confecção do álbum, são feitas na instituição de acolhimento, na UFRN, em parques da cidade, ou outros locais de preferência da criança/adolescente, acontecendo com a permissão da equipe técnica da instituição e o acompanhamento de um profissional da mesma. As fotos são posteriormente selecionadas pela criança/adolescente e, finalmente, organizadas no álbum, juntamente com suas outras produções. Sempre que possível, fotografias relativas a etapas anteriores de sua vida, junto à família de origem, são incluídas no *scrapbook*. Além disso, pessoas que convivem com a criança/adolescente são convidadas a contribuir com mensagens, que também podem vir a fazer parte do álbum. Ao final dos encontros, é feita a arte final pelo discente e o álbum é entregue à criança/adolescente.

Todas as atividades são supervisionadas pelas docentes responsáveis pela coordenação do projeto em reuniões semanais e avaliadas de forma contínua.

A duração da elaboração de cada *scrapbook* é de aproximadamente três a quatro meses, sendo, em algumas ocasiões, estendida (por exemplo, quando ocorrem evasões e voltas à instituição) ou abreviada (em casos de adoção ou de volta à família de origem, mais precocemente do que o inicialmente esperado, por exemplo).



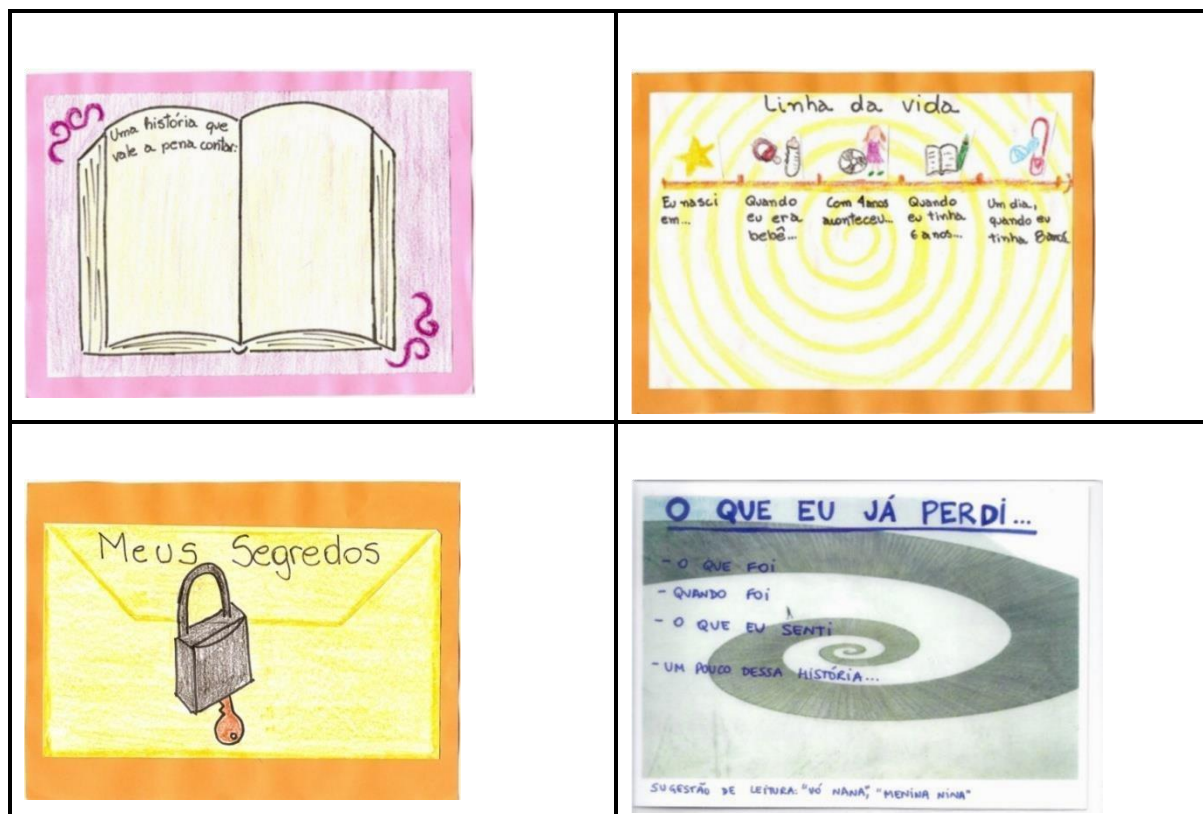
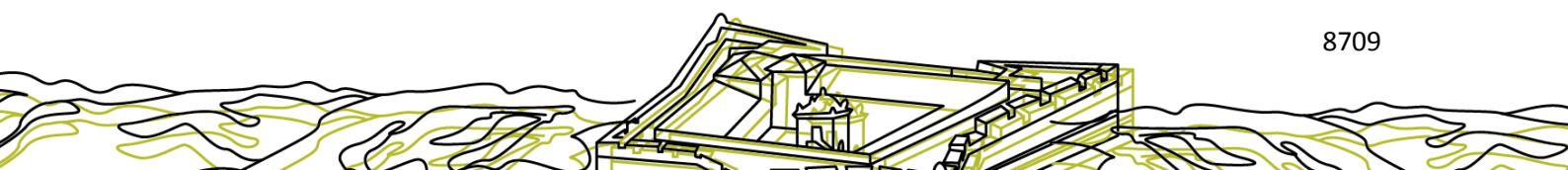


Figura1: Exemplos de temas de página do álbum confeccionados pelo Instituto Fazendo História

Resultado e Discussão

Durante as suas várias edições o projeto ofereceu atenção psicológica a 55 crianças/adolescentes em acolhimento institucional. Dentre os participantes atendidos, cinco eram mães adolescentes, que tinham entre 14 e 17 anos e que se encontravam acolhidas com seus bebês.

No caso específico das mães adolescentes, a temática central do álbum, girava em torno da relação mãe-bebê. Ao participar da atividade, as adolescentes puderam registrar um pouco da história de vida de seus bebês, que, evidentemente, constituía-se, também um marco em suas vidas e desenvolvimento. O produto final, nesses casos, consistiu em registros referentes às vidas dos bebês e de suas mães, contribuindo não apenas para a construção de suas subjetividades, mas, também para a facilitação de desenvolvimento do vínculo mãe-filho/filha. Além disso, a atividade mostrou-se como via privilegiada de



expressão de sentimentos. Conteúdos de profundo teor emocional puderam ser expressos no decorrer do processo e registrados através das declarações das mães para seus filhos. Memórias de experiências relacionais passadas das próprias adolescentes foram em algumas ocasiões evocadas e relatadas por elas durante a feitura do álbum. Ocorrências como essas parecem contribuir para a reconstrução e ressignificação das histórias das mães-adolescentes. Por sua vez, uma melhor compreensão de suas próprias histórias de apegos contribui para que a mãe possa responder de forma mais adequada e estimulante aos seus bebês e, assim, ajudá-los a formar um apego seguro em relação a elas, como sugere a literatura sobre transmissão intergeracional dos padrões de apego (PAPALIA; FELDMAN, 2013). A figura 2 traz a imagem de um dos registros fotográficos em página de álbum confeccionado por uma dessas mães.

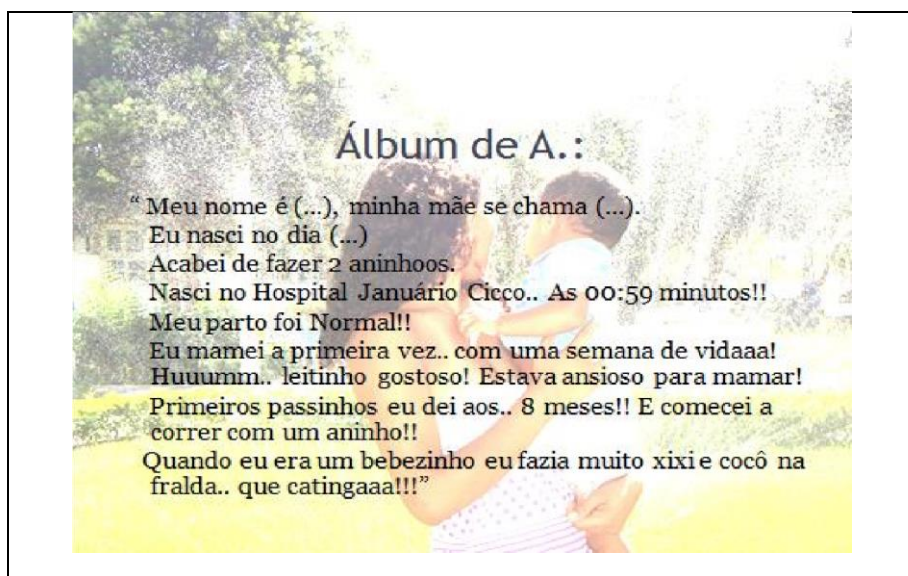
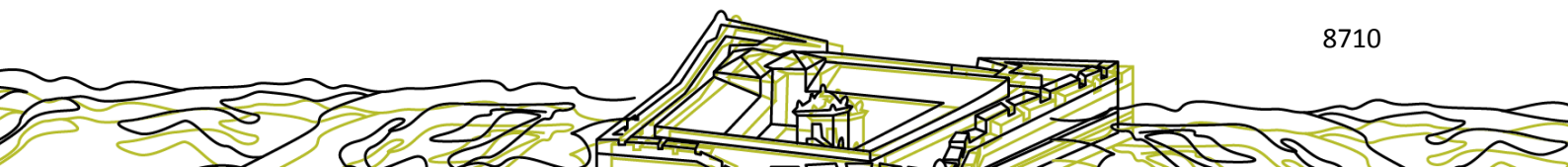


Figura 2: Exemplo de página de *scrapbook* construído por mãe adolescente com foco na relação mãe-bebê.

As sessões fotográficas tem sido um momento especialmente apreciado por todos os participantes. Tem sido notória a satisfação, e não rara surpresa, expressa pelas crianças e adolescentes ao verem o resultado de suas fotografias. A atividade reforça a individualidade do participante e a satisfação com aparência parece contribuir



positivamente com uma melhor autoestima. As figuras 3 e 4 abaixo expõem duas exemplos dessas fotografias.



Figura 3: Fotografia de criança em processo de elaboração do *scrapbook*.

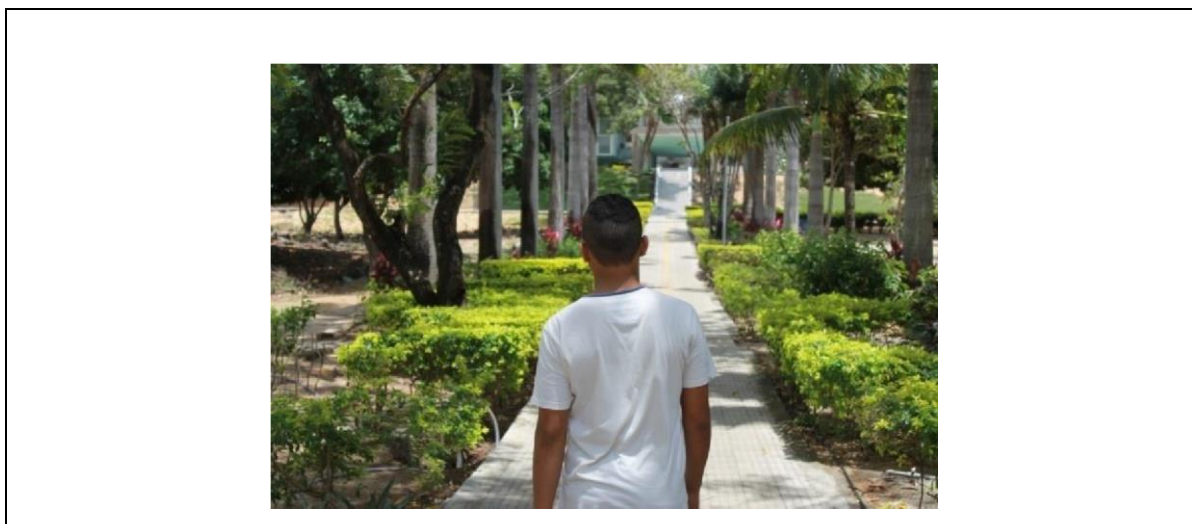
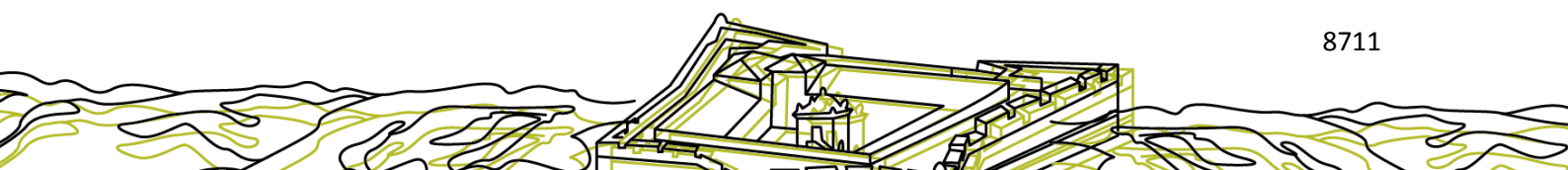


Figura 4: Fotografia de adolescente em sessão fotográfica no campus da UFRN

Faz-se necessário mencionar que o grau de envolvimento das crianças e adolescentes que aceitam participar do projeto apresenta grande variação e parece ser influenciado



por diversos fatores. Alguns abraçam o momento da confecção do álbum como um dia especial da semana e se engajam com prazer e interesse nas atividades propostas. Alguns levam adiante o processo como mais uma atividade entre várias propostas pela instituição sem maiores entusiasmos e outros chegam a desistir por motivos diversos. Como é premissa fundamental do projeto que participação seja voluntária, o andamento do processo depende sempre da decisão da criança e do adolescente.

De modo geral, a atividade de construção do *scrapbook* criou para cada uma das crianças e adolescentes atendidos uma situação na qual lhes era dada atenção individualizada, respeitando suas preferências e possibilitando expressões estéticas pessoais. Na maioria dos casos, com o desenrolar do processo, um vínculo de maior confiança foi construído entre a criança/adolescente e o colaborador do projeto, o que podia ser evidenciado através de mudanças observadas nos participantes, os quais se mostravam cada vez mais à vontade, espontâneos e participativos. Podemos mencionar a exemplo disso, o caso de Aurora (nome fictício), uma menina de dez anos, que estava acolhida por dez meses quando deu início ao processo de elaboração do álbum. Com sua alegria e espontaneidade, a menina não demorou a cativar a estudante do curso de psicologia, voluntária do projeto, Thayse, responsável por acompanhar Aurora na construção do seu álbum. NO decorrer do processo, Aurora conquistou um espaço de autonomia no falar e no fazer, ocupando um lugar mais autêntico, em que ela abandona uma postura passiva e sustenta suas escolhas, como: negar-se a realizar uma das atividades propostas, encerrar alguns dos encontros antes da hora prevista, colorir em lugares outros além dos papéis disponibilizados (por exemplo, em seu rosto e até da colaboradora) e, acima de tudo, respeitar suas decisões e vontades. Observar essas mudanças nas crianças/adolescentes tem sido um dos aspectos mais gratificantes para a equipe do projeto.

Para além da confecção do álbum autobiográfico, em algumas ocasiões, o vínculo estabelecido entre a criança/adolescente e os discentes tem ultrapassado positivamente os objetivos originais do projeto. Por exemplo, por vezes, a confecção do *scrapbook* tem se tornado uma oportunidade de incentivo à alfabetização. Além disso, a boa relação que, na maioria das vezes, tem sido estabelecida entre os discentes e as crianças/adolescentes, tem feito com que membros da equipe do projeto, especialmente os estudantes colaboradores, venham participando de outros momentos significativos para a vida das crianças/adolescentes acolhidos, como festas de aniversário e datas comemorativas da instituição. Os jovens estudantes, em alguns casos, têm se tornado pessoas de referência, de confiança e afeto para as crianças e adolescentes acolhidos, mesmo que por um período limitado de tempo, contribuindo para a construção de

memórias positivas em suas vidas, bem como na vida dos que deles se aproximam. Fruto desses encontros afetuosos, temos o poema abaixo, escrito por Thayse para Aurora:

“Na fresta da porta espia e
espera olhos grandes como os
meus Espia.

Na ânsia do saber, de viver além da fresta
Espia e silencia a espera.

Corre os dedos entre as cores, enche Tudo de
sorriso, menina enche a folha, a sala e a vida. Com
a luz que carrega - até - no nome invade o peito
dos que cruzam seu caminho... E em lembranças
de dentes brancos e risadas sem fim a menina
segue comigo”.

Nesse projeto, não apenas contribuimos para que crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional reconstruam e ressignifiquem suas histórias, que, invariavelmente, são carregadas de alguma forma de sofrimento e de vazios, mas também somos chamados a ressignificar nossas próprias vidas. Contribuímos com um pouco, aprendemos muito.

Considerações finais

Apesar do reconhecimento do valor de nosso projeto, consideramos que ainda temos muito a aprender e a melhorar. Precisamos encontrar, por exemplo, estratégias mais eficazes de trabalho com os adolescentes. Temos dificuldades com as frequentes evasões e com a perda do interesse de alguns deles durante o processo de elaboração dos seus álbuns. Para lidar com essas dificuldades, experimentaremos na versão atual do projeto trabalhar com outras formas de expressão como *fanzines*, por exemplo. Umadificuldade ainda mais desafiadora do trabalho com adolescentes é que, nessa etapa de vida surgem temáticas mais complexas e mobilizadoras que, em alguns casos, escapam às possibilidades de acolhimento pelas atividades propostas pelo projeto.

O cuidado com os discentes participantes do projeto também tem sido levado em consideração quando avaliamos as possibilidades de atuação do projeto.

A despeito das dificuldades mencionadas, acreditamos que nossa ação de extensão tenta, mesmo com limitações, preencher algumas lacunas apontadas pelas pesquisas sobre a medida protetiva de acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Nesse sentido, tentamos proporcionar um espaço para a expressão da singularidade dessas crianças e adolescentes, num contexto que, mesmo com todo o esforço das equipes técnicas e cuidadores, encontra impedimentos para que isso possa acontecer de modo mais satisfatório. Oferecemos momentos de escuta e de atenção individualizada que pode representar experiências de construção de confiança com figuras adultas (mesmo muito jovens), servindo de contraponto a possíveis experiências de quebra de confiança no passado. O interesse pelas histórias pessoais dessas crianças e adolescentes, diz de uma valorização de suas vidas. Há também momentos para se pensar em novas possibilidades de planos para o futuro.

O fato de mantermos uma parceria já de longa data (desde a versão embrionária deste projeto em 2011) com a Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social da cidade do Natal – SEMTAS- e, mais especificamente com as instituições de acolhimento, reflete o reconhecimento de nossa parcela de contribuição, que embora limitada, tendo em conta as carências às quais crianças e adolescentes acolhidos são submetidos, tem sido considerada positiva e relevante para eles e para a instituição. Nossa tentativa tem sido a de aproximar a academia da sociedade, reconhecendo que podemos contribuir um pouco e aprender muito através dessa relação.

Referências:

- AINSWORTH, M.; BOWLBY, J. **An ethological approach to personality development.***American Psychologist*, v. 46 (4), p. 333-341, 1991.
- ALEXANDRE, D. T.; VIEIRA, M. L. **Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo.***Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.2, p. 207-217, 2004.
- BOWLBY, J. (1969).**Apego: a natureza do vínculo**3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BOWLBY, J. (1973). **Perda: tristeza e depressão**.3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BRITO, M. X.; ANTHONY, S. **Abandono, abrigamento e adoção: o que os pais precisam saber sobre as crianças e a realidade dos abrigos.** In: ANTHONY, S. (Org). *A clínica*

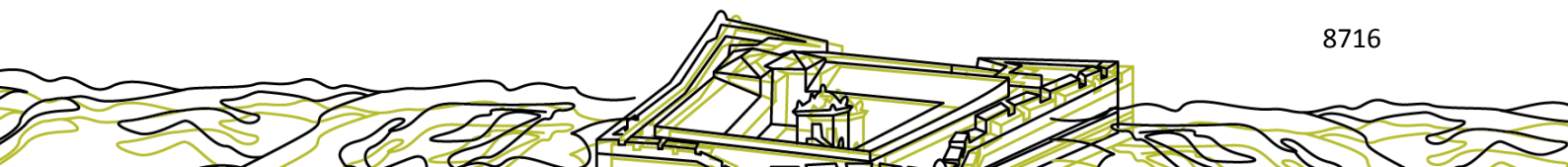
- gestáltica com crianças: caminhos de crescimento. São Paulo: Summus Editorial, 2010. p. 153-175.
- CABRAL, C. M. T, FRANCISCHINI, R. & CID, L. V. **Acolhimento Institucional e desenvolvimento moral: a generosidade em crianças de quatro a seis anos de idade em situação de abrigo.** In: FRANCISCHINI, R.; MINCHONI, T.; FERREIRA, E. O. (Org.). **Crianças e adolescentes: percursos teórico-metodológicos de investigação em múltiplos contextos de desenvolvimento.** Natal: Editora da UFRN, 2012. p. 151-167.
- DALBEM, J. X. **Características da representação do apego em adolescentes institucionalizadas e processos de resiliência na construção de novas relações afetivas.** Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. **Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 57, n.1, 2005.
- FERREIRA, E. O. **A família como necessidade: o referencial da lei, o abrigo e a psicologia frente a essa questão.** In: FRANCISCHINI, R.; MINCHONI, T.; FERREIRA, E. O. (Org.). **Crianças e adolescentes: percursos teórico-metodológicos de investigação em múltiplos contextos de desenvolvimento.** Natal: EDUFRN, p. 51-70, 2012.
- Instituto Fazendo História. *Fazendo minha história: guia de ação para abrigos e colaboradores*, 2008. 64 p. Disponível em:
<http://fazendohistoria.org.br/saiba_mais_publicacoes.php. Acesso em: 14 nov. 2012.
- MELO, S.F; SANTOS, C.M.M; OLIVEIRA, L.C.S.D.; OLIVEIRA, S.O. **Atenção psicológica à criança em acolhimento institucional: o cuidado ao ser.** In: PAIVA, I. L. et, al. (Orgs.). **Infância e Juventude em contextos de vulnerabilidades e resistências.** São Paulo: Zagodoni, 2013.
- RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.** Rio de Janeiro: Editora PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2004.
- RIGOTI, L.M.B. **Produção de sentidos e caminhos existenciais: como adolescentes abrigados significam as suas histórias de vida?** Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2017.
- ROSSETI-FERREIRA, M. C., SERRANO, S. A. & ALMEIDA, I. G. **A criança e o adolescente como sujeito ativo e de direitos no processo de acolhimento institucional: uma longa história ainda inacabada.** In: ROSSETI-FERREIRA, M. C.; SERRANO, S. A. ALMEIDA, I. G.



(Org.). *O acolhimento institucional na perspectiva da criança*. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. p. 29-59.

WARTHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. **Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização**. *Revista Psiquiatria*, v. 29, n. 3, p. 305-314, 2007.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; DUPAS, G. **Conhecendo a experiência de crianças institucionalizadas**. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 35, n. 4, p. 413-419, 2001.



AÇÕES PARA CONSCIENTIZAÇÃO E MINIMIZAÇÃO DE RISCOS DE INTOXICAÇÃO E CONTAMINAÇÃO AMBIENTAL POR SANEANTES DOMISSANITÁRIOS

Área Temática: Saúde

M; J; D; M, Jannini

M; F; Araújo

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo

Este artigo relata as ações desenvolvidas pelo grupo de extensão visando a conscientização dos trabalhadores domésticos de Campinas e região sobre o manuseio correto de saneantes domissanitários com o objetivo de prevenção de intoxicações, reações alérgicas e contaminação ambiental. As ações foram conduzidas junto ao Sindicato dos Trabalhadores Domésticos de Campinas e Região sediado na cidade de Campinas-SP e com subsedes nas cidades de Valinhos e Sumaré. Inicialmente construiu-se um perfil social e profissional do público-alvo através da aplicação de formulários enquanto para as ações utilizou-se oficinas, atividades interativas de relatos de casos reais envolvendo intoxicações por parte das trabalhadoras e manufatura de saneantes domissanitários alternativos, confeccionados com produtos verdes alternativos de baixa toxicidade. Os resultados demonstram a carência por informações apresentada pelos trabalhadores domésticos e como muitas coisas acabam ficando claras quando informações de conhecimento não popular chegam ao seu alcance, revelando-se a relevância de trabalhos de extensão universitária.

Palavras-Chave: Saneantes Domissanitários; Intoxicações; Contaminação Ambiental; Conscientização

Introdução

O termo “produtos químicos” é, em geral, associado pela população a uma idéia distante da vida comum, manuseados apenas em laboratórios químicos científicos. Entretanto, há uma vasta diversidade de produtos químicos utilizados diariamente nas atividades domésticas: sabões, brinquedos, alimentos, cosméticos, produtos de limpeza,

são apenas alguns dos exemplos (SILVA et al, 2013).

Os produtos de limpeza domésticos, denominados saneantes domissanitários, incluem uma vasta gama de produtos de consumo, entre eles, detergentes e seus congêneres, alvejantes,

água sanitária, desinfetantes, desodorizantes aromatizantes de ambientes, desentupidores, desengraxantes, polidores de metais, de sapatos e de móveis, removedores de manchas e de ferrugem, esterilizantes, algicidas e fungicidas para piscinas, inseticidas, raticidas, produtos para jardinagem amadora, repelentes.

Atualmente, as composições dos produtos comerciais incluem diversos outros agentes químicos além do princípio ativo. Esse é o caso dos coadjuvantes ou auxiliares do processo de lavagem, que podem conter abrasivos, ácidos, solventes, álcalis, enzimas, hidrotópicos, anticalcários, estabilizantes ou supressores de espuma, reforçadores, antiredepositantes e amaciantes, os aditivos inibidores de corrosão e inibidores de manchas, os branqueadores óticos e químicos e os abrilhantadores de tecido de ação amaciante, os agentes antimicrobianos, os conservantes, os opacificantes, os corantes e perfumes, e demais materiais inertes. Por conciliar um aumento na eficiência da lavagem com a redução do custo global, esses agentes químicos têm promovido um rápido incremento da aceitação dos detergentes entre os consumidores. No entanto, muitos deles podem provocar fortes impactos ambientais, e sérios danos à saúde humana (CORREA, 2005).

Inicialmente acreditava-se que as reações alérgicas e as síndromes respiratórias de diversos tipos pudessem ser derivadas apenas de susceptibilidades individuais, não se constituindo propriamente problemas de saúde pública. Porém, cientistas têm conseguido relacionar a exposição aos saneantes domissanitários com riscos de desenvolvimento de doenças associadas a atividades de limpeza, sendo a asma a principal delas. Trabalhadores de escritório, profissionais de ambiente hospitalar e faxineiros, e, mais recentemente também, empregadas domésticas e donas de casa têm sido investigados no intuito de estabelecer relações mais precisas entre variáveis selecionadas no ambiente de trabalho e decorrentes de hábitos comportamentais no uso dos saneantes (FREITAS et al, 2013).

A literatura já tem publicado dados estatísticos nesse sentido revelando que trabalhadoras domésticas de Campinas e Região apresentam baixo grau de escolaridade, 63% dos trabalhadores domésticos apresentam entre fundamental incompleto e, fundamental completo, ou seja, as oficinas ministradas foram importantes

porque trouxeram conhecimentos e informações que elas não teriam como buscar e em muitos casos, compreender. Este perfil acaba por desenvolver um comportamento passivo diante de situações reais de riscos à saúde quando manuseiam os produtos de limpeza. Cerca de 60% das trabalhadoras domésticas, quando estão sobre sintomas de intoxicação, não procuram médicos, esperam os sintomas passarem, não comunicando seus empregadores sobre o fato e muitas vezes se automedicam (JANNINI et al, 2014).

A produção dos saneantes domissanitários está regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através das resoluções RE nº 913, de 25 de junho de 2001 (ANVISA 2001), RDC nº 184, de 22 de outubro de 2001 (ANVISA, 2001), RDC nº 35, de 03 de junho de 2008 (Anvisa, 2008) e RDC nº 225, de 25 de agosto de 2003 (ANVISA, 2003) e das portarias Portaria nº 327, de 30 de julho de 1997 (ANVISA, 1997) e Portaria nº 10, de 15 de setembro de 1980 (ANVISA, 1980)). Além das resoluções e portarias já mencionadas, a ANVISA disponibiliza em seu site um conjunto de orientações para fabricantes e consumidores sob a forma de cartilhas (ANVISA, 2013), (ANVISA, 2013), (ANVISA, 2003).

Porém, apesar de conter dados importantes, seguindo as determinações da ANVISA, praticamente 99 % das informações mais relevantes para o uso seguro dos saneantes domissanitários devidamente registrados está concentrado no verso do produto em tamanho de letra extremamente pequena, o que dificulta a leitura detalhada ou analítica. Por exemplo, em um desengorduraste conhecido no mercado, a frase “Conserve fora do alcance das crianças e dos animais domésticos” aparece em fonte caixa alta e em negrito, reafirmando a principal precaução com o tipo de produto e sua relação com o lar. No entanto, na divulgação comercial (publicidade) não há informações de dados preventivos presentes na embalagem e tampouco a frase em destaque (RODRIGUES, 2009).

Os saneantes domissanitários são produtos indispensáveis para a proteção da saúde humana, entretanto, a escolha errada e o mau uso do produto podem provocar poluição biológica, se não há eficácia antimicrobiana e também poluição química do ar, se substâncias tóxicas são emitidas, comprometendo assim a qualidade do ar de interiores (QAI). Além disso, corpos de água e solo podem ser afetados por resíduos dispostos inadequadamente, que acabam por poluir e impactar o ambiente (PETILLO; PHILIPPI, 2002).

O número crescente de contaminações por saneantes domissanitários pode estar relacionado à fabricação de novos produtos comercializados legalmente com odores de

frutas, embalagens coloridas e atraentes. Porém, o aparecimento de produtos de limpeza clandestinos, produzidos de maneira precária e comercializados em garrafas de refrigerantes, gerando confusões perigosas com certa frequência é sem dúvida outro dos grandes responsáveis pelo aumento de registros de intoxicações por saneantes domissanitários (BOCHNER; SOUZA, 2008). Uma busca rápida pela INTERNET mostra que cursos e apostilas sobre “como fabricar produtos de limpeza” estão ao alcance de todos.

As atividades de limpeza e desinfecção de superfícies materiais, embora cotidianas e de vasta amplitude, podem trazer riscos à saúde humana já que são viabilizadas pela utilização de produtos de limpeza que, por sua vez, são constituídos por produtos químicos. De acordo com levantamento mais recente, de 1999 a 2013, a contaminação por saneantes domissanitários corresponde a 8,5% dos casos totais notificados em nível nacional, ocupando a terceira colocação numa classificação liderada pela contaminação por medicamentos. Esses dados foram obtidos junto ao Sistema Nacional de Informações Tóxico - Farmacológicas (SINITOX), uma banco de dados organizado e compartilhado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E como era de esperar, a maior parte destes casos notificados concentram-se na região sudeste, a mais urbanizada do país.

Desta forma fica evidenciada a necessidade de um trabalho de conscientização sobre o manuseio correto dos saneantes domissanitários além de esclarecer os riscos que são inerentes aos produtos químicos que constituem os produtos de limpeza.

Focando na saúde do trabalhador, atua-se em três frentes, na prevenção dos acidentes no ambiente de trabalho, estímulo do uso de equipamentos de proteção individual e colaborando para a conscientização do público alvo através de transferência de conhecimentos baseados na toxicidade dos componentes químicos constituintes dos saneantes domissanitários em relação ao ser humano e ao meio ambiente.

Do ponto de vista ambiental, o lançamento em excesso de produtos de limpeza em águas naturais, através do esgoto sanitário, afetam também o poder auto depurador dos corpos d'água, pois a sua propriedade germicida inibe a oxidação biológica do meio, que é realizado por bactérias, não sendo metabolizada por estes microrganismos, sendo que grande parte destes compostos passam pelo tratamento de esgoto, podendo atingir mananciais de abastecimento (REF).

Considerando que a educação acadêmica formal, muitas vezes, é omissa na abordagem das questões cotidianas e que a transmissão do chamado “conhecimento útil” é perdida, este trabalho se justifica pela necessidade da diminuição deste distanciamento visando o acesso à informações que juntas irão constituir um conhecimento ligado diretamente às necessidades reais da população.

Na verdade, os produtos químicos têm sido úteis na erradicação de doenças e epidemias, no controle de pragas e outras aplicações, mas o uso intensivo de um grande número de substâncias potencialmente tóxicas tem provocado sérios riscos à saúde humana e dos ecossistemas. O estudo das relações entre saúde e ambiente requer um tratamento interdisciplinar, isto é, trata-se de um processo que pressupõe pensar estratégias e diretrizes que devem ser construídas a partir de referenciais teóricos acerca da saúde, do meio ambiente e do desenvolvimento sustentável. Isso quer dizer que para solucionar problemas complexos precisamos atuar não apenas nas suas partes constituintes, mas, ao contrário, investir na compreensão sobre o todo do problema. Para tal, é requerida a contribuição de diversas áreas e especialidades, pois quando reconhecemos a complexidade dos problemas coletivos da saúde, do ambiente e da qualidade de vida, somos levados a construir um modelo de compreensão e de atuação interdisciplinar (REF).

Metodologia

O método utilizado para a transmissão de conhecimentos e aprendizado sobre os saneantes domissanitários e seu manuseio seguro e correto foi o das oficinas realizadas na sede central do Sindicato dos Trabalhadores Domésticos de Campinas e Região aos terceiros sábados do mês. Já nas sedes de Valinhos e Sumaré, a metodologia foi o das mini oficinas que acontecem no formato de conversas e discussões juntamente com a distribuição de cartilhas de conscientização. Após as oficinas, certificados foram emitidos e entregues aos trabalhadores, uma ação muito valorizada pela categoria, inédita e inovadora dentre as iniciativas de colaboração com a instituição.

Como forma de avaliação por parte do público alvo, formulários foram aplicados após às oficinas e mini oficinas bem como atividades lúdicas de palavras cruzadas e caça palavras também são utilizadas para avaliação da retenção de conhecimentos.

De forma aplicada e inovadora, a confecção de saneantes domissanitários

“verdes” também fizeram parte da metodologia deste trabalho. Nesta atividade, juntamente com as trabalhadoras domésticas e utilizando materiais de baixo custo e de baixa toxicidade, produtos de limpeza alternativos foram confeccionados, devidamente acondicionados em recipientes e distribuídos entre as trabalhadoras que os levaram consigo. Após alguns dias, via whatsapp, elas eram contactadas para passarem um retorno de satisfação com os saneantes confeccionados.

Resultados e Discussão

A metodologia de oficinas adotada neste trabalho vem dando resultados já que as informações e conteúdos que são ministrados não são de acesso das trabalhadoras domésticas, principalmente em relação à composição química dos saneantes domissanitários e aos seus efeitos nocivos à saúde e ao meio ambiente. Destaca-se a iniciativa das oficinas como uma ação inovadora já que em nenhum momento, durante a existência do Sindicato dos Trabalhadores Domésticos de Campinas e Região, essa iniciativa acontecera. O conhecimento científico que cerceia as propriedades ácidas e corrosivas de muitos constituintes dos saneantes domissanitários é de pouca acessibilidade da população em geral, principalmente dos trabalhadores domésticos, que em geral possuem um baixo grau de escolaridade. Desta forma, foi necessário a adoção de uma linguagem simplificada recheada de exemplos da realidade do público alvo juntamente com muitas imagens e videos para alcançarmos e sensibilizarmos este público.

As mini oficinas oferecidas nas subsedes do sindicato de Valinhos e Sumaré eram diferenciadas já que eram conduzidas na forma de uma conversa sobre os saneantes domissanitários e sua toxicidade, havendo inclusive maior participação dos trabalhadores que pediam a palavra e comunicavam casos de intoxicação por eles vivenciados e também de conhecidos que tinham passado por situações semelhantes. As mini oficinas eram curtas e ministradas na sala de espera, no momento anterior ao que os trabalhadores iniciavam seu atendimento jurídico. Cartilhas também eram distribuídas para reafirmação do conteúdo envolvido.

Notamos um melhor aproveitamento e interesse das trabalhadoras domésticas nas mini oficinas já que participavam mais, haja vista a informalidade mas não menos responsável abordagem dos conteúdos. Além disso, notamos uma maior liberdade de trocar informações com o grupo de extensão já que nas oficinas mensais, elas ficavam de certa forma receosas de se exporem e com isso conseguimos detectar pontos importantes. Um exemplo seria o mal hábito de não comunicarem aos seus empregadores a ocorrência de intoxicações como irritações cutâneas, respirarias e dos

olhos e tão pouco procuram atendimento médico. A atitude delas é de simplesmente esperar os sintomas passarem, o que impossibilita a detecção de sensibilidade à determinados produtos químicos que levariam à possíveis substituições. Outro exemplo seriam as misturas de saneantes domissanitários que elas fazem achando que potencializam a limpeza e desinfecção de superfícies mas que podem estar frente à reações químicas indesejáveis e até frente à inatividade bactericida e de limpeza dos produtos envolvidos. Hábitos como aquecimento de água e mistura com água sanitária foram também identificados, o que pode ocorrer, como já detectamos, desmaios devido à liberação de gás cloro, com riscos de traumas principalmente quando há quedas em banheiros e chocam a cabeça contra vasos sanitários. Uma prática altamente não recomendável também detectada é a utilização de saneantes domissanitários clandestinos não regulamentados pela ANVISA e que são comercializados ilegalmente em bairros da cidade de Campinas e região. São atraentes quanto às suas cores e odores mas não apresentam atividade anti bactericida e de limpeza comprovadas tão pouco apresentam data de validade e composição química definidas. Estudos preliminares realizados pelo grupo de extensão com os produtos clandestinos, mostram que a atividade anti bactericida destes são praticamente inexistentes quando comparada aos saneantes comerciais e também aos alternativos por nós confeccionados juntamente com as trabalhadoras domésticas. Desta forma, tentamos conscientizá-las sobre esta realidade na esperança de que deixem de lado esta prática que pode trazer riscos além daqueles já observados com os saneantes comerciais.

Conclusões

Diante da realidade apresentada neste trabalho que foi entendida após a atuação do grupo de extensão junto ao público alvo, fica evidenciada a situação de vulnerabilidade de uma classe trabalhadora tão numerosa e importante que são os trabalhadores domésticos. Principalmente quando se trata do contato deles com os produtos químicos saneantes utilizados em atividades de limpeza e desinfecção de superfícies. A falta de informação do público está diretamente ligada aos inúmeros casos de intoxicação notificados oficialmente e revela a necessidade de ser trabalhada por ações como as propostas e conduzidas por este trabalho de extensão. É um trabalho que foi recebido inicialmente com certa desconfiança pela categoria trabalhadora que sempre se viu desvalorizada e desprotegida por uma legislação digna, mas que aos poucos vai conquistando seu espaço a partir do momento que o público compreende realmente os riscos apresentados pelos saneantes domissanitários, tanto comerciais quanto, e bem

mais criticamente, os clandestinos. Neste contexto, os saneantes alternativos aparecem como uma opção interessante e acredita-se que começarão a ser mais considerados como possibilidades reais de substituição àqueles que possam gerar reação alérgicas e contaminação ambiental caracterizando-se como uma ação criativa e inovadora. Com essa consciência adquirida pretende-se que num futuro próximo, seja possível criar uma cooperativa onde os trabalhadores domésticos atuem em suas atividades utilizando produtos de menor toxicidade. Neste sentido, um trabalho junto ao Sindicato dos Empregadores Domésticos de Campinas deve ser considerado como nova instituição parceira à este projeto o que seria interessante já que atuaríamos de forma mais abrangente e com maior potencial de conscientização.

Referências bibliográficas

SILVA NETO, J. L.; MENDES, T. S.; OLIVEIRA, D. F. O perigo dos produtos químicos domésticos.

Disponível em: <http://annq.org/eventos/upload/1330119994.pdf> Acesso em: 30 ago. 2013.

CORRÊA, L. M. L. Saneantes domissanitários e saúde: um estudo sobre a exposição de empregadas domésticas. 2005. 94 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Núcleo de estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FREITAS, R. F.; ROYO, V. A.; MOURA, P. M. S. Avaliação do risco de intoxicações por medicamentos, domissanitários e agrotóxicos na população de Juramento – MG. Conexão ciência (Online), v. 7, n. 1, p. 46-53, (2012).

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RE nº 913, de 25 de junho de 2001: Dispõe sobre a obrigatoriedade de Notificação dos Saneantes Domissanitários de Risco I

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RDC nº 184, de 22 de outubro de 2001: O Registro de Produtos Saneantes Domissanitários e Afins, de Uso Domiciliar, Institucional e Profissional são efetuados levando-se em conta a avaliação e o gerenciamento do risco.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RDC nº 35, de 03 de junho de 2008: Dispõe sobre conservantes permitidos para produtos saneantes.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RE nº 913, de 25 de junho de 2001: Dispõe sobre a obrigatoriedade de Notificação dos Saneantes Domissanitários de Risco I

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RDC nº 184, de 22 de outubro de 2001: O Registro de Produtos Saneantes Domissanitários e Afins, de Uso Domiciliar, Institucional e Profissional são efetuados levando-se em conta a avaliação e o gerenciamento do risco.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RDC nº 35, de 03 de junho de 2008: Dispõe sobre conservantes permitidos para produtos saneantes.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução – RDC nº 225, de 25 de agosto de 2003: Institui o modelo do Certificado de Boas Práticas de Fabricação para Saneantes Domissanitários e Modelo de Formulário de Petição.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Portaria nº 327, de 30 de 15 julho de 1997: Determina a todos os estabelecimentos produtores de Saneantes Domissanitários, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelos Regulamentos Técnicos - Boas Práticas de Fabricação e Controle (BPF e C) e revoga a Portaria n. 58, de 12 de julho de 1995

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Portaria nº 10, de 15 de setembro de 1980: Aprova as normas anexas a serem obedecidas pelos saneantes domissanitários e seus congêneres, submetidos ao regime da Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, do Decreto no 79.094, de 05 de janeiro de 1977 e demais normas regulamentares, no que diz respeito à sua rotulagem e embalagem.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Saneantes: conceitos técnicos. Brasília: ANVISA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/saneantes/conceito.htm> . Acesso em: 30 ago. 2013.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Informe sobre rotulagem de produtos saneantes. Brasília: ANVISA, 2004b. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/saneantes/informe_saneantes_v3.doc. Acesso em: 30 ago. 2013.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Orientações para os consumidores de

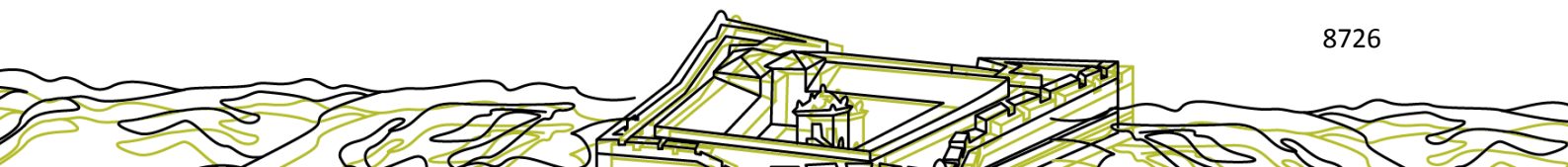


saneantes. Brasília: ANVISA, 2003. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/saneantes/cartilha_saneantes.pdf, Acesso em: 30 ago. 2013.

RODRIGUES, C. D. R. Comunicação de Risco e Comunicação Publicitária de Produtos Saneantes Domissanitários. XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Intercom, Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, Curitiba, Paraná, 4 a 7 de setembro, 2009.

PETILLO, V. L. S.; PHILIPPI JR., A. A prevenção da poluição química de interiores e o uso de produtos de limpeza. In: XXVIII Congresso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, Cancún, México, 27 a 31 de agosto, 2002.

BOCHNER, R.; SOUZA, V. M. F. A. Panorama das Intoxicações e Envenenamentos Registrados no Brasil pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), Revista Racine, São Paulo, v. XVIII, n.106, p. 44-58, 2008.



TITULAÇÃO ANTIRRÁBICA EM ACADÊMICOS DE MEDICINA VETERINÁRIA COMO MONITORAMENTO PREVENTIVO DA RAIVA

Área Temática: Saúde

Willian Caixeta Gutierrez Correia¹, Paula Helena Santa Rita², Rosália Marina Infiesta Zulim², Débora Cardozo Bonfim Carbone³ e Magyda Dahroug Moussa⁴ ¹: Universidade Católica Dom Bosco; Discente do curso de Medicina Veterinária.

²: Universidade Católica Dom Bosco; Docente do curso de Medicina Veterinária.

³: Universidade Católica Dom Bosco; Docente do Curso de Enfermagem

⁴: Universidade Católica Dom Bosco; Orientadora; Docente do curso de Medicina Veterinária

Instituição: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Resumo:

A raiva é uma zoonose de importância em Saúde Pública, principalmente por levar ao óbito todos os animais acometidos e a maioria de humanos, que mesmo quando sobrevivem portam graves sequelas. Os acadêmicos e profissionais de Medicina Veterinária se enquadram em uma população de risco por manejarem frequentemente animais que podem estar infectados. Sendo assim, é realizada a orientação de realizarem a vacinação pré-exposição como medida profilática. No entanto, titulações anuais são necessárias para verificar a proteção vacinal individual e posteriormente repetir o esquema vacinal se necessário. Com isso, este trabalho objetivou relatar titulações antirrábicas em acadêmicos do nono semestre a fim de traçar o perfil imunológico. As amostras foram coletadas no mês de maio de 2017 e enviadas ao Instituto Pasteur em São Paulo. Os resultados foram enviados em laudos individuais e analisados. Observamos que 43% dos acadêmicos apresentaram títulos superiores a 0,5 UI/ml..., não havendo necessidade de reforço vacinal e que 57% dos acadêmicos apresentaram títulos inferiores a 0,5 UI/ml. Onde foi realizada a orientação do reforço vacinal, com esse resultado observamos a importância desse monitoramento por meio de exames laboratoriais associada a educação sanitária visando maior seguridade desses profissionais.

Palavras Chave: Saúde Pública; Zoonose; Vacina pré-exposição

Introdução:

A raiva é uma doença infecciosa de distribuição mundial causada por um vírus (Rhabdovírus) do gênero Lyssavirus, que possui um abrangente tropismo por todos os mamíferos de sangue quente e portanto, pode ser transmitida não só a outros animais como também para o ser humano. Já foi considerada uma das mais temidas zoonoses em todo o mundo desde os tempos da antiguidade devido a crença de que sua origem estivesse relacionada com motivos sobrenaturais, onde sua causa era regida por entidades malignas em razão de sua forma de transmissão desconhecida até então, sintomatologia clínica preocupante e evolução acelerada para óbito, fator este que se deve ao domínio do homem sobre a agricultura e pecuária e exposição à fauna silvestre, principal portador do vírus na natureza, causando então os primeiros relatos do aparecimento da enfermidade em humanos. A infectividade da doença só foi totalmente esclarecida em 1804 por Georg Gottfried Zinke através de um teste experimental feito com a inoculação de saliva de um cão raivoso em coelhos, que em poucos dias passou a desencadear todos os sintomas característicos, (MEGID,2016,p.799)

A transmissão da doença pode ocorrer de diferentes formas, sendo que em humanos o principal mecanismo de disseminação ocorre quando o animal infectado introduz e inocula saliva altamente contaminada através da mordida ocasionada no momento ou por arranhaduras presentes na pele em forma de lesão. Em grande parte dos casos relatados os principais transmissores da doença para o homem são: o cão, gato e morcegos hematófagos. Logo após o vírus penetrar no hospedeiro o mesmo sofre um período de incubação, ocorrendo replicação do próprio agente nos tecidos vizinhos ao local de inserção, cujo período pode variar muito de acordo com cada pessoa acometida. Em geral, o tempo médio varia de 30 á 60 dias podendo prolongar em alguns casos, se disseminando para o sistema nervoso periférico (SNP) fazendo sua multiplicação, onde posteriormente faz uma migração centrípeta para o sistema nervoso central (SNC). Os principais sintomas observados em humanos infectados são: febre, ansiedade crescente, delírios, desorientações, contração muscular involuntária, convulsões, falência respiratória seguida de óbito (FUNASA, 2002).

A raiva é considerada uma grave enfermidade de importância em saúde pública em todo o mundo, sendo considerada nos dias atuais como a 7ª doença infecciosa de grande seriedade internacional, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) com

base em fins estatísticos de todas as notificações feitas mundialmente confirma de 40 mil a 70 mil pessoas morrem todos os anos vítimas das mínimas chances de cura da doença. Desse total, 40% das mortalidades são de crianças, principalmente nos países mais pobres da Ásia e África que não possuem um programa de prevenção e ou tratamento adequado contra a raiva devido à falta de recursos públicos destinados à saúde. Diante dessa situação precária, muitos cidadãos recém mordidos por animais sob suspeita da enfermidade não possuem acesso a atendimento médico e limitam-se a tratamentos a base de ervas medicinais populares ou crenças religiosas, não tendo a menor chance de cura para evitar o agravamento da doença se o animal em questão for positivo, além das precárias informações sobre saúde preventiva por meio de educação sanitária (MEGID, 2016).

De todos os casos confirmados no planeta, apenas 5 pessoas sobreviveram diante das complicações da doença sendo 2 desses pacientes cidadãos brasileiros, que levam consigo sequelas neurológicas irreversíveis de fala e motora diante da encefalite causada pela doença (OGLOBO, 2018).

Desde 1973 foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNPR), que em parceria com o Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura e Organização Mundial da Saúde atuam em conjunto visando promover em todo o país atividades constantes e rigorosas no combate à raiva urbana, através de monitoramento frequente em animais tanto de produção quanto os áreas urbanas, garantindo proteção à saúde da população, utilizando como principio atividades eficazes contra a doença, como: tratamento preventivo, vacinação canina e de população em risco (como profissionais e acadêmicos de Medicina Veterinária), vigilância epidemiológica e captura de animais com sintomatologia clínica suspeita. Desde o começo do referido programa foi estabelecido estratégias voltadas primeiramente aos grandes centros urbanos brasileiros e que aos poucos foram se estendendo para as cidades mais afastadas das capitais e regiões metropolitanas, atingindo em ultimo alcance a zona rural de todos os estados do Brasil em 1977, onde em um curto período de tempo de 10 anos compreendendo entre a década de 1980 a 1990 conseguiu diminuir a nível nacional 78% da incidência em humanos e 90% em cães (SCHENEIDER et al.,1996).

Com isso houve uma queda significativa no número de casos de raiva humana notificados no país inteiro, decorrente da implantação do PNPR, garantindo que as medidas adotadas pelo serviço público de atenção a saúde estavam sendo eficazes perante a problemática (ARAÚJO, 2000).

É evidente a importância dos programas oficiais de prevenção e controle eficazes contra a doença, e sua incidência está intimamente ligada as medidas de profilaxia adotadas por cada governo voltada para a atenção em saúde pública. Diante dessa situação existe uma medida profilaxia de pré- exposição ao vírus que consiste na vacinação dos indivíduos permanente dispostos a contrair a doença decorrente da sua atividade ocupacional, sendo eles: veterinários, biólogos, médicos, auxiliares de zoológico e laboratórios de virologia e manipuladores de animais em pesquisas científicas. O protocolo vacinal consiste em 3 doses que devem ser aplicadas na seguinte posologia: 1º dia se aplica a primeira dose, no 7º dia após a primeira dose se aplica a 2ª dose da vacina, e por fim no 28º dia após a primeira dose se aplica a 3ª dose, completando o esquema vacinal dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de saúde. Para saber se o indivíduo possui níveis de anticorpos satisfatórios conta o vírus após ter completado corretamente suas vacinações antirrábica, deve se submeter a um teste sorológico , feito após o 14º dia da última dose da vacina do protocolo realizado anteriormente para ser certificada pela titulação antirrábica. Essa titulação será interpretada pelo resultado nela descrito, considerando a quantidade de anticorpos presentes na amostra sorológica avaliada, onde indivíduos que apresentarem níveis acima de $>0,5$ UI/ml terá sua titulação satisfatória e aqueles que apresentarem níveis abaixo de $0,5$ UI/ml será considerado insatisfatório, devendo então aplicar uma dose extra da vacina e repetir o teste sorológico novamente após o 14º dia reforço extra feito (SC, 2017)

Esse trabalho tem como objetivo relatar o perfil imunológico de acadêmicos do nono semestre de Medicina Veterinária da UCDB, que por meio do Projeto “Saúde Pública em Ação e Extensão UCDB” foram sensibilizados sobre a importância da imunização e monitoramento imunológico como uma medida de proteção individual.

Metodologia

Este trabalho foi realizado na Universidade Católica Dom Bosco situada no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em julho de 2017. Participaram desse estudo acadêmicos do nono semestre envolvidos em atividade de ensino e a maioria deles também na pesquisa e/ou extensão.

Foram utilizados todos os dados obtidos de laudos dos exames sorológicos realizados pelo Instituto Pasteur (São Paulo – SP) dos acadêmicos que realizaram a titulação

antirrábica no ano de 2017, na qual tinha-se como objetivo primordial quantificar o número de alunos que se encontravam imonocompetentes diante de uma possível exposição ao vírus, devendo então apresentarem uma taxa mínima para tal certificação.

A quantidade de sangue coletada de cada discente foi de 4ml que posteriormente foi submetido a centrifugação para obtenção de no mínimo 1ml do soro em frascos estéreis que estavam identificados corretamente com os dados do paciente e posteriormente armazenas em temperatura de congelamento. Todas as 60 amostras de sangue foram coletadas por acadêmicos do último ano de enfermagem. As amostras foram enviadas para o Instituto Pasteur em São Paulo- SP pelo Projeto Saúde Pública em Ação e Extensão UCDB. Os resultados foram enviados por meio digital após 60 dias da data de recebimento das amostras.

Para emissão do resultado utilizou-se o procedimento oficial padrão para detecção da raiva, a conhecida técnica de neutralização do vírus PV “Pasteur Vírus” em cultivo celular da linhagem BHK21, que permite avaliar de maneira individual o nível de anticorpos de indivíduos vacinados contra a raiva e se os mesmos possuem imunidade o suficiente para as atividades desempenhadas pelo projeto.

Considera-se com titulação suficiente conferindo proteção, títulos acima de 0,5 UI/ml e titulação insuficiente, títulos abaixo de 0,5 UI/ml (SC, 2017).

Os resultados foram entregues aos acadêmicos onde estes foram orientados em procurar um posto de saúde para realizar o reforço vacinal se necessário ou a repetir o exame no ano seguinte.

Resultados e Discussão:

A doença no Mato Grosso do Sul possui grande importância de vigilância epidemiológica, pois em março de 2015 a região pantaneira do estado sofreu um surto de raiva em vários animais das cidades de Corumbá e Ladário decorrente do contato com cães bolivianos que estavam transmitindo o vírus para cães brasileiros. O fato ocorrido se deve em razão do estado fazer fronteira seca com a Bolívia, que por sua vez possui políticas públicas ineficientes para controle e combate de doenças dentro de seu próprio território gerando problemas em cidades brasileiras próximas á divisa, que é o caso das duas cidades que sofreram o surto, distante apenas 10 quilômetros da fronteira que facilita o acesso desses animais bolivianos provenientes de cidades endêmicas de raiva que não possuem programas oficiais de prevenção e erradicação da enfermidade. Ao todo registraram 47 casos positivos da doença em cães, 2 casos em herbívoros,

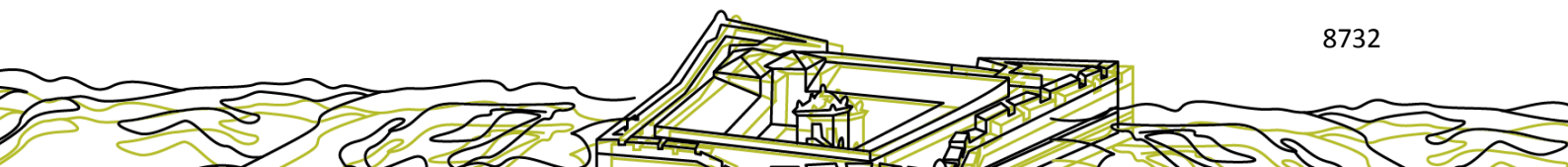
isolamento viral em 2 morcegos não hematófagos encontrados mortos e 1 caso fatal da doença em humano mordido na rua por um cachorro positivo ao vírus, a principal característica evidenciada pela equipe local do Centro de Controle de Zoonoses – CCZ foi que todos os 47 cães positivos eram animais de rua ou que passavam grande parte soltos em vias públicas além de ausência de vacinação antirrábica. (EMBRAPA, 2015). A orientação sobre esta zoonose foi realizada para acadêmicos de nono semestre prestes a realizarem o estágio supervisionado que tem como objetivo proporcionar ao estudante rotina prática em sua área de escolha que na maioria das vezes envolve contato direto com animais. Estes acadêmicos residem na cidade de Campo Grande que fica a 426,7 Km de distância da cidade de Corumbá e 426,8 Km da cidade de Ladário. Essa proximidade facilita o trânsito de animais entre estas cidades podendo aumentar o risco de entrada de animais infectados no município de Campo Grande.

Diante dessa situação do surto acima relatado, o CCZ municipal aumentou o número de doses antirrábica naquele ano de 20 mil para quase 25 mil vacinas em todos os cães e gatos de área urbana e rural que foram imunizados de porta em porta pela equipe de saúde local, entre outras medidas a fim de minimizar a circulação do vírus entre os animais errantes da região (EMBRAPA, 2015). No entanto, medidas envolvendo a prevenção humana se faz necessária e o projeto de extensão Saúde Pública realiza orientações para que pessoas consideradas “população de risco” tenham a oportunidade de se imunizarem e anualmente por meio de testes de titulação verificarem se continuam protegidos contra a doença.

Considera-se população de risco aquelas pessoas que devem adotar medidas de profilaxia de pré-exposição ao vírus, que consiste na vacinação dos indivíduos permanentemente dispostos a contrair a doença decorrente da sua atividade ocupacional, sendo eles: veterinários, biólogos, médicos, auxiliares de zoológico e laboratórios de virologia e manipuladores de animais em pesquisas científicas (SC, 2017). No presente estudo, a população de risco participante do projeto foram acadêmicos de Medicina Veterinária.

Conforme o Manual técnico de Profilaxia de Raiva Humana, a avaliação sorológica só é indicada após a vacinação, porque indivíduos que nunca foram vacinados teoricamente a título de anticorpos neutralizantes nesses casos serão sempre próxima de zero (FNS, 1994). No presente estudo, todos os acadêmicos já haviam recebido a vacina pré-exposição.

Em um trabalho realizado por Nocitiet al. (2003) em Cuiabá MT, foram observados que 70,4% dos acadêmicos de Medicina Veterinária não apresentavam proteção imunológica



contra a raiva, após findar no mínimo um ano da vacinação pré-exposição. No presente estudo observamos que 57% dos acadêmicos não apresentaram proteção sendo portanto necessária a realização de um novo esquema de vacinação que ocorre juntamente com a orientação de formas de prevenção da doença tanto em caráter individual como social. Com isso, o resultado das 60 amostras encaminhadas para exame sorológico, os alunos foram classificados em dois grupos conforme descritos no quadro 1.

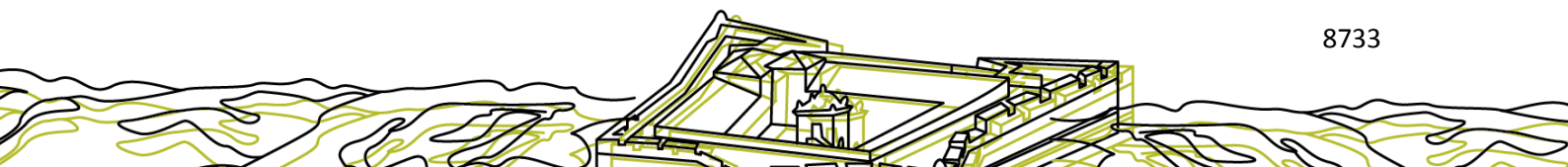
Quadro 1: Percentual de acadêmicos com e sem proteção imunológica contra a Raiva.

Grupo e Valores:	Resultado:	Porcentagem:
G1 < 0,5 UI/ml	34	57%
G2 > 0,5 UI/ml	26	43%
Total:	60 Amostras	

*Unidades Internacionais por mililitro.

Diante das informações contidas no Quadro 1, concluímos que os alunos do grupo 1 “G1” que representam 57 % do volume total de amostras coletas não tinham imunidade o suficiente para um possível contato com o vírus, justificando que protocolo de vacinação feito por eles foram superior a um ano, não atingindo a taxa mínima padrão para obtenção da titulação, que é de 0,5UI/ml, e ressalta ainda que 43 % dos indivíduos representados pelo

“G2” grupo 2 tinham o número de anticorpos adequados caso ocorresse alguma exposição a doença, ou seja, superior a 0,5 UI/ml, indicando um nível padrão satisfatório para indivíduo vacinado, não sendo portanto necessária a realização de um novo esquema de vacinação.



Além da técnica de soro neutralização utilizada pelo Instituto Pasteur, conforme observada neste estudo, com adaptação do vírus em cultura de células, outras opções podem ser utilizadas para detectar anticorpos, como o teste de neutralização em camundongos “TNC” considerado como referência para se obter um número de anticorpos neutralizantes contra a raiva, porém por envolver animais e acompanhamento da evolução clínica dos sintomas apresentados durante 15 dias acaba tendo seu custo de solicitação bastante alto (RIZZO,1983). Outra opção utilizada em cultivo de células é o teste de inibição de focos fluorescentes - FFIT, utilizado para titulação de anticorpos com auxílio de imunofluorescência para detecção viral, para a execução desse teste deve-se fazer a diluição do antígeno no soro e levado para inoculação por 40 horas, sendo a titulação realizada pelos focos de infecções presentes na análise (KING, et al, 1968; ZALAN et al.,1979). A técnica de rápida inibição de focos fluorescentes – RIFF, é realizada através de uma modificação da outra técnica descrita acima, onde deve-se misturar o soro testado com o líquido viral acrescido de células BHK-21 “Baby HamsterKidney”, onde o resultado será interpretado na imunofluorescência observando células infectadas em 24 horas, tempo inferior ao teste FFIT que demora em média 40 horas (ZALAN et al., 1979). Outro meio de se fazer a titulação é pela técnica de contraímunoeletroforese – CIE, um procedimento molecular feito in vitro conseguindo detectar anticorpos IgG, imunoglobulina atuante na defesa imunológica contra a doença, para se aplicar esse recurso utiliza-se lâmina de gel de agarose submetida à corrida eletroforética entre anticorpos diante do antígeno adicionado no soro, feito isso será feita análise do material submetido, onde se não for encontrado vestígios de anticorpos haverá uma linha de precipitação formada pelo antígeno que se encontra livre no soro analisado, essa técnica possui baixo custo e grande utilização na rotina clínica além de fornecer resultados nem período de 6 horas (DIAZ. & MYERS,1980).

Os resultados observados neste trabalho destacam a relevância da realização dos testes sorológicos nos acadêmicos, pois 57% não teriam resposta imune adequada, sendo importante o reforço vacinal, pois é sabido que a raiva no Brasil não está totalmente sob controle (SCIELO, 2003).

São escassos os trabalhos que envolvem a educação sanitária envolvendo medidas profiláticas em população de risco das diferentes áreas do conhecimento. Projetos de extensão voltados à Saúde Pública são importantes para esclarecer que medidas preventivas podem e devem ser adotadas a fim de conferir proteção individual e coletiva.

Conclusão:

Os riscos desses acadêmicos se infectarem por meio de suas atividades diárias são relevantes, por manipularem constantemente animais de mais variados lugares de origem e estado sanitário pouco conhecido. Os resultados mostraram que ações como esta são importantes para proporcionar ao acadêmico a oportunidade de tomar medidas preventivas, visando também a sua segurança nas atividades desencadeadas em todas as ações universitárias.

Com esta ação, é evidente que os acadêmicos de medicina veterinária, principalmente os membros do projeto de extensão universitária expandiram suas percepções restringidas na maioria das vezes para a medicina curativa. Com isso o foco principal do projeto voltado à saúde pública faz com que os estudantes caminhem em direção de uma realidade desafiadora graças ao desenvolvimento de uma nova concepção coletiva entre a saúde humana, ambiental e animal diante das mais diversas áreas atuantes dentro de sua futura carreira profissional.

Referências:

- 1- Brasil. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo para Tratamento de Raiva Humana no Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2009;18(4):385-94.
- 2- Kotait I, Reichmamm MLAB, Carrieli ML, et al. Raiva – Controle e profilaxia humana. Instituto Pasteur. Disponível em: <http://www.pasteur.saude.sp.gov.br/extras/calendario.pdf>. Acesso em 23 de junho de 2011.
- 3- ARAÚJO, F. A. A. Situação da raiva no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE RAIVA, 2003, São Paulo. Resumos... São Paulo: Instituto Pasteur, 2000. p.22
- 4- BELOTTO, A. J. Raiva transmitida por morcegos nas Américas: impactos na saúde pública e na produção. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE RAIVA, 2001, São Paulo. Resumos... São Paulo: Instituto Pasteur, 2001a.p. 24-25.
- 5- Schneider MC, de Almeida GA, Souza LM, de Moraes NB, Diaz RC.. Controle da raiva no Brasil de 1980 a 1990. Revista de Saúde Pública, 30:196-203, 1996.

6- SC, D. (2017). *profilaxia de pre exposicao com vacina antirrabica*. Fonte: <http://www.dive.sc.gov.br>:

<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/profilaxiade-pre-exposicao-comvacina-antirrabica.pdf>

7- Wildeberg, & Cál Moreira. (s.d.). *FIOCRUZ*. Fonte: www.bio.fiocruz.br:

<https://www.bio.fiocruz.br/images/stories/pdfs/mpti/dissertacoes/mpti-2005/wildeberg-calmoreira.pdf>

8- Darci, João, Lisiane, & Aldocírio, S. e. (2003). *Anticorpos contra o vírus rábico em seres humanos com atividades*. Fonte: <http://www.scielo.br>:

<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16336.pdf>

9- Walkiria, Viviane, & Raquel. (2015). *Embrapa*. Fonte: www.alice.cnptia.embrapa.br:

www.alice.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/1035300/1/artigoraivacorumba.pdf

10-Fundaç ao Nacional de Saúde - Norma técnica de tratamento profilático anti - rábico humano, Brasília, 1994

CONHECENDO A TOXOPLASMOSE: UMA ATIVIDADE DE PREVENÇÃO E FORMAÇÃO EMANCIPADA

Área temática: saúde

Bruna Maria Mathias da Silva; Carolina Ramos da Silva; Jéssica da Silva Costa; Letícia Sant'anna Souza, Raphael Monteiro, Pedro Henrique da Silva Mascarenhas; Maria do Carmo Ferreira.

Instituição: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

RESUMO

A Toxoplasmose é uma parasitose na qual ainda permanecem dúvidas sobre a transmissão e a produção de doença. Apesar do ciclo desse parasito ter sido esclarecido a mais de 40 anos, pouco se sabe sobre essa enfermidade. Muitas informações errôneas são espalhadas entre leigos necessitando a intervenção de especialistas. Os objetivos do trabalho foram proporcionar a realização de divulgação de informações sobre a Toxoplasmose, buscando desenvolver estratégias de educação em saúde voltadas às crianças e orientar os acadêmicos de modo a torná-los profissionais emancipados. Esta oficina foi realizada como tarefa da Disciplina de Parasitologia. Envolveu os graduandos integrantes em um projeto de extensão chamado Programa ECOS: Educação, Ciência e Orientação em Saúde. A turma foi mobilizada a desenvolver um trabalho em equipe sendo orientados nas tarefas de: 1. Levantamento bibliográfico sobre o tema anteposto; 2. Criação e elaboração de diferentes estratégias educativas e lúdicas; 3. Confeção de materiais didáticos para apresentação em oficina; 4. Elaboração de modelos avaliativos para o processo educativo; 5. Elaboração de artigo para apresentação em congresso ou revista científica, divulgando os resultados alcançados com a execução das atividades. Estiveram envolvidas 153 crianças, com as idades de 3 a 11 anos. Foi investigado o conhecimento prévio sobre a toxoplasmose além da idade, o sexo, se gostou das atividades apresentadas e qual das atividades despertou mais interesse do entrevistado. Foram realizadas um total de 24 entrevistas. Em 33,3 % (8) das crianças afirmaram conhecer a Toxoplasmose, enquanto 66,7% (16) responderam que não conheciam a doença. As crianças que participaram da oficina se tornaram capazes de reconhecer a importância da toxoplasmose e se apropriaram dos conhecimentos medidas prevenção. A participação dos graduandos de diferentes cursos permitiu a formação mais cidadã do profissional.

Palavras-chave: prevenção; gato, parasitoses; atividade lúdica, formação emancipada.

INTRODUÇÃO

A Toxoplasmose é uma parasitose na qual ainda permanecem muitas dúvidas sobre a transmissão e a produção de doença no homem. Apesar do ciclo desse parasito ter sido totalmente esclarecido a mais de 40 anos (FRENKEL et al., 1970), ainda hoje, pouco se sabe sobre essa enfermidade. Muitas informações errôneas são espalhadas entre leigos necessitando a intervenção e esclarecimentos de especialistas no assunto.

A toxoplasmose é uma doença parasitária de distribuição cosmopolita, de caráter benigno, que tem como agente etiológico o *Toxoplasma gondii*. Esse parasito é um protozoário intracelular obrigatório, eucarioto, pertencente ao filo *Apicomplexa*. Possui como hospedeiros completos, nos quais ocorre tanto o ciclo sexuado como o assexuado, mamíferos, pertencentes à família *Felidae*, entre eles, hospedeiros domésticos, como o gato doméstico, ou animais silvestres, como o gato do mato, a jaguatirica, o puma, leopardo ou a onça.

Essa infecção pode ser transmitida de diferentes formas fazendo parte das estratégias de sobrevivência do parasito. Pode ocorrer por via congênita, de mãe parasitada, com a doença na fase aguda, para o filho como pode ser adquirida também, através do consumo de alimentos de origem animal, como a ingestão do leite ou carne, crua ou mal cozida, vindas de hospedeiros parasitados (bovinos, ovinos, caprinos ou suínos) ou mesmo, do contato com as fezes de felinos parasitados, em geral jovens, através da ingestão dos oocistos que são eliminados (ABREU & NAVARO, 2001; QUIN et al, 2015).

Devido à enorme quantidade de proprietários de animais domésticos em muitas áreas urbanas estão se tornando comum a existência de zoonoses, problema que tem se tornado uma questão importantíssima para a saúde pública do país. A Medicina Tropical compreende que a doença infecciosa e parasitária tem incidência maior nas áreas tropicais e sua transmissão é facilitada pelas baixas condições sócio-econômicas. Mais rotineiramente, as enfermidades ditas tropicais se sobressaem nas áreas rurais, onde a precariedade de saneamento é uma realidade constante, como isso os agentes e vetores encontram condições para se proliferarem com uma maior facilidade (TAUJIL, 2006). Devido a isso, essas doenças têm se tornado um desafio à modernidade, pois podem ocorrer em áreas urbanas. Particularmente nos últimos anos, vem se agravando com o intenso fluxo populacional rural-urbano (DIAS, 1998).

A Toxoplasmose tem grande importância para saúde pública, tendo em vista que o *Toxoplasma gondii* é um dos mais comuns parasitos encontrados no mundo e sua prevalência, foi, estimada em 1-2 bilhões de pessoas (CHANG, 1996). No entanto, a frequência da doença pode variar de pessoa para pessoa, região geográfica e fatores de risco.

Segundo o Instituto Adolfo Lutz, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a toxoplasmose atinge 1 a cada 3 pessoas no Brasil. Por ser uma doença silenciosa e assintomática (DIAS, 2005), muitos indivíduos não chegam ser diagnosticados. Diante disso, a educação em saúde e a orientação realizada por parasitologistas podem contribuir para esclarecer as diferentes formas de transmissão apontando de maneira efetiva caminhos para a prevenção. A utilização de estratégias lúdicas, tem se revelado como uma maneira efetiva de atingir o público infantil para a apresentação e conhecimento da transmissão e prevenção.

O ensino de Ciências há muito tempo vem sendo motivo de discussões e reflexões, principalmente por educadores, psicólogos e cientistas. Os mesmos vêm construindo teorias, baseadas em observações e em experiências que visam buscar elementos que possam compreender o comportamento dos alunos e, com isso, orientar as atividades docentes. As investigações têm trazido mudanças nas idéias existentes sobre quem aprende e quem ensina. Em geral, esses estudos trabalham com a idéia de que o aluno constrói seu saber no curso de sua história social, através de confrontos, interações e informações obtidas nos diferentes lugares em que vive, como a família e a escola. Muitos professores ignoram ou evitam essas representações, enquanto outros buscam conhecer e valorizar estas concepções prévias vendo-as como fontes de motivação (FIALHO, 2007; AMORIM, 2013).

As perguntas intercaladas na exposição motivam os alunos, servem para controlar e ganhar sua atenção auxiliando no raciocínio e expõem os alunos a muitas ideias levando a resultados significativos na aprendizagem e, quando esta aula é também conduzida com atividades lúdicas a informação é mais facilmente memorizada. O trabalho que lança mão do lúdico desperta a sensibilidade, a sociabilidade, o senso crítico e a imaginação do aluno, sendo um modo divertido para motivá-lo (AMORIM, 2013).

Atualmente, devido às inovações tecnológicas há certa dificuldade em manter os alunos focados no conteúdo disponibilizado pelos educadores. A escola, dessa forma, tem um papel extremamente importante para o desenvolvimento e contribuição na construção do conhecimento de cada aluno, utilizando-se de diversas estratégias de ensino, que sejam capazes de estimular tanto a curiosidade quanto a aprendizagem das

crianças em diferentes faixas etárias. O fundamental na contemporaneidade é garantir a todos o acesso à escola. Mas, para assegurar a aprendizagem na diversidade e singularidade dos alunos, que esperam aprender coisas relevantes à sua vida, é necessária uma prática diferenciada por parte do docente. Logo, além de transmissor de conhecimentos, ele precisa desempenhar a função de orientador, o que implica mudanças. Embora seja importante que o educador e a instituição de ensino saibam diferenciar o que é uma atividade que renderá frutos positivos de uma que não terá muita significância, tanto na vida acadêmica como no crescimento de um cidadão pensante.

A formação acadêmica universitária tem muitas vezes como foco a valorização das especificidades, trabalhando os conteúdos de maneira fragmentada, em detrimento aos ensinamentos pluralistas mais interdisciplinares relevantes à construção de uma identidade multiprofissional. Uma educação emancipatória fundamentada em práticas autônomas, além de acrescentar-lhe valor social e profissional, permite ao indivíduo aguçamento de seus olhares crítico e reflexivo, visão mais holística e humanizada dos métodos de ensino, além de torná-lo um agente transformador de realidades (GUIMARÃES, 2003).

O objetivo do trabalho foi proporcionar a realização de um momento de divulgação de informações sobre a transmissão, sintomatologia e prevenção da Toxoplasmose, de modo inovador, buscando criar e desenvolver estratégias de educação em saúde voltadas às crianças de 3 a 11 anos de idade. Também foi nossa preocupação orientar os acadêmicos e bolsistas de modo a torná-los profissionais emancipados.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Esta oficina foi realizada como tarefa obrigatória da Disciplina de Parasitologia, oferecida como matéria optativa para o Curso de Ciências Biológicas, na Universidade Federal do Estado Do Rio de Janeiro - UNIRIO. Envolveu os graduandos integrantes em um projeto de extensão chamado Programa ECOS: Educação, Ciência e Orientação em Saúde, fazendo uma ponte entre ensino e extensão universitária. A turma foi mobilizada a desenvolver um trabalho em equipe sendo orientados nas tarefas de: 1. Levantamento bibliográfico sobre o tema anteposto; 2. Criação e elaboração de diferentes estratégias educativas e lúdicas; 3. Confecção de materiais didáticos para apresentação em oficina; 4. Elaboração de modelos avaliativos para o processo educativo; 5. Elaboração de artigo para apresentação em congresso ou revista científica, divulgando os resultados alcançados com a execução das atividades. Todo o processo desenvolvido teve como meta a formação emancipada dos acadêmicos envolvidos com a disciplina.

As atividades foram realizadas com crianças de variadas faixas etárias, entre 3 a 11 anos, durante um evento denominado “Feira de Prevenção de Parasitoses” (FERREIRA et al, 2014) uma evento realizado semestralmente pelos alunos da disciplina numa instituição de assistência que atende crianças, na cidade do Rio de Janeiro.

A oficina ocorreu no período manhã, durante um espaço de duas horas, na qual diferentes grupos de crianças foram levadas pelas professoras do abrigo a uma sala onde seria feita a oficina sobre a toxoplasmose. Ela se desenrolou em 4 etapas (FIGURA 1). Durante a **primeira etapa**, as crianças, uma de cada vez foi convidada a responder uma pergunta: “Você conhece a toxoplasmose?”. Na **segunda etapa** foi realizada conversa informação, com as crianças colocadas sentadas em roda buscando debater as principais informações sobre a transmissão do *Toxoplasma gondii*, a doença e o seu hospedeiro principal, o gato doméstico. Foram utilizadas diferentes abordagens de conversas para melhor compreensão, de acordo com as faixas etárias de cada grupo trabalhado. Foi ainda utilizado um vídeo de curta duração, criado pelo Departamento de Veterinária da Universidade Estadual de Londrina – UEL (SILVA, L. et al, 2015) com o objetivo de auxiliar a fixação da informação passada durante a conversa, assim como trazer conhecimentos novos a serem testados durante as atividades. Na **terceira etapa**, após a execução do vídeo, as crianças foram divididas em dois grupos de acordo com as brincadeiras de preferência, para a consolidação das informações apreendidas. Foram elaboradas duas atividades com enfoque na conscientização e prevenção da toxoplasmose, sendo desenvolvidos dois jogos distintos. O primeiro jogo desenvolvido foi chamado de **“Derrube o Toxo”** que consistiu em uma atividade que estimulava a coordenação motora das crianças e a conversa sobre os modos de transmissão da Toxoplasmose. Para a realização dessa atividade lúdica, foi necessário uma bola e 9 garrafas pets de 2 litros decoradas com figuras, cada uma contendo uma pequena quantidade de água para dificultar sua queda. Cada garrafa representou os pinos do boliche a serem derrubados, sendo 8 delas decoradas como gatos domésticos, e uma com figura representando a fase de taquizoítos do parasito (para a decoração foram utilizados papel EVA e TNT de diferentes cores com o intuito de tornar os objetos mais atrativos para as crianças). O objetivo da brincadeira seria que fosse derrubado apenas o pino decorado com os taquizoítos do *Toxoplasma gondii*, evitando os pinos que representavam os gatos domésticos, para que as crianças entendessem que o gato doméstico é o principal hospedeiro da doença, mas também uma vítima sua. Para a iniciação da brincadeira as crianças foram divididos em grupos homogêneos e organizados em fila indiana. Cada criança teve 3 chances de acertar o pino representado pelo parasito. A segunda atividade desenvolvida pelos universitários com as crianças do

abrigo, foi baseado no jogo de tabuleiro intitulado "**Jogo da Vida**", da Estrela, e foi destinada ao atendimento das crianças mais velhas e já alfabetizadas, buscando um maior estudo sobre o assunto abordado. Para o início de cada rodada da brincadeira foram necessárias no mínimo duas e no máximo quatro crianças. Cada participante escolheu um pino de sua preferência, e todos partiram do ponto inicial do jogo, tendo o direito a um lançamento de dado por jogada. Em alguns pontos das casas do tabuleiro do jogo, haviam as chamadas "cartas de ação", que simulavam situações do cotidiano das crianças com momentos em que haviam riscos de contágio para o *Toxoplasma gondii*. Algumas das casas do tabuleiro ("hospital") só poderiam ser acessadas com o lançamento do dado e impediam o jogador de jogar durante uma rodada. Ele só poderia retornar ao jogo após conseguir responder corretamente uma questão sobre forma de prevenção ou contágio da toxoplasmose. Houve também a chance do jogador ter que ficar na casa do hospital pelas cartas de ação. O primeiro jogador que chegasse ao final seria o vencedor. O objetivo desta atividade foi o aprofundamento das crianças mais velhas nas diferentes questões sobre formas de contágio e prevenção da doença. Ainda nesta etapa da oficina, uma das graduandas de biologia se prestou a fazer pinturas que remetiam ao gato doméstico no rosto das crianças que aceitaram. Após a execução das atividades, os participantes eram premiados com adesivos e figuras diversas.

Na **quarta etapa** da oficina foi realizado um fichamento dos participantes pelos graduandos com o objetivo de avaliar rapidamente os conhecimentos obtidos durante a

oficina feita e quais as atividades foram mais interessante.

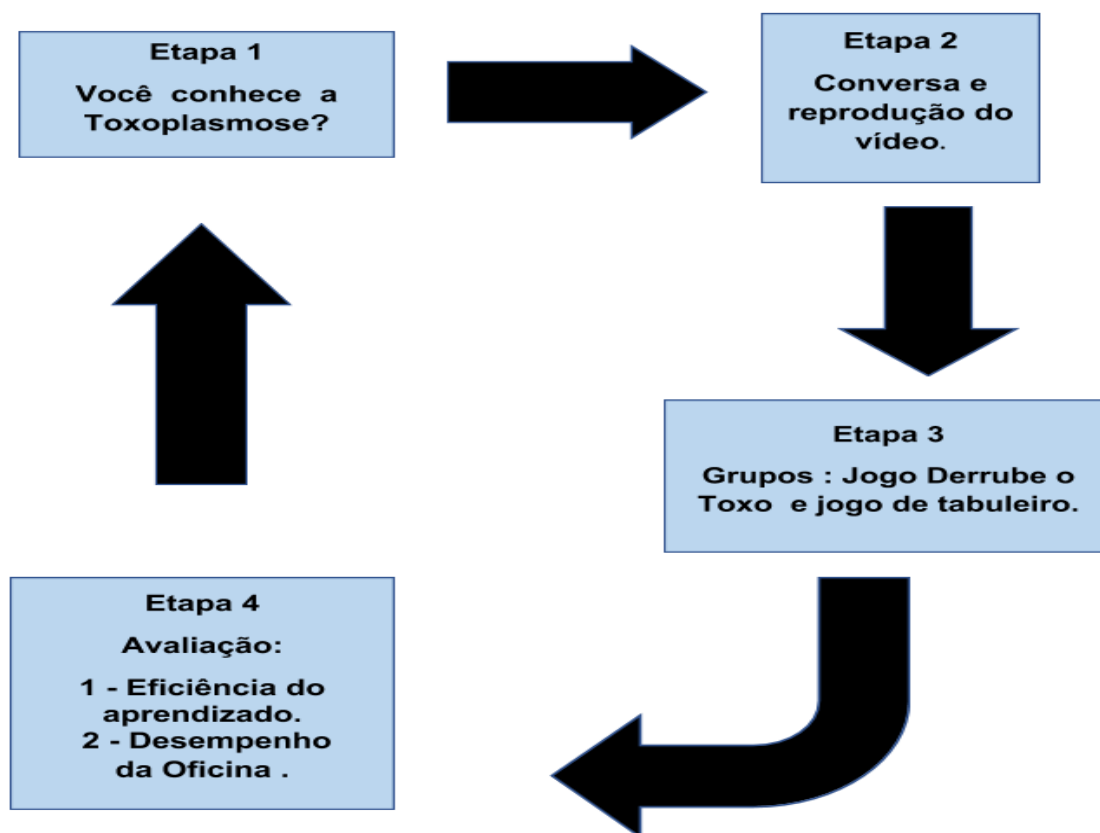
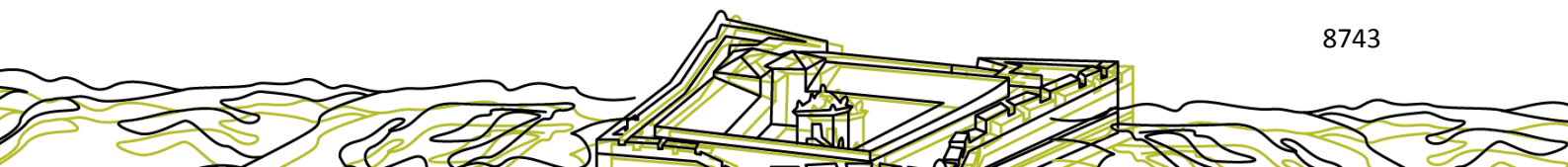


Figura 1. Etapas com o desenvolvimento das atividades na oficina de prevenção da Toxoplasmose.

Resultados e Discussão

Estiveram envolvidas com a oficina 153 crianças, com as idades de 3 a 11 anos, no evento chamado: *Feira de Prevenção das Parasitoses*. A fim de avaliar o conhecimento prévio juntamente a eficácia e importância das atividades lúdicas aplicadas, os acadêmicos promotores da oficina, utilizaram um questionário a ser respondido pelas crianças em forma de entrevista. Neste questionário, foi perguntado a idade, o sexo, se possuía algum conhecimento prévio da doença, se gostou das atividades apresentadas e, se sim, qual das atividades despertou mais interesse do entrevistado. Foi também perguntado na ficha, o que as crianças entrevistadas mais gostaram de aprender sobre o assunto abordado.

Foram realizadas um total de 24 entrevistas. Sobre a Toxoplasmose, 33,3 % (8) das crianças afirmaram conhecer, enquanto 66,7% (16) responderam que não conheciam tal doença previamente. As análises do resultado obtidas demonstraram que não houve



predominância, tanto ao sexo, quanto em relação a conhecer ou não a doença. Foi observado a partir das informações obtidas com o fichamento das crianças que 100% dos entrevistados disseram gostar das atividades realizadas pelos graduandos. Quanto à questão sobre qual atividade despertou mais interesse das crianças, a atividade **“Derrube o Toxo”** ficou em primeiro lugar, seguido do **vídeo educativo** (exibido em um telão disponibilizado pela instituição) e do **jogo de tabuleiro (Figura 2)**. Notou-se que na pergunta que tinha como objetivo avaliar o nível de aprendizado após as atividades, as crianças responderam que além do perigo ao manusear as fezes do gato, a transmissão da Toxoplasmose também pode ser adquirida de outras maneiras, como por exemplo, na ingestão de alimentos de origem animal contaminados, cru ou mal cozidos.

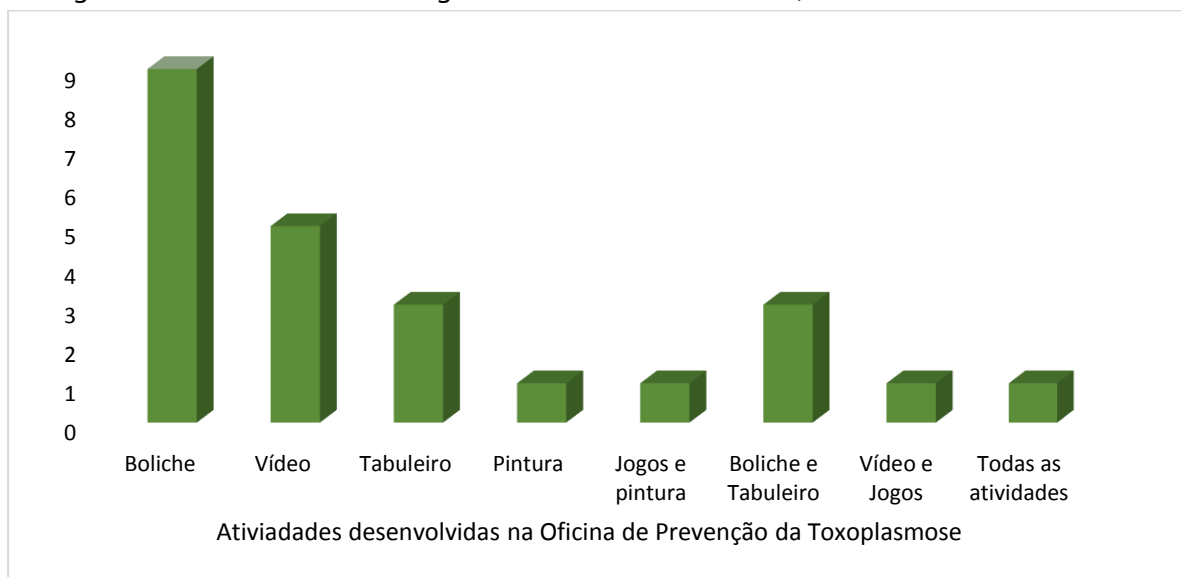
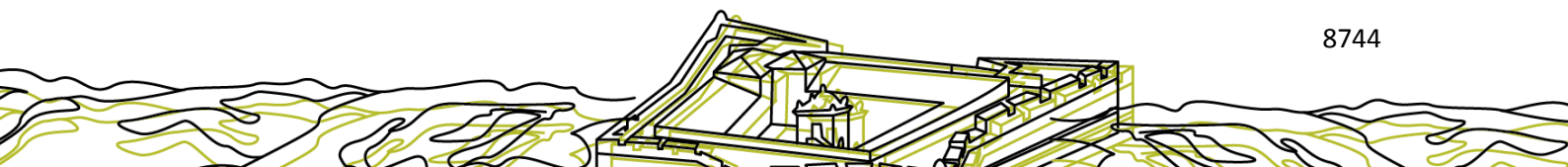


Figura 2. Resultado da avaliação das atividades utilizadas durante a Oficina de Prevenção da Toxoplasmose



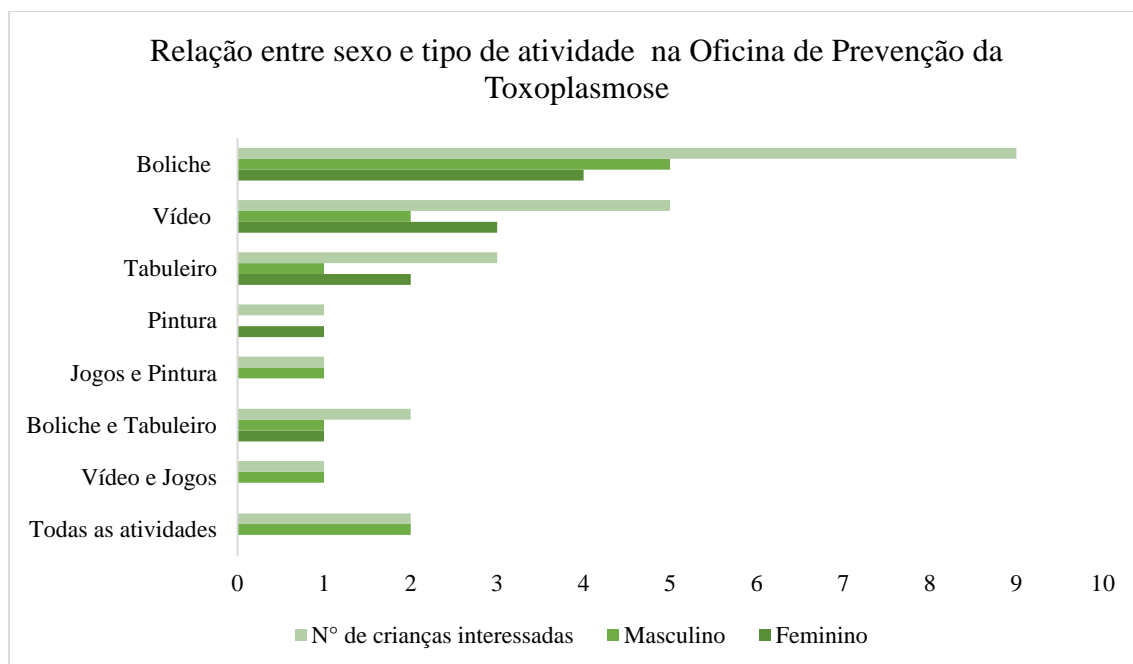


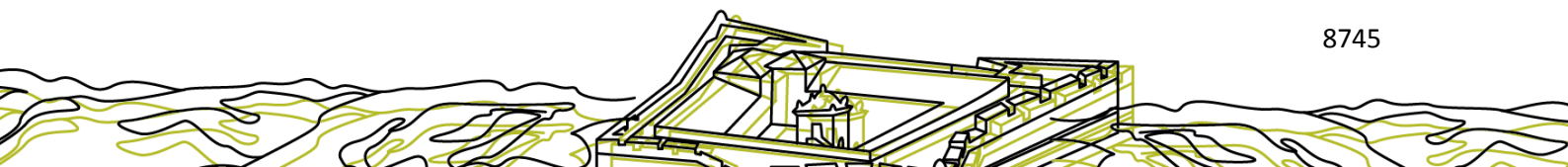
Figura 3. Relação entre sexo e atividade realizada na Oficina de Prevenção da Toxoplasmose entre crianças de uma instituição de assistência no Rio de Janeiro

Com base nos dados da Figura 3, é possível identificar que no boliche houve uma maior aceitação entre crianças do sexo masculino, enquanto no vídeo e no jogo de tabuleiro prevaleceu o sexo feminino. Nas outras atividades em questão não teve predominância em relação aos sexos.

Por ser uma atividade mais dinâmica, notou-se uma grande procura e interação entre as crianças na atividade “**Derrube o Toxo**”, onde as mesmas conversavam sobre a brincadeira, discutindo o que tinham aprendido no **vídeo educativo** e auxiliavam as outras sobre o porquê de não acertar as garrafas com a figura dos gatos e sim a com a figura do parasita. Sendo assim, foi observada uma aprendizagem e uma divulgação do conteúdo entre as próprias crianças.

O desenvolvimento de atividades educacionais, de maneira lúdica, acaba sendo uma forma de transmitir conhecimento para crianças de maneira natural, sem sair do meio em que elas estão inseridas. Por meio de atividades didáticas que remetem brincadeiras é possível observar um verdadeiro aprendizado entre as crianças, e também no desenvolvimento de aspectos como a imaginação, o raciocínio, a criatividade e dependendo da atividade aspectos motores e físicos.

CONCLUSÕES



Pode-se afirmar que crianças que participaram da oficina se tornaram capazes de reconhecer a importância da toxoplasmose e se apropriaram dos conhecimentos medidas prevenção como: a utilização de luvas para manusear fezes de gatos, em especial os gatinhos jovens, lavar muito bem as mãos e também a evitar tomar leite cru, ou comer carne crua e mal passada. A atividade lúdica mostrou-se como uma estratégia educativa importante para atuação no contra turno.

Foi possível verificar que brincar é processo essencial para aprendizagem da criança em formação. A utilização de jogos garantiu não só o conteúdo, mas também estimulação da imaginação e criatividade, integralização e o respeito entre participantes da oficina.

A participação dos graduandos de diferentes cursos da UNIRIO permitiu a formação mais cidadã do profissional sendo importante o trabalho conjunto com o orientador no desenvolvimento desse artigo científico como finalização da ação de extensão, nessa reflexão sobre a realidade vivida

BIBLIOGRAFIA

ABREU, C. B. & NAVARRO, S.L., Clinical pathological and serologic aspects of experimental toxoplasmosis in Young dogs. Semin Ci Agrar online. July 2001.

ADORNO, T. W. Educação e emancipação. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ALCANTARA, L. A. G., Quartieri, M. T. , Schwertner, Suzana F. , Schuck, Rogério J. e. Dullius, Maria M. A FUNÇÃO DA ESCOLA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: concepções de uma professora da educação básica, Interfaces da Educ., Paranaíba, v.6, n.16, p.118-133, 2015.

AMORIM, F. D. B. et al., Aprender e ensinar parasitologia brincando. In: Encontro de Iniciação à Docência, 11, 2008, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: UFPB-PRG. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/xi_enid/monitoriapet/ANAIS/area6/6CCSDFPMT03-P.pdf> . Acesso em: 06/03/2018.

AMORIM, A.S. A Influencia do Uso de Jogos e Modelos Didaticos no Ensino de Biologia Para o Ensino Médio. Monografia, Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de

Licenciatura em Ciências Biológicas, Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Ciências Biológicas a Distância, CD-ROM. 51 f. il. ; 4 ¾ pol., 2013.

CHANG, H. R. The potencial role ofazithromycin in thetreatment of prophylaxis of toxoplasmosis. Int J STD AIDS. 7(suppl 1): 18-22. 1996.

DIAS, J. C. Community participation and control of endemic diseases in Brazil: Problems and Possibilities. Cad. Saúde Pública, v. 14, n. 2, p. 19-37, 1998.

DIAS, R. A. F.; FREIRE, R. L. Surto de toxoplasmose em seres humanos e animais. Semina: Ciências Agrárias, Londrina, v. 26, n. 2, p. 239-248.

FERREIRA, M.C.; COELHO, V.M.A. & LESSA, C.S.S. FEIRA DE PREVENÇÃO DAS PARASIToses- O impacto das ações de extensão no ensino de parasitologia para os cursos de graduação. Fio da Ação (UNIRIO), vol.1, 2010.

FIALHO, N. N.. Jogos no Ensino de Química e Biologia. Curitiba: IBPEX, 2007.

FRENKEL, J. K.; Dubey, J. P.& Miller· N. L.Toxoplasma gondii in Cats: Fecal StagesIdentified as CoccidianOocysts. Science,Vol. 167, Issue 3919, pp. 893-896, 1970.

GUIMARÃES, S. S. M., TOMAZELLO, M. G. C. A formação universitária para o ambiente: educação para a sustentabilidade. Ambiente e Educação, Rio Grande, p.55-71, 2003.

INSTITUTO ADOLFO LUTZ. Toxoplasmose atinge 1 em cada 3 pessoas no brasil. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.ial.sp.gov.br/ial/centros-tecnicos/centro-de-parasitologia-e-micologia/noticias/toxoplasmose-atinge-1-em-cada-3-pessoas-no-brasil>>. Acesso em: 05/03/2018.

NASCIMENTO, A. M. D. et al. Parasitologia Lúdica: O jogo como agente facilitador na aprendizagem das parasitoses. Scientia Plena, Sergipe, v. 9, n. 7, 2013.

QUIN, S. Y., et al. Seroprevalence. Risk factors and genetic characterization of Toxoplasma gondii in free-range whiteyaks Bosgrunniens in China. RevParasitol. 211(3-4):300- 2. 2015.



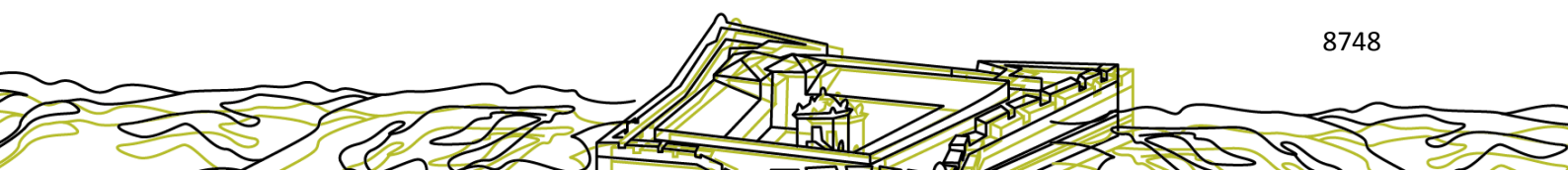
REIS, D. C. Professor: ser emancipado. Brasil Escola, 2011. Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/administracao/professor-ser-emancipado.htm>>. Acessado em: 29/03/2018.

RESENDE, M. R. S. A educação com base em uma formação para a emancipação: uma reflexão. Revista Inter-Ação, UFG, v.28, n. 1, p. 37-49, 2003.

SILVA, L. et al., Trabalhando a Toxoplasmose no espaço escolar: uma perspectiva lúdica para promoção da saúde. In: Congresso Nacional de Educação, 2, 2015, Campina Grande. *Pôster...* Campina Grande: Editora Realize. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV045_MD4_S A18_ID5922_02092015171423.pdf>. Acesso em: 07/03/2018.

TAUIL, P.L. Perspectives of vector borne diseases control in Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 39, n. 3, p. 275-7, 2006.

TOXOPLASMOSE - UEL. Direção: Universidade Estadual de Londrina. Produção: Oniria. 4'00". Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=QqHqAJPk9w>>. Acesso em: 20/09/2017.



ROTUNDA: MEMÓRIA E CIDADANIA PARA A PESSOA IDOSA – INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO ‘GRANDE DO NORTE (IFRN/CAL)

Área Temática: Saúde

CORDEIRO, Ana Paula M.¹ (Coordenadora – Assistente Social IFRN/CAL), SOUZA, Iracyara M^a A.² (Docente IFRN/CAL), RIBEIRO, Marcel Lúcio M.³ (Docente IFRN/CAL), CAVALCANTE, Vitória K. de S. (Discente – Lazer IFRN/CAL), OLIVEIRA, M^a Beatriz F. de. (Discente – Lazer IFRN/CAL).

RESUMO

O desafio proposto, neste projeto de extensão, foi intensificar, no processo de envelhecimento da população, um programa de ações que ajudasse a melhorar as condições de qualidade de vida para os idosos. Este projeto se identifica na área temática da saúde e objetivou realizar atividades voltadas para idosos do bairro das Rocas/Natal-RN, oferecendo palestras, oficinas e vivências sobre temas relacionados à saúde, psicologia, memória, cidadania, literatura e fotografia. A organização das atividades possibilitou – e incentivou – os idosos a se perceberem como sujeitos ativos na construção de conhecimento histórico-social e no desenvolvimento de hábitos saudáveis para a qualidade de vida. Considera-se aqui, portanto, que a pessoa idosa é um ser social, repleto de conhecimento e merece ter sua história de vida valorizada, visto que isso contribui para sua própria identidade e construção da memória coletiva.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Memória; Cultura e Saúde.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Diálogos: Memória e Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um desafio contemporâneo e tem estimulado estudos e investigações nas diversas áreas do conhecimento. Teóricos apontam que uma das principais questões percebidas nessa faixa etária se relaciona à memória, por trazer fortes repercussões na vida familiar e social. A memória possibilita ao homem a formulação de estratégias de adaptação ao meio em que vive, por isso é importante

mantê-la ativa. Diante disso, o projeto *IFRN - Rotunda: memória e cidadania para a pessoa idosa* intencionou realizar atividades voltadas para idosos do bairro das Rocas, preferencialmente aos que já participaram do projeto de extensão *O IFRN no Bairro das Rocas e a Inclusão Digital da Pessoa Idosa como Ferramenta para o Exercício da Cidadania*, realizado no período de agosto a dezembro de 2016. Desenvolveu palestras, oficinas e vivências sobre temas relacionados à saúde, psicologia, memória, cidadania, literatura e fotografia. Ademais, foi aproveitado o fato de a Unidade Rocas funcionar em espaço histórico restaurado, onde antes existiam oficinas de recuperação de locomotivas e vagões da REFESA (Rede Ferroviária Federal). Os resultados esperados foram: integração de pessoas do bairro das Rocas com a nova unidade do IFRN; estabelecimento de relacionamentos intergeracionais; disseminação sobre os direitos da pessoa idosa e sua legislação vigente; despertar os idosos para o desejo de continuarem ativos e aprendendo.

Segundo recentes pesquisas, em 2050, um quinto da população mundial será de idosos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. (IBGE, 2002). O Brasil, no ano de 1950, possuía 2 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, no ano de 1965 passou para 6,2 milhões, na virada do século chegou a 13,9 milhões e as projeções são que em 2025 chegará a 31,8 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. (RAMOS, 2016) Conforme números do Censo Demográfico do IBGE (2007), 250.594 idosos residem no Rio Grande do Norte e 56.269 idosos residem em Natal. No que se refere ao bairro das Rocas, a população é de 10.452, das quais 1.392 têm mais de 60 anos de idade.

Um fato importante a se destacar é que, apesar da intensificação do processo de envelhecimento da população, o mesmo não tem sido acompanhado de qualidade de vida para os idosos. Ao contrário, em nossa sociedade, muitas vezes o idoso é visto como um indivíduo “inútil” e “fraco”, e por isso a participação do mesmo tem sido negada em vários cenários dessa sociedade. No entanto, a Política Nacional do Idoso em seu Artigo 3º preconiza que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (BRASIL, 2007).

É notório que o envelhecimento populacional é um desafio para o mundo atual e tem estimulado diversos estudos e investigações nas várias áreas do conhecimento. Uma das

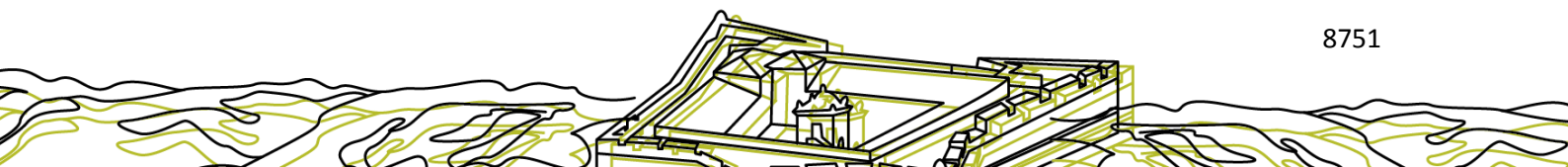
principais queixas percebidas nessa faixa etária se relaciona à memória, por trazer fortes repercussões na vida do indivíduo, na família e nos grupos sociais. A memória, assim como os outros processos mentais superiores, como a inteligência e a atenção, são funções que possibilitam ao homem a formulação de estratégias de adaptação ao meio em que vive (FLAVELL e MILLER & MILLER, 1999).

É nessa perspectiva que se propôs a implementação do projeto **IFRN- Rotunda: memória e cidadania para a pessoa idosa** o qual realizou atividades voltadas aos idosos do bairro das Rocas. Com a execução desse referido projeto, alcançaram-se resultados tais como: integração de pessoas do bairro das Rocas e de outros bairros de Natal com a nova Unidade do IFRN, Rocas; relacionamentos intergeracionais: adolescentes, jovens adultos e idosos; troca de conhecimentos; despertar dos idosos para o desejo de continuar ativo e aprendendo; expectativa externada pelos idosos de que o *campus* continuasse oferecendo esse curso e outros. Durante a realização do projeto verificou-se que os idosos possuíam uma experiência anterior vivenciada no espaço da Rotunda, hoje IFRN- Unidade Rocas: houve depoimentos de vários idosos relatando que tinham algum parente que trabalhou nesse espaço da Rotunda e alguns idosos inclusive trabalharam no local.

O IFRN – Unidade Rocas do *Campus* Cidade Alta iniciou suas atividades em abril de 2016 e funciona onde antigamente existiam as oficinas de recuperação de locomotivas e vagões da REFESA - Rede Ferroviária Federal S.A. O imóvel foi cedido em 2012 ao IFRN que fez a restauração da antiga rotunda a qual estava abandonada e em ruínas, como também fez a ampliação da estrutura física visando dar condições para o funcionamento da Unidade Rocas. No mesmo sentido de preservar a história e memória da rotunda, será implantado dentro do IFRN- Unidade Rocas, o Museu do Trem de Natal, com peças ofertadas por diversos estados nordestinos (IFRN, 2017 e BRASIL, Ministério do Planejamento, 2017).

Diante do exposto, entende-se que a realização do projeto: *IFRN- Rotunda: memória e cidadania para a pessoa idosa* se constitui como uma ação de relevante cunho social uma vez que atendeu a necessidade de um segmento que sofre um alto índice de vulnerabilidade social, as pessoas idosas, e mais especificamente a população idosa de uma região, o bairro das Rocas, que carece de muitos serviços e de políticas públicas. Com isso, o IFRN teve a oportunidade de realizar uma ação coerente com a sua missão social e contribuir para o desenvolvimento da população do seu entorno nesse momento de seu início de funcionamento no bairro das Rocas.

Acredita-se que a implementação das ações propostas contribuiu tanto para a melhoria



da saúde e qualidade de vida dos idosos, como afirma o Sr. Ariosto, um dos entrevistados pela autora Ecléa Bosi, “[...] hoje a minha voz está mais forte que ontem, já não me canso a todo instante. Parece que estou rejuvenescendo enquanto recordo” (BOSI, 1994, p. 161). Também contribuiu para o fortalecimento e preservação da memória de um patrimônio histórico e cultural, estreitando as relações entre o IFRN e a população do seu entorno. Como afirma Silva “Lembrar não se refere apenas ao passado, mas é uma ação que se desenvolve no presente para transformá-lo” (SILVA, 2010, p. 329).

Bosi (1994) fala sobre dois tipos de memória: a memória-sonho, em que seriam preservadas as imagens do passado em sua inteireza; e a memória-trabalho, em que a memória não é revivida tal qual era, e sim elaborada coletivamente com os materiais disponíveis no presente. A autora fala também sobre memória coletiva e memória individual afirmando que a memória individual e a coletiva atuam uma sobre a outra, pois, apesar da memória elaborar-se coletivamente num processo de socialização, “quem recorda é o *indivíduo*” (BOSI, 1994, p. 411). Interessante ressaltar a afirmativa de Bosi (1994) quando diz que “na vida adulta, o fazer inibe o lembrar; na vida idosa, o lembrar é um fazer: a memória faz-se trabalho.”

Percebe-se que existe uma grande preocupação dos estudiosos e dos profissionais da saúde com relação aos distúrbios advindos da idade avançada, principalmente os distúrbios de origem crônico-degenerativos, os quais repercutem diretamente no processo saúde-doença da população idosa. Segundo Souza e Chaves,

Dentre as várias alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento as funções do sistema nervoso central, principalmente as de origem neuropsicológicas envolvidas no processo cognitivo, tais como o aprendizado e memória, constituem um dos principais alvos de pesquisas realizadas sobre senescência, já que estas alterações podem comprometer o bem estar bio-psico-social do idoso impedindo a continuidade da sua vida social de forma participativa, interagindo com os familiares em particular e com a sociedade no geral (SOUZA e CHAVES 2005, p.14).

Essas autoras alertam para o fato de que a entrega dos idosos a uma vida passiva e ociosa pode representar um prejuízo incondicional à saúde mental e física do indivíduo, além de constituir-se fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência. Elas afirmam que inexistem estudos conclusivos constatando que as doenças relacionadas à memória do idoso se tratam de fenômenos puramente naturais ou se são multifatoriais. Se multifatoriais seria resultado da falta ou diminuição de estímulos sociais, psicológicos e biológicos. Em detrimento de qual seja a causa, ou a principal causa, o importante é que alternativas de intervenção nessa problemática sejam efetivadas, pois como afirmam:

[...], sendo um processo natural ou não comprometem seu cotidiano, sua auto-estima e relacionamento social e que necessitam de intervenções que amenizem ou até eliminem este transtorno, principalmente porque, embora o esquecimento se constitua uma das principais queixas entre os idosos, não se pode esquecer que outras funções cognitivas como a capacidade de leitura, o conhecimento dos significados das palavras e a utilização dos mesmos, permanecem inalterados ou pouco comprometidos com o envelhecimento, devendo portanto, serem preservados e valorizados no processo de envelhecer. (SOUZA e CHAVES 2005, p.15)

A manutenção da memória se torna uma preocupação de alta prioridade para os estudiosos, porque se relaciona com todas as atividades do cotidiano, e ajuda a manter o idoso ativo e independente (LASCA, 2003). Nesse sentido, o resgate de lembranças dos idosos e a estimulação para manter as atividades cognitivas em funcionamento são essenciais para a saúde mental dessa população. Assim como são importantes os exercícios físicos para manter a saúde física do idoso, também é importante o estímulo do cérebro com atividades que exijam atenção, concentração e pensamento lógico, o que contribui para a saúde mental do idoso.

Por isso, o projeto buscou promover ações voltadas às pessoas idosas, do bairro das Rocas e seu entorno, que contribuam para a preservação da memória do idoso através da realização de atividades relacionadas ao resgate de suas experiências relacionadas à Rotunda, como também atividades relacionadas à saúde - orientação à prevenção dos distúrbios de memória e à cidadania da pessoa idosa.

2. PERCURSO METODOLÓGICO: O IDOSO E A ENTREGA À MEMÓRIA

O projeto atendeu 36 pessoas com idade a partir de 60 anos, prioritariamente residentes no bairro das Rocas. As estratégias para a divulgação do projeto foram: contato telefônico com os idosos que participaram do projeto *O IFRN no bairro das Rocas e a inclusão digital da pessoa idosa como ferramenta para o exercício da cidadania* realizado no período de agosto à dezembro de 2016, articulação com os grupos de idosos e conselhos comunitários existentes no bairro das Rocas, divulgação nos meios de comunicação/redes sociais: site do IFRN; emissoras de rádio; contato com a Secretaria Municipal de Habitação, Regularização Fundiária e Projetos Estruturantes. A partir de então foi aberto um período de inscrição para a participação no Projeto.

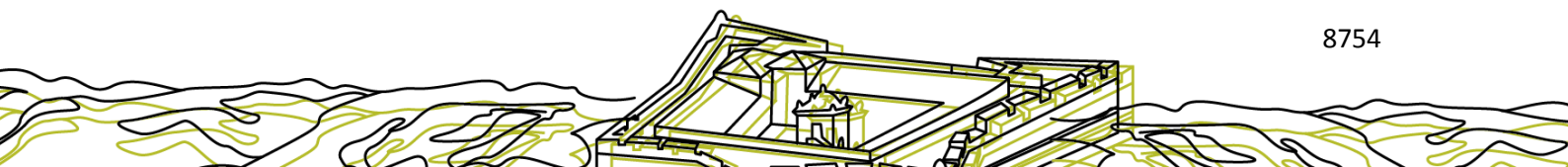
A organização da proposta interventiva se deu no sentido de mover o idoso ao encontro com as lembranças mantidas em sua memória, no que se refere à história e à cultura construída e vivida ao longo de sua presença no bairro das Rocas.

Neste encaminhamento, as atividades aconteceram em um dia da semana, com quatro horas diárias. Sendo dia e horário definidos conforme disponibilidade dos idosos, informada no momento da inscrição para o Projeto. As atividades desenvolvidas foram: palestras ministradas por profissionais da saúde, serviço social e psicologia; orientações e atividades sobre a importância do lazer e da atividade física, oficinas sobre memória, literatura, fotografia, rodas de conversa, visitas guiadas aos espaços históricos do *campus* Natal - Cidade Alta e outros.

Reconhecida a necessidade de ampliar ações para atender a demanda do idoso e proporcionar significativas experiências neste projeto, foi elaborado um cronograma de atividades a partir da definição de metas a saber:

META 1 - Realizar atividades voltadas para a preservação da memória individual e coletiva da pessoa idosa

- *Palestra sobre a importância da memória para os idosos* – o objetivo foi estimular a memória ativa, a partir de técnicas que façam os idosos reviverem sentidos/significados das lembranças dessa época da vida.
- *Oficina sobre resgate de lembranças* - visava o resgate de lembranças relacionadas à vida de cada um dos participantes do projeto, sendo



formado um grande painel que possa representar algo trazido pelos idosos como fundamental para sua vida;

- *Oficinas de fotografia* - ampliar o contato dos participantes com o universo da fotografia. A proposta inicial foi torná-los familiarizados com a linguagem fotográfica. Aproximar a fotografia do dia-a-dia do grupo os faz explorar a história e a cultura sob novas perspectivas, sob novos olhares;

- *Oficinas sobre Literatura e Memória:* tinha por finalidade discutir obras que apresentam a memória como componente constituinte do texto e que trazem registros sobre a comunidade das Rocas. As obras que estudadas foram *Cabra das Rocas* (1966), de Homero Homem, e *História da cidade do Natal* (1949), de Câmara Cascudo. Além dessas obras, também foram utilizados textos da literatura de cordel.

- *Rotunda ontem e hoje (Roda de conversa)* – conhecer o novo sentido/significado da Rotunda para o funcionamento do IFRN/ Unidade Rocas.

- *Visita guiada ao Memorial do IFRN e Museu dos brinquedos no Campus Natal- Cidade Alta*, como oportunidade de reviver das lembranças do brincar retidas na memória dos idosos.

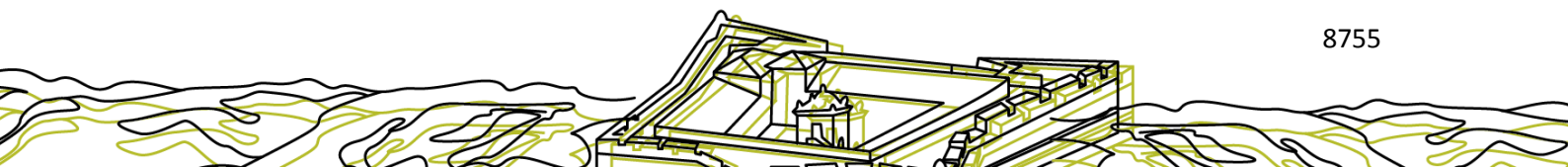
META 2 – Implementar atividades relacionadas à saúde e cidadania da pessoa idosa

- *Palestra: A importância dos cuidados com a memória:* objetivou estabelecer um momento de diálogo sobre o exercício mental que o idoso deve investir ao fazer ligação com fatos do passado e do presente, mantendo ativo para compreender o mundo. - *Palestra: Memória e saúde do idoso* – a ideia foi abordar o conhecimento de

si, dialogando sobre o objetivo principal da vida, que é a saúde. E assim, chamar o idoso à importância de serem sujeitos ativos adotando hábitos saudáveis dentro de suas possibilidades.

- *Palestra: Prevenção à diabetes e à hipertensão arterial* – oferecer uma base de conhecimento para que compreendam a importância de adotarem atitudes preventivas para manter a saúde.

- *Palestra sobre os perigos da dengue para a pessoa idosa* – ainda pensando em oferecer uma base de conhecimento sobre atitudes preventivas de saúde, era oportuno abordar à dengue, visto que, os idosos correm mais risco de



vida na comparação com qualquer outra faixa etária (Agência FAPESP – 31/03/2003).

- *Vivências Corporais: Orientações sobre a importância do lazer e da atividade física* – foram experimentadas atividades lúdicas, visando que os idosos sentissem o

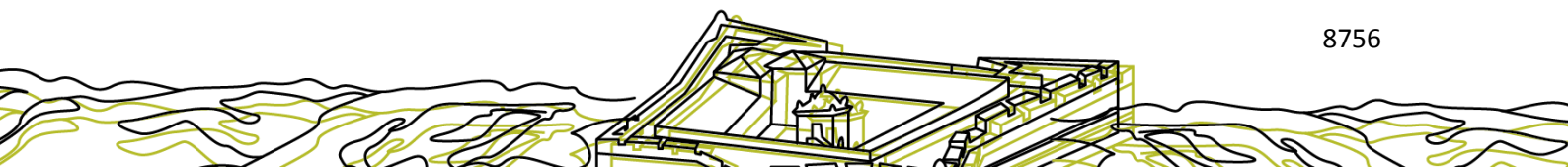
“movimento” como um dos pilares do seu bem estar integral, e adotassem com alegria e prazer o exercício físico em sua vida. Associada atividade física e lazer, os idosos desfrutaram de um dia de lazer e recreação nos Chalés da Associação do IFRN- ASIF em Bonfim.

- *Palestra sobre os direitos sociais da pessoa idosa* – informar os idosos sobre os seus direitos no Estatuto do Idoso. E ampliando o diálogo, foi abordada também a questão da violência contra o idoso e as implicações do sentimento de maltrato na vida nesta fase da vida.

3. ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS PROPOSTAS E VIVIDAS COM O IDOSO

A realização das atividades propostas foram acompanhadas continuamente através da observação dos níveis de participação e satisfação dos idosos. Ao ocorrer ausência de um(a) idoso(a) às atividades do projeto foi estabelecido imediatamente contato com esse(a) idoso(a) para saber o motivo das ausências e tentar contribuir para a solução do problema que o estava impedindo de frequentar as atividades.

FOTO 1 – Equipe e Idosos do Projeto



No início das atividades, sempre foi solicitado aos idosos que falassem sobre as suas expectativas quanto ao projeto; após dois meses de execução de atividades uma nova avaliação foi realizada para identificar o nível de satisfação dos idosos com as atividades andamento; e no encerramento do projeto também realizaram uma autoavaliação e apresentaram propositivas para melhora do projeto.

Percebeu-se que todo idoso que participa de projetos sociais adquire novos conhecimentos e desenvolve habilidades de forma agradável, gerando intenso interesse em aprender. Em todas as atividades pensadas no projeto, primou-se pelo caráter lúdico, que gerasse animação e os idosos sentissem prazer quando participassem das palestras, passeios e oficinas. Fato que foi verificado no estado de alegria, animação e prazer quando davam depoimentos sobre o que estavam vivendo no projeto.

As palestras potencializaram o conhecimento sobre saúde da pessoa idosa, pois os idosos iam dizendo hábitos mantidos cotidianamente, e a equipe de saúde participante do projeto, relacionava com a importância de adotar novos hábitos para cuidar e preservar a saúde.

FOTO 2 – Palestra Saúde do Idoso



Saber sobre os direitos da pessoa idosa e sua legislação vigente, fez com que eles entendessem que exigir que os direitos sejam respeitados e atendidos, implica em qualidade de vida. O próprio projeto de extensão se caracterizou como uma alternativa de participação do idoso num ambiente diferente de sua casa garantindo-lhes o direito ao convívio e à integração as demais gerações, como prevê o artigo 4º da Política Nacional do Idoso. Eles sempre destacavam a questão do convívio e integração harmoniosa que sentiram durante toda a presença no IFRN/Unidade Rocas.

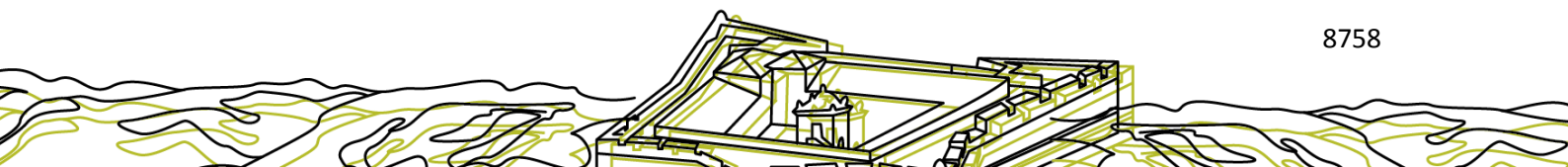


FOTO 3 – Palestra Direitos do Idoso



As oficinas sobre literatura e memória, oportunizaram ao idoso o exercício da memória individual e coletiva sobre o bairro das Rocas e mais especificamente sobre a Rotunda, quando eles recordavam os acontecimentos de uma época já vivida, e se projetavam para conhecer o processo de reconstrução e ampliação da Rotunda, chegando ao atual funcionamento da Unidade Rocas do *campus* Natal- Cidade Alta do IFRN. Para os idosos o IFRN/Unidade Rocas, foi um ganho para as pessoas das Rocas. A inclusão de visitas aos espaços histórico-culturais de Natal-RN, como a visitas ao Museu do Brinquedo Popular (IFRN/CAL), oportunizou que os idosos revivessem experiências concretas do brincar, trazendo lembranças de um tempo de vida feliz. Este é um exercício que eles retomam o aprendizado de lidar com os próprios pensamentos e emoções.

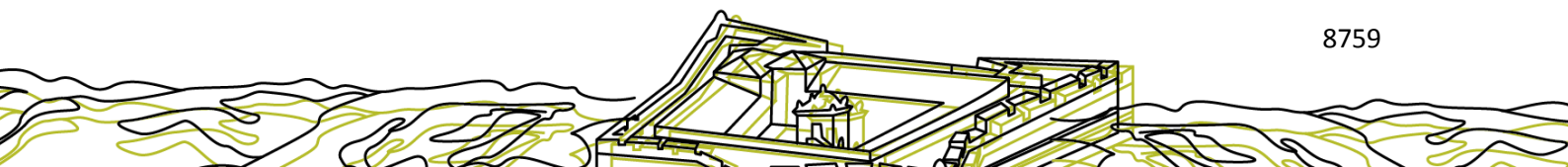


FOTO 4 – Visita ao Museu do Brinquedo Popular (IFRN/CAL)

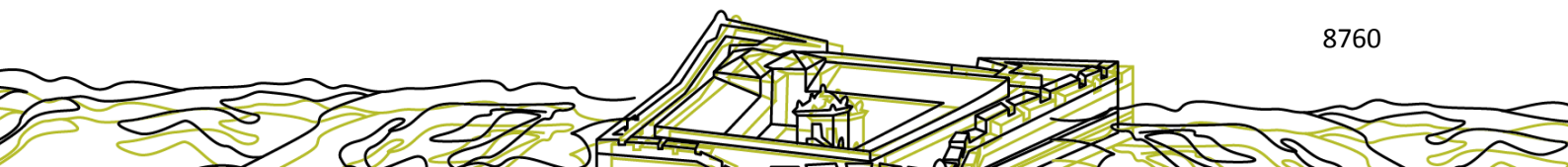


Nas vivências corporais a ideia foi que os idosos pudessem explorar as possibilidades corporais nas atividades de dança, hidroginástica, atividades manuais e atividades lúdica, para além de uma imobilidade biológica e social que lhe é imposta. Nessas atividades os idosos experimentaram possibilidades de movimento, sentimento e pensamento, imprescindíveis ao seu desenvolvimento harmonioso.

FOTOS 5 e 6 – Vivência Corporais com os Idosos



Depois do desenvolvimento do projeto de extensão com idoso por quase sete meses, acredita-se ter chegado a compreensão de problemas em torno do envelhecimento humano e ao alcance dos resultados esperados, conforme os objetivos estabelecidos. No projeto descreveram-se experiências que estimularam a atividade cerebral, potencializando a memória a partir da recordação de acontecimentos históricos e culturais vividos como moradores do bairro das Rocas.



Ao pensar em resultados alcançados destaca-se que cada momento de diálogo sensibilizou os idosos a entenderem o significado da memória e o reconhecimento da importância de manter a memória ativa, externado no momento em que eles relatavam a importância e alegria de participarem de atividades do projeto.

Um fator que foi observado foi a desmistificação do “ser idoso”, por parte dos atendidos pelo projeto (idosos, familiares e estudantes integrantes do projeto), confrontando estigmas negativos de incapacidade associada à velhice, a partir da observação de possibilidades que o idoso demonstrou nas diversas atividades que exigiam comunicação humana, movimentos corporais e integração social. Em destaque, as experiências corporais com dança, artesanato, visitas aos monumentos históricos, foram vividas com alegria e prazer pelos idosos, o que caracterizou-se como momentos de lazer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de extensão intitulado *IFRN - Rotunda: memória e cidadania para a pessoa idosa*, realizou atividades voltadas para idosos, a saber: palestras, oficinas e vivências sobre temas relacionados à saúde, psicologia, memória, cidadania, literatura e fotografia. Nesse intuito, foi aproveitado o fato do IFRN/Unidade Rocas funcionar em espaço histórico restaurado, onde antes existiam oficinas de recuperação de locomotivas e vagões da REFESA (Rede Ferroviária Federal), para o desenvolvimento do projeto.

Nesse contexto, o idoso foi trazido para o momento presente compreendendo as experiências as quais são submetidos no contexto social. Sabe-se que enquanto há vida, a pessoa se desenvolve no conjunto de vivências sociais e educacionais como nas instituições da Família, Igreja e Escola. No projeto o idoso foi estimulado por meio de atividades lúdicas a demonstrar ações, movimentos e expressões, e assim, organizar seus conhecimentos sobre si e sobre o outro.

Assim sendo, um dos resultados atingidos foi a integração das pessoas do bairro e aproximação com a nova unidade do IFRN, pois cuidou-se de criar condições para o estabelecimento intergeracionais, no sentido de aumentar as possibilidades de uma convivência mais próxima entre pessoas com idades tão diferentes, já que o IFRN/Rocas atende um público de faixa etária diversa.

Pode-se concluir que quanto mais o idoso participa de projetos sociais que o envolva em processos ativos para construir novas ideias baseados em seus conhecimentos de mundo passados e atuais, mais ele poderá disponibilizar o potencial de sua memória e aprender significativamente sobre aspectos de história, cultura, direitos humanos, saúde e lazer. Nesta compreensão, sugerimos que as pessoas que pensam projetos sociais atentem para diversificar atividades e fazer dos encontros momentos significativos que despertem os idosos para o desejo de continuarem ativos no processo de aprimoramento de conhecimentos e no progresso de diferentes habilidades humanas.

REFERÊNCIAS

BOSI, Eclea. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. 3a ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Lei 8.842/94 – **Lei da Política Nacional do Idoso**. IN: Legislação Social: cidadania, políticas públicas e exercício profissional. Conselho Regional de Serviço Social-CRESS 11a Região, Curitiba-Paraná. Julho/2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Instituto Federal do RN inaugura complexo em imóvel da extinta RFFSA. 28/04/2016. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/patrimonio-da-uniao/noticias/instituto-federal-dorn-inaugura-complexo-em-imovel-da-extinta-rffsa> Acesso em 21/03/2017

CASCUDO, Luís da Câmara. **História da cidade do Natal**. 3ª ed., Natal: RN Econômico, 1999.

FLAVELL, J. H; MILLER, P.H. & MILLER, S. A. **Desenvolvimento Cognitivo**. (C Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed. 1999.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Rio de Janeiro: Vertice, 1990.

HOMEM, HOMERO. **Cabra das Rocas**. 7. ed., São Paulo: Ática, 1980.



IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**, Comunicação Social, 25 de julho de 2002.

IFRN. Restauração da antiga Refesa nas Rocas já foi iniciada. 17/01/2013. Disponível em <http://portal.ifrn.edu.br/campus/reitoria/noticias/> Acesso em 21/03/17.

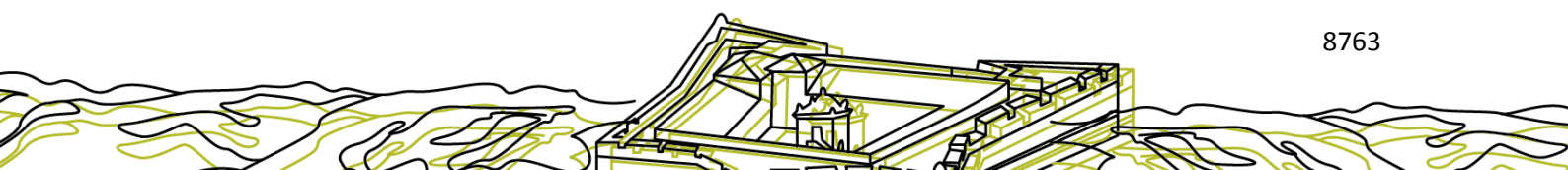
LASCA, V. B. Treinamento de memória no envelhecimento normal: um estudo experimental utilizando a técnica de organização. **Dissertação de mestrado**, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2003.

NORA, Pierre. **Entre Memória e História: A problemática dos lugares**. Tradução de Yara Aun Houry. Projeto História. São Paulo, dez 1993. In: _____. Les lieux de mémoire. I La République, Paris, Gallimard, 1984. pp. XVIII-XLII.

RAMOS, Luiz Roberto. Envelhecimento da população no Brasil. IN: **Revista da Agência FAPESP**, 06 de julho de 2016.

RIVERA, Enid J. García; PÉREZ, José G. Rigau. Dengue é mais prejudicial a idosos. http://agencia.fapesp.br/dengue_e_mais_prejudicial_a_idosos/305/>. Acesso em: 29/03/2018 SOUZA, Juliana Nery de. CHAVES, Eliane Corrêa O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis **Revista Escola de Enfermagem da USP, 2005**.

SILVA, Paulo Renato. Memória, História e Cidadania. **Cadernos do CEOM**. Ano 23, n.32. Etnicidades, p. 163-182. Chapecó, 2010.



CONTRIBUIÇÕES DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA O CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE IST

Área Temática: Saúde.

Débora Linhares Militão Vasconcelos¹; Priscila de Vasconcelos Monteiro²; Vitória Pessoa Nogueira³; Maria Lúcia Duarte Pereira⁴.

Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Resumo

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) encontram-se entre as causas mais comuns de doenças do mundo, sendo importante problema de saúde pública. A adolescência é um dos períodos mais intensos e ricos da vida. É uma fase delicada que pode deixar o adolescente mais suscetível às IST por conhecimento deficiente sobre o tema. A enfermagem tem papel fundamental no fomento ao conhecimento sobre IST entre adolescentes. Questionou-se quais as contribuições de intervenções educativas para melhorar o conhecimento de adolescentes sobre IST? Objetivou-se avaliar as contribuições de intervenções educativas para conhecimento de adolescentes sobre IST. Foi realizado um estudo de intervenção em escola da rede pública estadual de Fortaleza com 113 alunos entre 15 e 24 anos de idade. Foi utilizado um questionário contendo perguntas sobre as características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes e práticas sexuais, elaborado a partir do inquérito PCAP 2008. Nesse estudo utilizou-se dados sociodemográficos e sobre conhecimentos acerca das IST. O programa de intervenções é composto de quatro encontros, duração de 50 minutos cada um e frequência quinzenal. O resultado do estudo revelou que o grupo intervenção obteve em média 30,6% mais acertos (média de 64 pontos) no questionário em relação ao conhecimento sobre IST do que o grupo controle (média de 49 pontos), indicando que as intervenções contribuíram para melhoria dos conhecimentos sobre IST. No quesito de conhecimentos específicos das IST a maioria dos alunos obteve mais conhecimento em relação a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) que relativos a outras

¹ Universidade Estadual do Ceará, Curso de Graduação em Enfermagem.

² Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIES).

³ Universidade Estadual do Ceará, Curso de Graduação em Enfermagem.

⁴ Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIES).

infecções como a sífilis e a hepatite. Concluiu-se que as intervenções foram efetivas, portanto, deve-se ampliar a divulgação de estratégias para abordagens das IST. É fundamental que a enfermagem esteja inserida no contexto de educação em saúde compartilhando seus conhecimentos científicos para a população, visando a promoção da saúde e a prevenção de IST.

Palavras-chave: Adolescente; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Promoção da Saúde; Enfermagem.

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) encontram-se entre as causas mais comuns de doenças do mundo, continuando a ser um importante problema de saúde pública. No Brasil, as estimativas de IST da Organização Mundial da Saúde (OMS) na população sexualmente ativa ultrapassam cinco milhões de casos (SPINDOLA et al., 2015).

As IST são infecções disseminadas pelo contato sexual, causadas por vírus, fungos, protozoários e bactérias. Na maioria das vezes, apresentam-se assintomáticas e podem ocasionar diversas complicações como infertilidade, doença inflamatória pélvica e câncer de colo de útero. Algumas delas ainda não possuem cura, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), mas a maioria apresenta tratamento e cura (COSTA E SILVA et al., 2016).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sem o tratamento adequado, se multiplica e destrói células específicas do sistema imunológico conhecidas como células TCD4. Assim, o organismo se torna deficiente no combate a infecções, levando à aids. Ao contrário de outros vírus, o corpo humano não consegue se livrar do HIV. Isso significa que uma vez contraído o HIV, a pessoa viverá com o vírus para sempre (UNAIDS, 2017).

A juventude é um dos períodos mais intensos e ricos da vida, convidando à experimentação e ao amadurecimento, é uma fase delicada no que diz respeito à infecção por doenças, especialmente as sexualmente transmissíveis. A falta de diálogo entre pais e filhos, alunos e professores sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva e o pouco estímulo ao conhecimento em relação às IST podem contribuir para o aumento de casos de IST entre esses jovens (FONTES et al., 2017; SPINDOLA et al., 2015).

A adolescência é caracterizada por uma etapa de aquisição de habilidades sociais, deveres, responsabilidades e afirmação de identidade, na qual a sexualidade é representada pela busca de experimentações, curiosidades e descobertas. A falta de

conhecimentos entre os jovens sobre a temática IST e o consumo de drogas os deixam mais vulneráveis, apresentando maiores riscos de adquirir HIV, hepatites ou outras IST (DANTAS et al., 2015).

Segundo o PCAP (BRASIL, 2016), 23% dos indivíduos com idade entre 15 e 24 anos afirmaram que uma pessoa pode se infectar com hepatite por não utilizar preservativos em relações sexuais. Ao analisarem o conhecimento das formas de transmissão das hepatites segundo a faixa etária, para a maioria dos indicadores, as menores proporções de acertos foram encontradas entre os jovens de 15 a 24 anos.

A falha em programas para prevenção das IST nas escolas pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade dessa população e o aparecimento de novos casos de adolescentes infectados por IST. As políticas públicas precisam fomentar programas preventivos no contexto escolar (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

Os adolescentes tendem a não usar preservativos ou possuem mais dificuldade em propor o uso quando iniciam a vida sexual muito cedo, esse fato se dá pela falta de responsabilidade ou mesmo pela falta de informação ou conscientização. O conhecimento sobre como se prevenir de IST contribui para reduzir a vulnerabilidade de adolescentes a essas infecções. A falta de informações sobre tal matéria pode trazer consequências como a baixa utilização de preservativos e o aumento de IST (SILVA et al., 2015).

O ambiente escolar constitui-se espaço adequado para interação social e de grande influência para o comportamento dos adolescentes, interferindo no modo de agir, pensar e de conduzir os seus problemas. A escola também deve ser espaço para promover saúde aos alunos com ações educativas que contemplem a saúde sexual e reprodutiva, dirimindo dúvidas e medos acerca da temática, levando em consideração o contexto cultural e social do aluno (BESERRA, PINHEIRO E BARROSO, 2008; SILVA et al., 2011)

A enfermagem, além de seu papel assistencial, tem papel fundamental na prevenção e promoção da saúde, contribuindo de forma educadora para os adolescentes no contexto das IST. Diante do exposto, foi feito o seguinte questionamento: quais as contribuições das intervenções educativas para melhorar o conhecimento de adolescentes sobre IST?

O objetivo do estudo é avaliar as contribuições de intervenções educativas para o conhecimento de adolescentes sobre IST.

Metodologia

Foi realizado um estudo de intervenção em uma escola da rede pública estadual de Fortaleza. A escola foi escolhida por estar situada próxima a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e ter turmas do ensino médio regular. As turmas participantes foram alocadas aleatoriamente em grupos controle e intervenção. Foram incluídos 113 alunos entre 15 e 24 anos de idade. Foram excluídos aqueles com frequência inferior a 70% nas atividades educativas.

A escolha de jovens no contexto escolar é justificada pela possibilidade de se intervir sobre um maior número de pessoas na faixa etária selecionada e por um período mais longo. O ambiente também facilitou o contato continuado entre pesquisador e estudantes, e assim ofereceu a possibilidade de se obter melhores resultados de pesquisa, já que as possibilidades de evasão dos participantes durante o período de coleta de dados são reduzidas.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário contendo perguntas sobre as características sociais, econômicas e demográficas e sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais, elaborado a partir do inquérito PCAP 2008 (BRASIL, 2011). Para fins desse estudo, foram utilizados dados sociodemográficos e sobre conhecimento acerca das IST. O instrumento foi auto aplicado, para isso foram fornecidas aos participantes as instruções prévias sobre o preenchimento.

Aqueles que aceitaram participar da pesquisa entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado e os menores de 18 anos entregaram o TCLE direcionado aos pais ou responsáveis e o termo de assentimento.

O programa de intervenções educativas teve duração de quatro encontros, tendo cada encontro duração de 50 minutos e frequência quinzenal para não prejudicar o conteúdo letivo, como solicitado pela coordenação da escola. Cada encontro abordou conhecimento, atitudes e práticas sexual relativas a diversos temas afins, como sexualidade, IST, métodos contraceptivos, uso do preservativo, estigma, preconceito, testagem rápida, vida com HIV/aids e hepatites virais, etc.

Os dados foram coletados antes das intervenções com participantes do grupo controle e após as intervenções entre participantes do grupo intervenção.

Os dados provenientes dos questionários foram analisados através de estatística descritiva, com o auxílio do software *Statistical Package of Social Science*(SPSS), versão 22.0. As médias, desvios padrão e percentis das idades e renda familiar foram calculadas e as frequências simples e relativas dos demais dados foram dispostas e apresentadas em tabelas.

A existência de associação dos conhecimentos, com as variáveis sociodemográficas foi testada pelo teste de Qui-Quadrado de Pearson. As respostas ao

questionário dos grupos controle e intervenção foram comparadas para avaliar se a atividade contribuiu significativamente para a melhoria dos conhecimentos.

O projeto de extensão obedeceu aos critérios estabelecidos na Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que incorpora os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

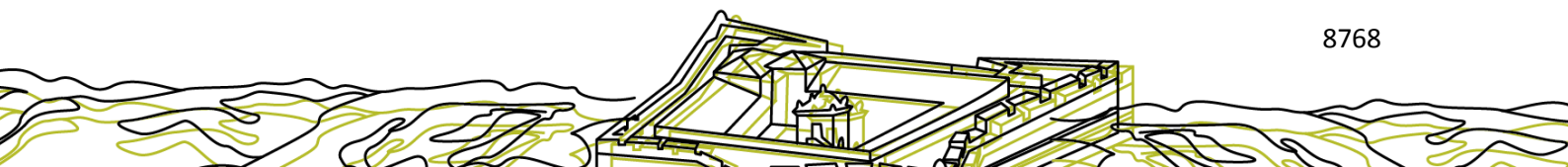
O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e aprovado sob protocolo nº 1.050.064 no dia 05/05/2015.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 113 jovens de 15 a 21 anos, sendo a maioria do sexo masculino (62; 54,9%), com idade média de 17,28 anos. Em relação à renda familiar dos jovens participantes, a média foi de 1972,36 reais, com média de 1,99 pessoas trabalhando em sua residência. 106 (93,8%) jovens relataram que possuíam boa relação com as pessoas em sua casa. 44 (39,16%) jovens do estudo se encontram em um relacionamento do tipo namoro, 28 (25%) diziam estar “ficando”, 4 (3,6%) em um relacionamento estável, 34 (30,6%) encontravam-se em nenhum relacionamento afetivo e apenas 01 (0,9%) estava viúvo. Em relação a sua religião, boa parte (54; 47,8%) eram evangélicos, 38 (33,6%) eram católicos, 15 (13,3%) tinham nenhuma religião e 01 (0,9%) era espírita (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes. Fortaleza, 2017.

Características	N	N%
Sexo		
Masculino	62	54,9
Feminino	51	45,1
Idade		
Média	17,28	
Mediana	17	
Desvio Padrão	1,213	
Mínimo	15	
Máximo	21	
Série		



Média	2,05	
Mediana	2	
Desvio Padrão	1,107	
Mínimo	1	
Máximo	3	
Renda Familiar		
Média	1972,36	
Mediana	1874	
Desvio Padrão	1154,56	
Mínimo	350	
Máximo	7000	
Pessoas que trabalham e sua casa		
Média	1,99	
Mediana	2	
Desvio Padrão	1,134	
Mínimo	0	
Máximo	8	
Relacionamento afetivo		
Viúvo	1	0,9
Estável	4	3,6
Fica	28	25,2
Nenhum	34	30,6
Namoro	44	39,16
Você possui boa relação com as pessoas em sua casa		
Sim	106	93,8
Não	7	6,2
Religião		
Espírita	1	0,9
Nenhuma	15	13,3
Católica	38	33,6
Evangélica	54	47,8

Fonte: Elaborado pelo autor

Pela amostragem obtida, os jovens do grupo intervenção alcançaram resultados significativos. Ao serem questionados sobre “Quais doenças podem ser transmitidas pela picada de mosquito” 62 (56,9%) dos alunos do grupo intervenção acertaram que a

aids não era transmitida por essa via e apenas 47 (43,1%) dos alunos do grupo controle acertaram esse item, já no item “sífilis” 44 (50,6%) dos jovens do grupo intervenção e 43 (49,4%) do grupo controle acertaram, com significância de $p = 0,017$.

Na pergunta “Quais doenças podem ser transmitidas ao usar banheiros públicos” 47 (64,4%) alunos do grupo intervenção acertaram que o item Sífilis não era transmitido ao usar banheiro e apenas 26 (35,6%) dos jovens grupo controle acertaram, com significância nos resultados ($p = 0,25$), no entanto o grupo controle obteve mais acertos no item “gonorreia” com significância de $p = 0,012$.

Na questão “Quais doenças podem ser transmitidas por seringas ou agulhas compartilhadas”, 50 (56,8%) dos alunos do grupo intervenção acertaram o item “aids” com diferença de 13,6% de alunos do grupo controle. Na questão “Quais doenças podem ser transmitidas ao transar sem preservativo” observa-se a maior discrepância de acertos entre grupo intervenção e controle no item “gonorreia”, 34 (65,4%) dos alunos do grupo intervenção acertaram esse item e apenas 18 (34,6%) dos jovens do grupo controle acertaram, com diferença de 30,6% nos valores dos resultados. Contudo, existe uma prevalência de acertos, de todos os itens, do grupo intervenção sobre o grupo controle nessa questão. Observa-se também que todos concordam que as infecções dos questionários podem ser transmitidas “ao transar sem preservativo” ao não responderem a opção “nenhum”.

Na questão “Para quais destas doenças existe cura” no item “hepatite” 48 (68,6%) dos alunos do grupo intervenção acertaram esse item e apenas 22 (31,4%) jovens do grupo controle acertaram a questão com diferença de 37,2% com significância de $p = 0,001$ (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de acertos às questões de conhecimentos de múltiplas escolhas. Fortaleza, 2017

	Intervenção n(%)	Controle n(%)	Diferença (%)	χ^2	Valor p
Quais doenças podem ser transmitidas pela picada de mosquito					
Aids	62 (56,9)	47 (43,1)	13,8	0,074	0,785
Sífilis	44 (50,6)	43 (49,4)	1,2	5,659	0,017
Hepatite	45 (59,2)	31 (40,8)	18,4	0,626	0,429
Gonorreia	59 (55,7)	47 (44,3)	11,4	0,665	0,415
Nenhuma	30 (56,6)	23 (43,4)	13,2	0,000	0,995
Quais doenças podem ser transmitidas ao usar banheiros públicos					
Aids	46 (53,5)	40 (46,5)	7,0	1,453	0,228

Sífilis	47 (64,4)	26 (35,6)	28,8	5,039	0,025
Hepatite	42 (51,2)	40 (48,8)	2,4	3,572	0,059
Gonorreia	35 (47,9)	38 (52,1)	-4,2	6,344	0,012
Nenhuma	9 (52,9)	8 (47,1)	5,8	0,111	0,739

Quais doenças podem ser transmitidas por seringas ou agulhas compartilhadas

Aids	50 (56,8)	38 (43,2)	13,6	0,005	0,942
Sífilis	48 (56,5)	37 (43,5)	13	0,004	0,950
Hepatite	16 (48,5)	17 (51,5)	-3	1,261	0,261
Gonorreia	59 (57,3)	44 (42,7)	14,6	0,197	0,657
Nenhuma	63 (57,3)	47 (42,7)	14,6	0,681	0,409

Quais doenças podem ser transmitidas ao transar sem preservativo

Aids	61 (57,5)	45 (42,5)	15	0,577	0,448
Sífilis	39 (58,2)	28 (41,8)	16,4	0,166	0,684
Hepatite	20 (69,0)	9 (31,0)	38	2,414	0,120
Gonorreia	34 (65,4)	18 (34,6)	30,6	3,001	0,083
Nenhuma	64 (56,6)	49 (43,4)	13,2		

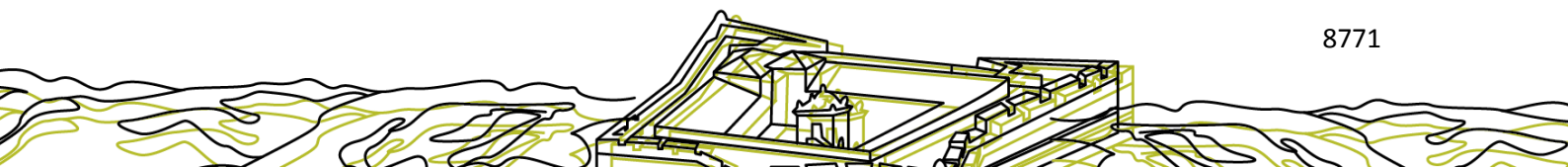
Para quais destas doenças existe cura

Aids	59 (59,0)	41 (41,0)	18	1,976	0,160
Sífilis	16 (45,7)	19 (54,3)	-8,6	2,463	0,117
Hepatite	48 (68,6)	22 (31,4)	37,2	10,668	0,001
Gonorreia	20 (57,1)	15 (42,9)	14,2	0,005	0,942
Nenhuma	44 (52,4)	40 (47,6)	4,8	2,414	0,120

Fonte: Elaborado pelo autor

Ao serem questionados se “Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV” 54 (59,3%) dos jovens do grupo intervenção concordaram e apenas 37 (40,7) dos alunos do grupo controle concordaram com a afirmativa com diferença de 18,6 % nos acertos.

Na questão “Uma pessoa pode ser infectada com o HIV compartilhando talheres, copos ou refeições” o grupo intervenção obteve mais acertos com 24,2% de diferença nas repostas, todavia, ao serem questionadas “Quando uma pessoa está com alguma doença sexualmente transmissível (DST), ela sempre apresenta sintomas” o grupo controle obteve mais acertos do que o grupo intervenção, diferença de 11,2% nas repostas com significância de $p= 0,012$, evidenciando que há um falha em um das vertentes das intervenções.



Na afirmação “Uma pessoa pode ter HIV/aids sem nunca ter tido uma relação sexual”, 40 (60,6%) dos jovens do grupo intervenção concordaram e apenas 26 (39,4%) do grupo controle corroboraram com a frase (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de acertos às questões de conhecimento. Fortaleza, 2017

Questões	Intervenção n(%)	Controle n(%)	Diferença (%)	χ^2	Valor p
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	54(59,3)	37(40,7)	18,6	0,586	0,44
Usar camisinha é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	61(58,7)	43(41,3)	17,4	2,162	0,14
Uma pessoa pode ser infectada com o HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	36(62,1)	22(37,9)	24,2	1,432	0,232
Uma mulher grávida que esteja com o HIV pode passar o vírus para o seu filho	51(56,7)	39(43,3)	13,4	0	0,99
O HIV pode ser transmitido pelo beijo na boca	36(61,0)	23(39,0)	22	0,764	0,382
Quando uma pessoa está com alguma doença sexualmente transmissível (DST), ela sempre apresenta sintomas	24(44,4)	30(55,6)	-11,2	7,133	0,012
Uma pessoa que transou com poucas pessoas durante sua vida não corre o risco de ter DST ou HIV	48(53,9)	41(46,1)	7,8	1,248	0,264
Uma pessoa que se infectou com HIV irá morrer rapidamente	41(56,9)	31(43,1)	13,8	0,04	0,842
Pessoas com HIV/aids são geralmente promíscuas,	22(55,0)	18(45,0)	10	0,11	0,733

homossexuais ou profissionais
do sexo

Uma pessoa pode ter HIV/aids sem nunca ter tido uma relação sexual

Hoje em dia, a pessoa que vive com o HIV não enfrenta nenhum problema, pois o tratamento resolve tudo

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado desse estudo revelou que o grupo intervenção obteve mais acertos no questionário do que o grupo controle. Não tabela 4, observa-se que o grupo intervenção apresenta pontuação mais alta com 64 pontos e o grupo controle apresenta apenas 49 pontos, indicando que as intervenções foram bem realizadas e efetivadas.

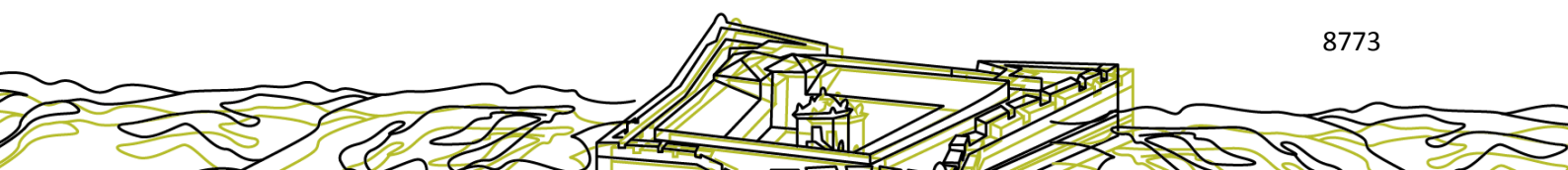
Tabela 4 - Pontuação de conhecimentos. Fortaleza, 2017

	N	Média	Desvio Padrão
Intervenção	64	23,70	4,750
Controle	49	23,59	3,867

Fonte: Elaborado pelo autor

No quesito de acertos às questões de conhecimentos de múltiplas escolhas é possível observar que o grupo intervenção obteve predominantemente mais acertos que o grupo controle, em que se percebe a “aids” como domínio prevalente de conhecimento em relação às outras infecções como a “sífilis” e a “hepatite”. Foi observado frequência absoluta de acertos baixa nos itens que representava essas infecções, como por exemplo, na questão “Quais doenças podem ser transmitidas ao transar sem preservativo”, o item hepatite obteve grande diferença de acertos entre grupo controle e intervenção, mas representa a menor frequência absoluta nos dois grupos (tabela 2).

Pesquisas indicam resultados semelhantes aos conhecimentos dominantes de aids. Foi realizado em estudo em três escolas de ensino médio em Belo Horizonte-MG testando os conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual dos alunos, observou



que a aids foi a única assinalada por mais de 90% dos estudantes como correlacionada ao contato sexual. O estudo mostra que a aids trouxe grandes privilégios para a discussões sobre vulnerabilidade e prevenção, por se tratar de uma doença já discutida em sala de aula e que recebe maior atenção das instituições de saúde, trazendo uma maior atenção nos cuidados à essa doença negligenciando outras infecções, como no caso de hepatites, sífilis e gonorreia (SOUZA et al, 2017).

Nesse contexto, os alunos de grupo intervenção obtiveram resultados positivos tanto em números absolutos quanto relativos no questionário em relação à conhecimentos de transmissão e vulnerabilidade. Tal estudo assemelha-se a diversos outros estudos realizados no Brasil. Os autores demonstram entendimento dos adolescentes sobre as principais formas de transmissão de IST/HIV e importância do uso do preservativo na prevenção às IST/ HIV, e então, percebem-se que houve uma baixa adesão ao uso do preservativo na iniciação sexual antes das intervenções e após as atividades houve uma adesão maior (COSTA et al., 2013).

Em relação aos conhecimentos gerais das IST/HIV, observa-se que o grupo intervenção obteve mais acertos do que o grupo controle, desconstruindo alguns estigmas em relação ao preconceito e às transmissões das infecções. SILVA et al. (2016) em seu estudo descreve que 62% dos jovens negaram que as infecções podem ser transmitidas por talheres, copos, ou refeições compartilhadas e 58% dos jovens responderam que não podem ser transmitidas por picada de mosquito. Relatam, ainda, que o nível de conhecimento é diferente conforme o nível socioeconômico e que estas falhas de conhecimento poderiam contribuir para gerar, nos adolescentes, crenças que os fizessem pensarem que a aids não os atingiria. O presente estudo se assemelha a esses resultados, corroborando a importâncias das intervenções para ampliar os conhecimentos dos jovens.

Porém, o presente estudo mostrou também em seus resultados que os alunos têm déficit de conhecimento quanto à presença de sintomas das infecções apresentadas e a diferença de acertos do grupo controle e intervenção é pequena em relação às demais. Tal achado é corroborado no estudo de Carvalho et al. (2015) que identificou um conhecimento inadequado ou insatisfatório sobre sinais e sintomas de IST em grande parte dos jovens, justificando pela dificuldade de diferenciar os sintomas e sinais das respectivas infecções. Refere ainda que a presença ou ausência dos sinais e sintomas pode estar relacionada à vulnerabilidade individual.

Conclusão

Pode-se concluir que as intervenções obtiveram resultados positivos em boa parte da pesquisa. Os estudantes do grupo intervenção mostraram um grau mais elevado de conhecimento sobre IST, diminuindo a vulnerabilidade individual e contribuindo, conseqüentemente, para desconstrução de estigmas relacionadas às IST.

Nesse sentido, considerando o domínio de conhecimento do conteúdo sobre transmissão, sintomas e prevenção de HIV/aids pelos estudantes, deve-se ampliar a divulgação de estratégias para abordagens das demais IST, pois tal domínio auxilia na mudança de comportamento que leva o adolescente a aderir práticas sexuais seguras.

Nesse contexto, as escolas devem valorizar esse tipo de intervenção, disponibilizando acesso para que os profissionais de saúde possam se inserir no ambiente escolar e em tempo prolongado para uma melhor efetivação das atividades e para melhor análise de mudança de comportamento dos jovens. É importante também que os postos de saúde da comunidade criem vínculos com as escolas para uma melhor acessibilidade e segurança dos jovens ao utilizarem esses serviços.

Conhecimento é o primeiro passo para mudar a atitude entre os jovens e diminuir a vulnerabilidade a IST, portanto, é fundamental que a enfermagem esteja inserida no contexto de educação em saúde, sendo agente de facilitador de mudanças, compartilhando seus conhecimentos científicos com a população, visando à promoção da saúde e a prevenção de IST.

Referência

AMORAS, B. C., CAMPOS, A. R., BESERRA, E. P. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente Transmissíveis. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, v. 8, n. 1, p. 163-171, jan./jun. 2015. Disponível em: < <http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs> >

BESERRA, E. P., PINHEIRO, P. N., BARROSO, G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, Set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília, 2011.

CARVALHO, P. M. R. S. et al. Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.** Goias, v. 28, n.1, p. 95-100, 2015.

CAMARGO, B. V; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-8, Fev. 2007.

COSTA ACPI, LINS AG, ARAÚJO MFM, ARAÚJO TM, GUBERT FA, VIEIRA NFC. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV. **Rev Gaúcha Enferm.** Imperatriz – Maranhão, v. 34, n.3, p. 179-186, 2013.

COSTA E SILVA, S. P. et al. Discutindo sexualidade/ist no contexto escolar: práticas de professores de escolas públicas **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v.10, n.5, p. 4295-303, nov., 2016.

DANTAS, K. T. B. et al. Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis – contribuição para cuidar em enfermagem. **J. res.: fundam. care. Online.** V.7, n.3, p.3020-3026, jul/set, 2015.

FONTES, M. B. et al., Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 22, n. 4, P. 1343-1352, 2017.

SILVA, G. S. et al. Comportamento sexual de adolescentes escolares. **rev min enferm**, Minas Gerais, v. 19, n.1, p. 154-160, jan/mar, 2015.

SILVA, K. L. et al. A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **REME.** V.15, n.4, p. 607-611 out./dez. 2011.

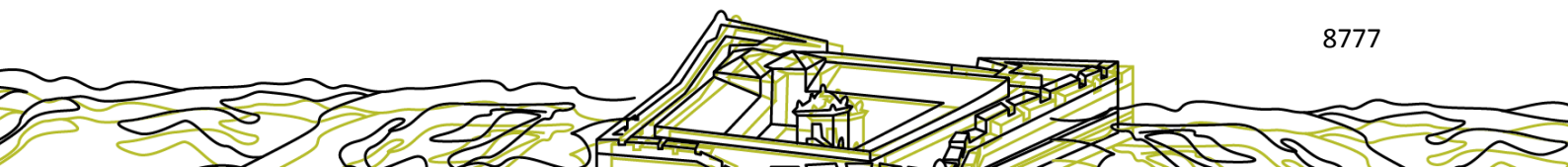
SILVA RAR; NELSON ARC; DUARTE FHS; et al. Conhecimento de estudantes adolescentes sobre transmissão, prevenção e comportamentos de risco em relação as dst/hiv/aids. **Rev Fund Care Online.** V. 8, n. 4, p. 5054-5061, out/dez; 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5054-5061>

SOUZA V, PIMENTA AM, CAETANO LC, CARDOSO JSR, BEINNER MA, VILLELA LCM. Conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual: um estudo com alunos do ensino médio com perfis socioeconômicos diferenciados. **REME – Rev Min Enferm.** 2017[citado em 11 de Janeiro de 2017];21:e-991. DOI: 10.5935/1415-2762.20170001



SPINDOLA, T. et al. Produção de conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis na população jovem: pesquisa bibliométrica. **J. res.: fundam. care. Online**. V.7, n.3, p. 3037-3049, jul/set, 2015.

TEIXEIRA, A. M. F. B. et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1385-1396, jul, 2006.





CAMINHADAS NA NATUREZA: A EXPERIÊNCIA DAS PARTICIPANTES DO PROGRAMA UNIVERSIDADE ABERTA À MELHOR IDADE DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA

Área Temática: Saúde ou Educação.

Naerton José Xavier Isidoro¹; Lazaro Ranieri de Macêdo²; Jéssica Ramos Santana³; Maria Luselma de Sousa ⁴

Instituição: Universidade Regional do Cariri (URCA)

Resumo

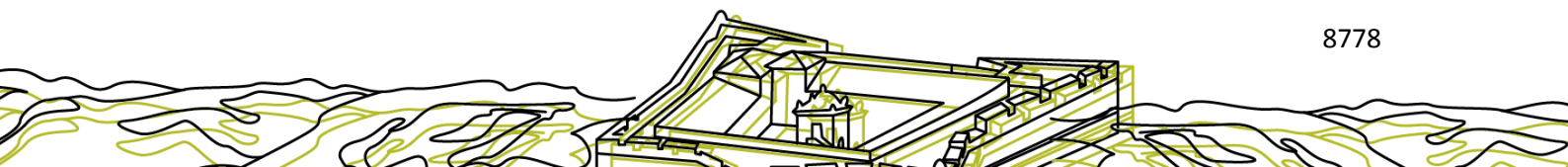
A prática de atividades físicas pode ocorrer também no meio natural através de trilhas ecológicas que se constituem como elemento cultural presente nas sociedades humanas desde os tempos remotos e serviam como via de comunicação entre diferentes localidades, tornando-se hoje um meio de contato efetivo com a natureza. Conhecida também como “trekken”, as caminhadas na natureza atraem muitos adeptos por serem consideradas de baixo custo e com potencial capacidade de melhorar a aptidão cardiorrespiratória dos indivíduos nas diferentes faixas etárias, incluindo o público da terceira idade. O presente estudo busca relatar a experiência das participantes do programa Universidade Aberta à Melhor Idade da Universidade Regional do Cariri-URCA em relação à prática de caminhadas na natureza realizadas na Floresta Nacional do Araripe. O trabalho em questão evidencia-se como um relato de experiência. Classifica-se como bibliográfico, de campo e descritivo. A população participante da referida investigação científica pertence ao grupo de alunos matriculados no Programa Universidade Aberta à Melhor Idade da Pró-Reitoria de ExtensãoPROEX da Universidade Regional do Cariri – URCA. Foram realizadas caminhadas no Geossítio Colina do Horto na cidade de Juazeiro do Norte e no Parque Estadual Sítio Fundão/Geossítio Batateira em Crato-CE. Este trabalho contribuiu para o processo de

¹ Universidade Regional do Cariri (URCA), Curso de Educação Física.

² Universidade Regional do Cariri (URCA), Curso de Educação Física.

³ Universidade Regional do Cariri (URCA), Curso de Educação Física.

⁴ Universidade Regional do Cariri (URCA), Curso de Educação Física.



inclusão do grupo em questão, superando possíveis limitações físicas através de cuidados especiais e atenção redobrada, respeitando a individualidade de cada sujeito e seus respectivos interesses sem, no entanto, perder a noção de coletividade.

Palavras-chave: Meio Ambiente, Idoso, Caminhada.

Introdução

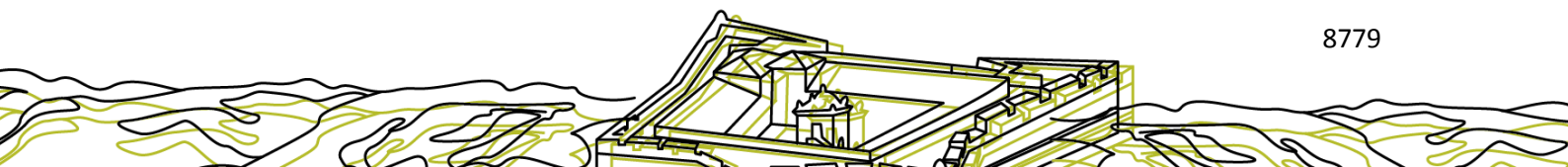
A velhice apresenta-se como uma fase do indivíduo marcada pela diminuição progressiva de algumas funções orgânicas. O envelhecimento é caracterizado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. Este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo influenciado por fatores genéticos, estilo de vida e meio ambiente. Um envelhecimento ativo e independente pode provocar sensações de satisfação e felicidade, minimizando os efeitos deletérios da senescência (ÁVILA, et. al, 2007).

O grego Aristóteles afirmou que a velhice não deveria ser entendida como doença, pois não é algo contrário à natureza. Modernamente, o envelhecimento humano é definido como um processo gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade e provoca uma perda funcional progressiva no organismo. É gradual porque não se fica velho de uma semana para outra. Universal, porque afeta todos os indivíduos de uma espécie numa forma similar. Apesar de toda a propaganda em torno do rejuvenescimento, as evidências atuais indicam que o processo de envelhecimento pode ser acelerado e desacelerado por fatores ambientais e comportamentais, mas não pode ser revertido (NAHAS, 2010).

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade (BRÊTAS, 2003).

Na pré-história, a senescência era algo raro. Até o século XVII, apenas 1% da população vivia mais de sessenta anos, chegando a aproximadamente 4% no século XIX. No século XX a quantidade de indivíduos considerados idosos era de aproximadamente 590 milhões (TELLES, 2015).

Para 2025 a estimativa mundial de gerontes é de um bilhão e 200 milhões, atingindo a marca de 2 bilhões em 2050. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2012) o número de idosos era de 24, 85 milhões de pessoas ou 12,6%



da população, prevendo que em 2025 o país possuirá mais de 30 milhões na faixa etária acima de sessenta anos ou 15% da população (op.cit.).

O avanço na incidência de doenças crônico-degenerativas em função do aumento da expectativa de vida da população vem desencadeando entre os indivíduos na faixa etária a partir dos sessenta anos perda da autonomia e independência e reduzindo drasticamente a qualidade de vida dos idosos (NAHAS, 2010).

A partir dos trinta anos de idade acontece um declínio da capacidade aeróbia do indivíduo. A força muscular decresce por volta de 2-4% por ano em sedentários, afetando também a potência muscular. O envelhecimento produz também um decréscimo do diâmetro cortical, mineralização e densidade dos ossos, afetando negativamente a força tensional e elasticidade dos ossos que decrescem aproximadamente 2% a cada década a partir dos vinte anos até os noventa (CAMPOS, 2008).

Comportamentos positivos associados a um estilo de vida saudável que privilegiem uma alimentação balanceada, controle do estresse, rede social de apoio, atitudes preventivas e a prática regular de exercícios físicos podem minimizar os efeitos deletérios do processo de envelhecimento (NAHAS, 2010).

Nóbrega et al (1999) afirmam que o envelhecimento é um processo contínuo durante o qual ocorre declínio progressivo de todos os processos fisiológicos, ressaltando que a atividade física se constitui em um excelente instrumento de saúde em qualquer faixa etária, em especial no idoso, induzindo várias adaptações fisiológicas e psicológicas, melhora da autoestima e da autoconfiança, assim como significativos avanços da qualidade de vida.

A atividade física tem um efeito positivo sobre a prevenção e o restabelecimento funcional de doenças crônico-degenerativas. Também melhora a capacidade cardiovascular e aumenta a massa muscular com impacto positivo na força muscular (VERDERI, 2004).

A prática de atividades físicas pode ocorrer também no meio natural através de trilhas ecológicas que se constituem como elemento cultural presente nas sociedades humanas desde os tempos remotos e serviam como via de comunicação entre diferentes localidades, tornando-se hoje um meio de contato efetivo com a natureza, servindo como espaço para a prática de diferentes esportes radicais e de aventura (EISENLOHR, 2013).

A adesão por parte da população em relação à prática de caminhadas na natureza aumentou consideravelmente nas últimas décadas, com destaque para as atividades realizadas em áreas de proteção ambiental (BALMFORD et al., 2009).

A caminhada na natureza se constitui em uma das atividades físicas mais fáceis de se realizar. Conhecida também como “trekken”, atrai muitos adeptos por ser considerada de baixo custo e com potencial capacidade de melhorar a aptidão cardiorrespiratória dos indivíduos nas diferentes faixas etárias, incluindo o público idoso (PEREIRA e ARMBRUST, 2010).

O termo Atividade Física de Aventura na Natureza – AFAN designa as diferentes práticas esportivas de movimento corporal que objetivam realizar atividades em espaços naturais e livres.

Para Andrade (2005), através das trilhas o indivíduo adquire contato com a natureza, paisagens e lugares, favorecendo a criação de um sentimento de preservação pelo ambiente.

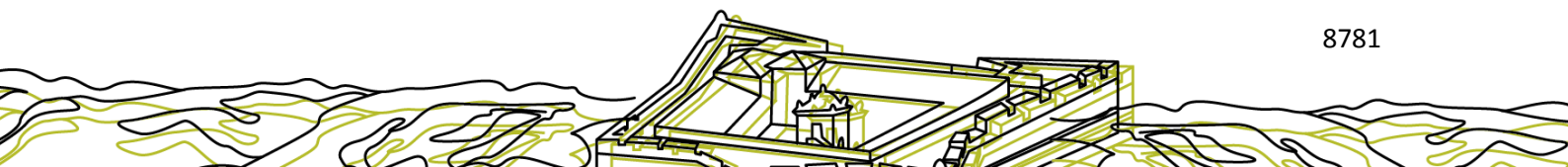
As trilhas podem ser guiadas com o auxílio de uma pessoa especializada ou autoguiadas por meio de placas identificadoras que sinalizam todo trajeto a ser percorrido. Classificam-se como de curta, média e longa distância. Podem ser abertas ou fechadas de acordo com a arborização e variedade das espécies que se entrelinham umas com as outras.

O público a partir dos sessenta anos também tem se mostrado estimulado a realizar atividades na natureza, observando-se para sua prática os hábitos e preferências peculiares deste grupo assim como mudanças físicas decorrentes do processo de envelhecimento.

Este trabalho busca relatar a experiência das participantes do programa Universidade Aberta à melhor Idade da Universidade Regional do Cariri-URCA em relação à prática de caminhadas na natureza realizadas na Floresta Nacional do Araripe.

Metodologia

O presente estudo evidencia-se como um relato de experiência. A pesquisa em questão classifica-se como bibliográfica, de campo e descritiva. A população participante da referida investigação científica pertence ao grupo de alunos matriculados no Programa Universidade Aberta à Melhor Unidade da Pró-Reitoria de Extensão-PROEX da



Universidade Regional do Cariri – URCA. Participaram das ações acadêmicas em questão cerca de 30 idosos do sexo feminino.

A equipe responsável pelo projeto das trilhas desenvolvido no contexto do Programa Universidade Aberta à Melhor Idade da Universidade Regional do Cariri foi formada por profissionais de educação física membros do Núcleo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Educação Física-NUPEF.

O grupo desenvolveu atividades como: articulação do transporte junto à universidade, mobilização do grupo participante do projeto, alongamentos, aquecimentos, orientações sobre ecologia, educação ambiental e contextos históricos e culturais das trilhas, atividades de relaxamento e volta à calma.

A escolha das trilhas considerou aspectos como localização, acessibilidade, características estruturais e ambientais, extensão e possibilidades de adaptação de percursos.

Foram realizadas caminhadas no Geossítio Colina do Horto na cidade de Juazeiro do Norte e no Parque Estadual Sítio Fundão/Geossítio Batateira em Crato-CE.

O geossítio Colina do Horto com a trilha do Santo Sepulcro apresenta-se como um dos pontos de visitação mais conhecidos do nordeste brasileiro. Neste local, pode ser visto uma monumental estátua do Padre Cícero de 27 metros de altura, erguida em 1969. No Horto, encontram-se testemunhos históricos edificadas, como restos de um muro de batalha, casas de beatos e uma capela com edificação anexa que atualmente serve como Museu Vivo do Padre Cícero. A trilha do Santo Sepulcro é cheia de lugares considerados encantados, de pedras com atribuições mágicas e religiosas, marcadas pela outrora presença de beatos e do próprio Padre Cícero. São lembrados os preceitos ecológicos do religioso, pequenas frases de conselhos e recomendações acerca da preservação do ecossistema da caatinga e da floresta. O percurso dessa trilha compreende 2.650 metros com aclives e declives acentuados e locais escorregadios. A vegetação predominantemente é a caatinga, caracterizada por árvores de pequeno porte. Durante todo trajeto é possível observar pedras de granito originárias no interior da terra (Figura 1)



Figura 1: Geossítio Colina do Horto com a trilha do Santo Sepulcro

A área do Parque Estadual Sítio Fundão/Geossítio Batateira é cortada pelo rio Batateira e próxima à cascata do Lameiro em Crato/CE. Sua nascente guarda histórias e lendas indígenas. O lugar é rodeado por trilhas ecológicas. Pode-se observar a existência de uma casa feita de taipa, edificação de barro batido e madeira, comum no Nordeste, sendo esta a única casa do Brasil registrada neste modelo de construção. O local também possui ruínas de um engenho de cana-de-açúcar construído por volta de 1880. Esta trilha pode ser feita de acordo com a preferência ou condicionamento físico do grupo, sendo ela mais extensa ou de média distância. Da entrada do parque até o centro de visitantes é caracterizado por aclives e declives acentuados, com pontos escorregadios, possuindo determinados obstáculos físicos como raízes das árvores expostas e, também, folhas e gravetos que tornam as descidas escorregadias. Há ainda uma área com muitas rochas escorregadias que dificultam a travessia, não sendo recomendado esse percurso para pessoas idosas (Figura 2).



Figura 2: Parque Estadual Sítio Fundão/Geossítio Batateira

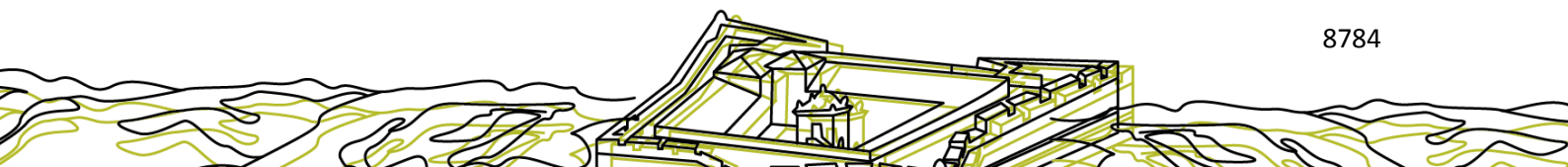
Após o encerramento das atividades delineadas na ação extensionista em questão aplicou-se um questionário aberto com seis perguntas, objetivando avaliar o trabalho realizado junto ao grupo de gerontes.

Resultados e Discussão

Inicialmente, o grupo de professores realizou um planejamento das atividades, elaborando um cronograma que contemplou as principais etapas necessárias para a realização do projeto.

A equipe delimitou o número de participantes com a finalidade de se obter um melhor aproveitamento das atividades selecionadas, possibilitando as devidas assistências necessárias para cada integrante.

Previamente houve um mapeamento dos espaços territoriais da chapada do Araripe e seus geossítios a serem visitados, acontecendo visitas dos professores aos citados



locais delimitados. Foram realizados registros através de fotografias e anotações necessárias para compor a ficha de diagnóstico a ser usada na elaboração das atividades junto ao público da terceira idade.

Elaborou-se um panfleto informativo, constando da data da viagem, informações históricas e culturais do local, os devidos horários para saída e chegada do transporte e instruções básicas sobre o que levar para o lanche, proteção do sol, importância da hidratação e roupa adequada para a prática da caminhada. Também constava um roteiro do percurso com informações relevantes sobre o ambiente a ser explorado.

No início de cada caminhada eram realizadas atividades de aquecimento orgânico, momento em que se enfatizava a importância da atividade física em ambientes naturais e os possíveis benefícios desta prática para o ser humano. Em determinados pontos das trilhas ocorriam os lanches, hidratação e os registros fotográficos. Ao final das referidas práticas eram realizadas atividades de volta à calma, seguidas por uma avaliação com o grupo acerca do trabalho realizado, sendo as idosas participantes do projeto estimuladas a expressar os pontos positivos e os negativos das práticas vivenciadas assim como as dificuldades encontradas (Figura 3).

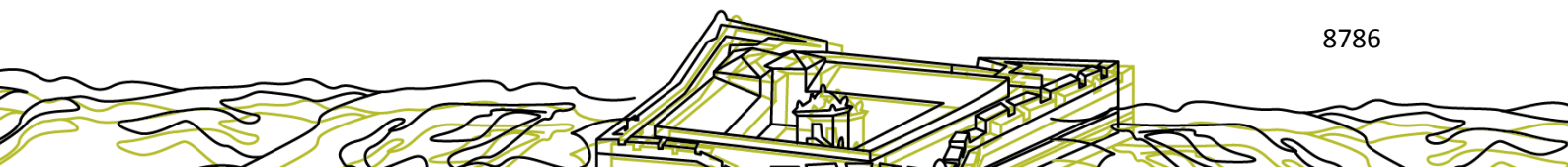


Figura 3 - Atividades de aquecimento orgânico

No tocante às dificuldades encontradas pelas idosas durante a realização das trilhas foi mencionado por uma das participantes certo comprometimento em relação à velocidade da marcha, ressaltando sua vontade de caminhar mais rapidamente apesar das limitações impostas pela idade.

A marcha é resultado da interação dos sistemas nervoso e osteomuscular com influência de fatores como simetria corpórea, equilíbrio e estabilidade corporal. Esta habilidade garante ao idoso independência e autonomia na realização das atividades da vida diária. Alterações na capacidade de realizar eficientemente a marcha estão relacionadas à fragilidade, queda, além de ser um indicador de alto risco de declínio cognitivo (LENARDT, et al., 2015).

A superação de aclives e declives presentes em alguns percursos foram relatados como desafiadores pelas idosas. Previamente, o grupo de professores havia recomendado o uso de calçados antiderrapantes e de borracha para evitar escorregões e imprevistos.



Outro aspecto descrito como barreira pelas idosas foi a ação do sol e calor durante as trilhas, sendo observado pelo grupo o uso de garrafas de plástico ou alumínio com água para a reposição de líquidos, evitando assim a desidratação.

A desidratação aumenta o nível de estresse gerado pelo exercício em função da elevação de sua temperatura. As respostas fisiológicas tornam-se menos expressivas, afetando negativamente o desempenho físico e tornando o idoso mais suscetível a determinadas enfermidades (SILVA et al., 2011; COYLE, HAMILTON, 2003)

Em relação ao trabalho realizado pelos professores envolvidos no projeto das trilhas foram ressaltados pelas gerentes os seguintes aspectos: atenção, companheirismo e prestatividade no relacionamento com as participantes.

Verderi (2004) destaca como características essenciais ao perfil do educador físico gerontológico a dedicação, paciência, alegria, responsabilidade e criatividade, assim como a necessidade de compreender o idoso como um ser biológico caracterizado por vários sistemas envelhecidos sem, no entanto, desprezar sua inserção no contexto familiar e social.

Nas respostas dos questionários, as idosas expressaram a vontade de realizar novas caminhadas na natureza com suas colegas e, também, em sua comunidade com seus familiares e amigos. O principal aspecto motivador para dar continuidade a estas práticas corporais foi o contato direto com a natureza.

A interação social e os conhecimentos repassados sobre a geografia, história e cultura dos locais visitados foram mencionados como fatores de grande relevância presentes nas aulas de campo, evidenciando-se como momentos de socialização entre os participantes e enriquecedor aprendizado.

Neste contexto, ressalta-se que a educação ambiental, pôde ser trabalhada nas trilhas selecionadas, buscando incentivar o pensamento reflexivo e crítico (CASCINO, 2007). Isto significa “[...] pensar no próprio ato de se educar para e com a natureza, refletindo sobre o real papel desempenhado pelo homem, a partir de suas práticas, na produção do lugar onde se insere” (SOUSA, p. 03, 2014).

As atividades de lazer foram descritas pelas participantes como momentos de prazer e descontração no meio natural, permitindo por algumas horas desvencilhar-se da rotina cotidiana.

Conclusão/Considerações Finais

A necessidade de incluir os idosos na sociedade pressupõe envolvê-los em atividades que lhes proporcionem alegria, prazer e diversão. É dar vida aos seus interesses pessoais e coletivos, conquistar o espaço idealizado, inseri-los no processo de socialização e comunicação com o mundo.

O diálogo com o público da terceira idade apresentou-se como ferramenta indispensável na identificação do seu estado emocional, seus interesses pessoais e sua satisfação ou não com as atividades realizadas.

Nesta perspectiva, conclui-se que o presente trabalho extensionista contribuiu para o processo de inclusão do grupo em questão, superando possíveis limitações físicas através de cuidados especiais e atenção redobrada, respeitando a individualidade de cada sujeito e seus respectivos interesses sem, no entanto, perder a noção de coletividade. Permitiu, também, valorizar os espaços naturais, evidenciando-os como áreas para práticas de lazer e atividades físicas, promovendo o bem-estar físico, mental e social do público idoso.

Referências

ANDRADE W. J. Manejo de trilhas para o ecoturismo. In: NEIMAN, Z.; MENDONÇA, R. **Ecoturismo no Brasil**. São Paulo: Manole; 2005.

ÁVILA, A. H; GUERRA, M.; MENEZES, M. P. R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. **Rev. Pensamento Psicológico**, v. 3, n. 8, p. 7-18, 2007. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/801/80130802.pdf> > Acesso em: 09 set. 2017.

BALMFORD, A.; BERESFORD, J., GREEN, J., NAIDOO, R., WALPOLE, M., MANICA, A. (2009). A global perspective on trends in nature-based tourism. **Plos Biology**, vol. 7, n. 6, 2009. Disponível em: < <http://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1000144> > Acesso em: 09 set. 2017.

BRÊTAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 298-301, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a16v56n3> > Acesso em: 11 set. 2017

CAMPOS, M. A. **Musculação**: Diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças e obesos. 4. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2008.

CASCINO, F. **Educação Ambiental**: princípios, história, formação de professores. São Paulo: Editora SENAC, 2007.

COYLE, E. F.; HAMILTON, M. A. Fluid replacement during exercise: effects of physiological homeostasis and performance. In: GISOLFI C. V.; LAMB, D. R. (organized) . **Fluid homeostasis during exercise**: perspectives in exercise science and sports medicine. Indianapolis: Benchmark Press, 1990.

EISENLOHR, P. V. MEYER, L.; MIRANDA, P. L. S.; REZENDE, V. L. , SARMENTO, C. D.; , MOTA, T. J. R. C.; GARCIA, L. C.; MELO, M. M. R. F. Trilhas e seu papel ecológico: o que temos aprendido e quais as perspectivas para a restauração de ecossistemas? **Hoehnea**, vol. 40, n.3, p. 407-418, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hoehnea/v40n3/02.pdf>> Acesso em: 11 set. 2017

GEOPARK ARARIPE. **Geopark Araripe**: Histórias da Terra, do Meio Ambiente e da Cultura. Secretaria das Cidades/Projeto Cidades do Ceará Cariri Central. Crato-CE, 2012.

LENARDT, M. H. , SOUSA, J. A. V. , GRDEN, C. R. B. , BETIOLLI, S. E. , CARNEIRO N. H. K. , RIBEIRO, D. K. M. N. Gait speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. **Rev Bras Enfermagem**, vol. 68, n. 6, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601163> Acesso em: 14 set. 2017.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2010.

NÓBREGA, A. C. L.; FREITAS, E. V.; OLIVEIRA M. A. B.; LEITÃO, M. B.; LAZZOLI, J. K.; NAHAS, R. M.; BAPTISTA, C. A. S.; DRUMMOND, F. A.; REZENDE, L.; PEREIRA, J.; PINTO, M.; RADOMINSKI, R. B.; LEITE, N.; THIELE, E. S.; HERNANDEZ, A. J.; ARAÚJO, C. G. S.; TEIXEIRA, J. A. C.; CARVALHO, T.; BORGES, S. F.; ROSE, E. H.

Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Rev Bras Med Esporte**, Vol. 5, n. 6, p. 207-211, 1999. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921999000600002>

Acesso em: 11 set. 2017.



PEREIRA, W. D.; ARMBRUST, I. **Pedagogia da Aventura: Os esportes radicais de aventura e de ação na escola.** Jundiaí – SP: Editora Fontoura, 2010.

SILVA, F. I. C.; SANTOS, A. M. L.; ADRIANO, L. S.; LOPES, R. S.; VITALINO R. A importância da hidratação hidroeletrólítica no esporte. **R. Bras. Ci. e Mov**, V. 1, n. 3, p. 120-128, 2011. Disponível em: <

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1620/2045>> Acesso em: 14 set. 2017.

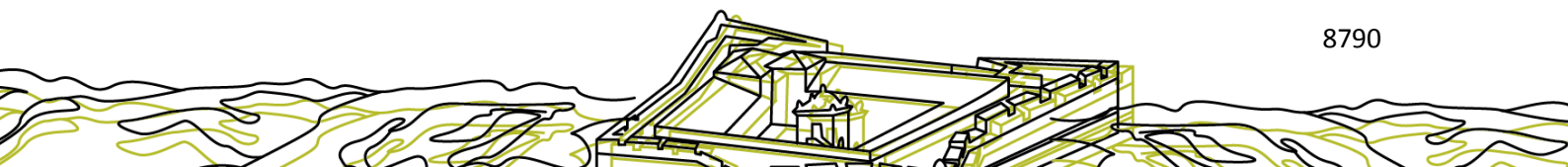
SOUSA, M.C.C. Educação Ambiental e as Trilhas: contexto para a sensibilização ambiental. **Ed. Revbea**, São Paulo, v9, n. 2, p. 239-253, 2014. Disponível em: ,

<http://www.sbecotur.org.br/revbea/index.php/revbea/article/viewFile/2644/2919>>

Acesso em: 14 set. 2017.

TELLES, S. **O idoso e atividade física no Brasil: como tudo começou.** Curitiba: Editora Prisma, 2015.

VERDERI, E. **O corpo não tem idade: educação física gerontológica.** Jundiaí, SP: Editora Fontoura, 2004.



A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO NA FORMAÇÃO E NO EMPODERAMENTO DA MULHER

Área Temática: Saúde

Victor Assis Pereira da Paixão¹; Euriane Castro costa¹; Carolina Pereira Rodrigues¹; Vera Lúcia de Azevedo lima²; Adria Vanessa da Silva³; Valquiria Rodrigues Gomes ³.

1. Universidade Federal do Pará, Discente da Faculdade de Enfermagem/ICS/UFPA, Voluntario do Programa de Extensão Empoderamento e Fortalecimento da Mulher Amazônica Frente à Violência Doméstica e Familiar.

2. Enfermeira doutora. Docente do ICS/UFPA. Coordenadora do Programa de Extensão Empoderamento e

Fortalecimento da Mulher Amazônica Frente à Violência Doméstica e Familiar. Membro dos Grupos de pesquisa

EPOTENA e NEIVA

3. Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ICS/UFPA. Voluntaria do Programa de Extensão Empoderamento e Fortalecimento da Mulher Amazônica Frente à Violência Doméstica e Familiar.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência contra mulher é toda ação que viole seus direitos humanos, dentre eles; deslocar-se livremente e com segurança, estar isenta de qualquer tipo de preconceito e ter garantida sua integridade física, psicológica e social. No entanto comportamentos que transcendem esses direitos, prevalece na sociedade devido a consolidação transgeracional de uma cultura androcentria e patriarcal. **OBJETIVO:** Relatar à importância das discursões de gênero, violência e políticas públicas de proteção a mulher, para o empoderamento da mulher e na formação de profissionais críticos e sensíveis as causas sociais. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, de uma atividade educativa realizada pelo programa de extensão Empoderamento e fortalecimento da mulher amazônica frente a violência doméstica e familiar, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A atividade foi recebida com resistência pelo público, devido a cultura do modelo biomédico ainda estar muito

forte, no entanto a atenção e participação contribuíram para uma boa discussão e reflexão dos conteúdos trabalhados. **CONCLUSÃO:** Desenvolver atividades para o empoderamento da mulher, são de fundamental importância para sociedade, pois estabelece resultados positivos para enfrentamento da mulher vítima de violência, assim como para assistência, através da prevenção de agravos, além de ser uma experiência diferenciada para acadêmicos da área da saúde, uma vez que estimula a formação de profissionais críticos e engajados nas demandas da sociedade, exercendo uma atuação diferenciada que contribui para sua área, sem estar preso ao modelo biomédico hegemônico.

Palavras-chaves: Violência contra mulher; Educação em saúde; Empoderamento.

INTRODUÇÃO

Violência é um fenômeno conhecido em todo o mundo, motivo de grande preocupação pela magnitude e transcendência do evento para saúde pública (ELIAS, 2014). Sendo de difícil reconhecimento e combate, uma vez que não é apresentado de forma clara para a sociedade, principalmente pela percepção e compreensão da mesma, como um evento de natureza natural, fazendo com que seus efeitos, considerados indesejáveis, passem de maneira despercebida, dificultando a descaracterização de sua normalidade (SARAIVA; COUTINHO, 2012).

Sendo a violência um fenômeno complexo que tem, em suas raízes, a interação de fatores biológicos, sociais, econômicos e políticos. É reconhecida como questão de saúde pública e de abrangência mundial, caracterizada como ato de privação dos direitos do indivíduo, embora se expresse de forma variada em diferentes contextos, é considerada mundialmente violação de direitos (MENEGHEL et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2010).

A violência contra mulher é toda ação que viole seus direitos humanos, dentre eles deslocarem-se livremente e com segurança, estar isenta de qualquer tipo de preconceito e ter garantida sua integridade física, psicológica e social. No entanto comportamentos que transcendem esses direitos prevalecem na sociedade devido à consolidação transgeracional de uma cultura androcentria e patriarcal, com predominância da iniquidade entre gêneros.

Por anos, muitas mulheres foram oprimidas e silenciadas, expostas diariamente a situações violentas, que tem como consequência uma série de transtornos psicológicos e sociais, a debilidade física e nos casos mais severos o óbito da vítima, tornando-se um grave problema para saúde pública, contribuindo assim com aumento dos atendimentos e dos gastos para garantia da integralidade das ações de saúde para a reabilitação das vítimas.

A violência perpetrada contra a mulher é um fenômeno complexo, o qual vem sendo abordado nos últimos anos como um fator que necessita de ações interdisciplinares, havendo a necessidade de reflexões profundas sobre sua dinâmica, não somente pelo impacto causado na vida da vítima, mas também na família e na sociedade (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Esses atos podem ser tipificados ou classificados conforme a natureza das agressões perpetradas em violência física, psicológica, moral, patrimonial e sexual. A violência física e toda ação direcionada, que cause dando a integridade e a saúde corporal. Na violência psicológica, caracterizam-se atos que comprometem o bem-estar mental e o poder de autodeterminação. Em casos de violência moral, destacam-se atos que estabelecem calúnia difamação ou injúria. A violência sexual compreende atos que forcem a vítima a manter relação sem libido. Por último a violência patrimonial na qual são destruídos, subtraídos ou retidos os bens da parceira dentre eles: valores, documentos e outros pertences essenciais para satisfazer suas necessidades (GRIEBLER; BORGES, 2013).

De acordo com a Organização Mundial Saúde, um terço da população mundial de mulheres poderá ser vítima de violência física e sexual provocada pelo parceiro íntimo, Madureira, et al., (2014), afirma que no Brasil na última década foram assassinadas 43,5 mil mulheres, por essa razão o país ocupa a 7ª posição mundial em número de feminicídio.

O perfil das mulheres agredidas que prevalecem são as adultas jovens entre 20 a 59 anos, que apresentam baixa escolaridade, cujo não desenvolve atividades financeiras, portanto dependentes financeiramente do seu conjugue. Tendo em vista que o local onde predominam as agressões é a residência do casal (MADUREIRA, et al., 2014).

Ademais não se deve considerar como um fenômeno que atinge apenas famílias de baixa renda e menos esclarecidas, pois toda mulher está sujeita a sofrer violência independente cor, credo religioso, formação e posição social.

A ocorrência da violência conjugal é fruto de uma sociedade norteadada pela iniquidade das relações de gênero, além disso, a cultura do patriarcado coopera para reconhecimento da violência dentro das relações conjugais como um fenômeno comum, contribuindo para que homens e mulheres não reconheçam a violência como um problema social e familiar mais sim como um ato de cunho instintivo e corretivo (ROSA, *et al.* 2013).

A violência contra a mulher traz consigo uma estreita relação com as categorias de gênero, como afirma Sanematsu (2011) os homens não são violentos por natureza, mas desde garotos são incentivados a valorizar a agressividade, a força física, a iniciativa, a ação, a dominação, o comando e a satisfazer seus desejos, inclusive os sexuais. E as meninas? São valorizadas pela delicadeza, sedução, submissão, obediência, dependência, sentimentalismo, fraqueza, passividade e o cuidado com o outro.

A violência de gênero fundamenta-se nas relações de posse e facilita a percepção das desigualdades sociais e econômicas resultantes, ligadas aos aspectos culturais e as atribuições sociais correspondentes aos sexos masculino e feminino, que se deve à discriminação histórica e externa os papéis impostos a ambos (CORDEIRO *et al.*, 2013).

Frente a essa realidade os movimentos feministas e demais seguimentos sociais foram fundamentais no processo de prevenção e enfrentamento do problema, expondo a necessidade da discussão pública frente a esse problema, assim como a necessidade de consolidarem políticas públicas específicas para sua intervenção (GRIEBLER e BORGES, 2013).

Esses marcos foram fundamentais para formulação da lei 11.340 de 2006, popularmente conhecida como Maria da Penha, que tem por objetivo coibir os atos de violência, garantir a integridade da mulher e dar o encaminhamento jurídico adequado ao autor de violência.

Na área da saúde existe uma tendência para a valorização do modelo biomédico, em detrimento de uma visão multidimensional, distanciando os acadêmicos das causas políticas e sociais, formando profissionais técnicos, porém pouco sensíveis aos problemas da sociedade, desta forma é imprescindível o desenvolvimento de ações junto às comunidades (SIQUEIRA, *et al.*, 2017).

Segundo Manchur, Suriani e Cunha (2013), diferentes metodologias podem aproximar a universidade da comunidade, propiciando a construção do conhecimento mutuo, ofertando um maior amadurecimento profissional.

Nesta perspectiva, Holanda, Holanda e Souza (2013), afirmam que a violência deve ser reconhecida e integrada à área da saúde, para proporcionar caminhos que possam captar as muitas dimensões que a mesma assume, reconhecendo seus aspectos sociais, psicológicos, jurídicos, epidemiológicos.

Segundo Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) e Schraiber et al (2011), a atenção primária é fundamental como serviço de saúde para a detecção, por ser um local para o desenvolvimento de ações com o intuito de prevenção, reflexão e orientação, com grande cobertura e contato com as mulheres, reconhecendo e acolhendo o caso antes de incidentes mais graves.

Mesmo com estes inquestionáveis avanços, muitos serviços de saúde acabam deixando falhas em seus atendimentos, não oferecendo uma resposta satisfatória para o problema pelo fato de alguns setores ainda se restringirem ao cuidado nos sinais e sintomas dos agravos recorrentes da violência e não contarem com ferramentas aptas na identificação do problema, como também na compreensão do reconhecimento do processo de sofrimento e adoecimento físico ou psicológico como grave fator de risco para os problemas de saúde (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009).

Dessa forma o programa de extensão universitária intitulado: Empoderamento e fortalecimento da mulher amazônica frente à violência doméstica e familiar, tem por objetivo através de seus membros, sejam bolsistas ou voluntários cujo são acadêmicos de curso da área da saúde a levarem a comunidade discussões de gênero, violência e políticas públicas de proteção a mulher, contribuindo para o empoderamento da mulher em situação de violência e dando uma maior visibilidade para o problema dentro da comunidade acadêmica, contribuindo para formação de profissionais críticos e reflexivos dentro da área da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, de uma atividade educativa realizada pelo programa de extensão Empoderamento e fortalecimento da mulher amazônica frente a violência doméstica e familiar, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, para usuárias

da Estratégia Saúde da Família da Sacramenta, localizada no município de Belém no estado do Pará, que contou com a participação de 25 mulheres com idades que variam entre 20 e 55 anos.

Para sua realização foram utilizados os seguintes recursos; folders construídos em *Microsoft Power point*, com abordagem voltada para conceito de violência, os tipos de violência perpetrada contra mulher e os meios que essa vítima pode lançar mão para sair de uma situação de violência, álbum seriado construído pelos membros do projeto de extensão com abordagem voltada para temática o empoderamento e fortalecimento da mulher amazônica frente a violência contra mulher e folhas de papel A4.

A atividade foi subdividida em três etapas, dentre elas; dinâmica de acolhimento e apresentação do tema, palestra semiestruturada com auxílio do álbum seriado e por último uma roda de conversa.

O acolhimento consistiu na distribuição das folhas de papel para cada participante, essas foram orientadas a balançar a folha e observar o som emitido, posteriormente foi solicitado que a folha fosse amaçada e comparados os sons da folha íntegra e da folha amaçada, fazendo comparação com as pessoas que são vítimas de violência.

A palestra semiestruturada contou com toda uma abordagem voltada para que as participantes soubessem o que é violência, quais os tipos de violência, o que é lei 11.340 e como proceder em situações de violência.

Na última etapa se usou como estratégia metodológica a roda de conversa que permite a troca de conhecimento entre aos acadêmicos, enfermeiros e a comunidade, permitindo uma avaliação dos pontos abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As usuárias apresentaram uma certa resistência no início das atividades, por não estarem acostumadas como esse tipo de abordagem dentro das unidades de estratégia saúde da família, e por se tratar de um tema que apesar de muito incidente na sociedade, ainda se encontra uma certa resistência, por considerarem restrito as relações conjugais.

Atividades educativas no contexto da Atenção Básica de Saúde (ABS), ainda são recebidas com forte resistência, pois a população apresenta uma visão muito voltada para o modelo biomédico de saúde, dentro das unidades de estratégia saúde da família, desta forma devem-se formular e estimular estratégias para o desenvolvimento de

atividades, principalmente se tratado de temáticas socialmente relevantes, como no caso da violência contra mulher.

Para SILVA, et al., (2017), se faz necessário o desenvolvimento de atividade de educação, não só para usuários, mas para equipe de saúde, para que se possa fomentar a construção de políticas públicas de enfrentamento, assim como a contribuir com a qualificação da equipe, almejando um melhor atendimento as vítimas.

A dinâmica de acolhimento foi fundamental para aproximar os estudantes do público e para apresentar a eles o tema a ser trabalhado, por meio de uma reflexão crítica, comparando a ausência de ruídos de uma folha amassada, com o silêncio de uma mulher que sofre diariamente diferentes tipos de agressões, despertando o interesse do público tanto pela sua possibilidade de participar, como pela gravidade do assunto explorado.

Para realização da palestra semiestrutura, o álbum seriado surge como uma estratégia do projeto de extensão, frente a falta de recuso das unidades de saúde para a realização de atividades de educação, por meio desse instrumento, objetivou-se despertar a atenção do público para a discussão.

Apesar de estarem atentas para o conteúdo, foi observado que as participantes sabiam diferenciar violência física da psicológica e não consideravam violência somente atos que comprometessem a integridade física da mulher, no entanto os conceitos de violência moral e patrimonial não eram claros para estas, nesse sentido procurou-se discutir mais sobre essas conceituações para esclarecer melhor as diferenças entre os atos cometidos. Guimarães e Pedroza (2015), consideram fundamental o reconhecimento das tipificações das diferentes violências perpetradas contra mulher, para orientar condutas técnicas de enfrentamento e superação da violência.

O espaço destinado à roda de conversa possibilitou a troca de vivências, entre as participantes com os acadêmicos e profissionais da instituição, conciliado a teoria com a realidade, oportunizando um momento de reflexão e construção de valores, nesse momento o grande questionamento foi o funcionamento da lei 11.340, que apesar de sua existência, muitas mulheres ainda questionam sua aplicabilidade e não se sentem seguras para fazer denúncias, reflexo de um poder público que ainda hoje apresenta muitas falhas, principalmente na assistência a população, seja ela jurídica ou na própria área da saúde. Taveres (2015), aponta em seus estudos, que muitas mulheres em situação sentem-se descontentes com a rede de atenção proposta pela lei 11.340, pois essa não oferece o acolhimento e proteção da qual necessitam, principalmente quando

são assistidas por profissionais que compreendem a violência conjugal como um assunto de natureza privada, do interior das relações.

Vale salientar que avaliar a efetividade de uma ação, não é uma tarefa fácil, no entanto o projeto reconhece a importância do sujeito no seu processo de autodeterminação, então para se enfrentar a violência contra mulher, não queremos levar a solução, mas construir esse caminho e abrir a discussão dentro da comunidade, para que mulheres e a família se tornem participantes ativos no processo de combate e enfrentamento a violência doméstica e familiar.

CONCLUSÃO

Desenvolver atividades para o empoderamento da mulher, são de fundamental importância para sociedade, haja vista sua gravidade e predominância, mediante uma cultura patriarcal, historicamente construída, com predomínio da iniquidade entre gêneros.

Através desses espaços, pode-se ajudar as mulheres a sair dessa realidade e diminuir os agravos gerados pelo comprometimento de sua integridade física mediante as agressões e conseqüentemente reduzir os gastos com saúde pública, uma vez que com a diminuição dos casos e com a prevenção das agressões, a tendência para é que a vítima não desenvolva lesões, logo não precise ser atendida em uma unidade hospitalar.

Dessa forma atividades de educação em saúde, trazem resultados positivos para assistência, através da prevenção de agravos, além de ser uma experiência diferenciada para acadêmicos da área da saúde, uma vez que estimula a formação de profissionais críticos e engajados nas demandas da sociedade, exercendo uma atuação diferenciada que contribui para sua área, sem estar preso ao modelo biomédico hegemônico.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o aumento da visibilidade do tema violência contra mulher em meio a sociedade, fazendo com que as unidades de estratégias de saúde sejam um ambiente além da promoção e prevenção a saúde locais onde a fomentação de debate, reflexão e posteriormente a aplicação dos conceitos teóricos na prática, tornando a comunidade empoderada de tais agravos e enfermeiros aptos a atenderem de forma integral a mulher em situação de violência

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F; GOMES, V. L. O; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(6): 547-53;

BORSOI, T. S; BRANDÃO, E. R; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.13, n.28, p.165-74, jan-mar. 2009.
CORDEIRO, L. A. M. et al. Violência contra a mulher: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line.** Recife. v.7, número especial, p.862-869, mar. 2013.

ELIAS, C. M. V. Saberes e praticas dos graduandos de enfermagem acerca da violência contra mulher. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(2);163-169

GRIEBLER, C. N; BORGES, J.L.Violência Contra a Mulher: Perfil dos Envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 2, pp. 215-225, abr./jun. 2013.Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11463> Guimarães, M. C. & Pedroza, R. L. S. (2015). Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 256-266. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>

HOLANDA, V. R; HOLANDA, E. R; SOUZA M. A. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: Uma proposta de intervenção. **Rev Rene.**2013; 14(1):209-17.
MADUREIRA, A. B; RAIMONDO, M. L; FERRAZ, M. I. R; MARCOVICZ, G. V;

LABRONICI, L, M; MANTOVANI, M. F. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. **Esc Anna Nery.** 2014; 18(4):600-606. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/15.pdf>

MANCHUR, J., SURIANI, A.L. A., CUNHA, M. C. A contribuição de projetos de extensão na formação profissional de graduandos de licenciaturas Ponta Grossa, volume 9 número2 - jul./dez. 2013 Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: Depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4):743-752, abr, 2011.

ROSA, D. O. A.; RAMOS, R. C. S.; MELO, E. M.; MELO, V. H. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **FEMINA** | Março/Abril 2013 | vol 41 | nº2. Disponível em; <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n2/a3793.pdf>

SANEMATSU, M. **Imprensa e agenda de direitos das mulheres: uma análise das tendências da cobertura jornalística**. Coordenação Veet Vivarta. Brasília, DF: ANDI, Instituto Patrícia Galvão, 2011.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. Meios de comunicação impressos, representações sociais e violência contra idosos. **Psicologia em estudo**, v. 17, n.2, p.205-214, abr/jun 2012.

Silva, N. N. F.; Leal, S. M. C.; Trentin, D.; Vargas, M. A. O.; Vargas, C. P.; Vieira, L. B. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência / Primary care nurses' performance with women in situations of violence. **Enferm. Foco**. (Brasília); 8(3): 70-74, nov.-2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32073>

SIQUEIRA, S. M. C., JESUS, V. S., SANTOS, E. N. B., WHITAKER M. C. O., SOUSA B.V. N., CAMARGO, C. L. Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. Escola Anna Nery 21(1)

2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100701&script=sci_abstract&tlng=pt

TAVARES, M., S. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a lei maria da penha e descrença na justiça. Estudos Feministas, Florianópolis, 23(2): 352, maio-agosto/2015.

Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/38875/29354>

VASCONCELOS et al. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 155-60

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUAÇÃO DA PALHAÇOTERAPIA NA DIMINUIÇÃO DO ESTRESSE PRÉ-OPERATÓRIO EM CRIANÇAS

Área Temática: Saúde

Kananda Silva Campos¹; Paloma Mayara Vieira de Macena Lima²; Júlio Cesar Cruz de Oliveira II³; Iaponira Cortez Costa de Oliveira³

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia é considerada um procedimento muito invasivo para a criança, gerando medo, estresse e ansiedade e repercutindo diretamente nos familiares que a acompanham. Com isso, se faz necessárias estratégias direcionadas ao acolhimento de forma lúdica, buscando estabelecer interrelações que ajudem no enfrentamento da ansiedade, tão comum frente ao procedimento cirúrgico. A palhaçoterapia é uma terapia alternativa que contribuiu de forma exitosa em um mutirão de cirurgia, realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa-PB no HULW em João Pessoa – PB. A palhaçoterapia foi utilizada como método de redução do estresse pré-operatório. **OBJETIVO:** apresentar um relato de experiência da atuação da palhaçoterapia em um mutirão de cirurgia na diminuição do estresse pré-operatório em crianças. **MÉTODOLOGIA:** Os extensionistas, caracterizados de palhaços, prepararam canções, brincadeiras, jogos, utilizaram fantoches e brinquedos disponibilizados pelo hospital para aliviar o estresse por parte das crianças e, também, dos acompanhantes. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante a realização das ações de palhaçoterapia as crianças externavam seus medos e sua ansiedade, conseguindo o alívio por meio das atividades lúdicas como brincadeiras, cantigas de rodas, contação de histórias e jogos que as acalmavam e traziam um conforto/estabilidade emocional as crianças. Além disso, essas ações afetavam também os familiares, diminuindo seu estresse emocional, e os profissionais que estavam acompanhando a criança resultando em uma melhora na prestação dos cuidados e na integração entre o profissional e o paciente. **CONCLUSÃO:**

¹ Universidade Federal da Paraíba, graduanda em Enfermagem

² Universidade Federal da Paraíba, graduanda em Enfermagem

³ Universidade Federal da Paraíba, graduando em Odontologia

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Coordenadora do projeto

Consideramos que as ações de palhaçoterapia foram de grande relevância no pré-operatório pois, beneficiou o binômio família/criança diminuindo o estresse psicológico que estavam vivenciando, além de contribuir para a melhoria da imagem da instituição junto à sociedade.

Palavras-chave: Terapia pela arte; Cirurgia infantil; Hospital

INTRODUÇÃO

A imagem do palhaço remete ao riso, gargalhadas e interação com o público no sentido de entretenimento e do esquecimento dos medos, ansiedade e o estresse. O lema é deixar fluir a alegria, seja em circos, teatro ou eventos lúdicos. Valorizando essa terapia alternativa de riso, os hospitais também são espaços importantes para ações de palhaçoterapia no processo de humanização da assistência considerando ser a hospitalização um evento estressante e muitas vezes doloroso para a criança e família.

Para a criança, torna-se difícil enfrentar o processo de hospitalização por ser um fator de risco para traumas. Além das mudanças nos hábitos de sono, higiene e alimentação, a criança se depara com situação as quais não se pode fazer nada a respeito, sendo este o caso das cirurgias infantis (COSTA; MORAIS, 2017).

Considerando a problemática da falta de um ambiente lúdico no cenário hospitalar as crianças tendem a potencializar a ansiedade que é a resposta emocional mais presente especialmente frente a uma cirurgia. Para Lipp e Malagris (1998), desconhecer os procedimentos aos quais será submetida e saber que uma sala de cirurgia e a espera torna tudo ainda mais apavorante, tendo em vista que as cirurgias classificam-se como estressor psicossocial. Também, para Carvalho e Pinto, (2007) os procedimentos pré-operatórios em crianças devem se dar de maneira diferente dos adultos e os riscos durante os procedimentos são potencializados em casos de cirurgias infantis. Amitay et. al. (2006), afirmam que mesmo as cirurgias eletivas podem proporcionar à criança a experiência de ameaça à sua integridade física, trazendo à tona o medo de morrer.

Por consoante, a figura do palhaço cuidador surge com a intenção de contornar os aspectos negativos da hospitalização, tendo como foco tornar o ambiente hospitalar mais amoroso e acessível (COSTA; MORAIS, 2017). A arte de brincar no ambiente hospitalar passa a ser vista como uma ação terapêutica capaz de promover um melhor enfrentamento do processo de adoecimento e internação, pois, a criança apresenta uma

subjetividade peculiar, propiciando utilizar diversos recursos passíveis de envolvê-la no mundo do ser criança.

Um desses recursos é a palhaçoterapia, que são ações lúdicas desenvolvidas por palhaços permeadas de risos e brincadeiras visando uma ruptura às influências dos estressores do pré-operatório, valendo-se de instrumentos terapêuticos como a musicoterapia, contação de histórias, pinturas, bolinhas de sabão e outros. Neste sentido, o Projeto de Extensão Tiquinho de Alegria, desenvolvido no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) atua com ações alternativas de palhaçoterapia focadas no acolhimento humanizado e na educação em saúde. Na percepção de Mendonça (2011), o acolhimento é a forma de fazer com que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam aplicados com resolutividade, colocando em prática a operacionalização dos processos de trabalho em saúde, facilitando o atendimento e dando respostas rápidas e adequadas aos que procuram tais serviços.

A escolha da temática surgiu da relevância da ação de extensão desenvolvida por acadêmicos de graduação de diversos cursos da UFPB, do projeto Tiquinho de Alegria, como palhaços cuidadores, em um mutirão de cirurgia infantil realizado no HULW. Foi uma experiência desafiadora para minimizar o estresse pré-operatório e restituir o bem-estar físico e emocional de crianças e familiares.

Diante das considerações, o presente estudo teve como objetivo apresentar um relato de experiência da atuação da palhaçoterapia em um mutirão de cirurgia cuja finalidade era promover a diminuição do estresse pré-operatório em crianças.

METODOLOGIA

Tratou-se de um relato de experiência acerca da vivência dos extensionistas durante uma intervenção do projeto de extensão Tiquinho de Alegria, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tendo como cenário o HULW, a convite dos profissionais do hospital para atuar de forma lúdica no acolhimento no mutirão da cirurgia infantil. A população envolveu crianças no pré-operatório de pequenas cirurgias de diversos diagnósticos. Contou com uma amostra de 30 crianças que estavam na sala de espera, juntamente com seus familiares, no dia 06 de maio de 2017, no turno da manhã. Os resultados foram analisados a partir dos relatos de profissionais, acompanhantes e das próprias crianças, além da observação direta dos extensionistas acerca da atuação da palhaçoterapia no estresse pré-cirúrgico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato da experiência:

Durante o mutirão de cirurgia, os extensionistas realizaram diversas atividades, que consistiram em contação de histórias com e sem fantoches, produção de balões em formatos de animais, brincadeiras com equipamentos para lançar bolhas de sabão, confecção de desenhos e pinturas, além da utilização de brinquedos disponibilizados pelo hospital, a fim de propiciar uma interação positiva e relaxante com as crianças, que as ajudasse a minimizar os medos e criar um ambiente redutor da ansiedade.

O Projeto de Extensão Tiquinho de Alegria tem como proposta principal prestar assistência humanizada e educativa ao indivíduo hospitalizado conforme preconiza a Política Nacional de Humanização para o SUS. Propõe estratégias para qualificar as ações de ação e gestão em saúde no SUS, estando o projeto em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde ao socializar aprendizagem mútuas, contribuindo com ações conjuntas para atender as necessidades da população.

De acordo com Linge (2013), o objetivo do palhaço cuidador não é sempre ser divertido, mas o objetivo principal é fazer com que a criança e todas as suas emoções possam ser notadas e reconhecidas. Durante a espera da cirurgia, as crianças externavam seus medos e conseguiam o alívio por meio das atividades lúdicas como brincadeiras, cantigas de roda, jogos lúdicos e contação de histórias que acalmavam e traziam estabilidade para o emocional das crianças. Por meio de relatos, tanto de acompanhantes como de profissionais, observamos o quanto as atividades lúdicas propiciam o bem-estar de uma criança e tem a capacidade de auxiliar até mesmo o trabalho dos profissionais envolvidos que não precisam lidar com uma criança estressada e assustada. Eis alguns dos relatos:

Uma das mães fez o seguinte relato acerca das atividades do projeto:

“Relaxou as crianças tanto quanto a nós [pais] também, pois acho que ficamos mais nervosos do que elas”.

Um pai declarou:

“nunca pensei que no hospital tivesse algo assim. Minha filha não quer nem mais ir embora. Parabéns por esse trabalho de vocês. É muito importante.”

Além do relato de profissionais envolvidos, como:

“conseguiram o que parecia uma missão impossível! Com muita alegria, criatividade e muitos brinquedos, eles fizeram com que as crianças esquecessem que estavam prestes a serem cirurgiadas”.

*“Estamos todos felizes. Foi um momento muito proveitoso para todos.
Deve ser repetido”*

Observamos, assim, que o projeto de extensão tem um imenso valor no que diz respeito à integração profissional-paciente-instituição, além de minimizar os efeitos negativos da hospitalização e propiciar qualidade de vida para a população. Dessa forma, validamos as atividades de palhaçoterapia, mostrando o quanto ela contribui para o bem estar biopsicossocial.



Figura 1 – Tiquinhos com o Superintendente do HULW



Figura 2 – atividades com fantoches

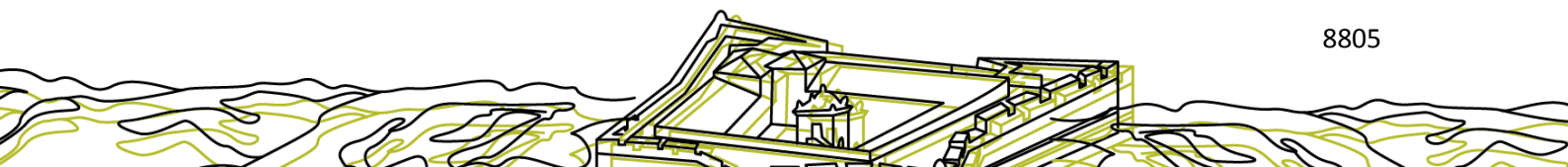




Figura 3 – criança no pré-operatório(feliz)



Figura 4 – integração com profissionais



Figura 5 – sala de espera do Bloco cirúrgico
paramentadas no pré-operatório



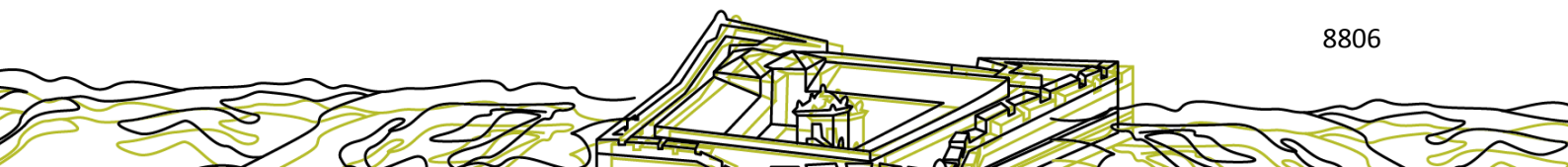
Figura 6 – Crianças

Obs: fotos autorizadas pelos responsáveis legais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da ação de extensão vivenciada pelos palhaços cuidadores com crianças e seus familiares, no cenário hospitalar oportunizou a troca de experiências, socializou o conhecimento teórico no desenvolvimento da prática, permitindo o exercício social da cidadania.

O que chamou a atenção foi que a arte de brincar no ambiente hospitalar possibilitou uma ação terapêutica lúdica junto à criança e familiares capaz de promover um melhor enfrentamento do processo de estresse no pré-operatório. Os momentos lúdicos da palhaçoterapia proporcionados pelos extensionistas do projeto de extensão Tiquinho de Alegria minimizaram o sofrimento psicológico da criança, resultando em uma estabilidade emocional, diminuição da ansiedade, do medo, inclusive esqueceram-



se do jejum necessário para realizar um procedimento que é de pouco conhecimento seu. Além disso, os familiares que apresentavam um estresse emocional muitas vezes mais elevado do que a própria criança, sentiram-se acolhidos, felizes e aliviados frente a situação vivenciada.

O resultado final demonstrou que a experiência da intervenção da palhaçoterapia no centro cirúrgico foi de grande valia para todos, oportunizando a integração entre os integrantes do projeto, as crianças, familiares, os profissionais, os gestores do hospital. Também, foi uma oportunidade de contribuir para mudar a realidade de que hospital é um ambiente frio e tenso e do valor do trabalho em equipe. Assim, os palhaços cuidadores tornaram o ambiente colorido, com diversão, sem estresse, cheio de alegria e felicidade para todos, assegurando o compromisso social junto à comunidade.

Concluimos que a ação extensionista da palhaçoterapia no mutirão de cirurgia infantil foi uma experiência benéfica, pois contribuiu para reduzir o estresse pré-operatório em crianças favorecendo benefícios aos pacientes e, inclusive modificando a imagem da instituição junto à sociedade. Além disso, promoveu a ampliação da concepção de saúde, produção e a democratização do saber de forma coletiva, a formação de cidadãos conscientes de seus direitos e das responsabilidades do exercício da cidadania de uma forma lúdica.

Esse relato de experiência vislumbra a necessidade de estimular os profissionais à reflexão no sentido de promover uma visão diferenciada da forma de intervenção em saúde, incluindo o lúdico no cotidiano das ações.

REFERÊNCIAS

AMITAY, G. B., et al. Is elective surgery traumatic for children and their parents? **Journal of Paediatrics and Child Health**. v. 42, p.618-624, 2006. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1754.2006.00938.x>. Acessado em: 10/03/18;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. ; 2. ed. 5. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010;

BROERING C. V., CREPALDI M. A. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 15-23, jan./mar. 2011;

CARVALHO J. M. P., PINTO L. A. M. Avaliação pré-operatória pediátrica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Rio de Janeiro, Ano 6, p. 82-89, Julho / Dezembro de 2007;

COSTA T. S., MORAIS A.C. A hospitalização infantil: vivências de crianças a partir de representações gráficas. **Revista enfermagem UFPE online**. Recife, v. 11, n. 1, p. 358-67, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acessado em: 10/03/18;

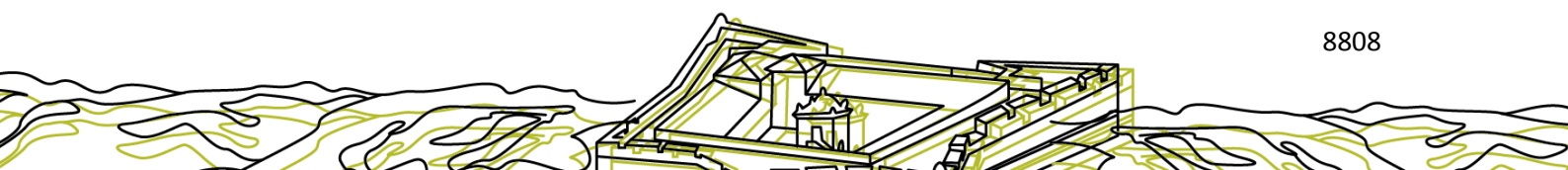
FERNANDES J.D., ALMEIDA, F.N., SANTA ROSA D., PONTES M., SANTANA N. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. **Rev. Esc. Enferm.** v. 41, p. 830-834, São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500016. Acessado em: 10/03/18;

LINGE, L. Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: A meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. **International J. Qualitative Stud Health Well-being**, v. 8. 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v8i0.18907>. Acesso em 10/03/18.

LIPP, M. E. N., MALAGRIS, L. N. **Manejo de estresse: psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. v. 2, p. 279-292, Campinas, 1998.

MENDONÇA, F.A.C., et al. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p.57-64, jan/mar.2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a08v12n1.pdf. Acessado em: 10/03/18;

RODRIGUES A. F. A., FILHO W. J. N. A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. **Ouvirouer**. Uberlândia v. 9 n. 1 p. 72-81 jan./jun. 2013.



O PROJETO DE EXTENSÃO “CORPO, MOVIMENTO E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE”: POSSIBILIDADES PARA A INCLUSÃO SOCIAL DO CORPO ENVELHECIDO

Área Temática: Saúde

Eliane da Conceição Oliveira Nunes¹; Caroline Leão do Carmo²; Renato Soares de Aquino³; Maria Leonice da Silva Alencar⁴; Elton Johnny Baia Moraes⁵

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial colado ao aumento da expectativa de vida e produz mudanças relevantes nos aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais à sociedade de velhos (as). As mudanças biológicas são as que mais se evidenciam nesse processo, se dá porque transformações corporais são vistas com maior facilidade. Entretanto, este corpo envelhecido é carregado de simbologias, particularidades e historicidade, que ultrapassa os aspectos biologicistas do envelhecer. Desta forma, o objetivo do presente estudo é analisar como o Projeto de extensão “Corpo, Movimento e Qualidade de vida na Terceira Idade”, vinculado ao Programa de Extensão Universidade da Terceira Idade–UNITERCI/UFPA contribui para a inclusão social do corpo envelhecido de homens e mulheres na sociedade do capital, sociedade esta, que privilegia o corpo jovem, por meio da concepção de qualidade de vida que vislumbra o velho como ator histórico e social.

Palavras-chave: Velhice; Qualidade de Vida; Inclusão; Corporeidade; Extensão.

¹ Universidade Federal do Pará. Graduanda em Serviço Social. Bolsista de Extensão do Projeto Corpo, Movimento e Qualidade de Vida na Terceira Idade- UNITERCI. Email: eliane.nunex@hotmail.com.

² Universidade Federal do Pará. Graduanda em Serviço Social. Bolsista de Extensão do Programa Universidade da Terceira Idade-UNITERCI. Email: carmocaroline6@gmail.com.

³ Universidade Federal do Pará. Assistente Social e Voluntário do Programa de Extensão Universidade da Terceira Idade- UNITERCI. Email: renato-s.a@hotmail.com.

⁴ Universidade Federal do Pará, Mestre em Serviço Social. Coordenadora do Programa de Extensão Universidade da Terceira Idade- UNITERCI. Email: leonicesil@hotmail.com.

⁵ Universidade Federal do Pará. Graduando em Serviço Social. Email: eltonbaia59@gmail.com.

Introdução

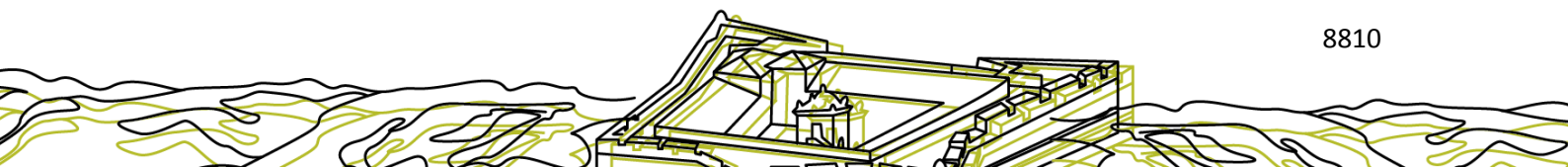
Ao longo de sua trajetória a sociedade contemporânea vem apresentando profundas transformações que geram impactos na sua constituição, com grande relevância tem-se o envelhecimento populacional como um fenômeno mundial, apresentando-se de forma peculiar de acordo com contexto histórico em que é analisado.

Este crescimento populacional é observado em países desenvolvidos de forma gradual e lenta, devido as condições objetivas de vida nesses lugares serem propícias para um envelhecer bem-sucedido. No entanto, em países em desenvolvimento - o Brasil, desde o início do século XX, o crescimento da população idosa vem ocorrendo de forma intensa e rápida. Isto se dá, a partir dos avanços tecnológicos na área da medicina e descobertas e práticas de novos hábitos, dentre outros fatores.

Sobre o processo de envelhecimento, Vitola (2003), diz que as características mais importantes deste processo são a individualidade e a diversidade, que permitem como que as mudanças, nas dimensões biológica, psicológica e social sejam vividas de maneira diferente para cada sujeito. O que Debert (2012) corrobora quando diz se tratar de um processo subjetivo e único, que depende das condições econômicas, culturais e sociais em que o indivíduo esteja inserido, portanto, o processo do envelhecimento e a velhice são heterogêneos e singulares.

Beauvoir (1990) falando sobre a trajetória da velhice no século XIX, afirma que cada sociedade tinha uma maneira própria de tratar seu velho. Enquanto que em algumas sociedades o velho é respeitado por ser símbolo de experiência, em outras somente o velho que detinha poder econômico e propriedades possuía prestígio, restando ao velho pobre a marginalidade social. Esta dualidade do envelhecer nas sociedades passadas ainda é visível na sociedade atual, significa que envelhecer na sociedade do capital é um desafio para o velho que não detém de condições objetivas de vida. Quando se vive um envelhecimento empobrecido, os preconceitos e estereótipos sofridos por esse segmento populacional se duplicam: sofrem por ser velhos e pobres.

Comumente, a velhice é associada à improdutividade, à decrepitude, doença e morte, o que faz com que esta etapa da vida, natural como as outras, seja tratada como um mal a ser evitado pela sociedade, afirma Debert (2012). Quando os aspectos biológicos são enfatizados no envelhecimento, mais a velhice é vista como negativa e como um peso, pois o indivíduo se enxerga com a ausência da força física, é afastado do



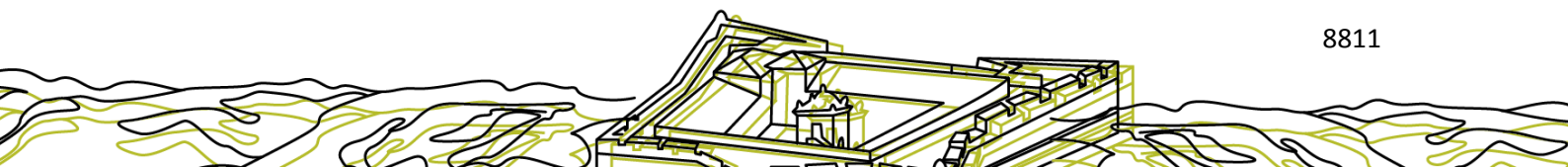
processo produtivo e a conseqüente perda de papéis sociais, pois, na sociedade do capital o corpo é um valor e um capital na sociedade que cultua e privilegia o corpo jovem, como menciona Goldenberg (2010), Para esta autora, o corpo nessa sociedade, torna-se uma vitrine, que por vezes é desejado e outras vezes é negado. E qual o corpo que é negado?

Para Blessmann (2004) a negação do corpo ocorre quando é disseminado na televisão, jornais, revistas e anúncios imagens de corpos que representam a juventude e a beleza que aparecem como ideal a ser alcançado e que não representam a realidade vivenciada pelo corpo envelhecido.

Segundo Lê Breton (2007), a corporeidade humana é um fenômeno sociocultural, cheio de símbolos e objetos de representações e imaginários. As ações humanas exercidas no seu cotidiano, sejam elas das mais simples as mais complexas, envolvem a corporeidade. Envolvido em um contexto social e cultural, Lê Breton diz que “o corpo é vetor semântico pela qual a evidência da relação do mundo é construída” (2007, p. 7). Isso significa dizer que todas as ações humanas são mediadas pela existência do corpo, este corpo que permite o indivíduo ver, sentir, tocar, se expressar e se comunicar no mundo. De acordo com Blessmann (2004), o corpo é um instrumento carnal, múltiplo de sentidos e percepções, que permite ao ser humano o acesso ao mundo, e o modo como cada sujeito irá se expressar neste mundo se chama corporeidade.

Assim, como fenômenos socioculturais, o corpo e a corporeidade são expressões da existência humana, intrínsecas a esta, portanto, não se perdem com a velhice e por isso é imprescindível a discussão, para que tabus sejam quebrados e se construa novos olhares sobre a velhice e o corpo envelhecido.

O Brasil, segundo a Associação Brasileira das Indústrias de Higiene Pessoal, perfumaria e cosméticos (2016), coloca o país como um dos principais mercados nesse setor, que cada vez mais, estimula o padrão de beleza e a “ilusão da eterna juventude”. No entanto, quando se debate sobre o corpo envelhecido, em uma sociedade que, segundo Debert (2012) e Goldenberg (2010), parece querer retardar os efeitos da velhice, investindo em indústrias de cosméticos e produtos de beleza, produzindo espaços para que os velhos possam aprender a serem “eternos jovens”, torna-se necessário pensar em ações que vislumbrem a compreensão de que o envelhecimento humano e a velhice, também trata-se de um fenômeno social e que os sujeitos velhos necessitam enxergar-se enquanto sujeito de sua história, e que o corpo envelhecido com todas suas marcas carregam essas histórias. Neste sentido, é imprescindível dizer que o bem estar físico é



necessário para que o sujeito velho goze de mais qualidade de vida, no entanto fatores psicosociais devem estar juntos.

O conceito de qualidade de vida é um conceito polissêmico. Para Neri (2003), qualidade de vida representa o bem-estar integral do sujeito, que engloba estado de saúde física, relações com o trabalho, família, valores culturais, situação econômica e atividades intelectuais, ou seja, a qualidade de vida é subjetiva e depende de como o sujeito desenvolve suas relações.

Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (2005) estabelece que para o exercício pleno de saúde e bem estar, cuidados com os aspectos físico são fundamentais, no entanto, deve-se analisar os fatores físico, econômicos e sociais do indivíduo. E para envelhecer com saúde, o sujeito necessita de condições objetivas de vida para efetivá-la.

Para tanto, a OMS (2005), diz que o envelhecer torna-se um desafio que deve ser respaldado tanto pela sociedade civil quanto pelo estado, e que deve investir em políticas públicas ao longo da vida, para que se se tenha garantido o direito de envelhecer com o mínimo de dignidade humana.

Embora de forma gradual, o sujeito idoso vem tornando-se um sujeito de destaque no país. O Estado tem a obrigação de implementar políticas, programas, projetos/serviços que proporcione o acesso desta população em espaços que desenvolvam autonomia, inclusão, qualidade de vida e o exercício de cidadania. Neste sentido A lei de nº 10.741, que regulamenta o Estatuto do Idoso, deixa claro no Art. 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária.

A população longeva brasileira cresce nas mesmas proporções que crescem as refrações da questão social, já que a sociedade e o Estado, apesar de alguns passos dados sobre a velhice, ainda não estão totalmente prontos para atender às demandas que este segmento populacional traz. Muitas dessas refrações da questão social

vivenciada pela população idosa são as violações e preconceitos por seus corpos envelhecidos.

Diante disso, pensar em espaços de sociabilidade que discutam e proporcionem a promoção de uma velhice com qualidade de vida, que discuta o corpo do velho e que possibilite a reinserção deste corpo envelhecido na sociedade, através do olhar de que este possui experiências e significados ricos torna-se essencial.

Assim, as Universidades Abertas para Terceira Idade aparecem como espaços que oportunizam discussões sobre o envelhecimento e velhice, bem como as questões que as cercam. Debert (2012) ressalta que esses espaços proporcionam o conhecimento de novos papéis sociais, oportunizando assim os velhos reinventarem a velhice. As primeiras experiências que se tem dessas Universidades são francesas por volta da década de 70. No Brasil, com o aumento da visibilidade sobre o envelhecimento, as universidades começam a pensar e criar programas, ações e discussões e estudos sobre a velhice.

O aumento da população longeva chegou na Amazônia. No censo de 2010 é revelado que 7.588.078 sujeitos residem no Estado do Pará e que destes, 535.135 são pessoas como 60 anos ou mais. O censo revelou também que a população idosa passou de 88.086 em 2000 para 129.929 em 2010. Com este aumento acentuado da população idosa, grandes desafios se apresentam para a sociedade e para o Estado.

Na década de 90, cumprindo com sua missão de produzir conhecimentos, principalmente sobre a realidade amazônica, a Universidade Federal do Pará –UFPA, implanta o programa de Extensão Universidade da Terceira Idade-UNITERCI, em 1991, vinculado à Faculdade de Serviço Social, vislumbrando, por meio da educação popular dar novos significados a velhice, potencializando homens e mulheres velhas através das trocas de conhecimentos intergeracionais, além de atualizar e promover estudos acerca do processo de envelhecimento humano e da velhice

As ações socioeducativas do Programa são planejadas e desenvolvidas a partir das demandas dos homens e mulheres velhas, com apoio de profissionais colaboradores de diversas áreas, e ocorrem por meio de palestras, oficinas, vídeos e filmes debates, rodas de conversa, relatos de experiência, reuniões;

Dentro da UNITERCI há 4 projetos, dentre eles o Projeto de extensão “Corpo, Movimento e Qualidade de Vida na Terceira Idade e tem como objetivo:

Desmistificar, compreender e conscientizar a visão de corpo em movimento no processo do envelhecimento Humano, que favoreçam o seu bem-estar, físico, social e psíquico, bem como, o engajamento ocupacional do idoso por meio do trabalho de consciência, expressão e mobilização corporal, a manutenção da capacidade física e motora, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável. (PROJETO CORPO, MOVIMENTO E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE, 2018)

As atividades do projeto contam com a colaboração de profissionais da Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermagem, Educação Física, Psicologia, sociologia e Serviço Social. As ações desenvolvidas, objetivam trabalhar com os idosos o corpo envelhecido e as potencialidades que este corpo possui mesmo com o acúmulo e idade. São tratados os aspectos biológicos, físicos, cognitivos e sensoriais, no entanto são enfatizados a importância que o corpo velho possui na construção da história de vida de cada participante.

As ações desenvolvidas possuem caráter interdisciplinar, reconhecendo que cada área do saber é importante para a constituição do Projeto. Assim, o Serviço Social, enquanto profissão de caráter interventivo, que tem como um de seus princípios fundamentais a “defesa intransigente dos direitos humanos [...]” participa como atuante na garantia do direito a envelhecer com saúde e qualidade de vida problematizando sobre o corpo velho, desconstruindo e descortinando as barreiras que a sociedade impõe ao idoso. (BRASIL, 2012)

Segundo Blessmann (2004), cada sujeito tem uma imagem de si mesmo, que vai mudando de acordo com cada etapa da vida. Entretanto, na velhice, como fase carregada de estigmas e tabus, as mudanças corporais são vivenciadas com conflitos, angústia e não aceitação pelos sujeitos, já que é difícil aceitar uma imagem envelhecida em uma sociedade que privilegia o corpo jovem e belo.

Na sociedade capitalista que marginaliza e anula o velho detentor de experiência e sujeito histórico, o Projeto de extensão “Corpo, Movimento e Qualidade de Vida na Terceira Idade”, vem potencializando velhos para ocupar espaço de sociabilidade tanto a eles negado, por meio da ideia de corpo inclusivo.

Metodologia

O presente artigo teve como aporte teórico-metodológico a abordagem históricodialético que para Minayo (2009) permite desvelar as contradições que permeiam as relações dos fenômenos a serem estudados. A utilização deste método, vislumbra ultrapassar o aparente e analisar a totalidade do social que é enorme e que está em constante transformação. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, já que utilizou autores que estudam as categorias abordadas no estudo para dar maior riqueza e veracidade no mesmo.

Utilizou-se a pesquisa qualitativa que, para Minayo (2009), trata daquilo que não pode ser quantificado, mas que permite entrar em um universo múltiplo de significados como a cultura, crença, valores, o que implica mergulhar nas relações sociais e seus fenômenos;

No decorrer do processo de coleta de dados foi utilizada a pesquisa ação, que para Gil (2008), é uma pesquisa social que permite com que o pesquisador ao mesmo tempo que analisa uma dada realidade participa da mesma. Foi utilizada também a pesquisa participante, que:

consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo. (GIL, p.103)

Os dados foram coletados através do diário de campo das bolsistas do Programa e das avaliações que ocorrem durante e/o no final dos semestres do ano de 2017, os quais foram sistematizados e analisados na construção desse estudo. Os velhos e velhas participantes do Projeto, são residentes da região metropolitana de Belém, com 60 anos e mais, e na sua maioria tem o ensino fundamental incompleto.

Resultados e Discussão

Como afirma Debert (2012), o envelhecimento enquanto processo natural, está intrínseco a todo e qualquer ser humano. Como já dito anteriormente, a região amazônica, passa por esse processo, demonstrando um expressivo aumento. Deste modo, é importante salientar que o Projeto de extensão “Corpo, Movimento e Qualidade de Vida na Terceira Idade” atende direta e indiretamente a comunidade, pois cada idoso participante do Projeto é também multiplicador de conhecimentos. Assim, o Projeto, por intermédio do UNITERCI vem cumprindo com seu papel extensionista. Neste sentido, Nascimento (2008) diz que o programa UNITERCI é um espaço de sociabilidade, que através de ações pedagógicas os idosos ampliam conhecimentos e socializam nos seus espaços de circulação.

Constatou-se que o projeto conta com grande participação de mulheres, e isso caracteriza o que Debert (2012) diz ser a “feminização da velhice”, e evidencia também que os cuidados com a saúde, bem-estar e o corpo ainda são mais importantes para as mulheres.

Falando sobre o projeto, enquanto espaço para sociabilidade, interação e troca intergeracional tem-se os seguintes relatos dos(as) participantes idosos(as).

“Participar do “corpo e movimento” tem feito eu expandir meus horizontes, conheci pessoas, os profissionais que trabalham com a gente, mesmo sendo novos ensinam tantas coisas para a gente que é velho”. (IDOSA A)

“Esses jovens nos ensinam tantas coisas sobre a saúde e sobre nosso corpo! Saio daqui animado pra viver mais.” (IDOSO B)

“Nesse espaço eu posso me expressar, questionar, passar um pouco as coisa que eu sei.

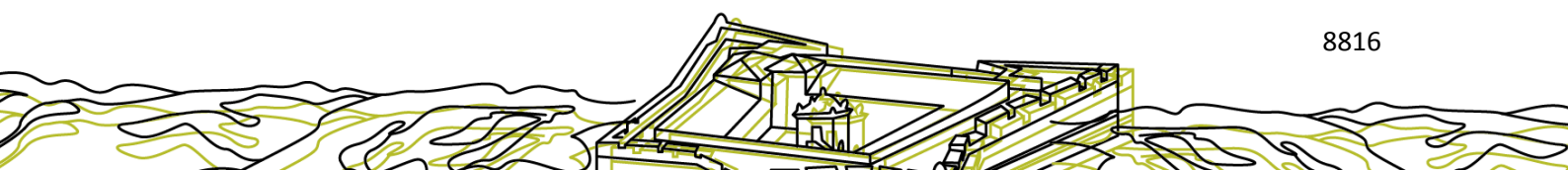
Mas a verdade é que aprendemos muito com os professores novos.” (IDOSA C)

Quando perguntados sobre a forma que a sociedade enxerga o corpo velho, os

idosos tecem os relatos: “Somos discriminados pelo corpo a gente tem, que não é mais tão bonito, que carrega a marca do tempo. Somos deixados de lado, sem valor algum.” (IDOSO B).

“Vocês sabem muito bem, que a pessoa depois que fica velha perde eu valor. Nada que ela fala importa mais, perdemos a voz. O corpo fica frágil, a gente perde força. Aí nos descartam, pensam que a gente não pode mais nada” (IDOSA A)

“O corpo do velho não existe! Ele é apagado com a juventude!” (IDOSA C)



Os idosos relataram que o Projeto proporcionou, além do bem-estar físico e qualidade de vida, a possibilidade de enxergar o corpo envelhecido e suas potencialidades. A partir das ações sócio pedagógicas o projeto percebeu-se a inclusão do corpo velho na sociedade. “As atividades do “corpo e movimento” fizeram eu perceber que ainda posso fazer muitas coisas. Que a velhice não é o fim e que meu corpo ainda é cheio de vida e que posso ocupar muitos espaços na sociedade. Hoje em dia eu saio mais de casa, coisa que eu tinha vergonha, depois que cheguei na velhice.” (IDOSA A).

A resiliência, a valorização, o reconhecimento de seu corpo e a vontade em ocupar os espaços são visíveis na fala do idoso B quando diz:

No projeto eu passei a me valorizar como idoso. As atividades que mechem com o corpo e a mente me fizeram bem. E as palestras falando sobre a importância que o corpo do velho ainda tem me fizeram perceber que ainda a velhice não é morte e que tenho que seguir a minha vida. Hoje em dia sou mais estimulado. (IDOSO B).

Elevação da autoestima, a conquista de espaço, o orgulho das rugas que sinalizam a sua história de vida também se apresenta no relato da idosa C

Depois que passei a frequentar as atividades do “corpo e movimento minha vida mudou. Eu vivia reclamando de tudo, tinha uma autoestima baixíssima. Com os profissionais que trabalham aqui com a gente aprende tanta coisa! A gente aprende a interagir mais com os outros e aceitar que as mudanças que a velhice traz podem estar ao nosso favor. Aprendi a conquistar meu espaço em casa e por onde eu vou. Meu corpo cheio de rugas e marcas do tempo são histórias de vida. Tenho orgulho disso. (IDOSA C)

A existência humana é envolvida pelo corpo e as atividades que este produz nas relações humanas e sociais. Através do corpo o homem descobre o mundo através das ações, sensações, vivências, sentimentos. Assim, o corpo, segundo Lê Breton (2007), insere o homem de forma intensa e ativa na vida em sociedade.

Conclusão/Considerações Finais

Diante de uma sociedade exclusiva que marginaliza quem não se enquadra nos padrões pré-determinados, envelhecer torna-se algo desafiador. Assim, o Projeto de Extensão “Corpo, Movimento e Qualidade de Vida na Terceira Idade”, vinculado ao Programa Universidade da Terceira idade – UNITERCI, por meio das atividades socioeducativas, vem possibilitando aos velhos participantes descobertas de novos papéis sociais, o empoderamento e a percepção de que o corpo envelhecido carrega histórias e simbologias. As atividades alcançam as expectativas dos (as) idosos (as), pois, reconhecem a importância da saúde e qualidade de vida que por meio delas, aos poucos vem rompendo com os estigmas e preconceitos e começam a ocupar os espaços de sociabilidade.

Compreendendo que o Envelhecimento Humano não é somente um processo biológico, mas, também é um processo sociocultural, as ações desenvolvidas pelos profissionais colaboradores, dentre eles o Serviço Social, pautam no reconhecimento do sujeito idoso enquanto detentor de direitos, dentre eles o direito de vivenciar o corpo envelhecido, a promoção da qualidade de vida, novas formas de enxergar-se e enxergar seu corpo e a inclusão social.

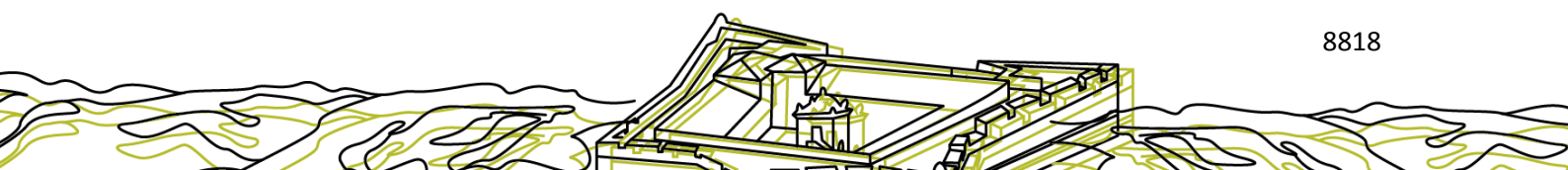
Referências

BEAUVOIR, Simone de, 1908-1986. **A Velhice** / Simone de Beauvoir; tradução de Maria Helena Franco Monteiro. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. -10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BLESSMANN, Jost Eliane. **corporeidade e envelhecimento**: o significado do corpo na velhice. In: *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004.





DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento / Guita Grin Debert. -1 Ed. 2 reimp.- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

LÊ BRETON, David, 1953- **A sociologia do corpo** / David Lê Breton; 2. ed. tradução de Sônia M.S. Fuhrmann. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

Minayo, MCS. Deslandes, SF.; Gomes, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NASCIMENTO, B.P. **Quem é o idoso da UNITERCI/UFPA**, 1991 a 2000. In: Evelyn (org), Velhice Cidadã: um processo de construção. Belém: EDUFPA, 2008.

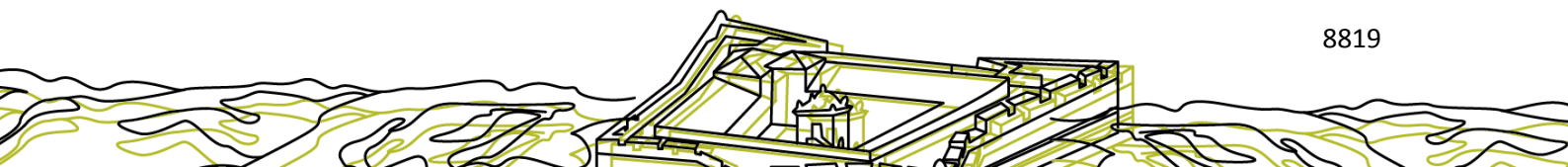
Neri, A. L. (Org.). (2003). *Qualidade de vida na idade madura* (5a ed.). Campinas: Papyrus.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

O corpo como capital: gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira / org. Mirian Goldenberg – 2.ed. – São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2010.

Universidade Federal do Pará. Relatório do Programa de Extensão corpo, movimento e qualidade de vida na terceira idade, 2018

Vitola, J. O. C. (2003). **Aspectos Psicológicos do Envelhecimento**. In: Terra, N. L. e Dornelles, B (org.) *Envelhecimento bem sucedido* (pp.97-101). (2a ed.). Porto Alegre: EDIPUCRS.



EDUCAÇÃO ALIMENTAR UTILIZANDO HORTA AGROECOLÓGICA COMO LABORATÓRIO VIVO

Área Temática: Saúde

Angélica Margarete Magalhães¹; Mariana Justino Masugossa¹; Dara Nascimento da Silva¹; Isabela Rezende Ferreira¹; Caroline Momente Martins Saturnino¹; Rosa Daniele Olazar de Souza¹; Mariana da Silva Barros¹.

¹Universidade Federal Da Grande Dourados – UFGD, Rodovia Dourados – Itahum, km - Cidade Universitária. angelicamagalhaes@ufgd.edu.br

Resumo

A horta é um dos meios didáticos mais apropriados para realização de atividades de educação alimentar e nutricional na infância, pois contribui com a sensibilização das crianças quanto à alimentação saudável, pois além de nutrir, há a formação dos hábitos alimentares, que sofrem modificações de acordo com os fatores a que as crianças serão expostas durante a infância. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência de implantação de uma horta didática agroecológica, bem como sua utilização como espaço de promoção da Educação Alimentar infância. O presente trabalho foi aplicado à horta didática agroecológica da Incubadora de Tecnologias Sociais e Solidárias da Universidade Federal da Grande Dourados (ITESS/UFGD) no período de 2014 a 2017. Descreve as espécies cultivadas e a utilização do espaço didático como um laboratório vivo para a Educação Alimentar Nutricional (EAN), sendo assim, o estudo foi dividido em duas partes: (1) Espécies cultivadas na horta e (2) Utilização enquanto espaço didático. As plantas que mais se adaptaram na horta sob cultivo agroecológico, foram: Chuchu, Couve-manteiga, Erva-doce, Fruta-do-conde, Goiaba, Guaco, Feijão guandu, Hibiscus, Hortelã, Malva crespa, Mamão, Manjeriçã, Manjerona, Maracujá, Pepino, Pimenta dedo-demoça, Pimenta-de-cheiro, Pimentão, Repolho roxo, Repolho verde, Rúcula, Salsinha, Tomate, Urucum. E quanto à utilização da horta como espaço didático, foram desenvolvidas visitas à horta e atividades lúdicas com as crianças. Com base nos resultados, pode-se concluir que a forma utilizada permitiu o cultivo de grupos diferenciados de plantas e que o desenvolvimento de ações educativas, integrando a Área da saúde e da Educação, proporcionou um ambiente propício à formação de

hábitos saudáveis, além de contribuir para o cumprimento da meta de cuidar e educar de forma indissociável, na infância.

Palavras-chave: Agroecologia; Hortaliças orgânicas; Segurança Alimentar.

Introdução

A preocupação da sociedade com as questões ambientais é crescente (PEREIRA; SILVEIRA; NETO LOMBARDI, 2006). Estas questões são relevantes por conta do avanço da prática da agricultura tradicional, também conhecida agricultura moderna (SAUER; BALESTRO 2013) e a falta de conscientização da exploração dos recursos naturais (BARROS *et al.*, 2012).

Segundo Sauer e Balestro (2009), está prática de produção de alimentos é caracterizada pela monocultura, grandes extensões de terra, mecanização da produção, intensa utilização de insumos químicos, como os fertilizantes e os agrotóxicos, e a inclusão de cultivos transgênicos.

No entanto, apesar de permitir o aumento da produtividade e da capacidade exportadora de produtos, o pacote tecnológico investido tem sido responsável por sérios danos ao meio ambiente e à saúde da população (BELDEN *et al.*, 2012).

De acordo com Brandenburg, Lamine e Darolt (2015), na década de 70, houve no Brasil, um contra movimento ao setor da agricultura tradicional, num contexto em que os impactos da modernização agrária começavam a ser previstos. Um modelo destaque, baseado na ecologia e na sustentabilidade, que tem a capacidade de dar suporte à transição para uma nova agricultura tendo o papel de colaborar na construção da consciência ecológica, pois visa à preservação ambiental e o equilíbrio ecológico é a Agroecologia (REIGOTA, 2014).

A Agroecologia surge como uma resposta ao modelo convencional de agricultura exploratória. Alternativas capazes de promover um modelo de produção de alimentos sem o uso de insumos químicos, de sementes transgênicas e, principalmente, por respeitar a natureza, gerando assim saúde e bem-estar, tanto para quem produz, como para quem consome (BRANDENBURG; LAMINE; DAROLT, 2013; BRANDENBURG, 2009; CAPORAL; COSTABEBER, 2004).

A produção agroecológica está ligada à sustentabilidade dos agroecossistemas nos temas sociais, técnicos, ambientais e econômicos (STRINGHETA; MUNIZ, 2003). Este

modelo se preocupa em construir alternativas ao uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes químicos, fortemente e habitualmente utilizados nos cultivos agrícolas, que, provocam a contaminação de solos e de cursos d'água. O sistema de produção agroecológico é fundamental para a promoção da saúde e sustentabilidade, pois sem a utilização de agrotóxicos os alimentos não possuem contaminação química (WEZEL; BELLON; DOR'E, 2009; BATISTA; ELIAS; CAVALCANTE, 2015) e os trabalhadores ficam livres dos riscos de intoxicação (HAWKES;RUEL, 2006).

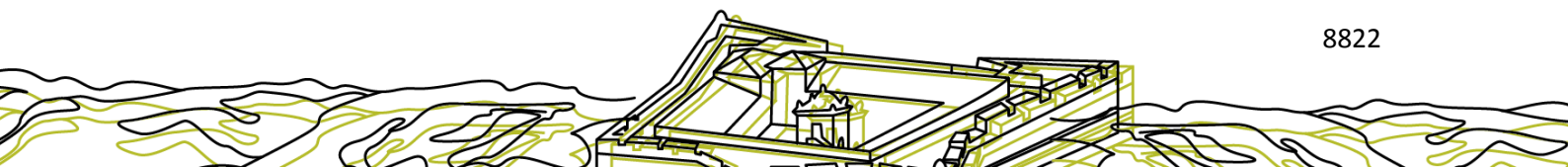
A inserção de hortas nos sistemas agroecológicos são compreendidas como um sistema de produção de alimentos vegetais que podem ser cultivados em pequenos lotes de terrenos, tanto nas cidades como no campo, o que muito contribui para a segurança alimentar e nutricional e também para a geração de renda dos produtores alinhada às Diretrizes Nacionais de Educação Alimentar e Nutricional, com vistas à promoção da Política de Segurança Alimentar (INSTITUTO DE ESTUDIOS DEL HAMBRE, 2010; MANTELLI et al, 2013).

De acordo com Galvão (2015), as hortas podem ser classificadas como: comercial, comunitária, doméstica ou escolar. As hortas, ainda, podem ser classificadas como: hortas pedagógicas, aquelas que se alinham a programas educativos, um estudo voltado para os ciclos, os processos e fenômenos naturais; hortas de produção que visam a complementação da alimentação escolar, com a produção de hortaliças e frutas e, hortas mistas que incluem desenvolvimento de plano pedagógico, para melhorar a nutrição das escolas, com alimentos saudáveis e frescos (MORGADO: SANTOS, 2008 ; FERNANDES, 2009).

A horta é um dos meios didáticos mais apropriados para realização de atividades de educação alimentar e nutricional na infância, pois contribui com a sensibilização das crianças quanto à alimentação saudável (FREITAS *et al*, 2013), além de proporcionar espaços alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil - DCNEI, particularmente comprometidos com a ludicidade, a democracia e a sustentabilidade do planeta (BRASIL/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

Dentre as principais funções de cuidar e educar se encontra o ato de alimentar as crianças, pois, para além de nutrir, há a preocupação com a formação dos hábitos alimentares, que sofrem modificações de acordo com os fatores a que as crianças serão expostas durante a infância e, além disso, maus hábitos adquiridos nessa fase são difíceis de modificar na idade adulta (MAGALHÃES, 2003; VALLE; EUCLYDES, 2007).

Além disso, as Universidades têm papel importante na formação de agentes multiplicadores dessas ações, sendo esse aspecto, contemplado neste projeto, uma vez



que inclui alunos de graduação e pós-graduação, proporcionando um espaço didático para reflexões, aulas práticas e estágios curriculares, tanto no que se refere a Educação Alimentar, quanto a sustentabilidade na produção de alimentos e Segurança Alimentar e Nutricional.

A Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), possui um Centro de Educação Infantil – CEI/UFGD, destinado a filhos e filhas de professores, servidores e acadêmicos, além de trabalhadores terceirizados. A proposta pedagógica do CEI/UFGD, buscando articular as experiências e os saberes das crianças, com os conhecimentos que fazem parte do cotidiano, visando a integração cuidar/educar, inclui projetos educativos voltados à alimentação saudável e alinhados às determinações da legislação (BRASIL/FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO NA EDUCAÇÃO, 2013), com a parceria do Curso de Nutrição da Universidade.

O Curso de Nutrição da UFGD desenvolve um projeto de extensão, aplicado ao CEI/UFGD, utilizando a horta didática agroecológica da Incubadora de Tecnologias Sociais e Solidárias – ITESS/UFGD. Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo relatar a experiência da horta como espaço de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional como os alunos do CEI/UFGD.

Metodologia

Estudo aplicado à horta didática agroecológica da ITESS/UFGD no período de 2014 a 2017. Descreve as espécies cultivadas e a utilização do espaço didático como um laboratório vivo para a Educação Alimentar Nutricional (EAN). O estudo foi dividido em duas partes: (1) Espécies cultivadas na horta e (2) Utilização enquanto espaço didático.

Para iniciar o projeto da horta, foi demarcado o espaço, preparados os canteiros e selecionadas as mudas e sementes. Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa com interface em ensino e extensão realizados em parceria com os acadêmicos do curso de nutrição da UFGD. A EAN foi desenvolvida com crianças entre 3 e 5 anos de idade, no Centro de Educação Infantil CEI/UFGD, em semestres letivos alternados, atingido o total de 5 turmas.

Os dados foram coletados em relatórios parciais, submetidos ao Sistema de Informação de Projetos do Ministério de Educação – SIGPROj, além de registros dos diários de sala de professoras do CEI, co-responsáveis pelo projeto. As atividades são

descritas conforme a divisão em que foram agrupadas: apresentação/integração da equipe, visitas à horta, plantio, colheita, atividades de sala e degustação.

Resultados e Discussão

A seleção de plantas cultivadas na implantação da horta didática agroecológica da ITESS/UFMG permitiu a produção de diversas hortaliças num espaço em que seria restritivo. A Figura 1 mostra uma visão geral da horta, em quatro diferentes estágios. O cultivo da horta não deve se restringir a espécies alimentícias, podendo incluir temperos, ervas aromáticas e plantas medicinais (MAGALHÃES, 2012)

Segundo a Resolução da Comissão Nacional de Normas e Padrões para Alimentos (CNNPA) nº 12, de 1978 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, os temperos são produtos constituídos de uma ou mais substâncias saborosas, de origem natural, com ou sem valor nutritivo, sendo adicionado aos alimentos com o fim de modificar ou exaltar o seu sabor. Já as ervas aromáticas atuam realçando o sabor dos alimentos, além disso, possuem substâncias diferentes que agem no organismo, mesmo que a planta seja usada como tempero (CARDOSO, *et al.* 2005).

Planta medicinal é uma espécie vegetal utilizada para fins terapêuticos segundo a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 306 pela (ANVISA, 2014). No entanto, independente do tipo de horta e da diversidade de cultivos é inegável que hortas favorecem o acesso a alimentos frescos, variados, ricos em minerais e vitaminas, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional (PESSOA; SOUZA; SCHUCH, 2006).



Figura 1. Visão geral da horta, em quatro estágios.

Fonte: Banco de imagens do projeto

As plantas que mais se adaptaram, sob cultivo agroecológico, no espaço definido foram:

Chuchu (*Sechium edule*), Couve-manteiga (*Brassicaoleracea*), Erva-doce (*Pimpinellaanisum*), Fruta-do-conde (*Annonasquamosa*), Goiaba (*Psidiumguajava*), Guaco (*MikaniaglomerataSpreng*), Feijão guandu (*Cajanuscajan*), Hibiscus (*Hibiscussabdarifa*), Hortelã (*Menthaspicata*), Malva crespá (*Malva crispa L*), Mamão (*Caricapapaya*), Manjericão (*Ocimumbasilicum L.*), Manjerona (*Origanummajorana*), Maracujá (*Passiflora edulis*), Pepino (*Cucumissativus*), Pimenta dedo-de-moça (*Capsicumbaccatum*), Pimenta-de-cheiro (*Capsicumodoriferum*), Pimentão (*CapsicumannuumGroup*), Repolho roxo (*Brassicaoleraceavar.capitata F rubra*), Repolho verde (*Brassicaoleracea var.capitata L*), Rúcula (*Eruca sativa*), Salsinha (*Petroselinumcrispum*), Tomate (*Solanumlycopersicum Var. Cerasiforme*), Urucum (*Bixaorellana*). Na Figura 2 é possível observar a horta didática, antes da implantação e em estágio produtivo.

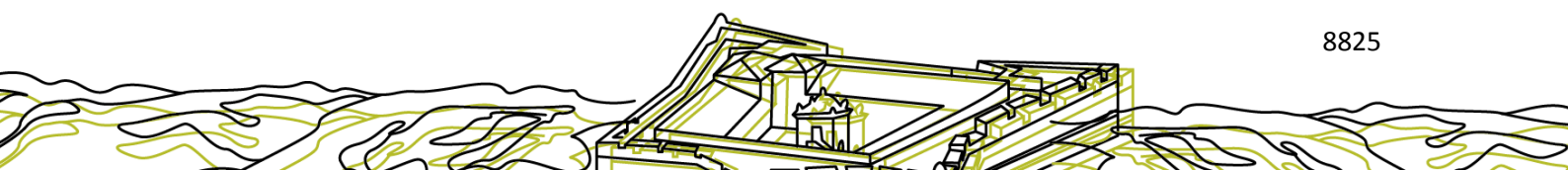




Figura 2. Horta didática agroecológica da UFGD, antes da implantação e em estágio produtivo.

Fonte: Banco de imagens do projeto

As hortas podem representar um importante espaço para promoção da EAN, tendo potencial para funcionar como um laboratório vivo para diferentes atividades didáticas (COELHO; BOGUS, 2016). No projeto foram realizados encontros desenvolvendo atividades lúdicas, propiciando uma interação entre crianças e acadêmicos extensionistas.

Foram efetuadas visitas à horta, durante as quais as crianças podiam identificar hortaliças que já conheciam e descobrir desconhecidas. Também explorados aspectos como cores, texturas, formatos das folhas, aromas, sabores e o crescimento e desenvolvimento. Ao final da visita as crianças podiam colher hortaliças para levar para casa e/ou recebiam uma muda de planta.

As visitas à horta eram complementadas com atividades de sala, como pintura, recorte e colagem, modelagem, construção de textos livres e narração de histórias infantis sobre alimentação adequada. Sequencialmente eram preparados, com a participação das crianças, lanches, saladas e/ou suco e realizada uma seção de degustação.

As atividades sempre iniciaram com a apresentação dos extensionistas na sala de atividades no CEI. Essa apresentação era feita de forma lúdica, com brincadeiras e conversa informal, visando à integração da equipe com as crianças (FIGURA 1).

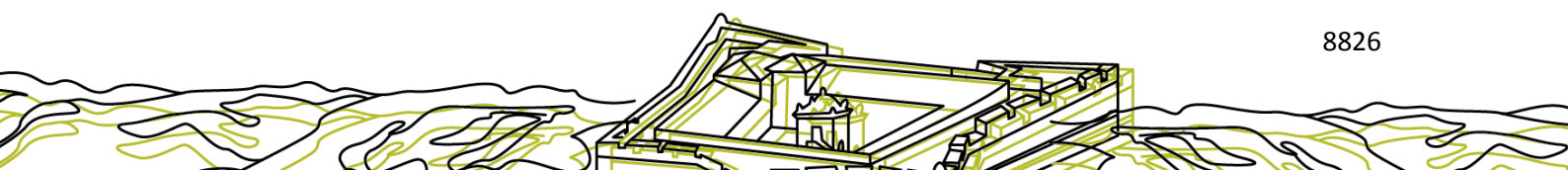




Figura 1 – Contato dos extensionistas com as crianças

Fonte: Banco de imagens do projeto

A estruturação da atividade de apresentação incluindo brincadeira e estimulando o imaginário infantil foi primordial para a integração da equipe com as crianças, o interesse geral pelas atividades subsequente e adesão à participação no projeto. As visitas eram motivo de muita alegria e satisfação para as crianças. Cabe salientar que a horta se localiza em espaço próximo ao CEI/UFGD, mas mesmo assim, era considerado pelas crianças como “um grande passeio”.

Essas visitas tinham a duração de aproximadamente uma hora. Era permitida a circulação por todo o espaço que, inicialmente, possuía apenas canteiros com poucas hortaliças, plantas aromáticas e temperos, além de algumas cucurbitáceas como abóbora, pepino e melancia, mas que aos poucos, ao longo de três anos, foi sendo povoada com arbustos, árvores frutíferas, particularmente banana, maracujá, goiaba, urucum e feijão guandu (FIGURA 2).

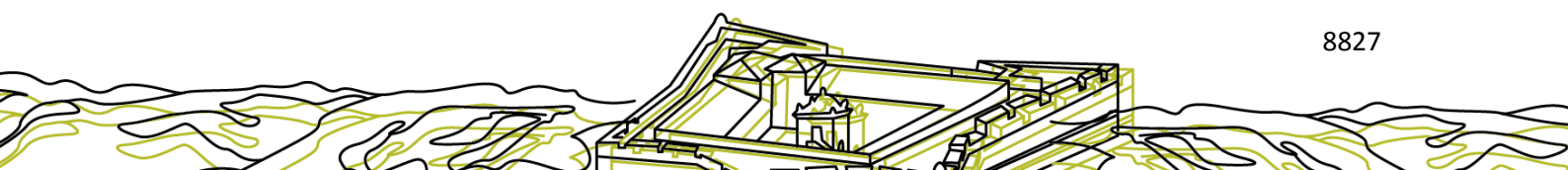




Figura 2 – Detalhes de visita á horta

Fonte: Banco de imagens do projeto

Nessa etapa eram explorados aspectos relacionados ao reconhecimento de plantas, quando as crianças podiam identificar aromas, cores, formatos e tamanhos diferenciados. Além disso, podiam observar o crescimento e desenvolvimento de folhosos e frutas das cucurbitáceas, que apresentavam diferenças importantes num curto intervalo de dias, devido ao rápido crescimento.

Na Figura 3 mostra a etapa de plantio onde as crianças recebiam sementes ou mudas para plantar em vasos, ou diretamente nos canteiros. Quando eram mudas, elas podiam levar uma amostra para casa e o outro era cuidado pelo servidor responsável, para que as crianças pudessem ver o desenvolvimento de “sua plantinha” na visita seguinte.

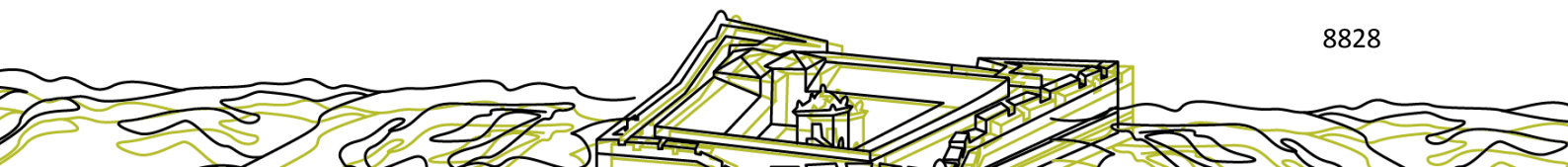




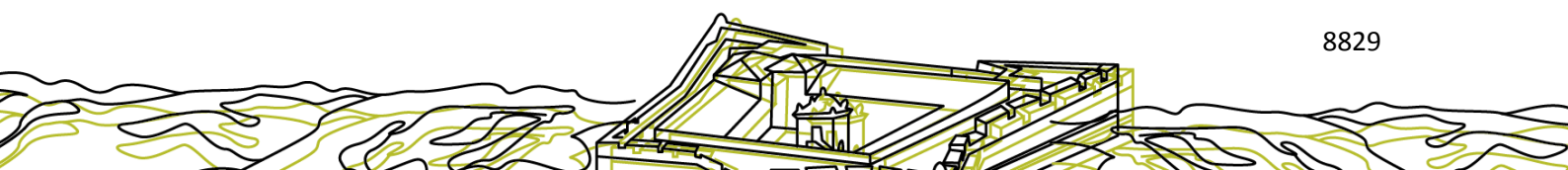
Figura 3 – Atividades Relativas a plantio.

Fonte: Banco de imagens do projeto

A Figura 4 mostra detalhes da etapa da colheita, uma das preferidas pelas crianças. Elas se sentiam recompensadas pelo “trabalho” de cultivar e cuidar de suas plantas. O destaque maior foi para a colheita das raízes e tubérculos, como rabanete, cenoura, beterraba e batata doce. Uma preocupação evidente era com a possibilidade de poder levar um pouco para casa, pois muitas relatavam que queriam levar para a mãe, o pai, algum irmãozinho, a avó e, até mesmo, para seu cachorro.



Figura 4 – Detalhes da etapa de colheita



Fonte: Banco de imagens do projeto

As atividades de visita sempre eram seguidas de atividades de sala, que iniciavam pela manifestação verbal das crianças sobre a experiência vivenciada. Durante as atividades desenvolvidas em sala, as crianças podiam enriquecer seus conhecimentos com brincadeiras, narração de estórias, modelagem com massa de modelar feita com caldo de legumes, recorte, desenho e pintura de figuras em formato de alimentos.

Essas atividades contribuíam para o aprendizado das cores, formas, tamanhos, quantidades e contagem numérica. Contribuições relativas à linguagem puderam ser percebidas com o enriquecimento do vocabulário, pela identificação de diferentes alimentos, ervas aromáticas e, até mesmo, ferramentas utilizadas na horta, como enxada, pá, rastelo e regador.

As Figuras 5 e 6 mostram atividades de sala.



Figura 5 – Detalhes da etapa de atividades de sala

Fonte: Banco de imagens do projeto

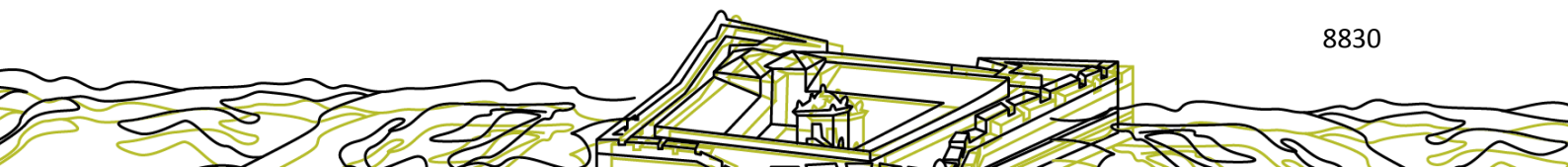




Figura 6 – Detalhes da etapa de atividades de sala
Fonte: Banco de imagens do projeto

Na etapa de degustação foi possível observar o impacto da atividade de educação alimentar sobre a aceitabilidade de hortaliças e frutas, pelas crianças. Todas participavam ativamente, experimentavam os alimentos oferecidos e faziam comentários correlacionando os alimentos com as atividades. As Figuras 7 e 8 mostram detalhes da etapa de degustação.



Figura 7 - Detalhes da etapa de degustação
Fonte: Banco de imagens do projeto

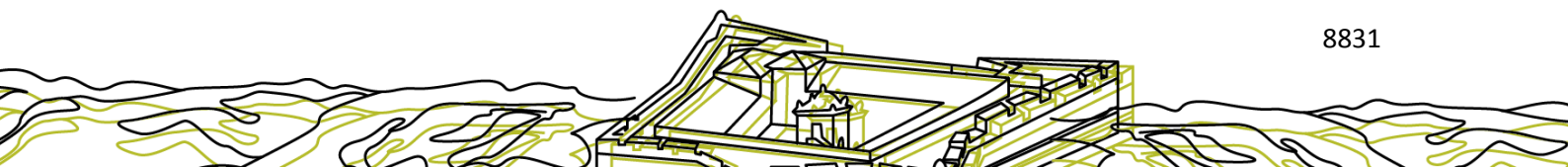




Figura 8 - Detalhes da etapa de degustação

Fonte: Banco de imagens do projeto

Os resultados deste projeto estão alinhados a afirmações de Irala e Fernandez (2001), para os quais a implantação de hortas em escolas tem como objetivo, não apenas difundir a prática do cultivo de hortaliças, como também, a utilização de técnicas interdisciplinares e promoção da alimentação saudável.

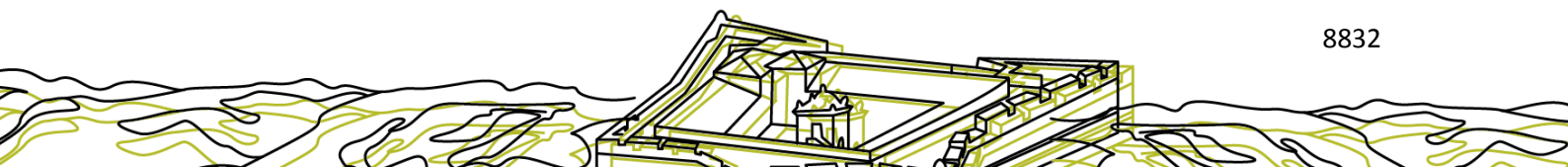
Através de experiências realizadas com hortas escolares didáticas em escolas de zona rural, Santos *et al.* (2014), identificaram que este tipo de prática representa um grande recurso para os professores, estimulando os alunos a consumirem produtos de melhor qualidade, além de influenciá-los a cuidar do ambiente para a produção de alimentos mais saudáveis, permitindo também, debates com relação a importância de uma alimentação saudável e equilibrada (FETTER; MULLER, 2008).

Conclusão

Com base nos resultados, foi possível concluir que a adoção de critérios específicos para seleção de plantas a serem cultivadas em hortas didáticas é crucial, para melhor aproveitamento do espaço físico e maior diversificação de plantas.

O sistema utilizado permitiu o cultivo de grupos diferenciados de plantas, o que contribui para uma maior variedade de aromas, cores, sabores, texturas e nutrientes advindos das plantas da horta.

O projeto colabora com o desenvolvimento de ações educativas, voltadas à promoção da alimentação saudável e formação de hábitos alimentares. O caráter



intersectorial e interdisciplinar do projeto, integrando a Área da saúde e da Educação, proporcionou um espaço propício à formação de hábitos saudáveis, além de contribuir para o cumprimento da meta de cuidar e educar de forma indissociável, na infância.

Referências

BARROS, L.C.; DAMBROS, G.; MACHADO, D. T. M. Agroecologia na escola: desenvolvimento de atividades agroecológica na rede pública de ensino de Cachoeira do Sul/RS. Monografias Ambientais, v. 5, n. 5, p. 1032-1037, 2012.

BATISTA, I. M; ELIAS, M. E; CAVALCANTE, A. Horta Escolar Agroecológica: um instrumento para educação ambiental e mudança de hábitos alimentares. ANAIS do II Seminário Internacional. Questões Socioambientais Sustentabilidade na Amazônia, p.4-10. 2015.

BELDEN, J. B.; HANSON, B. R.; MCMURRY, S. T.; SMITH, L. M.; HAUKOS, D. A. Assessment of the Effects of Farming and Conservation Programs on Pesticide Deposition in High Plains Wetlands: Environ Science & Technology . v. 46, n. 6, p. 3424-3432, 2012.

BRANDENBURG, A. Ecologização da agricultura e reconstrução do ambiente rural no Brasil. In XXVII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA. VIII JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. Asociación Latinoamericana de Sociología, 2009, Buenos Aires, Anais eletrônicos, Buenos Aires: Acta Académica. p.1-14.

BRANDENBURG, A. Movimento agroecológico: trajetória, contradições e perspectivas: **Desenvolvimento e Meio Ambiente**. Biblioteca digital de Periódicos – UFPR. Curitiba, n. 6, p. 11-28, jul./dez. 2002.

BRANDENBURG, A.; LAMINE, C.; DAROLT, M. R. Institucionalização do movimento ecológico na agricultura: mercado e reorganização dos atores sociais. **Estudos Sociedade e Cultura**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 221-247, out. 2013.

BRASIL . Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento na Educação, Resolução nº 26, DE 17 DE JUNHO DE 2013. Dispõe sobre a Alimentação escolar aos

alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Brasília, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência-Geral Alimentos Resolução - CNNPA nº 12, de 1978.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil**. Brasília: MEC, SEB, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de Maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 abr. 2014.

CAPORAL, F. R; COSTABEBER, A. J, **Agroecologia**: alguns conceitos e princípios. Brasília: Socla, 2004. 24p.

CARDOSO, M.G. et al.(CASTRO, D.P., AGUIAR, P.M., SILVA, V. F., SALGADO, A.P.S.P., MUNIZ, F.R., GAVILANES, M.L., PINTO, J.E.B.P). **Plantas aromáticas e condimentares**. Lavras: Editora UFLA, 2005 (Boletim Técnico), v 62. 84 p.

COELHO, D. E. P.; BOGUS, C. M. Vivências de plantar e comer: a horta escolar como prática educativa, sob a perspectiva dos educadores. **Saúde Social**. São Paulo, 2016, vol.25, n.3, p.761770. ISSN 0104-1290.

FERNANDES, M.C.A. **Orientações para a implantação e implementação da horta escolar**. Caderno 2. 43p. 3 ed. Projeto TCP/BRA/3003. FAO/PNDE/MEC. Brasília, 2009.

FETTER, I. S; MULLER, J; Agroecologia Merenda Escolar e Ervam Medicinais Resgatando Valores no Ambiente escolar. Revista Brasileira de Agroecologia: São Leopoldo, Rio Grande do Sul 2008. v.2, n.1. 318- 321p.

FREITAS et al. Horta escolar agroecológica como instrumento de educação ambiental e alimentar na Creche Municipal Dr. Washington Barros – Petrolina/PE. Revista de Extensão da Univasf. Petrolina-PE, v. 1, n. 1, p. 155-169, jan./jul. 2013.

GALVAO, M. S. **Levantamento de Práticas Agroecológicas em Hortas Comunitárias na área urbana do município de Petrolina-PE**. 2015. 25f. Monografia (Conclusão do Curso em Agronomia) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sertão Pernambucano. Petrolina.

HAWKES, C.; RUEL, M. The links between agriculture and health: an intersectoral opportunity to improve the health and livelihoods of the poor. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, n.12, p.984-990, 2006.

INSTITUTO DE ESTUDIOS DEL HAMBRE (IEH), **Boletim Temático sobre Tecnologias Sociais**. Tema 7: Hortas Comunitárias, Escolares e Familiares, 2010.

IRALA, C. H. E FERNADEZ, P. M. Manual para escolas. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis. Departamento de Nutrição e Departamento de Política de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Ciências da Saúde. 2001. 21 p.

MAGALHÃES, A. M. **A horta como estratégia de educação alimentar em creche**. 2003. 120 f. Dissertação (Mestrado em Agroecossistemas) – Biblioteca Universitária de Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MAGALHÃES, A. M. Espaço de diálogos sobre alimentação adequada e saudável em rede de proteção social básica. **Revista Desenvolvimento Social**. n. 7, 2012.

MANTELLI, J ; MOURA, J, F; SILVA, N. I; LUZ, T ; UTZIG, J; PACHECO, A. Horta escolar e agroecologia. In: VIII Congresso Brasileiro de Agroecologia. Porto Alegre, 2013. **Cadernos de Agroecologia**, vol 8, 5f. Nov 2013.

MORGADO, S. F; SANTOS, M. A. A. A Horta Escolar Na Educação Ambiental e Alimentar: Experiência do Projeto Horta Viva nas Escolas Municipais De Florianópolis. EXTENSIO – **Revista Eletrônica de Extensão**. n 6, ano 2008.

PEREIRA, L.; SILVEIRA, M. Â.; NETO LOMBARDI, F. L. **Agroecologia e aptidão agrícola das terras**: as bases científicas para uma agricultura sustentável. Jaguariúna: Embrapa, 2006.

PESSOA C.C.; SOUZA, M.; SCHUCH, I. Agricultura urbana e Segurança Alimentar: estudo no município de Santa Maria – RS. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, v.13, n.1, p.23-27, 2006.

PESSOA, C. C.; SOUZA, M. de; SCHUCH, I. Agricultura urbana e Segurança Alimentar: estudo no município de Santa Maria – RS. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 23-27. 2006. Disponível em: Acesso em: 31 mar. 2018

REIGOTA, M. **O que é educação ambiental?** 2ª ed. v. 292. Araçatuba. São Paulo: Brasiliense, 2014.

SANTOS, M.J.D; AZEVEDO, T.A.O; FREIRE, J.L; ARNAUD, D.K.L; REIS, F.L.A.M. HORTA ESCOLAR Agroecológica: incentivadora da aprendizagem e de mudanças de hábitos alimentares no ensino fundamental. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba. Universidade Estadual da Paraíba. **Revista HOLOS**, a. 30, v. 4. p.278- 290.

SAUER, S.; BALESTRO, V.M. A diversidade no rural, transição agroecológica e caminhos para a superação da Revolução Verde: introduzindo o debate. **Agroecologia e os desafios da transição agroecológica**. São Paulo: Expressão Popular, p. 7-15, 2009.

STRINGHETA, P. C; MUNIZ, J. N. **Alimentos Orgânicos: Produção, Tecnologia e Certificação**. 1. ed Viçosa: UFV, 2003. 452p.

STRINGHETA, P.C.; MUNIZ, J.N. (Eds.). Alimentos orgânicos: produção, tecnologia e certificação. Viçosa: Editora UFV, 2003. 452p.

VALLE, J. M. N; EUCLYDES, M. P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista Atenção Primária à Saúde** , v. 10, n. 1, p. 56-65, jan./jun. 2007.

WEZEL, S.; BELLON, T.; DOR'E, C. Agroecology as a science, a movement and a practice. review. *Agronomy for Sustainable Development Agron. Sustain. Dev*, v. 29, n. 4, out.-dez., 2009. p. 503-515.

ações de educação em saúde com adolescentes em privação de liberdade

Área Temática: Saúde ou Educação

Layze Ingrid Frutuoso da Silva¹; Ana Clara Oliveira Alves²; Camilla Medeiros³; Gêssica de Lucena Moraes⁴; Ivone Marinho dos Santos Vale⁵; Dulcian Medeiros de Azevedo⁶; Cristyanne Samara Miranda de Holanda⁷; Roberta Kaliny de Souza Costa⁸.

Instituição: Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Resumo

Introdução: A constituição brasileira assegura o direito à educação e saúde a todos os cidadãos, incluindo-se os jovens em privação de liberdade, que também necessitam do acesso ao conhecimento sobre sua saúde. A comunicação desse grupo com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF é primordial para mediação destes jovens ao serviço público de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de ações de educação em saúde com jovens em privação de liberdade. **Metodologia:** A vivência teve o aporte metodológico do componente curricular Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó/UERN, desenvolvida no Centro Educacional (CEDUC) de Caicó. Para conhecimento da realidade, realizou-se visita à instituição para identificação das necessidades dos jovens. **Resultados:** Foram trabalhados dois temas, em dois grupos distintos: uso de antiinflamatórios não esteroidais e benzodiazepínicos, além de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S), realizados nos dias 14 e 21 de setembro de 2017. O tema sobre automedicação foi explanado através do uso de um manequim anatômico para facilitar a compressão do armazenamento, distribuição, excreção e reações desses medicamentos, apontando as consequências do uso indiscriminado. No segundo momento foi confeccionado um painel de chás pelas estagiárias e participação dos jovens na descrição de suas indicações, seguido de técnicas de relaxamento corporal para alívio de dores e preservação do sono. A temática sobre IST's seguiu de forma expositiva e dialogada, na

¹ Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

² Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

³ Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

⁴ Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

⁵ Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

⁶ Docente do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/ Campus Caicó).

⁷ Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

⁸ Discentes do Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem (UERN/Campus Caicó).

sequência sífilis, gonorreia, herpes labial e genital, abordadas no primeiro momento e as IST'S HIV/AIDS e HPV, expostas no segundo momento. **Conclusão:** A experiência apontou a relevância da atuação dos acadêmicos de enfermagem junto à universidade em atender às necessidades e demandas de pessoas em reclusão, principalmente relacionadas ao processo saúde-doença.

Palavras-chave: Educação em saúde, Automedicação, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Introdução

A adolescência é um período de transição da infância à vida adulta que compreende a faixa etária dos 10 aos 20 anos, conforme critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e consiste em um período de diversas transformações, no humor, hábitos e comportamentos. Fatores externos como vivência conflituosa na família e no âmbito social interferem ao passo que acentuam a vulnerabilidade desse grupo, que acabam por buscar atenção em outros meios (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIN, 2015), quer seja nas drogas ou na violência, com risco à situação prisional a depender da infração cometida.

Qualquer adolescente ou jovem que comete ato infracional poderá ingressar num sistema socioeducativo, representada por ente governamental que aplica medidas socioeducativas a fim de ocupar o jovem infrator. Tais entidades podem ser privativas ou não de liberdade, objetivando levar o jovem à preocupação, responsabilização e reflexão de seus atos, além de prepará-lo para ser reintegração social e busca de novas oportunidades. (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2015).

Durante o período de privação de liberdade, o adolescente está sob total responsabilidade do Estado, cabendo a este garantir-lhe seus direitos à saúde, comum a qualquer cidadão, independentemente de sua situação jurídico legal.

Neste sentido, considerando a situação de vulnerabilidade própria a esta fase da vida, torna-se primordial atender às necessidades em saúde de jovens e adolescentes, em especial, através da educação em saúde, para que adquiram conhecimentos sobre seu corpo e as mudanças que ocorrem nesse período. Tal processo facilitará a adoção de medidas de prevenção de doenças, tais como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e outros possíveis agravos de saúde, dentre eles as consequências resultantes do uso indiscriminado de medicações, prática comum a este grupo, principalmente entre os envolvidos com drogas; para isso, a comunicação desse grupo com a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é primordial para o acesso a ações de saúde.

Sabendo que é na adolescência que há maiores impulsos sexuais e, portanto, uma fase em que o sexo sem segurança é comum, resultando em IST's, é que se faz cada vez mais necessária a atuação da equipe da atenção primária em locais onde esses adolescentes estão inseridos. Assim, apesar da resistência por parte dos profissionais de saúde em adentrar nos espaços socioeducativos em que há jovens detentos, é essencial para o tratamento daqueles envolvidos em relacionamentos sexuais, a fim de elaborar estratégias para captar esses jovens com IST's e seus parceiros, a fim de manter a organização dos serviços de saúde e atender às pessoas envolvidas (CAVALCANTE et al, 2016).

Apesar da prática do sexo desprotegido entre os adolescentes, também é comum o uso indiscriminado de medicações, em especial aqueles que contemplam um histórico de uso de drogas e buscam nos medicamentos uma solução para alívio de dor e bem estar. Tal prática representa o ato de usar medicamentos sem prescrição/avaliação médica, tendo aumentado pela influência na mídia e crença de que os mesmos tudo resolvem (ARRAIS et al, 2016).

Na prática da automedicação, os jovens costumam utilizar benzodiazepínicos em doses elevadas para reduzir a ansiedade e preservar o sono, levando-os a um estado de dependência e busca constante de bem-estar. Segundo Xavier (2010), a maioria das pessoas usam esses medicamentos de forma abusiva, sem conhecer seus efeitos adversos, que incluem prejuízo da memória e do desempenho psicomotor, além de alterações comportamentais e psicológica.

Semelhante aos benzodiazepínicos, os antiinflamatórios não esteroidais (AINES), como o paracetamol, são medicamentos de venda livre e amplamente utilizados pela população em casos de febre e alívio de dores (analgésicos e antipiréticos). O uso inconsequente e a falta de conhecimento sobre a toxicidade dos AINES deixam as pessoas susceptíveis à intoxicação, que podem causar desde sintomas como náuseas e vômitos e, em casos mais graves, toxicidade hepática e renal (TERRES, 2015).

Visto que os problemas com medicações e IST's é predominante entre os jovens, e não diferentemente entre aqueles em situação de privação de liberdade, também necessitados de conhecimentos, e vulneráveis a estes problemas que provocam sérios agravos à saúde, é que o presente trabalho objetiva relatar experiência de ações de educação em saúde com jovens em privação de liberdade em um centro socioeducativo.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado por acadêmicos e docentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó, desenvolvida com jovens do sexo masculino do

Centro Educacional (CEDUC) no município de Caicó, entre os dias 14 e 21 de setembro de 2017. As ações foram elaboradas no contexto do componente curricular Estágio Supervisionado I, ministrada no sexto período do curso, que objetiva tratar questões referentes à educação em saúde, saber este que constitui o processo de trabalho do profissional de enfermagem; e promover diálogo entre teoria e prática, garantindo uma postura ética durante esse processo educacional (UERN, 2016).

O Estágio I abrange uma intervenção com foco em ações de educação em saúde, representada por três momentos: Captação da realidade, identificação dos temas a serem abordados pelo público-alvo, planejamento das intervenções e execução das ações.

A captação da realidade consistiu em observar as principais fragilidades e necessidades em saúde da área em que a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) está inserida, neste momento, é essencial extrair dos usuários e profissionais de saúde suas angústias e perspectivas acerca do serviço de saúde ofertado. Durante esta primeira etapa, o Centro Educacional (CEDUC), que abriga jovens infratores em privação de liberdade, demonstrou ser o local que mais necessitava de atenção e assistência educacional em saúde, em especial, pela própria situação de reclusão social que, por vezes, sofre com a resistência por parte das instituições em saúde em intervir neste cenário.

Identificado o público-alvo, seguiu-se de conversas para que os próprios jovens apontassem suas principais dúvidas concernentes ao cuidado com a saúde. Neste momento, foram identificados dois temas distintos a ser trabalhados em dois grupos. No primeiro grupo, foram apontadas dúvidas sobre automedicação e suas consequências ao organismo. No segundo grupo surgiram dúvidas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, tais como sífilis, gonorreia, herpes labial e genital, HIV/AIDS e HPV.

Uma vez apontados os temas, foi realizado o planejamento das ações a serem executadas, com a pactuação dos dias de intervenção, definição de materiais utilizados, formas de avaliação do aprendizado e a busca por profissionais para contribuir nas ações.

A última etapa compreendeu a execução das ações. No primeiro grupo, para abordar o tema sobre automedicação e suas consequências, foi utilizado um manequim anatômico, para facilitar a compressão do armazenamento, distribuição, excreção e reações desses medicamentos, apontando-se as consequências do uso indiscriminado, bem como a confecção de um painel de chás e apresentação de técnicas de relaxamento, como medidas não farmacológicas para alívio de dor e preservação do sono.

A temática sobre IST's seguiu de forma expositiva e dialogada, com auxílio de multimídia.

Resultados e Discussão

O tema sobre automedicação permitiu aos jovens manusear o manequim anatômico, com respostas de dúvidas e outros esclarecimentos. Realizou-se ainda uma dinâmica sobre as classes medicamentosas e suas funções, para avaliar o conhecimento prévio sobre este assunto. A avaliação final foi realizada com perguntas em baixo das cadeiras.

No segundo momento foram apresentados os chás e suas funções como medidas não medicamentosas para promoção do bem estar e técnicas de relaxamento corporal. Realizou-se uma dinâmica de conhecimentos prévios, formando-se dois grupos, elencando um representante para provar alguns chás e falar sobre sua utilidade. O conteúdo foi abordado com o auxílio dos jovens e direcionamento dos estagiários para organização do painel de chás, que indicava o nome e funções destes.

Esses temas trabalhados conforme proposto pelos jovens, que costumeiramente fazem seu uso sem saber os riscos, são relevantes à discussão, visto que o paracetamol, por exemplo, contrário aos benzodiazepínicos, não causa dependência, porém, sua comercialização fácil e uso indiscriminado pode acarretar intoxicação hepática (TERRES, 2015).

A ação foi encerrada com uma técnica de relaxamento facilitada pela fisioterapeuta residente da UBSF, mostrando que além das medidas farmacológicas existem outras possibilidades para promoção do bem estar, que inclui atividade física, alimentação saudável e momentos de concentração para relaxar o corpo e mente, exercícios que contribuem não somente para o alívio de dor e estresse mas também na preservação do sono, problema mencionado pela maioria dos jovens, que possuíam dificuldades em relaxar e dormir.

Quanto à temática sobre IST's, realizou-se a “Dinâmica do Dado” contendo perguntas para avaliação dos conhecimentos prévios, seguido do conteúdo. Em seguida, imagens das IST'S foram expostas e assim identificavam-se de qual IST se tratava, argumentando quanto à característica desta infecção.

No segundo momento sobre IST's, foi realizada a dinâmica do concordo ou discordo para conhecimentos prévios, organizadas em placas, e após, perguntas gerais sobre a temática. Os jovens se direcionavam à placa que representasse sua opinião, havendo apenas questionamentos e retirada de dúvidas como avaliação final.

Discutir sobre IST's com adolescentes em um centro socioeducativo, mesmo que este seja um ambiente para jovens infratores, é necessário, visto que por sua própria situação configura-se um grupo vulnerável, numa fase em que há adesão à vida sexual precocemente e em muitos casos desprotegida, tornando-os propensos a portar e transmitir doenças, que, quando não identificadas e tratadas, podem inclusive, resultar em óbito (AMORAS; CAMPOS; BESERRA, 2015).

É fato que a atenção integral à saúde do adolescente representa um tema desafiante aos profissionais de saúde, principalmente de jovens que desafiam as leis e, por isso, encontram-se em privação de liberdade. Essa situação prisional provoca forte resistência por parte dos profissionais de saúde em atuar frente às necessidades deste grupo, até mesmo na inviabilização de ações que contribuam para melhoria e bem-estar (MOREIRA, RIBEIRO, FERNANDES, 2015).

Por outro lado, as ações de intervenções permitiram à equipe técnica da instituição educacional à aquisição de conhecimentos, para que uma vez identificados os problemas de saúde, levem os jovens à unidade de saúde do bairro (UBSF). A esta, por sua vez, foi proporcionado um novo olhar e atenção ao grupo de sua adscrição, destacando-se como coletivo vulnerável, que também necessitam de acompanhamento e cuidados em saúde.

Considerações Finais

A experiência apontou para relevância da atuação de acadêmicos de enfermagem num trabalho externo à sala de aula, integrando-se unidade de saúde e usuários adstritos a este equipamento de saúde (UBSF).

Estes jovens, assim como os demais cidadãos, apresentam dúvidas quanto ao seu estado de saúde e, como direito comum a todos, também necessitam ter seus questionamentos sanados, além da oportunidade de adquirir conhecimentos relacionados a sua condição de saúde.

As temáticas abordadas quanto ao uso de medicamentos comuns entre este grupo, bem como as IST's, possibilitou aos jovens atentar aos possíveis riscos que estavam expostos. A participação destes nas ações foi primordial para que compartilhassem suas dúvidas, conhecessem os profissionais que integram a equipe de saúde da atenção básica e como procurar ajuda no serviço público de saúde. Por outro lado, à unidade de saúde, foi permitido conhecer melhor a realidade desses adolescentes que por vezes são excluídos da sociedade, alertando-os para a relevância de continuar a assistência com ações educativas em saúde iniciadas pela universidade.

Referências

AMORAS, B. C; CAMPOS, A. R; BESERRA, E. P. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. **Revista eletrônica de humanidades do curso de ciências sociais da UNIFAP**, Macapá, v.8, n.1, p. 163- 171, 2015.

ARRAIS, D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

BITTENCOURT, A. L. P; FRANÇA, L. G; GOLDIN, J. R. Adolescência vulnerável: Fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 311- 319, 2015.

CAVALCANTE, E. G. F. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 450-457, 2016.

FERNANDES, F. M. B; RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: Um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. esp., p. 120-131, 2015.

TERRES, D. R. et al. Potencial toxicológico de medicamento de venda livre: Ênfase no paracetamol. **FACIDER Revista científica**, Colider-MT, n. 8, p. 1-15, 2015.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **Projeto Pedagógico de Curso** – PPC. Curso de Graduação em Enfermagem. Caicó-RN: UERN, 2016.

XAVIER, I.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: Uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2010.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO INSTRUMENTO DE MELHORIA ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área temática: Saúde

Ana Tereza de Medeiros Fernandes¹

Luiz Alves Morais Filho²

1. Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Endereço eletrônico: nanatereza_@hotmail.com
2. Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Assistente I do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Resumo

Ao atuar no setor de urgências e emergências, a equipe de enfermagem deve estar preparada, possuir domínio do conhecimento técnico-científico aplicado no exercício de sua profissão e ser capaz de desenvolver o raciocínio crítico-clínico diante das situações assistenciais. No entanto, em alguns contextos essa prática está fragilizada. São falhas que se perpetuam desde a graduação, onde por sua vez, o profissional depara-se com a falta de conhecimento em uma área específica, o que afeta a qualidade da assistência, pondo em questão a qualidade da assistência. Surge então a necessidade constante de qualificação de mão de obra, frente aos avanços e modificações de protocolos assistenciais. Diante dessa realidade, surge a Educação Permanente como um conjunto de atividades educativas na saúde, embasadas na problematização e contextualização do trabalho e transformação das práticas profissionais e organização do serviço. O objetivo desse estudo é descrever a experiência da implementação de um projeto de extensão universitária de educação permanente nos serviços de urgência e emergência com a equipe de enfermagem, em três hospitais do Rio Grande do Norte. Trata-se de um

relato de experiência, de um projeto de extensão referentes ao ano de 2017. Dois dos hospitais estão localizados no interior do estado e um na capital. Foram realizados 14 encontros nos três hospitais, abordando temáticas, previamente escolhidas pelos profissionais do serviço. Foi possível a consolidação e fortalecimento das atividades de educação permanente nos serviços de urgência e emergência dos hospitais envolvidos, através da formação e o surgimento de novos conhecimentos e aperfeiçoamento das práticas dos profissionais do serviço, assim, pôde-se qualificar o serviço trazendo melhorias.

Palavras-chave: Educação Permanente. Enfermagem. Urgência. Emergência. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde, despertou a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Permitindo enfatizar a educação dos trabalhadores como componente imprescindível para a construção das mudanças almejadas e da qualidade dos serviços prestados à população (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Segundo Lemos (2016) fica estabelecido que é competência do Sistema Único de Saúde de acordo com os termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

Em 2003, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do SUS (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010). Em 2004, foi implantada PNEPS pela Portaria 198, qual o MS assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação seus recursos humanos. A parti disso criou-se Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. (LEMOS, 2016). Porém, com a Portaria GM/ MS nº 1.996, de agosto de 2007, passa a ser constituída por meio de Colegiados de Gestão Regional, com a participação, em especial das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A Educação Permanente consiste em atividades educativas na saúde, embasadas na problematização e contextualização do trabalho, tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do serviço (FALKENBERG, 2014). A

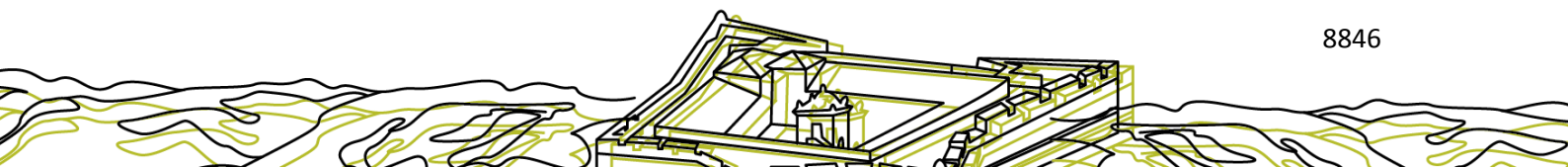
EPS atua como um meio de formação que busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que interagem e intervêm a partir da reflexão do serviço de saúde ofertado na perspectiva de transformação das práticas profissionais. As bases teóricas que constituem a EPS são autonomia, a cidadania, a subjetividade dos atores e o aprender na, pela e para a prática. (LAVICH et al, 2017) Trata-se de ações educativas que se orientam pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica e situacional sobre os problemas referentes a qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

A relação da EP em Atenção às Urgências e Emergências, visa propagação contínua do conhecimento e profundo processo de formação dos trabalhadores de saúde que atuam nessa especialidade, objetivando uma assistência mais adequada diante aos agravos. Essa estratégia tem como finalidade a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e equidade da assistência. Com esse objetivo cria-se espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências (BRASIL, 2006).

Os serviços de emergência possuem como características inerentes o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de profissionais na área de saúde; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos (SOUZA; SILVA; NORI, 2007, p. 245)

Para Wehbe e Galvão (2003, p. 05), “a capacitação necessária para atuar nas unidades de emergência é importante para o exercício da enfermagem para essa especificidade, pois o profissional lida com pacientes/clientes em iminente risco de vida.” Ao atuar no setor de urgências e emergências, a equipe de enfermagem deve estar preparada, possuir domínio do conhecimento técnico-científico aplicado no exercício de sua profissão e ser capaz de desenvolver o raciocínio crítico-clínico diante das situações assistenciais.

No entanto o que vemos é uma prática fragilizada. Muitas vezes precária de conhecimentos em atenção à saúde na média e alta complexidade. Trata-se de falhas



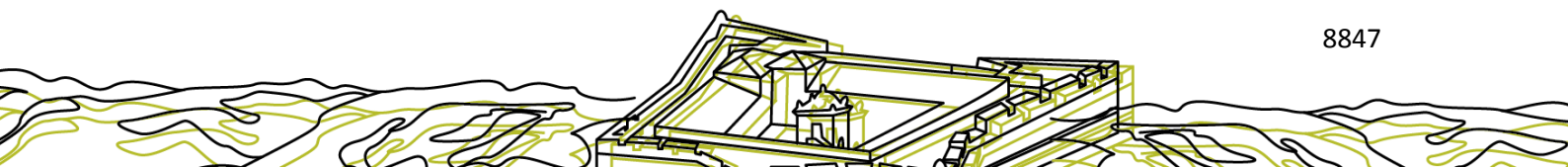
que se perpetuam desde a graduação, onde por sua vez, o enfermeiro recebe uma formação generalista (MORAIS FILHO et al, 2013). Muitas vezes esse profissional possui uma formação déficit, onde alguns conteúdos não são abordados durante o seu curso. O enfermeiro e/ou auxiliar/técnico de enfermagem insere-se então nos serviços de urgência e emergência, e deparam-se com a falta de conhecimento em alguma especificidade, o que afeta a qualidade da assistência, pondo em risco a vida dos pacientes. Por outro lado, temos também na equipe de enfermagem profissionais com muitos anos de experiência, porém, sem qualificação profissional.

Surge então a necessidade constante de atualização e de qualificação, frente aos avanços tecnológicos de nosso tempo e as mudanças nos protocolos assistenciais. Despertando uma provocação quanto a reflexão sobre novas estratégias para capacitar a equipe de enfermagem que atua no contexto da assistência em cada campo específico de atuação, dada a rapidez e a abrangência do processo evolutivo do conhecimento (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006). A EPS frente ao contexto de qualificação de mão de obra, é de grande relevância, visto que trará grandes benefícios não somente ao profissional, o qual se sentirá mais capacitado, e seguro na sua assistência, prestando um atendimento mais uniforme e harmonioso com o restante da equipe e em especial ao paciente que estará recebendo uma assistência mais segura.

O presente estudo tem como objetivo descrever a experiência de implementação de um projeto de extensão em educação permanente nos serviços de urgência e emergência com a equipe de enfermagem, realizado por docente e discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Estudo descritivo tipo relato de experiência das ações de educação permanente nos serviços de saúde, desenvolvidas através de um Projeto de Extensão intitulado: Educação permanente: ferramenta para a qualidade da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência – etapa 2017, aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão, desenvolvido por docentes e discentes do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parceria com os hospitais de rede pública, entre eles, Hospital Regional Aluizio Bezerra – Santa Cruz/RN, Hospital Regional Dr. Mariano Coelho - Currais Novos/RN, Hospital



Municipal Dr. Newton Azevedo – Natal/RN, que ofertam os serviços de assistência em urgências e emergências. As atividades aconteceram durante o semestre 2017.1 e 2017.2. Os encontros aconteciam mensalmente. A escolha das referidas instituições justificou-se por se tratarem de locais que são campos de estágio para o Curso de Enfermagem da FACISA/UFRN, com intuito de integrar ainda mais a universidade com o serviço e melhoria da assistência em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizados 14 encontros nos três hospitais, sendo 00 no Hospital Regional Aluizio Bezerra – Santa Cruz/RN, 06 no Hospital Regional Dr. Mariano Coelho - Currais Novos/RN, 08 no Hospital Municipal Dr. Newton Azevedo – Natal/RN. Tivemos uma média de 25 participantes por encontro entre profissionais e estudantes.

A escolha das temáticas eram realizadas com antecedência, onde os próprios profissionais de enfermagem, puderam escolher quais consideravam mais importantes, para que as mesmas também pudessem ser trabalhadas com base nos problemas de cada realidade. A exposição dos temas se deu por meio dos instrumentos de recursos audiovisuais, e eram ministrados pelos próprios professores do curso de acordo com a especialidade de cada, e eram assessorados pelos alunos. O primeiro tema, suporte básico de vida foi definido com base na importância para o serviço de urgência/emergência. Nesse primeiro encontro e nos demais encontro, se discutia com os participantes a lista de temas a serem trabalhado, assim com, a prioridade dos temas. No Quadro 01 apresentamos as temáticas trabalhadas em cada hospital.

Quadro 1 - Temas escolhidos pela equipe de enfermagem dos três hospitais para serem trabalhados nos encontros de educação permanente. Santa Cruz, RN, Brasil, 2017.

Temática de Hospital 1	Temática de Hospital 2*	Temática de Hospital 3
Suporte Básico de Vida	--	Infarto Agudo do Miocárdio
Eletrocardiograma (interpretação)	--	Suporte Básico de vida
Suporte Avançado de Vida	--	Administração de medicamentos

Infarto Agudo do Miocárdio	--	Suporte Básico de Vida
Segurança do Paciente	--	Eletrocardiograma (interpretação)
Cuidados com os catéteres	--	Suporte Avançado de Vida
Feridas e atualização em coberturas	--	Segurança do Paciente
Administração de medicamentos	--	

*Obs. Devido a dificuldades da organização do projeto e gerência do serviço, em 2017 não houve ação de extensão em 01 dos hospitais.

As atividades eram voltadas para os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) dessas instituições, no entanto, as capacitações tiveram uma grande propagação, onde também constatou-se a participação de outras modalidades de profissionais, médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, residentes, e até mesmo outros sujeitos advindos de municípios circunvizinhos, que vinham exclusivamente para essas reuniões. As reuniões aconteceram com horário e dia marcado, em um ambiente específicos (auditórios) dos hospitais, e duravam cerca de 30 a 120 minutos por encontro. Outras temáticas foram realizadas no local de serviço, consultórios ou sala de procedimentos. Para algumas temáticas foram realizados mais de um encontro mensal com o objetivo de alcançar um maior número de participantes e esclarecimento de temáticas até que as dúvidas pudessem serem sanadas.

Ao final de cada encontro era passada uma lista, para que os profissionais participantes apontassem futuras temáticas de seu interesse, para serem abordadas nas próximas ações. Além disso os núcleos de Educação Permanente dos dois hospitais (HRMC e HMNA), realizaram outras atividades com as equipes, após as práticas em educação permanente coordenadas pelo projeto, trazendo um grande significado a ação de extensão prestada, pois através da iniciativa proposta pela universidade, o serviço sentiu-se estimulado e encorajado em ofertar mais capacitações como essas, trazendo melhorias e assistência por meio da formação dos profissionais.

Não conseguimos realizar encontros de educação permanente em um dos hospitais, pois a instituição apresentou dificuldades e resistência em relação a essas ações de extensão e educação permanente em saúde.

Todas as áreas da saúde, inclusive na enfermagem, o processo de educação permanente em saúde transcende ao aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade, a qual pode constituir-se como fundamento de desalienação. Logo, o processo educativo pode se caracterizar como um cuidado das instituições para com os seus sujeitos-trabalhadores no processo de trabalho, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras (JESUS, et al 2010).

Na Educação Permanente em Saúde (EPS), as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócioorganizacional e resultante da própria cultura do trabalho. Diferencia-se, assim, das listas de demandas individuais por treinamento, resultantes da avaliação de cada um sobre o que lhe falta ou deseja conhecer e que, muito frequentemente, orienta as iniciativas de capacitação (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível o fortalecimento das atividades de educação permanente nos serviços de urgência e emergência dos hospitais envolvidos, através da formação e o surgimento de novos conhecimentos e aperfeiçoamento das práticas dos profissionais do serviço, assim como, o fortalecimento do vínculo entre o serviço e o ensino e o aumentando a qualidade do serviço prestado aos usuários do SUS.

Houve a sensibilização das equipes de enfermagem dos serviços de urgência e emergência estimulando a realização e participação nas atividades de educação permanente, identificação das necessidades EP para a equipe de enfermagem, discussão dos problemas identificados na prática nos serviços de urgência e emergência, atualização das inovações, uniformização na assistência de enfermagem por toda equipe e melhora na qualidade da assistência prestada.

A experiência desse projeto de EPS evidencia a importância da integração ensino-serviço na educação permanente dos profissionais de saúde, promovendo melhorias na assistência, construção e continuidade dos serviços do sistema único de saúde. Salienta-se que através dessas ações a universidade oferece uma espécie de retorno às instituições que servem de campo de estágio para seus alunos, através das capacitações em educação permanente nos serviços de saúde.

No ano vigente o projeto foi novamente aprovado para execução de suas atividades, mas não houve liberação de verbas. Trazendo prejuízos na aquisição de alguns equipamentos como manequins, prancha de resgate de emergência, ressuscitador manual (Ambu), desfibrilador externo automático, colar cervical, entre outros que facilite o ensino por meio de simulação. No laboratório de semiologia e semiotécnica do curso de enfermagem da UFRN/FACISA, tem-se alguns equipamentos, não todos, mas são insuficientes para retirarmos e levarmos para as capacitações nos hospitais. Esperamos que nesse período possamos comprar manequins para aulas práticas de Reanimação cardiopulmonar, assim como, um simulador de DEA, para podermos expandir o aprendizado e alcançar outras temáticas.

Outra dificuldade é de fato a sensibilização dos profissionais dos serviços e o apoio (visão) dos gestores e gerência de Enfermagem para incentivar (darem condições) os profissionais a participarem dos encontros. A Educação Permanente precisa ser possibilitada pelos gestores no sentido de darem apoio e condições aos profissionais para que estes possam participar, a equipe de enfermagem precisa ser sensibilizada e instrumentalizada para uma postura de educação permanente se estabeleça no serviço.

Um fator que também interfere na execução desse projeto é a locomoção dos professores e alunos envolvidos, nas ações, sabendo-se que os hospitais estão localizados em três cidades distintas. Mesmo diante das dificuldades, o projeto de extensão universitária vem se tornando um diferencial, no sentido de integrar a universidade com o serviço, pois por meio dessas ações a universidade vêm conquistando um amplo espaço dentro das unidades, e com isso, melhorando o seu relacionamento diante as instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A educação Permanente entra na Roda: Polos de Educação Permanente em Saúde, Conceitos e Caminhos a Percorrer. 2ª ed. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2005. 35p. Disponível em: < <http://redehumanizaus.net/94620-cartilhaeducacao-permanente-e-redes-de-trabalho-no-sus>>. Acesso em: 8 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 67 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf> Acesso em: 8 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe Sobre as Diretrizes de Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 5 mar. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação Médica das Urgências. Brasília – (DF), 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 3, p.847-852, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000300847&script=sci_abstract>. Acesso em: 5 mar. 2018.

GIRADE, Maria da Graça; CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da; STEFANELLI, Maguida Costa. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos.

Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006; 40(1):105-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100015>. Acesso em: 1 abr. 2018.

JESUS, Maria Cristina Pinto et al. Permanent education in nursing in a university hospital.

Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011; v. 45; n. 5; p. 1229-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028>. Acesso em: 2 abr. 2018.

LAVICH, Claudia Rosane Perico et al. Ações de Educação Permanente dos Enfermeiros Facilitadores de um Núcleo de Educação em Enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l], v. 38, n. 1, p.1-6, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100403&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 mar. 2018.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: Educação ou Gerenciamento permanente?. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 21, n. 3, p.913-922, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 mar. 2018.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004, vol.57, n.5, p. 605-610. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672004000500018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 abr. 2018.

MONTANHA, Dionize; PEDUZZI, Marina. Educação Permanente em Enfermagem:

Levantamento de Necessidades e Resultados Esperados Segundo a Concepção dos Trabalhadores. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, v. 44, n. 3, p.597-604, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000300007>. Acesso em: 5 mar. 2018.

MORAIS FILHO, Luiz Alves et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2013; 14(5): 601050. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3649/2891>> Acesso em: 1 abr. 2018.

RODRIGUES, Andreia Cristina Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, v. 44, n. 2, p.7-531, junho 2010. Disponível em:



<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200041>.
Acesso em: 5 mar. 2018.

SOUZA, Roberta Brito de; SILVA, Maria Júlia Paes da; NORI, Adriana. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3169>> . Acesso em: 1 abr. 2018.

WEHBE, Grasiela; GALVAO, Cristina Maria. O enfermeiro de Unidade de Emergência de Hospital Privado: algumas considerações. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p 86 – 90, mar/abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200012&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 1 abr. 2018.



MOTIVAÇÃO DOS IDOSOS PRATICANTES DE CAMINHADA NO BELMAR FIDALGO

Área Temática: Saúde

André Da Silva Dias; João Herbert Ramires Wendling; Lucas Viana Pelintra; Raquele Tiana Kohler

Instituição: Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

RESUMO

A caminhada é uma atividade física aeróbica, que não exige grande esforço cardíaco e com intensidade ajustável de acordo com os objetivos e as necessidades de cada indivíduo que a pratica. O processo de envelhecimento é natural a todos os seres humanos, mas tal processo varia para cada indivíduo de acordo com os fatores que envolvem o estilo de vida e as questões genéticas. A procura da caminhada pelos idosos, como exercício físico, tem o intuito de retardar as alterações consequentes da velhice. Essa prática, além de trazer muitos benefícios à saúde, oferece um envelhecimento saudável, o que possibilita o aumento da resistência aeróbica, da força muscular, do equilíbrio e da capacidade de se movimentar, melhorando assim a autonomia funcional. Utilizou-se da pesquisa descritiva, quantitativa, com o objetivo de verificar a motivação dos idosos praticantes de caminhada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo. As informações foram colhidas através da aplicação individual de um questionário sociodemográfico contendo 5 perguntas fechadas de múltipla escolha e um questionário validado contendo 22 perguntas. Os resultados mostraram que o principal motivo, apontado pelos idosos pesquisados, para a prática da caminhada, é a manutenção da saúde seguido da prevenção de doenças e melhora na qualidade de vida. Tais dados reforçam os achados da maioria das pesquisas atuais sobre essa temática, concluindo que com o passar dos anos, a estética deixa de ser o motivador de um estilo de vida ativo, sendo a saúde e qualidade de vida o principal fator motivacional.

Palavras-chave: 1. Idoso. 2. Exercício físico. 3. Motivação. 4. Caminhada.

INTRODUÇÃO

A prática regular de exercícios físicos pelos idosos traz benefícios e ajuda a amenizar estas mudanças que aparecem com o envelhecimento, conseqüentemente melhorando a capacidade aeróbica, reduzindo os riscos da osteoporose, e as dores oriundas de inflamações nos tendões, músculos e articulações.

Entre os vários motivos que levam os idosos a caminharem, encontram-se desde pessoas que apenas mantêm um hábito adquirido ao longo da vida e pessoas que buscaram a realização desse exercício aeróbico devido às complicações geradas no processo de envelhecimento.

Relacionando estas questões com o ambiente de Praça Esportiva Belmar Fidalgo, veio-se a questão: “Qual a motivação dos idosos praticantes da caminhada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo?”.

Buscamos compreender tais motivações dos idosos praticantes da caminhada, através daqueles que veem este exercício não somente para uma questão de manutenção da saúde, mas como um fator de socialização e lazer.

A motivação segundo Vernon é uma espécie de força interna que emerge, regula e sustenta todas as nossas ações mais importantes. A motivação é essencial para a prática de atividade física, definindo-se como um impulso, um estado interno que induz um organismo a dedicar-se a atividades, saindo de sua zona de conforto. O incentivo de um fator externo capaz de motivar o comportamento.

Chegou-se a esse tema devido ao projeto de extensão “UCDB – Caminhando Com Saúde” realizado na Praça Esportiva Belmar Fidalgo, onde é possível observar que há uma grande busca da atividade física pelos idosos.

Diante desses pressupostos a presente pesquisa tem como objetivo identificar a motivação dos idosos que praticam a caminhada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo.

O projeto Caminhando com Saúde, foi iniciado em março de 2003, com o objetivo de atender a toda população, oferecendo avaliações físicas e juntamente com os cursos de enfermagem e nutrição, disponibilizar aferição de pressão e orientações nutricionais respectivamente. Projeto este que no período de abril a novembro de 2017 realizou: 242 avaliações; 637 atendimentos de enfermagem e 22 orientações nutricionais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Envelhecimento e Motivação

O envelhecimento pode ser visto por Liberman (2002, p.480) como:

Um processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, psicológicas e bioquímicas que determinam a perda da capacidade da adaptação do indivíduo ao meio ambiente e a perda da reserva funcional, com maior incidência de processos patológicos que determinam por levá-lo à morte.

O envelhecimento é um processo inevitável que todo ser humano passa em sua vida, ao chegar a velhice ocorrem várias alterações significativas na rotina do indivíduo, Segundo

Mendes Et. Al. (2005, p. 423), “envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.”

O processo de envelhecimento pode ocasionar vários tipos de mudanças, se a vida do indivíduo anteriormente a este período não for bem administrada, podendo acarretar doenças, graves ou não tão agudas, as mudanças mais frequentes são a diminuição do ritmo de vida, lentidão dos movimentos simples como andar, correr, manipular objetos, ou até mesmo se levantar, segundo Meirelles (2000) os idosos perdem elasticidade, massa óssea, força das funções pulmonares, o músculo cardíaco enfraquece exigindo assim maior esforço do coração, veias e artérias perdem elasticidade, deixando os vasos sanguíneos mais rígidos acarretando o aumento da pressão arterial.

De acordo com Birren e Schroots (1996), o envelhecimento pode ser compreendido a partir de três subdivisões: envelhecimento primário; secundário; e terciário.

O envelhecimento primário, também conhecido como envelhecimento normal ou senescência, atinge todos os humanos, já que esta é uma característica genética típica de nossa espécie. Este tipo de envelhecimento se desenvolve de forma gradativa e progressiva no organismo, tendo um efeito cumulativo. O indivíduo nessa fase está sujeito à constante influência de variados fatores que são determinantes para o envelhecimento, como exercícios, dieta, estilo de vida, educação e condição social.

Na fase secundária ou patológica, o envelhecimento concerne-se a doenças que não se misturam ao envelhecimento em seu processo normal. Estas enfermidades

podem variar desde lesões cardiovasculares, cerebrais, até questões oriundas do estilo de vida do sujeito, como também de mecanismos genéticos.

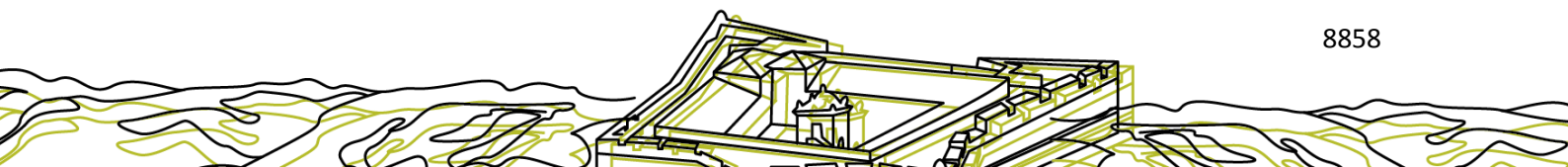
Já em sua última subdivisão, o envelhecimento terciário ou terminal, caracteriza-se como o período de significativas perdas físicas e cognitivas, decorrentes do acúmulo dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade.

Com isso as atividades físicas contribuem com diversos fatores dentre eles a melhora do estado clínico dos idosos para sua longevidade. Com a prescrição médica, o profissional da educação física pode contribuir na reabilitação de doenças decorrentes e a manutenção de uma vida saudável, conforme Gallo et al (1995, p. 36), a atividade física é “um dos processos biológicos mais complexos de que se tem conhecimento”, se praticada com frequência pode “retardar e até mesmo reverter um processo patológico em andamento”.

São vários os motivos que nos levam a fazer algo, seja porque queremos ou necessitamos fazer, no caso de fazermos algo porque queremos, sentimos prazer em fazer, partindo de dentro de nós, motivação intrínseca, por exemplo, o idoso com poucos ou que não possui problemas de saúde, e pratica atividades físicas apenas pelo prazer e bem estar, já no caso do fazer por necessidade outro exemplo é o idoso que só pratica atividades físicas devido a orientação médica, fazendo uma analogia, seria como trabalhar em um emprego que não se gosta, uma obrigação, algo necessário pois sem trabalhar não se tem dinheiro, que é algo necessário para viver em um mundo capitalista, é a chamada motivação extrínseca conforme a fala de Samulski (2002) “A motivação é caracterizada como um processo ativo, intencional e dirigido a uma meta, o qual depende da interação de fatores pessoais (Intrínseco) e ambientais

(Extrínseco)”. Também afirma Deci e colaboradores, que os comportamentos intrínsecos podem ser subdivididos em motivação para conhecimento, na qual visa o saber e o aprender; a motivação para o aperfeiçoamento, realizar algo por prazer. Já na motivação extrínseca ainda em conformidade com Deci e Ryan (2000), as pessoas aceitam valores e processos do contexto social com a necessidade de se integrar ou com o intuito de adquirir recompensas ou evitar algum castigo.

Um indivíduo ou comunidade ser fisicamente ativo está ligado às influências das condições individuais e ambientais. As condições individuais, incluem as atitudes relacionadas à atividade física, crer em si mesmo para ser ativo, oportunidades no dia-a-dia, influenciam a probabilidade de ser ativo. As condições ambientais incluem os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. Influências do ambiente onde se vive e



se trabalha, preceitos sociais pertencentes ao ambiente em que se está inserido. (OMS, 2006)

A orientação motivacional é identificada a partir de categorias que dizem a respeito aos estados operacionais mentais das pessoas com a frequência dos estados mentais particulares operados; objetivo, impulso, desafio, cooperação, competência, empatia, ego e altruísmo são diferentes pares de estados metamotivacionais, que buscam identificar a motivação. Lindner e Kerr (2000)

A caminhada é uma das atividades mais comuns e acessíveis a população, ela se tornou mais popular no Brasil através do Dr. Kenneth Cooper, também criador do método cooper, eis o motivo pela qual a caminhada também é conhecida como cooper. Pode se definir a caminhada como uma reprodução mais acelerada de um ato natural do ser humano.

A Praça Esportiva Belmar Fidalgo teve sua origem em 1987, anteriormente a esse período era reconhecida como um estádio de futebol criado em 1938, sendo um terreno doado por João Tessitore então diretor da primeira escola normal de Campo Grande, Joaquim Murtinho. Belmar Fidalgo foi um grande incentivador da prática de esporte no estado, batalhava em prol do futebol, vôlei, atletismo e basquete, sendo assim um nome conhecido no meio esportivo sul-mato-grossense. Belmar Fidalgo faleceu em 1953, aos 37 anos, sendo assim homenageado tendo a praça com seu nome.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, em que é relacionada com o status, das muitas técnicas de pesquisa descritiva a mais preponderante é o questionário (THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. 2002), realizada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo com a população Idosa (acima de 60 anos) de ambos os sexos, praticantes de caminhada.

Inicialmente foi realizado o contato com o responsável pela direção da Praça Esportiva Belmar Fidalgo, para autorização da realização da pesquisa no local, assim que feito e autorizado, se deu início a coleta de dados.

Apresentamos termo de Consentimento Livre Esclarecido, em seguida como instrumento de coleta de dados para a realização deste estudo será utilizado o instrumento questionário.

Em junho realizamos contato com o responsável pela praça desportiva em questão, pedindo a permissão para a realização da pesquisa. Em julho realizamos a coleta de dados através da aplicação do instrumento questionário. Em agosto organizamos e discutimos os dados coletados e realizamos a elaboração das tabelas.

Os dados foram analisados mediante análise quantitativa, verificando qual o perfil dos idosos praticantes da caminhada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo, buscando identificar quais os principais fatores motivacionais que os levam a busca pela prática da caminhada, associando ao grau de instrução; tempo da prática da caminhada; a profissão; estado civil; convivência e renda familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada é de idosos entre 60 e 75 anos, praticantes de caminhada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo. A média de idade dos sujeitos do presente estudo foi de 66,2 anos, sendo composta por mulheres (59,1%) e homens (40,9%), onde a maioria (59,1%) pratica a caminhada a mais de um ano na praça. Destes, (81,8%) possuem o nível de escolaridade superior completo, tendo a renda familiar de três ou mais salários mínimos, os mesmos (81,8%). A maioria do público pesquisado detém o estado civil casado (72,7%), sendo que (36,4%) residem com marido ou esposa, filhos e/ou netos.

Em estudo de Orlando, Silva e Lombardi Junior (2013), os resultados encontrados se assemelham aos do presente estudo onde relacionando-se a prática de atividades físicas aos idosos, pode se definir que os mesmos que tem a atividade física em sua rotina, desenvolvem uma melhor qualidade de vida, força muscular, capacidade física e equilíbrio, comparando-se com os que não possuem a prática em seu dia a dia.

A tabela 1 traz os resultados das variáveis em valores absolutos e relativos (%) referentes a todos os itens apresentados no questionário sóciodemográfico respondido pelos sujeitos da amostra.

TABELA 1: Perfil Sociodemográfico da amostra.

Variáveis	Tópico mais apontado em valores absolutos (n)	(%)
Renda média de sua família	De 3 ou mais salários mínimos - (n=18)	81,8
Estado Civil	Casados (n=16)	72,7
Grau de Instrução	Curso superior completo - (n=18)	81,8
Tempo de prática da caminhada na Praça Esportiva Belmar Fidalgo	Um ano ou mais - (n=13)	59,1
Residentes em sua casa	Marido, esposa ou companheiro(a) e filhos(as) e/ou netos(as) (n=8)	36,4
Feminino	N=9	40,9
Masculino	N=13	59,1
Média de Idade	N=66,2 anos	

Adentrando nas questões norteadoras do estudo, serão apresentados os resultados dos instrumentos selecionados para a pesquisa.

O primeiro tópico a ser discutido será a questão referente aos principais motivos para a prática da caminhada. O principal motivo apontado, com (95,5%) foi a saúde. Sendo que, das 22 pessoas pesquisadas 21 responderam que a prática da caminhada é muito importante para melhorar ou manter a saúde.

De acordo com a OMS (2015) saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.

Kunzler et al. (2014) concluiu em seus estudos sobre a saúde relacionada às características dos praticantes de caminhada em espaços públicos de lazer, que a maioria das pessoas toma consciência da importância de uma regularidade na prática de atividades físicas a medida que amadurece, ou começa a perceber problemas de saúde, tornando assim o motivo saúde o principal influenciador para a prática da caminhada.

O segundo motivo mais apontado foi a prevenção de doenças com (95,5%), mostrandose assim um fator de preocupação pela maioria dos idosos.

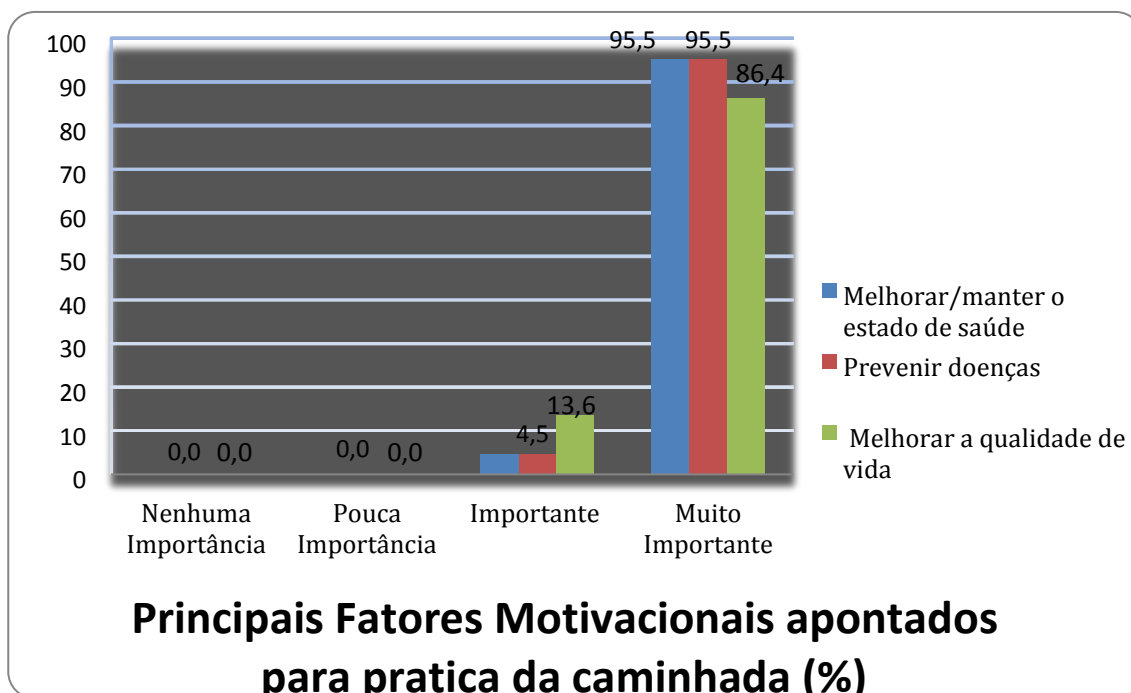
Zago (2010) afirma que, para os idosos, a mudança do estilo de vida, ligada a alimentação saudável e atividade física, age de forma direta na relação saúde-doença, mostrando que os benefícios dessas mudanças diminuem a incidência e previne várias doenças. Se destaca ainda nos estudos a importância de campanhas para o incentivo a

mudanças no estilo de vida, sendo estas atitudes acertadas para uma melhor qualidade de vida para a população sobretudo o fortalecimento da relação saúde-doença, com a prática de atividades físicas.

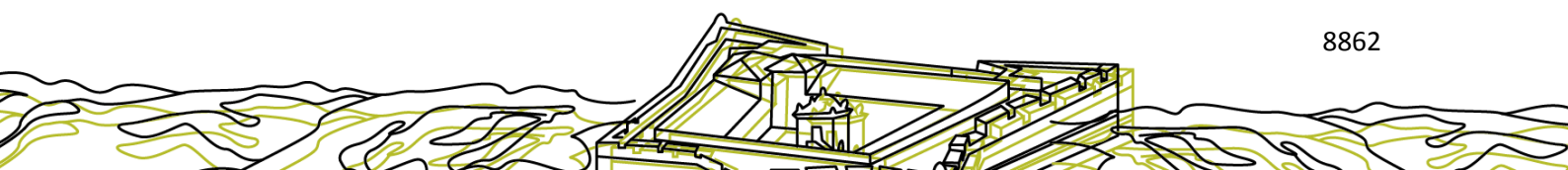
A melhora da qualidade de vida ficou como o terceiro motivo apontado pelos idosos, tendo 86,4%. A qualidade de vida tem como função indicar as condições básicas do ser humano, considerando-se questões físicas, mentais, estruturais e variados outros fatores que afetam a vida humana.

Segundo Konrad (2005) a caminhada tem aparecido com destaque dentre os exercícios recomendados para pessoas idosas, devido à praticidade de implementação, custos reduzidos e baixa complexidade de execução. É quase um consenso entre os pesquisadores que este tipo de exercício é benéfico aos idosos. Além da melhora da condição cardiorrespiratória, há evidências que apontam para a melhora de variáveis de qualidade de vida e relatos de melhora dos sintomas advindos do processo de envelhecimento.

Na sequência, para uma melhor visualização e entendimento, apresentaremos o gráfico dos resultados relativos (%) referente aos Principais Fatores Motivacionais apontados pelos sujeitos da amostra para prática da caminhada.



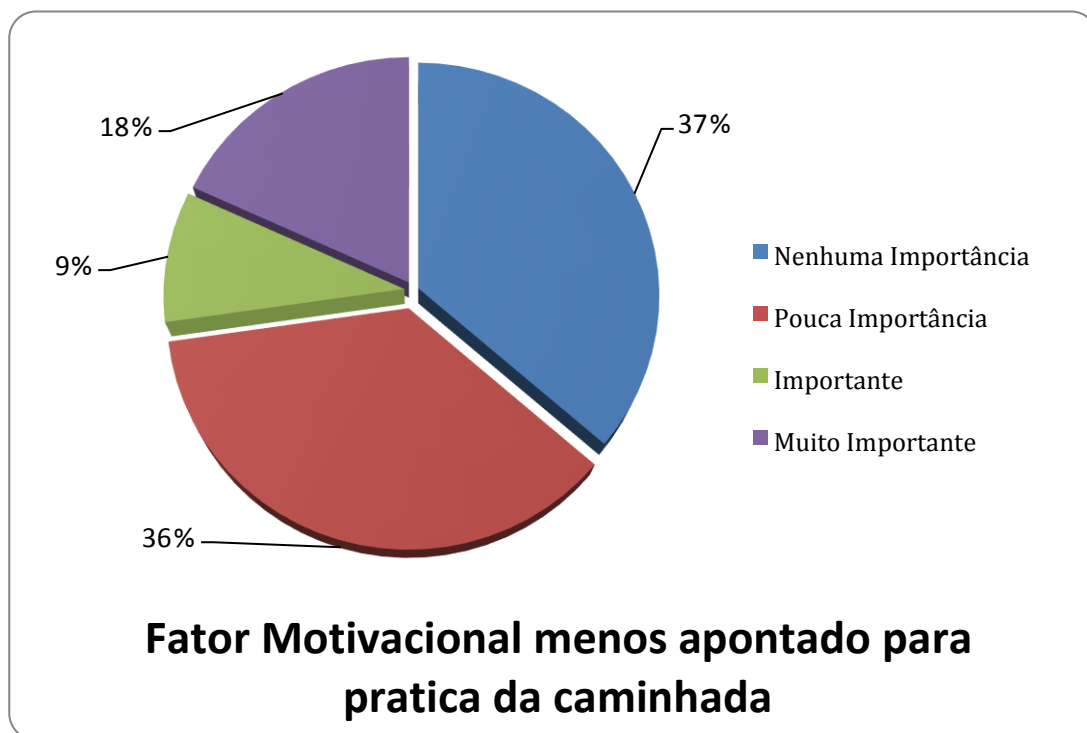
Para finalizar, o motivo apontado no estudo pelos idosos com baixo grau de importância foi a caminhada com o intuito de evitar a solidão, tendo 72,7% dos



indivíduos a classificando como algo de pouca ou nenhuma importância, sendo assim apenas 27,3% dos sujeitos tornaram este fator relevante, como motivo para a prática da caminhada.

De acordo com Azeredo e Afonso (2016), a solidão é um sentimento penoso e angustiante, podendo assim levar a pessoa ao mal-estar, onde o indivíduo se sente só. Padrões estes encontrados em pessoas tanto sedentárias quanto ativas fisicamente, mostrando assim que a questão da prática da atividade física: caminhada, não apresenta elevada importância sobre esta questão, e sim fatos relacionados ao ambiente familiar.

O Gráfico 2 está representando os resultados relativos (%) referente ao fator motivacional menos apontado pelos sujeitos da amostra para prática da caminhada.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos principais motivos para a prática da caminhada investigados, observou-se que os participantes apontaram a saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida como os principais motivadores para manterem-se ativos durante o processo de envelhecimento. Um fator que chamou a atenção diferindo da hipótese inicial é que

apenas (36,4%) dos participantes da pesquisa apontaram a indicação médica como fator motivacional, ou seja, a maioria realiza a atividade por vontade própria. Isso pode estar atrelado ao fato de que a maioria dos idosos da presente pesquisa possui um grau de instrução elevado, possibilitando um entendimento da importância da atividade física para a saúde.

A região em que foi realizada o estudo pode também ter contribuído com os resultados, uma vez que nela há predominância de uma população com o nível econômico elevado.

Quanto à análise sociodemográfica, temos que a média de idade dos sujeitos do presente estudo foi de 66,2 anos, sendo composta, em sua maioria, por mulheres (59,1%), onde do total de sujeitos (59,1%), praticam a caminhada a mais de um ano na praça. Mais de 80% dos sujeitos possuem o nível superior completo (81,8%), tendo a renda familiar de três ou mais salários mínimos. A maioria do público pesquisado detém o estado civil casado (72,7%).

A partir dos achados deste estudo, sugere-se a ampliação das estratégias voltadas à saúde do idoso no contexto investigado. Parte dos achados, poderiam servir de base para a formulação de uma política mais ampliada, que enfoque diversos comportamentos relacionados à saúde, e mesmo em outros determinantes de saúde desta população.

Entre os possíveis aspectos a serem destacados estão: incentivo à prática de atividade física ao ar livre, fortalecimento das estratégias que auxiliem a adoção de um estilo de vida ativo, orientação acerca dos cuidados durante a prática da caminhada, como uso de proteção solar, hidratação, vestuário adequado e cuidados específicos com a saúde do idoso, entre outros. Para tanto, destaca-se que ações em diferentes frentes, se fazem necessárias. Assim, as estratégias de promoção da saúde deveriam ser mais amplas, em um aspecto multidisciplinar e integral, sendo parte integrante de uma política mais abrangente que buscase a valorização da saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABCMED, 2013. **Caminhada: o que precisamos saber sobre ela?**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/vida-saudavel/503274/caminhada-o-que-precisamos-saber-sobreela.htm>>. Acesso em: 31 maio. 2017.

Azeredo, Zaida de Aguiar Sá ; Afonso, Maria Alcina Neto. **Solidão na perspectiva do idoso**. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.19 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2016.

BIRREN, J.E; SCHROOTS, J.J.F. **History, concepts and theory in the psychology of aging**. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), Handook of The Psychologu of agin. 4ª Edition. San Diego: Academic Press, p.3-23, 1996.

BRITO, F.C; LITVOC, C. J. Conceitos básicos. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, p.1- 16, 2004.

CAETANO, L. M. **o Idoso e a Atividade Física**. Horizonte: Revista de Educação Física e desporto, V.11, n. 124, p.20-28, 2006.

CONCEITO. **Conceito de Fisiologia**. 2011. Disponível em:
<<http://conceito.de/fisiologia#ixzz4ifdZRa72>>. Acesso em: 28 maio. 2017.

CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/01/constituicao>>. Acesso em: 5 maio. 2017.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum Press, 1985.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. **The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior**. Psychological Inquiry, v. 11, n.4, p. 227-268, 2000.

DE VITTA. A. **Atividade física e bem-estar na velhice**. In A.L. Neri e S.A.Freire. (orgs.), E por falar em boa velhice. Campinas, SP: Papirus, p.25-38, 2000.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Definição de Alterações Fisiológicas**. São Paulo, 2014. Disponível em:
<<http://www.dicionarioinformal.com.br/altera%C3%A7%C3%B5es%20fisiol%C3%B3gicas/>>. Acesso em: 28 maio. 2017.

EPROCAD. **Comunidade em Movimento**. Fundação EPROCAD. 2013. Disponível em: < <http://www.eprocad.org.br/projetos/comunidade-em-movimento> >. Acesso em: 01jun. 2017.

GALLAHUE, D.L. E OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3 a Edição. São Paulo: Phorte, 2005.

GALLO JR., L. et all. **Atividade física: “remédio cientificamente comprovado?”. A terceira idade**. Editora SESC, ano VI, n.10, 1995.

GORZONI, M.L. E RUSSO, M.R. **Envelhecimento respiratório**. In Freitas, E.V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M.L. e Rocha, S.M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 340-343, 2002.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KYLASOV A, GAVROV S. **Diversity Of Sport: non-destructive evaluation**. Paris: UNESCO: Encyclopedia of Life Support Systems. p. 462–491. 2011. ISBN 978-5-8931-72270

KONRAD, L. M. **Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com síndrome da fibromialgia**. Tese (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

LIBERMAN, S. **Envelhecimento do sistema endócrino**. In: FREITAS, E.; PY, L.; NERI, A. ; CANÇADO, F.; GORZONI, M.; ROCHA, S. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LINDNER, K. J. & KERR, J. H. (2000). **Metamotivational orientations in sport participants ans non-participants**. *Psychology of Sport and Exercise*, 1,7-25.

MEIRELLES, M.A.E. **Atividade física na terceira idade: uma abordagem sistemática**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M.; LEITE, R.C.B.O. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paul Enferm.; vol.18, no.4, p.423. 2005.

MORAES, Myriam; DE BARROS, Lins. **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.** 4º edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 42-43, 2007.

OMS. **Relatório Mundial De Envelhecimento e Saúde.** Organização Mundial da Saúde, 2015. v.1. p. 12. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2017.

ORLANDO, Mariana Martinez; SILVA, Maria Stella Peccin da e LOMBARDI JUNIOR, Império. **A influência da prática de atividade física na qualidade de vida, força muscular, equilíbrio e capacidade física de idosos.** Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. vol.16, n.1, pp.117-126. ISSN 1981-2256. 2013.

PROSSER, C. Ladd. **Comparative Animal Physiology, Environmental and Metabolic Animal Physiology.** 4º edição Hoboken, NJ: Wiley-Liss. p. 1-12. 1991. ISBN 0-471-85767X.

RIBEIRO, Martinho. **Definição de Exercício Físico.** 2009. Disponível em: <<http://exerciciofisicoduodifusao.blogspot.com.br/2009/03/definicao-de-exerciciofisico.html>>. Acesso em: 28 maio. 2017.

RODRIGUES, Ana Cristina Medeiros; DE CASTILHO, Maria Augusta. **Praça Esportiva Belmar Fidalgo – A metamorfose de um estádio de futebol em um espaço sociocultural e esportivo em Campo Grande, MS.** Campo Grande-MS. Gráfica Mundial. 2016

RODRIGUES, A.P.; LIMA, R. C. **Motivos de adesão à prática de atividade física em mulheres acima de 40 anos de idade.** 2012. 35 f. Monografia (Bacharelado em Educação Física). Instituto Federal do Sul de Minas, Muzambinho, 2012.

ROSSI, E. e SADER, C. **Envelhecimento do sistema osteoarticular.** In: FREITAS, E.; PY, L.; NERI, A.; CANÇADO, F.; GORZONI, M.; ROCHA, S. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Rio De Janeiro, 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA COMPORTAMENTAL COGNITIVA. **O conceito de motivação na psicologia.** vol.7, n.1, São Paulo jun, 2005

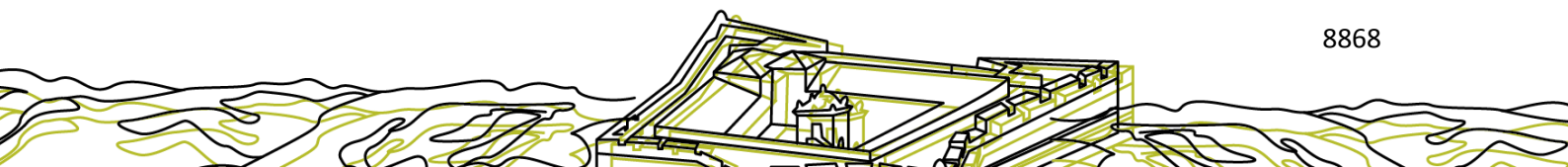


SAMULSKI, D. **Psicologia do esporte**. Barueri - SP: Manole, 2002.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. vol. 6, p.478, ed. Porto Alegre: Artmed, Porto Alegre – RS, 2012.

VERNON, M.D. **Motivação humana: a força interna que emerge, regula e sustenta todas as nossas ações**. Editora Vozes. Petrópolis - RJ, 1973.

ZAGO, Anderson Saranz. **Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento**. Revista brasileira de geriatria e gerontologia. [online]. vol.13 no.1 Rio de Janeiro jan./abr. ISSN 1981-2256. 2010.



DESENVOLVIMENTO DE PREPARAÇÕES CULINÁRIAS COM UTILIZAÇÃO DE FRUTOS EM ESTÁGIO VERDE: PROPOSTA DE ENFRENTAMENTO AO DESPERDÍCIO DE ALIMENTOS

Área Temática: Saúde

Angélica Margarete Magalhães¹; Caroline Momente Martins Saturnino¹

¹Universidade Federal Da Grande Dourados – UFGD, Rodovia Dourados – Itahum, km - Cidade Universitária. angelicamagalhaes@ufgd.edu.br.

Resumo:

O desperdício de alimentos tem impactos ambientais, sociais e econômicos. Ações de combate ao desperdício passam pelo aproveitamento integral dos alimentos, que pode ser desde a utilização de cascas, folhas, talos e outras aparas, comumente não utilizáveis, bem como, a utilização de frutos no estágio verde. Este trabalho teve por objetivo desenvolver preparações culinárias com utilização de frutos no estágio verde, visando à produção e respectiva transferência de conhecimentos relativos a padronização e aceitabilidade de alimentos, aplicáveis em ações de combate ao desperdício. Constituiu-se de duas partes: (1) Padronização de receitas e (2) Verificação da aceitabilidade de preparações culinárias com utilização banana verde e jaca verde. Foram elaborados risoto de jaca verde e pão de trigo misto com banana verde. A padronização resultou na confecção de Fichas Técnicas de Preparo, que permitem a replicação das preparações por diferentes manipuladores. Foi possível observar um Índice Geral de Aceitabilidade de 82,25% para risoto de jaca verde e 80,66% para pão de trigo misto com banana verde. Foi possível concluir que preparações culinárias com jaca verde e banana verde podem representar uma alternativa viável, para diminuição do desperdício desses frutos, decorrente do amadurecimento rápido.

Palavras chave: Banana verde, Jaca verde, Aceitabilidade de alimentos, Padronização de preparações

INTRODUÇÃO

O desperdício de alimentos tem se tornado questão de preocupação, não só para países desenvolvidos, mas também para os países em desenvolvimento, sendo a redução do desperdício uma das formas de aumentar a disponibilidade de alimentos à população, a fim de promover a sustentabilidade e atender as necessidades das futuras gerações (DUBBELING et al., 2016).

Independente da etapa na cadeia produtiva, segundo a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, 54% das perdas dos alimentos no mundo ocorre na fase inicial da produção, que compreende a manipulação pós-colheita e armazenagem e, 46% do desperdício ocorre nas etapas de processamento, distribuição e consumo. Quando se separa o globo por regiões, os países em desenvolvimento sofrem mais com as perdas durante a produção agrícola, enquanto nas regiões de renda média e elevada o desperdício na distribuição e consumo tende a ser maior (FAO, 2013).

A cadeia produtiva de hortaliças e frutas é uma das mais afetadas pelo fenômeno de perdas, em virtude do rápido amadurecimento e subsequente apodrecimento (MARTINS; FURLANETO, 2008).

No intuito de minimizar as perdas, pesquisadores têm se dedicado a estudos relativos ao aproveitamento integral dos alimentos, que pode ser desde a utilização de cascas, folhas, talos e outras aparas, comumente não utilizáveis (NASCIMENTO NETO, 2006; ROCHA et. al. 2008; MAGALHÃES et. al. 2016), bem como, a utilização de frutos no estágio verde

(SARAWONG, 2014; OLIVEIRA; KUTCHERA; ALLEMAN, 2015; SATURNINO; MAGALHÃES, 2017).

A Universidade Federal da Grande Dourados, preocupada com essa temática, tem desenvolvido ações de promoção do aproveitamento integral de alimentos, no restaurante escola, o qual foi implantado em 2014 (Restaurante escola Bistrô Eco Sol UFGD), sediado na Incubadora de Tecnologias Sociais e Solidarias - ITESS/UFGD e que funciona como um laboratório de ensino, pesquisa e extensão universitária, atendendo um público representado, majoritariamente, por professores e servidores da Universidade, com uma variação entre 65 refeições em período letivo e 25 refeições em períodos de recesso acadêmico (Magalhães, et al, 2016).

Os projetos desenvolvidos no referido restaurante escola têm foco na oferta de serviços de refeições fora do lar, comprometidos com sustentabilidade, promoção da alimentação saudável e inclusão social e (MAGALHÃES et. al. 2016; CASTILHO 2017; COSTA, 2017).

Nesse contexto, este trabalho teve por objetivo desenvolver preparações culinárias com utilização de frutos no estágio verde, visando à produção e respectiva transferência de conhecimentos relativos a padronização e aceitabilidade de alimentos, aplicáveis em ações de combate ao desperdício.

METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa com interface em extensão sobre Segurança Alimentar e Nutricional, utilizando o Restaurante escola Bistrô Eco Sol UFGD como laboratório, desenvolvido ao longo do ano de 2017 e constituiu-se de duas partes: (1) Padronização de receitas e (2) Verificação da aceitabilidade de preparações culinárias com utilização de frutos verdes.

Os frutos utilizados foram: Jaca (*Artocarpus heterophyllus*), e banana (*Musa spp.*). A escolha se fez em virtude da disponibilidade desses frutos em pomar circunvizinho à Universidade, aliada ao interesse em transferir os conhecimentos para agricultores familiares que são beneficiários de projetos de Educação alimentar e sustentabilidade, desenvolvidos por parte da ITESS/UFGD.

Para a primeira etapa do estudo, padronização de receitas, foram selecionadas preparações culinárias que compõem os cardápios e, posteriormente, essas preparações foram adaptadas, para utilização dos frutos de interesse, como substitutos de partes de ingredientes. Os frutos coletados foram pesados inteiros e, posteriormente, minimamente processados, para determinação do peso bruto e peso líquido. No processamento mínimo foram descartados a casca, as sementes e o invólucro das sementes de jaca e as cascas de banana.

Além dos frutos, foram utilizados ingredientes básicos de culinária como: arroz, cebola, tomate, óleo de soja, farinha de trigo, fermento biológico, açúcar, sal e temperos.

Todos os itens foram especificados em Ficha Técnica de Preparo - FTP, que é um instrumento gerencial de apoio operacional, a qual serve para auxiliar na ordenação do preparo e processo de padronização de receitas (DE SOUZA; DE OLIVEIRA MARSI, 2015). Neste caso, foi elaborada uma ficha técnica para cada preparação a ser testada, a partir do padrão do restaurante escola.

Com vistas à padronização das preparações, dados referentes a tipos de gêneros, peso bruto, peso líquido, rendimento, forma e tempo de preparo foram registrados na FTP, conforme orientação da literatura (TEICHMANN, 2011), facilitando assim, os relativos cálculos necessários para definição de gramaturas per capita, conforme recomendações da literatura científica (MASCARENHAS; TORRES, 2012; CABRAL et al, 2013; DE SOUZA; DE OLIVEIRA MARSI, 2015) e do Índice de Partes Comestíveis - IPC o qual é um indicador de desperdício que tem como objetivo determinar a quantidade de alimento que será descartada e que, se estabelece pela relação entre peso bruto, que é o alimento na forma que foi adquirido, com suas características físicas originais, e o peso líquido, que é após o alimento ter sido minimamente processado (BOTELHO; CAMARGO, 2005).

A lista de ingredientes com as respectivas quantidades e a forma de preparo foi descrita em receituário padrão.

Para a segunda etapa do estudo, referente à verificação da aceitabilidade, foram convidados clientes do Restaurante escola, os quais já participaram de estudos similares, sendo a pesquisa devidamente aprovada por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (conforme Protocolo 1627.811/2016). Todos foram informados sobre o objetivo da pesquisa, consultados se aceitavam participar e orientados quanto à forma de responder as questões, demonstrando sua opinião.

Os testes de aceitabilidade foram realizados com 60 participantes para o pão e 25 participantes para o risoto, sendo que todos os clientes do restaurante escola aceitaram participar, havendo variação no número, em virtude da presença nos dias de teste.

Para verificar a aceitabilidade foi utilizada escala hedônica facial de cinco pontos e quatro variáveis. Os pontos, representados por figuras com expressões faciais, associadas às opiniões de “Horrível”, “Ruim” “Bom”, “Muito bom” e “Ótimo”, equivaliam à aceitabilidade de 0; 25%; 50%; 75% e 100%, respectivamente. As variáveis foram Cor, Aroma, Sabor e Textura.

Os provadores receberam, a cada preparação e, em dias diferentes, um formulário contendo o nome do alimento e as figuras equivalentes da escala hedônica, juntamente com uma porção padronizada de 50g.

Após o recolhimento dos formulários, as respostas foram tabuladas e foram calculados tanto os Índices de Aceitabilidade por variável, quanto o Índice Geral de Aceitabilidade, com utilização de planilha eletrônica, através das seguintes equações:

$$IA_v = (n_1 \cdot 0) + (n_2 \cdot 25) + (n_3 \cdot 50) + (n_4 \cdot 75) + (n_5 \cdot 100) / N, \quad \text{onde:}$$

IA_v significa Índice de aceitabilidade por variável **n1**
significa número de participantes que respondeu “Horível” **n2**
significa número de participantes que respondeu “Ruim” **n3**
significa número de participantes que respondeu “Bom” **n4**
significa número de participantes que respondeu “Muito bom”
n5 significa número de participantes que respondeu “Ótimo”

N significa o número de respostas para a variável verificada.

O Índice geral de aceitabilidade foi calculado com utilização da seguinte equação:

$$IGA = \Sigma IA_v / 4, \text{ onde:}$$

IGA significa Índice geral de aceitabilidade

IA_v significa Índice de Aceitabilidade por variável

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As preparações validadas neste estudo foram: risoto de jaca verde e pão de trigo misto com banana verde. Os dados referentes a gramatura per capita bruta e IPC encontrados para as frutas, conforme a preparação a que se destinaram, estão descritos na tabela 1.

Fruto verde	Quantidade per capita Bruto (g)	IPC	Rendimento per capita da preparação (g)
Jaca para risoto	363	4,02	285
Banana para pão	46	1,92	50

A elaboração de Fichas Técnicas de Preparo auxilia na integração e treinamento de funcionários, na execução das preparações e, além disso, padroniza o sistema de produção garantindo que o produto final tenha sempre semelhante composição, valor nutritivo e apresentação (VIEIRA, 2011).

Pode-se observar, que o IPC encontrado para a jaca verde foi elevado (4,02), quando comparado com o de banana verde (1,92).

Isso se explica, pelo fato de que no processo da elaboração das preparações só foi possível utilizar a polpa de jaca, sendo desprezada a parte das sementes e do invólucro. De acordo com Degiovanni et al. (2010), na etapa de processamento mínimo é fundamental saber quanto de perdas ocorre, no sentido de controlar o desperdício e, conseqüentemente, reduzir custos.

As preparações resultantes do estudo tiveram, de maneira geral, um bom aspecto. A jaca verde cozida lembra o aspecto de peito de frango cozido e desfiado. A figura 1 mostra uma porção de jaca verde cozida e desfiada e a Figura 2 mostra o risoto de jaca verde. Os receituários padrão mostram os ingredientes, respectivas, medidas caseiras, pesos brutos, modo de preparo e rendimento.



Figura 1 mostra uma porção de jaca verde cozida e desfiada

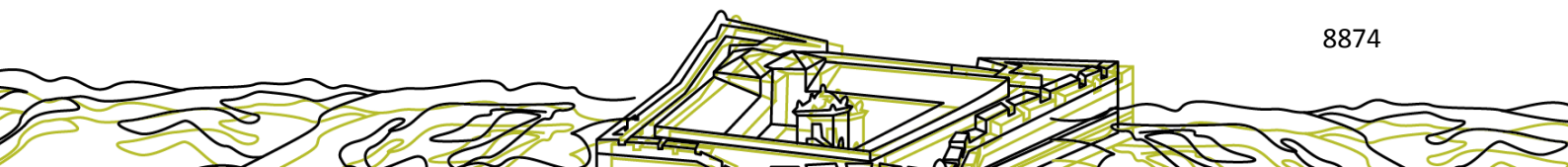




Figura 2: risoto de jaca verde

Receituário padrão para Risoto de jaca verde

Inicialmente prepare um refogado de jaca verde. Posteriormente prepare o arroz branco. Misture tudo e sirva polvilhado com queijo ralado (opcional)

Refogado de jaca

Ingredientes:

1 unidade média de Jaca Verde (4,351 kg)

2 unidades médias de cebola branca (0,342 kg)

5 unidades médias de tomate (0,655kg)

4 dentes médios de alho (0,034kg)

2 unidades médias de pimentão (0,195kg)

½ maço de cheiro verde (0,144kg)

2 e ½ colheres de chá de colorau (0,010 kg)

4 colheres de chá de orégano (0,005 kg)

2 colheres de chá de sal (0,010 kg)

4 colheres de sopa óleo (0,039kg)

Arroz branco

3 xícaras de chá de arroz polido cru (0,540 kg)

2 colheres de sopa de óleo de soja (0,02kg)

1 colher de chá de sal (0,002 kg)

8 xícaras de chá de água (1,600 L)

Modo de preparo: Recheio de Jaca: Corte a jaca em partes para que caiba na panela. Cozinhar a jaca na panela de pressão o por 15 minutos. Enquanto ocorreu cozimento, pique a cebola, o alho, o tomate, o cheiro verde. Após o cozimento da jaca, selecione a parte a ser utilizada para o refogado (polpa). Em uma panela, doure o colorau, o alho e a cebola. Acrescente o tomate, formando um molho. Junte a jaca cozida, o sal e o tempero verde, mexa bem até que tudo se misture e deixe cozinhar por, aproximadamente mais 3 minutos. Reserve. Preparo do arroz e montagem: Ferva a água e em outra panela frite o arroz. Acrescente a água e o sal, deixe cozinhar em fogo brando até secar toda a água. Misture o recheio com o arroz cozido.

Opcionalmente, polvilhe queijo ralado

Rendimento: 12 porções de 285g

Receituário padrão para Pão de trigo misto com banana verde

11 bananas médias verdes (1,508 kg)

3 copos de farinha de trigo (0,750 kg)

1 envelope de fermento biológico (0,015 kg)

1/4 de copo de óleo de soja (0,050 L)

1 copo e meio de água (0,300 l)

1 colher de sobremesa de sal (0,002 kg)

1/2 caneca de açúcar (0,10 kg)

1 colher de café de colorau (0,002kg)

Modo de preparo: Descasque as bananas verdes e leve ao fogo com água suficiente até cobrir. Cozinhe até que estejam macias. Escorra e amasse com um garfo ou espremedor de batata. Deixe esfriar. Em uma bacia junte o óleo e o colorau, misturando até dissolver. Junte o açúcar, o sal, a banana amassada e farinha de trigo misturada ao fermento. Vá adicionando água e amassando, até formar uma massa homogênea, que solte da mão. Não deixe a massa muito dura. Sove a massa, dê formato nos pães, unte uma assadeira e deixe os pães descansando até dobrar de volume. Asse em forno médio, até corar.

Rendimento: 33 porções de 50g

Foi possível observar que, a preparação de pão de trigo misto com banana verde resultou em uma massa homogênea e elástica, permitindo a modelagem adequada dos pães. Após o crescimento, a massa se tornou aerada e manteve esse aspecto após assada. Esses resultados demonstram a viabilidade da substituição parcial da farinha de trigo, o que está alinhado aos achados de Magalhães (2010), que, em um estudo com substituição de parcial de farinha de trigo por farinha de arroz, obteve resultados semelhantes. O mesmo foi encontrado por Freitas, Stertz e Waszczyński (1997), num estudo realizado com a intenção de verificar a viabilidade de produção de pão misto de farinha de trigo com farinha de mandioca. A Figura 3 mostra a massa crua e a Figura 4 mostra uma fatia de 50g do pão de trigo misto de banana verde.



Figura 3: Massa do Pão de trigo misto com banana verde



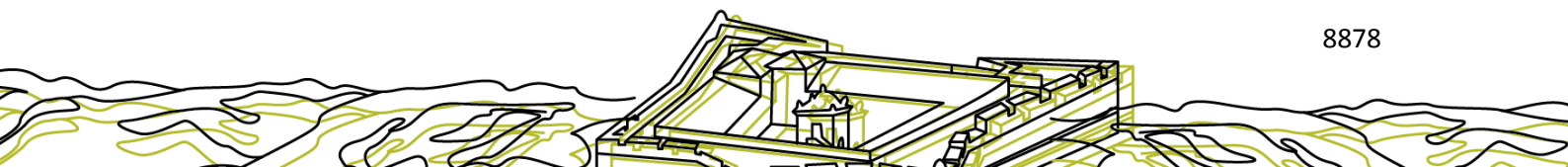


Figura 4: Porção de 50g do Pão de trigo misto com banana verde

O clima tropical do Brasil favorece a produção de frutas como a banana *Musa spp*, uma fruta de grande aceitação quanto aos aspectos sensoriais, valor nutricional, versatilidade em diversas preparações, além dos aspectos econômicos (PONTES, 2009). A banana possui alta perecibilidade muito maior que o de outros frutos comumente consumidos, gerando um amadurecimento rápido, encurtando a sua vida útil (NASCIMENTO NETO, 2006). Em virtude disso, são verificadas perdas ao longo de toda a cadeia produtiva, que ocorrem devido a fatores relacionados à pré e pós-colheita chegando a 40% em países em desenvolvimento. No Brasil, em certas regiões essas perdas chegam a 60% da produção, devido aos rápidos estágios de maturação (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION, 2013). Assim, este estudo se mostra como relevante, ao proporcionar a transferência de conhecimentos aplicáveis na redução do desperdício desse fruto.

Em relação à segunda etapa do estudo, foi possível observar um Índice Geral de Aceitabilidade de 82,25% para risoto de jaca verde; 80,66% para pão de trigo misto com banana verde. As tabelas 2 e 3, demonstram a aceitabilidade verificada para cada preparação, respectivamente.

Aceitabilidade do risoto de jaca verde



	Nº total de participantes	0% de aceitação	25% de aceitação	50% de aceitação	75% de aceitação	100% de aceitação	NR*	Aceitabilidade média por varável (%)
COR	25	0	0	1	9	14	1	85,00
AROMA	25	0	0	4	9	11	1	79,00
SABOR	25	0	0	3	6	15	1	84,00
TEXTURA	25	0	0	3	9	12	1	81,00

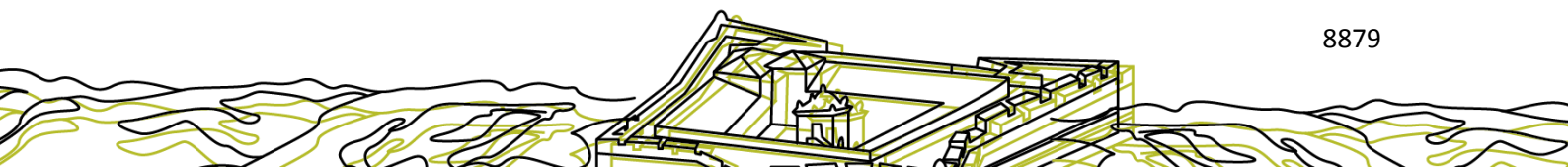
*Não responderam

Aceitabilidade do Pão misto de trigo com banana verde

	Nº total de participantes	0% de aceitação	25% de aceitação	50% de aceitação	75% de aceitação	100% de aceitação	NR*	Aceitabilidade média por varável (%)
COR	60	0	2	18	24	16	0	72,50
AROMA	59	0	0	3	34	22	1	83,05
SABOR	60	1	0	4	25	30	0	84,58
TEXTURA	60	0	1	8	23	28	0	82,50

*Não responderam

Os resultados encontrados neste estudo, relativos a aceitabilidade do risoto de jaca verde mostram que o aroma foi a variável com menor aceitação. No entanto, este índice está 0,12pp. acima do valor mínimo esperado, de acordo com Teixeira, Meinert e Barbetta (1987). Já os resultados encontrados para aceitabilidade de pão misto com banana verde, foram inferiores aos achados de estudo semelhante, realizado por Magalhães (2010) para pão de trigo misto com farinha de arroz, a qual encontrou aceitabilidade média de 89,1% e 90,7% para cor, 89,9% para aroma, 88,5% para sabor, 90,3% para textura. Ainda assim, os resultados da aceitabilidade são satisfatórios, de acordo com Teixeira, Meinert e Barbetta (1987), segundo os quais, para que um produto seja considerado aceito em suas propriedades sensoriais, é necessário que alcance um



Índice Geral de aceitabilidade de, no mínimo, 70% da amostra como um todo e, de cada variável, quando avaliada individualmente.

CONCLUSÃO

Preparações culinárias com jaca verde e banana verde podem representar uma alternativa viável, para diminuição do desperdício desses frutos, decorrente do amadurecimento rápido.

A padronização permitiu verificar que a jaca verde, quando utilizada em risoto, tem uma perda considerável em casca, sementes e invólucro das sementes, o que por sua vez eleva o IPC.

Embora a utilização do fruto de jaca, no estágio verde, contribua para o combate do desperdício, de uma forma geral, sugerem-se estudos para possível aproveitamento de partes descartadas.

Os dados gerados pela padronização das receitas permitirão a replicação das preparações por diferentes manipuladores em distintas situações, sem perda do padrão, com facilidades para obtenção dos gêneros em quantidades suficientes e necessárias, independentemente do número de comensais, uma vez que foram determinadas as quantidades per capita, tanto para os ingredientes *in natura*, quanto para a porção do alimento preparado.

Tanto risoto de jaca verde, quanto pão misto de banana verde podem ser consideradas preparações culinárias com índice de aceitabilidade muito bom.

Sugerem-se estudos futuros, com uma maior diversificação de preparações

REFERÊNCIAS

BARRADO, E. et al. Composicióngrasa de diversos alimentos servidos em estabelecimentos de "comida rápida". **Nutrición Hospitalaria**, v.23, n.2, 148-158, 2008.

BOTELHO, R. A.; CAMARGO, E. B. **Técnica Dietética: Seleção e Preparo de Alimentos – Manual de Laboratório.** São Paulo: Atheneu; 2005. 167p.

CABRAL, H. C. C.; MORAIS, M. P.; CARVALHO, A. C. M. S. Composição nutricional e custo de preparações de restaurantes por peso. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v.8, n.1, p. 23-38, 2013.

CASTILHO, L. F. **Análise de um restaurante de empreendedorismo social e solidário: estudo aplicado ao Bistrô Eco Sol UFGD.** 2017. Dissertação (Mestrado em Agronegócio) - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2017. convencional. **Revista Simbio-Logias**, v.1, n.2, p.1-9, 2008.

COSTA, M. L. **Análise econômico-ambiental e nutricional em processos de produção de refeições.** 2017. Dissertação (Mestrado em Agronegócio) - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2017.

DE SOUZA, L. V.; DE OLIVEIRA MARSINI, T. C. **Importância da ficha técnica em UANs: produção e custos de preparações/refeições.** 2015.

DEGIOVANI, G. C. et al. Hortaliças *in natura* ou minimamente processadas em unidades de alimentação e nutrição: quais aspectos devem ser considerados na sua aquisição? **Revista de Nutrição**, v.23, n.5, p.813-822, 2010.

DUBBELING, M. et al. **City region food systems and foodwaste management.** Germany: GmbH/RUAF Foundation/FAO, 2016, 186p.

FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations. **The footprint of food waste.** Rome, 2013.

FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N., orgs. **Escritas narrativas sobre alimentação e cultura.** Salvador: EDUFBA, 2008. 422p.

FREITAS, R.E.; STERTZ, S.C.; WASZCZYNSKYJ, N. Viabilidade da produção de pão, utilizando farinha mista de trigo e mandioca em diferentes proporções. Boletim do centro de pesquisa de processamento de alimento - CEPPA, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 197-208, jul./dez, 1997.

MAGALHÃES, A. M.; MSUGOSSA, M. J.; SANTOS, J. R.; CASTILHO, L. F.; COSTA, M. L.; BERNARDO, B.C. Incubadora social como espaço de aprendizagem e promoção do desenvolvimento local: O caso do restaurante escola Bistrô Eco Sol. **Revista Desenvolvimento Social.** Montes Claros – MG. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. MAGALHÃES, A.M.,. Interação entre sistemas agroindustriais, modelos

alimentares e saúde da população: estudo aplicado ao arroz. Porto Alegre, 2010. 152 f.; il. Tese (Doutorado em Agronegócios) – Programa de Pós-graduação em Agronegócios, UFRGS, 2010.

MARTINS, N.; FURLANETO, F.P.B. Bananicultura: pesquisas voltadas para Agricultura Familiar. **Revista Tecnologia e Inovação Agropecuária**. 2008.

MASCARENHAS, M. C. K; TORRES, I. A. Estrutura de custos de uma refeição em uma unidade de alimentação e nutrição do DF. **Universitas Gestão e TI**, v.2, n.1, p.93-112, 2012. NASCIMENTO NETO, F. **Recomendações básicas para aplicação das boas práticas agropecuárias e de fabricação na agricultura familiar**. Brasília: Embrapa informação tecnológica, 2006.

OLIVEIRA, S.H. ; KUTCHERA, S.A.; ALLEMAN, L.E. Benefícios da banana verde e de seus subprodutos para a alimentação humana. In:VI CONCCEPAR: Congresso Científico da Região Centro-Occidental do Paraná, 2015. Campo Mourão: Faculdade Integrado de Campo Mourão, 2015.

PONTES, S.F.O. Processamento e Qualidade de Banana da Terra (*Musa Sapientum*) Desidratada. 2009. 86p. Dissertação (Pós Graduação em Engenharia de Alimentos) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Itapetinga

ROCHA, S.A. et al. Fibras e lipídios em alimentos vegetais oriundos do cultivo orgânico e SARAWONG, C. et al. Effect of extrusion coking on the physicochemical properties, resistant starch, phenolic content and antioxidant capacities of green banana flour. **Food Chemistry**, v.143, p.33-39, 2014

SATURNINO, C.M.M.; MAGALHÃES, A.M. **Pão caseiro misto de farinha de trigo com banana verde: opção para aproveitamento do alimento**. In: VIII Seminário Regional de Extensão Universitária da Região Centro-Oeste. 2017.

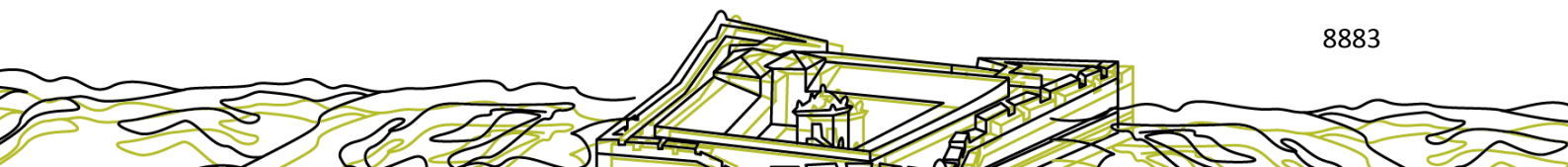
SOUZA, T. S. et al. Desidratação osmótica de frutículos de jaca (*Artocarpus intergrifolia* L.): aplicação de modelos matemáticos. **Acta Scientiarum. Technology**, v.31, n.2, p. 225-230, 2009.

TEICHMANN, I. M. **Tecnologia Culinária**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 355p. ISBN13:9788570611314.

TEIXEIRA, E.; MEINERT, E. M.; BARBETTA, P. A. Análise sensorial de alimentos. Florianópolis: UFSC, 1987. 180 p



VIEIRA, A. S. **Fichas técnicas de preparação em Unidade de Alimentação e Nutrição.** In: XX Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas. 2011.



AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE SANTA CRUZ/RN: RELATO DAS EXPERIÊNCIAS

Área temática: Saúde

Luis Henrique Dantas Mendes¹; Ana Luisa dos Santos Medeiros¹; Anna Hionara da Silva Araújo¹; Kelly Arleziane de Lima¹; Soraya Helena Penha do Nascimento¹; Fabio Resende de Araújo²; Ricardo Andrade Bezerra²; Ana Paula Trussardi Fayh².

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), graduandos em Nutrição.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), docente em Nutrição.

Resumo:

Introdução: A Educação Alimentar e Nutricional trata-se de uma ação interventiva de orientação a práticas alimentares pelo conhecimento científico da nutrição. Este trabalho descreve as atividades de EAN executadas com os familiares de escolares participantes do projeto de extensão “Programa de Educação Alimentar e Nutricional para Alunos, Familiares e Professores de Escolas Públicas de Ensino Fundamental de Santa Cruz-RN”, financiado pelos recursos do edital PROEXT-MEC, nas escolas de ensino fundamental da rede municipal de educação de Santa Cruz/RN. **Metodologia:** As atividades de EAN foram realizadas em seis escolas do ensino fundamental da rede municipal de educação de Santa Cruz/RN, pelos docentes e discentes da FACISA/UFRN, em parceria com a secretaria de educação. O público alvo do programa foi formado por familiares dos alunos matriculados do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental das escolas escolhidas. Havendo a aplicação de instrumentos para levantamento de dados. **Resultados e Discussões:** As intervenções de EAN desenvolvidas nas escolas municipais apresentaram os resultados esperados, ocorrendo um entrosamento e troca de informações com os responsáveis pelos escolares e o grupo de extensão. Os participantes mostraram-se bastante entusiasmados e participaram ativamente da intervenção. A grande maioria das famílias que participaram da intervenção, possui

renda inferior a dois salários mínimos (84%), e recebe o benefício do Programa Bolsa Família (82,6%). **Conclusão:** As realizações das ações de intervenção tiveram caráter desafiador, quando a principal dificuldade foi desconstruir paradigmas e preconceitos alimentares. Orientou-se as famílias dos escolares sobre como montar uma alimentação saudável, acessível e nutritiva. Garantindo informações sobre uma alimentação adequada e autonomia alimentar, demonstrando que é possível modificar hábitos alimentares e ambientais na esfera escolar.

Palavras-chave: Educação Alimentar e Nutricional; Promoção à Alimentação Saudável; Aproveitamento Integral dos Alimentos.

Introdução

Associado a um padrão alimentar inadequado, o perfil epidemiológico de países em desenvolvimento expõe os contrastes sociais pela presença de desnutrição, doenças carenciais e infecciosas como também a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e cânceres. Na mesma condição social, é possível encontrar diversidade no estado nutricional e de saúde, sugerindo uma dinâmica complexa das práticas alimentares intrafamiliares (DIEZ-GARCIA, 2011).

Segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas (BRASIL, 2012) a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) trata-se de um campo de ação da Promoção da Saúde e tem sido considerada uma estratégia fundamental para prevenção de problemas alimentares. Tal ação é transversal a todas as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, entre elas o Programa Nacional da Alimentação Escolar (PNAE).

Pinheiro e Carvalho (2007), esclarecem que segurança alimentar e nutricional pressupõe a garantia do direito humano à alimentação adequada (DHAA), sendo dever do Estado e responsabilidade da sociedade, assegurar a todos, indistintamente, condições para produzir ou ter acesso a uma alimentação digna, nutritiva, saudável e condizente com seus hábitos culturais, caracterizando o DHAA como direito humano indivisível, universal e não discriminatório.

Nesse contexto, os instrumentos e estratégias de EAN devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares que promovam a saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a

realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014).

Os instrumentos e estratégias de EAN devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares que promovam a saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014).

A EAN direcionada aos escolares pressupõe um olhar amplo sobre os diversos atores envolvidos na vida da criança, entre estes os familiares. A família naturalmente, representa o ambiente de origem para a socialização e os alimentos são os principais símbolos de união do grupo, configurando a cultura alimentar que a criança é iniciada durante e após o desmame. Além do ambiente microsocial é preciso considerar que a sociedade do consumo é uma sociedade e obesogênica na média em que estimula determinados estilos de consumo e ingestão alimentar (RODRIGYES-CIACCHI, CAMPOS, 2011).

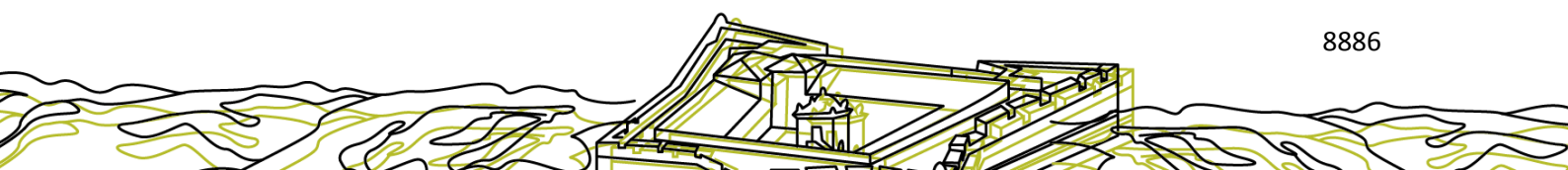
Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi descrever as atividades de EAN (educação alimentar e nutricional) executadas pelo projeto de extensão “Programa de Educação Alimentar e Nutricional para Alunos, Familiares e Professores de Escolas Públicas de Ensino Fundamental de Santa Cruz-RN” integrante programa de extensão “Saúde e bem-estar nas escolas: promovendo ações intersetoriais de Segurança Alimentar e Nutricional, estilo de vida ativo e prevenção de acidentes no município de Santa Cruz, RN”, financiado pelos recursos do edital PROEXT-MEC, nas escolas de ensino fundamental da rede municipal de educação de Santa Cruz - Rio Grande do Norte, com os pais e os responsáveis pelos alunos das instituições, para mostrar a importância da alimentação saudável, e mostrar aos citados que é possível alimentarse e alimentar seus filhos de maneira saudável com alimentos gostosos, baratos, naturais, acessíveis e com o reaproveitamento integral de todas as partes dos alimentos utilizados.

Metodologia

Caracterização das atividades

As atividades foram realizadas em seis escolas do ensino fundamental da rede municipal de educação de Santa Cruz no Rio Grande do Norte:

- Escola Municipal Aluisio Bezerra



- Escola Municipal José Rodrigues da Rocha
- Escola Municipal Paulo Venâncio de Medeiros
- Escola Municipal Theodorico Bezerra
- Escola Municipal Rita Nely Furtado
- Escola Municipal Palmira Barbosa

Estas escolas foram escolhidas em virtude de se localizarem na área urbana da cidade, havendo maior conveniência de acesso viabilizando o deslocamento dos participantes do projeto e sua execução.

Público alvo das intervenções

O público alvo do programa foi formado por familiares dos alunos matriculados do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental das escolas escolhidas.

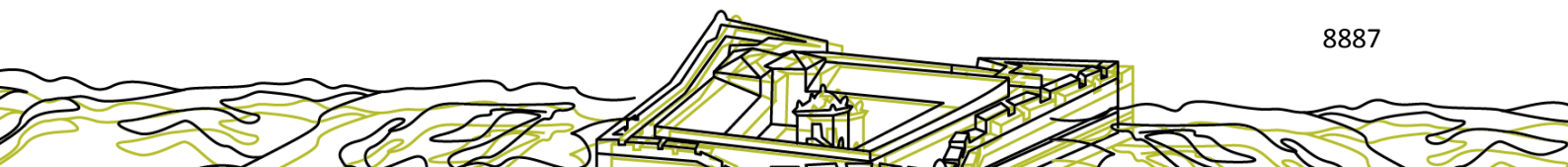
Diagnóstico e intervenções realizadas

Para a coleta de dados do projeto, utilizou-se a metodologia proposta de Aguiar, Kraemer e Menezes (2013) quanto às etapas: I) Diagnósticos; II) Objetivos; III) Conteúdo programáticos e Metodologia; IV) Recursos didáticos e; V) Avaliação.

Os diagnósticos das demandas foram realizados a partir de outro projeto de financiamento do PROEXT-MEC, denominado “Promoção do estilo de vida saudável através de alimentação adequada e da prática de exercícios físicos em escolares de Santa Cruz, RN”. Os instrumentos usados nos levantamentos foram:

Perfil socioeconômico dos escolares: Foi aplicado com os pais dos escolares um questionário semiestruturado dividido em duas partes. O questionário possuía: (a) Dados de identificação: nome do aluno, sexo, idade, data de nascimento, etnia, endereço, série, turma, nome, idade e escolaridade da mãe, telefone pra contato; (b) Dados sociodemográficos: presença de irmãos, quantidade (se houvesse), número de pessoas no domicílio, tipo de moradia, presença de computador no domicílio, acesso à internet por meio do computador, presença de celular com acesso à internet, método de coleta de lixo, origem da água utilizada no domicílio, tipo de esgotamento sanitário, presença da mãe no lar em tempo integral, recebimento do PBF ou outros programas de proteção social (Programa do Leite).

Consumo alimentar e práticas alimentares: Foi aplicado com os pais o Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar proposto pelo SISVAN para crianças maiores do que



cinco anos, que objetiva identificar com que frequência o entrevistado consumiu os alimentos e bebidas dispostos nos últimos 7 dias, sendo estes relacionados tanto a uma alimentação saudável, como a práticas pouco recomendadas.

Os conteúdos programáticos foram definidos frente às demandas e elaborados com documentos de respaldo científico tendo sua linguagem adaptada à escolaridade. Os temas foram debatidos anteriormente com a equipe envolvida a fim de definir a abordagem metodológica mais adequada para o público alvo e que materiais seriam preferidos. As atividades pretendidas tiveram seus fundamentos nas tendências pedagógicas humanista e problematizadora.

Planejamento das ações de EAN:

O planejamento das ações de EAN foi feito pelos alunos integrantes do programa de extensão da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi- FACISA/UFRN, os quais elencaram os temas propostos em acordo com os diagnósticos e aspectos mais relevantes que surgiram a partir da coleta de dados por meio dos questionários aplicados com os pais nas escolas municipais, sendo os temas elegidos na abordagem das ações: pirâmide alimentar, dez passos para uma alimentação saudável, como organizar a geladeira, riscos do consumo de açúcar, sal e óleo, por meio da exposição e apresentação de banners.

A convocação dos participantes foi realizada por meio do envio de convites pelas escolas solicitando a presença dos familiares na data agendada. Os encontros ocorreram no espaço interno das escolas, em salas determinadas pelos gestores de cada instituição, onde houveram as apresentações dos temas destacados por meio de rodas de conversa entre os responsáveis pelas crianças e o grupo de alunos extensionistas, visando um momento de debate e esclarecimentos de dúvidas sobre alimentação.

Durante o decorrer das apresentações houve a distribuição de lanches elaborados previamente pelo grupo de extensão no Laboratório de Técnica Dietética da FACISA/UFRN, com o uso de gêneros alimentícios doados pela prefeitura municipal. As receitas foram desenvolvidas à base de frutas e hortaliças e do aproveitamento integral dos alimentos, as quais eram bolos de casca de banana e banana com maçã, sucos de couve com limão e de beterraba e salada de frutas. Tais receitas foram escolhidas com o intuito de oferecer lanches saudáveis e mostrar que estes podem ser ofertados e produzidos de modo prático. Além disso, foram elaboradas e distribuídas, ao final das intervenções, as receitas impressas das preparações oferecidas durante o lanche para aqueles que estavam presentes nos encontros.

Aspectos éticos

A etapa que consistiu na formulação do diagnóstico configurou-se como pesquisa científica e, desse modo, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN), de acordo com o protocolo CAAE nº 39203314.6.0000.5568, para avaliação da pertinência ética em atendimento à Resolução Nº

466/2012 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Resultados e discussão

Quase metade das famílias tem privações em alguma medida de alimentos, com renda inferior a dois salários mínimos e a grande maioria é beneficiária do Programa Bolsa Família conforme diagnóstico realizado com amostra de 377 escolares indicou que quase metade da população estudada se encontra em algum grau de insegurança alimentar (49%). A grande maioria das famílias possui renda inferior a dois salários mínimos (84%), e recebe o benefício do Programa Bolsa Família (PBF) (82,6%) (SANTOS, 2016).

A maior parte das famílias é de classe D, com escolaridade abaixo de ensino fundamental e consomem frequentemente biscoitos recheados, refrigerantes e embutidos de acordo com o diagnóstico realizado com amostra de 657 famílias que indicou um alto consumo de alimentos processados, como embutidos, biscoitos e refrigerante por escolares, dos quais a família se apresenta na linha de pobreza e a escolaridade da mãe se encontra até o ensino fundamental. Já com relação a classificação da ABEP a maioria das famílias se encontram acima da classe D (94,8%). Sobre a escolaridade da mãe a grande maioria possui até o ensino fundamental (FARIAS, 2017).

Já as intervenções de EAN desenvolvidas nas escolas municipais de Santa Cruz/RN apresentaram os resultados esperados, ocorrendo um entrosamento e troca de informações com os responsáveis pelos escolares e o grupo de extensão. Os participantes mostraram-se bastante entusiasmados e participaram ativamente da intervenção.

O primeiro dia de intervenção aconteceu na Escola Municipal Aluizio Bezerra no dia 08 de novembro de 2017, no período matutino; o segundo dia de intervenções ocorreu na Escola Municipal Rita Nely Furtado, Escola Municipal Paulo Venâncio de Medeiros e

Escola Municipal Palmira Barbosa no dia 29 de novembro de 2017, no período matutino; e o terceiro dia de intervenções ocorreu na Escola Municipal José Rodrigues da Rocha e na Escola Municipal Theodorico Bezerra no dia 08 de dezembro de 2017, no período matutino.

Durante as ações, as informações compartilhadas nas intervenções com os pais e responsáveis dos escolares se mostraram bastante úteis. Tendo em vista, que o tema alimentação saudável é rodeado de diversas dúvidas e que algumas famílias acreditam que é impossível se alimentar de forma saudável com alimentos saborosos, baratos, naturais, acessíveis e com o reaproveitamento integral de todas as partes dos alimentos utilizados.

Assim, com as intervenções muitos questionamentos surgiram durante a explanação dos assuntos abordados. Ao longo das rodas de conversa criadas as dúvidas que surgiram foram discutidas e orientações nutricionais foram repassadas a todos. As principais dúvidas manifestadas pelos participantes eram quanto ao consumo de alimentos ultraprocessados, embutidos, frutas e hortaliças e a quantidade de óleos, gorduras, sal e açúcar que poderiam ser consumidos de maneira segura para a saúde dos mesmos e de seus filhos.

A discussão das questões levantadas envolvendo o consumo adequado de óleos, gorduras, sal e açúcar propiciou, também, o esclarecimento e a exemplificação de como estes componentes podem estar em quantidades elevadas em alguns alimentos, em especial, naqueles ultraprocessados, instigando os pais a respeito da necessidade de pensarem mais criticamente sobre as informações que eles e seus filhos estão expostos e aquelas que promovem o consumo desse tipo de alimento.

Ao final da intervenção houve o *coffee break* com preparações escolhidas e elaboradas pelo grupo, visando mostrar aos participantes da intervenção que existem receitas saudáveis, gostosas, de fácil preparação, com baixo custo e com reaproveitamento integral dos alimentos. As preparações oferecidas e degustadas pelos pais e responsáveis pelos escolares, como já mencionadas eram preparações pobres em gorduras, açúcares e sal, ricas nutricionalmente em vitaminas e minerais e de preço acessível.

Por fim, cada pessoa que participou das intervenções levou para casa as receitas impressas. Os mesmos mostraram-se satisfeitos e surpresos com os sabores das preparações degustadas, as quais apresentaram uma boa aceitação sensorial e cores variadas, tendo sido mencionado pelos participantes o interesse em elaborar tais receitas em suas casas para oferecer a toda a família.

Diante do exposto, a realização de atividades de EAN no meio escolar tem sua relevância por permitir o engajamento de educadores, pais e alunos e a aproximação entre eles, contribuindo para a construção do vínculo e do senso de responsabilidade necessários para o esforço coletivo na busca de melhorias para a saúde de todos os atores da sociedade e para o sucesso e aceitação pelos pais das ações desenvolvidas nas escolas (MORGADO, SANTOS, 2008). Porém, apesar do crescente entendimento sobre a importância das práticas em EAN, muitos estudos sobre o tema são publicados em revistas com baixa relevância, demonstrando a marginalização, ainda existente, deste tema dentro do campo científico (RAMOS; SANTOS; REIS, 2013).

A literatura de Ramos, Santos e Reis (2013), mostra que a utilização de palestras, apresentações, dinâmicas, histórias infantis e atividades lúdicas são estratégias comuns adotadas na metodologia da maioria dos estudos, o que se assemelha ao que foi executado no presente estudo com a explanação de banners, rodas de conversa, dinâmica com degustação e compartilhamento de receitas, atentando-se para a viabilização do estímulo à participação coletiva que direcionava os diálogos e discussões para os aspectos de interesse dos indivíduos.

Tal abordagem fomenta a reflexão sobre alimentação e nutrição a partir das esferas social e antropológica e não estritamente biologicista, pois compreende a expressão dos significados atribuídos pelos indivíduos e seus rituais, tabus e percepções sobre os alimentos relacionando os diferentes usos, preparos e receitas e socializando através da conversa as experiências e vivências que estruturam o comportamento cotidiano frente à alimentação (ROTENBERG; VARGAS, 2004). “Quando a EAN aborda estas múltiplas dimensões ela se aproxima da vida real das pessoas e permite o estabelecimento de vínculos, entre o processo pedagógico e as diferentes realidades e necessidades locais e familiares” (BRASIL, 2012, p.26).

No que se refere às temáticas elencadas nas ações de EAN em escolas, constata-se que a abordagem nutricional ainda é predominante e que as dificuldades apresentadas para o planejamento de estratégias que promovam mudança de hábitos são remanescentes de um contexto histórico dos cursos de saúde que por muito tempo abordaram a nutrição com foco nos nutrientes e fontes alimentares. Entretanto, no contexto atual com a existência de documentos de referência para as ações educativas de alimentação e nutrição, estas devem ser conduzidas por diagnósticos educativos que orientem a estruturação do planejamento com o estabelecimento dos objetos, recursos, atividades, efeitos e contexto da intervenção, viabilizando maior clareza da ação para o grupo populacional a qual é destinada (CERVATOMANCUSO; VINCHA; SANTIAGO, 2016).

Dessa maneira, a abertura da oportunidade aos participantes para a verbalização do seu posicionamento permitiu que demonstrassem e aprimorassem os conhecimentos em nutrição e saúde já adquiridos, o que colabora para a quebra de um modelo metodológico construído com base na pedagogia da transmissão vertical presente em outros trabalhos que partem da premissa de que o simples repasse de informações é capaz de gerar aprendizado e mudança de comportamento (RAMOS; SANTOS; REIS, 2013).

Adicionalmente, o incentivo à culinária e elaboração de receitas promovidas pelas ações executadas por este estudo caracterizam práticas emancipatórias ao proporcionarem a valorização da culinária e cultura alimentar locais, trazendo a comida como ferramenta para a integração de saberes técnicos e populares que ampliam a autonomia, reflexão e as possibilidades de escolha dos indivíduos na busca por uma alimentação mais saudável (BRASIL, 2012).

Ainda, sob o entendimento de que o conceito de alimentação saudável é configurado com base em diversos aspectos, que incluem as experiências de vida, valores, fatores antropológicos, psicológicos, demográficos e culturais, como também as fontes de informação, torna-se importante a provocação da reflexão a respeito dos meios de comunicação e conteúdos midiáticos divulgados que são procurados para a obtenção de informações sobre alimentação, pois estes podem influenciar escolhas e hábitos alimentares de pais e crianças e contribuir para o consumo inadequado de alimentos de má qualidade pela população, principalmente, a de baixa escolaridade (BENTO; ESTEVES; FRANÇA, 2015).

Com isso, a realização destas atividades propicia o desenvolvimento de habilidades que permitem às pessoas identificarem os aspectos do contexto de vida no qual estão inseridas, oferecendo subsídios para que tenham a liberdade de decidirem de maneira ativa e informada sobre a adoção voluntária de comportamentos que colaborem para a sua saúde e efetivação do autocuidado (BRASIL, 2012).

Portanto, as ações de EAN cumprem um papel transformador ao utilizarem métodos dialógicos para a problematização de temáticas que objetivam promover a alimentação adequada e saudável através da autonomia, interdisciplinaridade, participação social, respeito ao indivíduo, seus saberes, a cultura e meio ambiente na perspectiva do alcance da Segurança Alimentar e Nutricional e garantia do DHAA (SANTOS, 2012) que trata da justiça social e dignidade da pessoa humana como indispensáveis à satisfação de outros direitos humanos, trazendo o contexto da alimentação como um processo promotor da cidadania e da saúde (BRASIL, 2014).

Considerações finais

As realizações das ações de intervenção tiveram caráter desafiador, quando a principal dificuldade foi desconstruir paradigmas e preconceitos alimentares de que somente pessoas de baixa renda aproveitam aquilo que seria destinado ao lixo, orientando as famílias dos escolares sobre como montar uma alimentação saudável e nutritiva. No entanto com a degustação das preparações, estes paradigmas foram substituídos pela autonomia de criar e recriar receitas que além de nutritivas são muito saborosas e capazes de proporcionar prazer ao ato de comer, estimulando dessa forma o autocuidado para alimentação.

A proposta de aproveitamento integral trabalhada nas intervenções de educação alimentar e nutricional está diretamente relacionada à alimentação saudável, redução do desperdício e elaboração de refeições mais nutritivas, demonstrando que é possível modificar hábitos alimentares e ambientais na esfera escolar.

Ademais, a vivência tida por parte dos estudantes de graduação envolvidos no desenvolvimento das ações de EAN foi fundamental para a formação de bons futuros profissionais, pois agrega conhecimento teórico-prático para superar obstáculos e paradigmas pregressos além de exercitar a criação e implementação de metodologias que melhor se adequem aos propósitos das mais diversas situações.

Referências bibliográficas

AGUIAR, Odaleia Barbosa; KRAEMER, Fabiana Bom; MENEZES, Maria de Fátima. **Gestão de Pessoas em Unidades de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2013.

BENTO, Isabel Cristina; ESTEVES, Juliana Maria de Melo; FRANCA, Thaís Elias. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2389-2400, 2015.

BRASIL. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. 2nd ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Educação Alimentar e Nutricional: uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada**. Brasília, 2014. 51p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68p.

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria; VINCHA, Kellem Regina Rosendo; SANTIAGO, Débora Aparecida. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Physis**, Rio de Janeiro, v.26, n. 1, p. 225-249, 2016.

DIEZ-GARCIA, R.W. Mudanças Alimentares: Implicações Práticas, Teóricas e Metodológicas. In: DIEZ-GARCIA, R.W; CERVATO-MANCUSO, A.M. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Guanabara Koonga, Rio de Janeiro, 2011.

FARIAS, Vanessa Alves. **Fatores Socioeconômicos de Influência no Consumo Alimentar de Escolares da Rede Pública do Município de Santa Cruz – Rio Grande Do Norte**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz-RN, 2017.

MORGADO, Fernanda da Silva; SANTOS, Mônica Aparecida Aguiar dos. A horta escolar na educação ambiental e alimentar: experiência do projeto horta vi va nas escolas municipais de Florianópolis. **Revista Eletronica de Extensão**, v. 6, n. 1, p.1-10. 2008.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Maria de Fátima Cruz Correia de. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica de desigualdade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 121-130, Jan. 2010.

RAMOS, Flavia Pascoal; SANTOS, Ligia Amparo da Silva; REIS, Amélia Borba Costa. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p.2147-2161, nov. 2013.

RODRIGUES-CIACCHI, E.M; CAMPOS, S.H. Programa de Educação Nutricional com Grupo de Adolescentes: Problematização como Estratégia para Análise e Mudança de Comportamento Alimentar. In: DIEZ-GARCIA, R.W; CERVATO-MANCUSO, A.M. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Guanabara Koonga, Rio de Janeiro, 2011.

ROTENBERG, Sheila; DE VARGAS, Sonia. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, Mar. 2004.



SANTOS, Ligia Amparo da Silva. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 455-462, Feb. 2012.

SANTOS, Ohanna Thays de Medeiros. **Perfil de segurança alimentar e nutricional em beneficiários do Programa Bolsa Família em Santa Cruz – RN: análise dos determinantes socioeconômicos**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz-RN, 2016.



PROGRAMA DE EXTENSÃO COMUNITÁRIA FISIOASSISTE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA À SAÚDE DA COMUNIDADE

Área Temática: Saúde

RODRIGUES, ÉTRIA¹; VIANNA, DENISE L²; AMANTO, CIBELLE³; FERREIRA, DANIEL R. M⁴.; CAPERUTTO, ERICO C⁵.; SALERNO, GISELA R.F.⁶; CANELLAS, LIGIA M. C⁷.; CALLEGARI, MARÍLIA. R⁸.; FERNANDES, MARCELO⁹; BLASCOVI-ASSIS, SILVANA M¹⁰.; FERNANDES, SUSI M. S.¹¹; GRACIANI, ZODJA¹².

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

¹⁻¹² Docentes do Curso de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Resumo:

Introdução: As vivências práticas na atenção à saúde comunitária otimizam o desenvolvimento das práxis do discente quanto a profissão pelas interações teórico-práticas nos diversos campos de atuação. Nesse sentido, as atividades extensionistas se configuram como uma estratégia pedagógica importante visto a indissociabilidade do tripé universitário ensino, pesquisa e extensão, que asseguram o desenvolvimento das habilidades e atitudes profissionais necessárias à atuação, à formação acadêmica e científica dos estudantes e, na aproximação com a comunidade. **Objetivo:** Apresentar o Programa de Extensão realizado pelo Curso de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). **Métodos:** Criado em 2010, o Programa FISIOASSISTE consiste em uma atividade de extensão comunitária focado na assistência à saúde da comunidade, nos três ciclos da vida em todos os níveis de atenção à saúde humana. Se articula com todas as disciplinas do curso de graduação de modo longitudinal e transdisciplinar. Realizado na Clínica Escola, Instituições Parceiras e em locais públicos e, permite a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão comunitária. **Resultados:** Em 8 anos já foram realizados 39.111 atendimentos. Participaram das atividades 140 alunos. Foram realizadas 140 pesquisas, 83 apresentações científicas, com apresentações em congressos e simpósios, os projetos repercutiram em mídias externas e premiações. Além de excelente desempenho observado nos nossos egressos. **Conclusão:** A atividade extensionista é fundamental para o desenvolvimento de habilidades de correlação teórico prática de argumentação, coerência e síntese colaborando para formação de um profissional crítico e reflexiva consciente e atuante nos problemas de saúde da comunidade brasileira.

Palavras Chaves: Fisioterapia, Atenção à Saúde (assistência), Relações Comunidade-Instituição.

Introdução

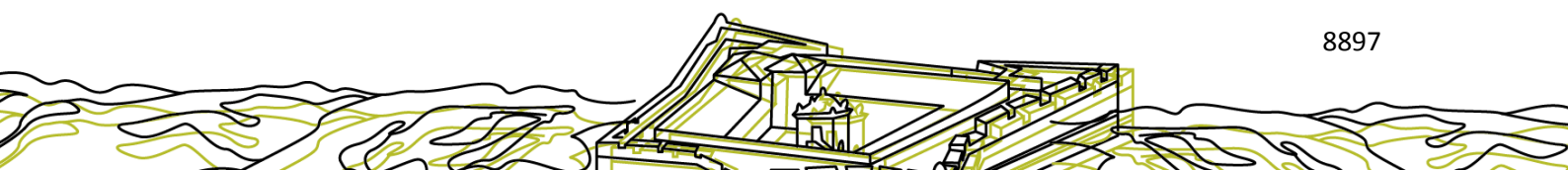
O Curso de Fisioterapia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) tem como meta atender aos critérios estabelecidos no novo Planejamento Estratégico da Universidade, que prima pela excelência de seus cursos e, atender as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia que definem os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional (BRASIL, 2002).

De tal modo que o curso se estrutura dentro de um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, comprometido com ações assistenciais a comunidade em consonância com o Sistema Único de Saúde, Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/88 do Ministério da Saúde.

Os alunos são estimulados a vivenciar o dia a dia da profissão desde as primeiras etapas do curso por meio de visitas técnicas aos serviços de fisioterapia, programas de extensão comunitária que se configuram em projetos, ações e, posteriormente, interagindo com a população em atividades práticas supervisionadas e estágios curriculares obrigatórios ligados às áreas de educação em saúde e clínicas assistenciais.

Para tanto foi desenvolvido um currículo voltado para o atendimento do perfil definido para o profissional, sem perder de vista o mercado de trabalho com as tendências da Fisioterapia na sociedade contemporânea. Nesse sentido, no cotidiano das atividades acadêmicas, busca-se sucessivamente a compreensão do profissional com a ciência social e da saúde. Assim, esta ciência pode possibilitar ao homem o alcance de suas metas prioritárias enquanto cidadão e a construção do perfil do profissional delimitado pelo curso.

Na realização dessa função, algumas estratégias educativas são viabilizadas como mecanismos que podem assegurar o desenvolvimento das habilidades e atitudes profissionais necessárias à atuação do fisioterapeuta e à formação acadêmica do estudante desta área. No qual as atividades extensionistas se configuram como uma estratégia pedagógica importante por apresentar ao discente a indissociabilidade do tripé universitário ensino, pesquisa e extensão, que asseguram o desenvolvimento das habilidades e atitudes profissionais necessárias à atuação, à formação acadêmica e científica dos estudantes e, na aproximação com a comunidade (BORGES, ARAÚJO,



2012; MOITA, ANDRADE, 2009).

As vivências supervisionadas de atenção à saúde comunitária otimizam o desenvolvimento das práxis do discente quanto a profissão pelas interações teórico-práticas nos diversos campos de atuação (GOMES *et al.*, 2010; FREIRE, 2005). O discente atua diretamente com a comunidade prestando serviços de saúde conscientes de funções e responsabilidades que atendem as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Justificativa

Esse modelo garante as ênfases curriculares propostas bem como uma formação generalista que possibilita o aprimoramento das habilidades e competências necessárias para o exercício da profissão, integrando conceitos teóricos e ações práticas específicas pertinentes à formação profissional em ambiente real.

Desta forma, é o *locus*, onde a identidade do profissional é gerada. Nesse ambiente ele confrontará o saber aprendido com a realidade prática no contexto socioeconômico vigente sendo capaz de construir a capacidade de autonomia profissional e política fundamentais para formação (WERNEWCK *et al.*, 2010).

Para tanto, esse programa criado em 2010 visa proporcionar a prática supervisionada vinculada a pesquisa, extensão e integração multidisciplinar e, contribuir para a aproximação entre o saber acadêmico e a comunidade.

Objetivos

Gerais:

- Oferecer vivências práticas supervisionados aos estudantes do Curso de Fisioterapia permitindo o acesso ao ambiente profissional desde as etapas iniciais do curso contribuindo para uma formação generalista, investigadora, resolutiva e ética.
- Oferecer a comunidade assistência fisioterapêutica de qualidade, pautados no rigor acadêmico e ético.
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas aplicadas contribuindo para o avanço do conhecimento e que atendam às necessidades da comunidade.
- Promover a integração entre os demais Cursos da UPM em favor da Saúde Comunitária.

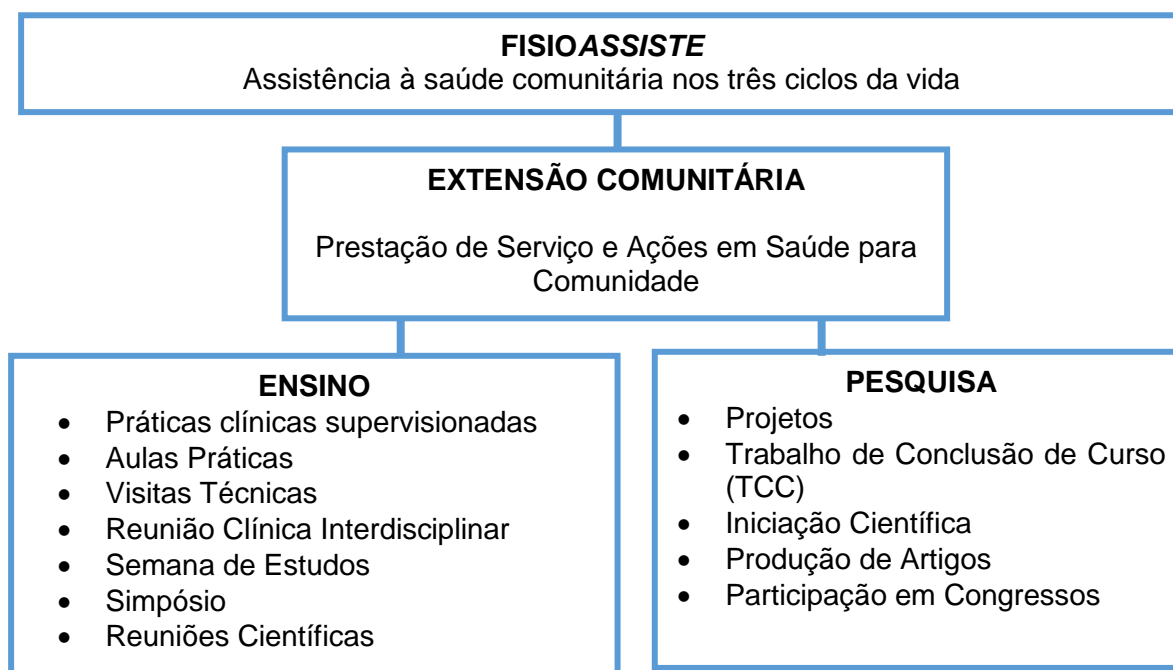
Específicos:

- Articular os conhecimentos específicos adquiridos ao longo dos anos com a vivência prática em cada uma das áreas e setores vivenciados.
- Viabilizar a elaboração e utilização de instrumentos de avaliação auxiliando o discente a identificar as reais necessidades da população.

- Desenvolver habilidades para estabelecer planos de tratamento nos variados quadros pertinentes aos campos de atuação.
 - Oferecer formação e informação que contemplem as bases e diretrizes do Ministério da Saúde/SUS.
 - Desenvolver visão generalista exercitando a inter e multidisciplinaridade
 - Incentivar o comprometimento e ética na vivência e resolução de problemas de saúde da população bem como o respeito, cordialidade, cooperação para com o outro.
 - Desenvolver raciocínio crítico e analítico sobre pesquisas e artigos científicos pertinentes a cada área.

Metodologia

Desenvolvimento de um Programa de Assistência à Saúde da Comunidade voltado aos três ciclos da vida que aborde todos os níveis de atenção à saúde humana e, se articule com todas as disciplinas do Curso de graduação em Fisioterapia. De modo a evidenciar a caráter indissociável do tripé que sustenta a instituição universitária – ensino, pesquisa e extensão, designado Programa de Extensão Comunitária *FisioAssiste* conforme exposto na figura 1.



Fonte: Próprio Autor

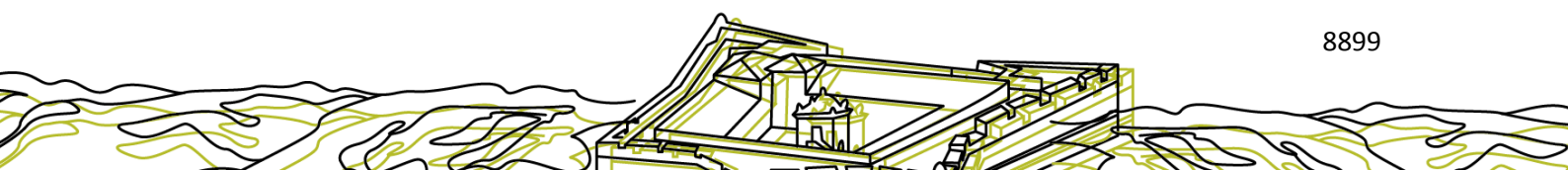


Figura 1: Resumo esquemático das atividades desenvolvidas no Programa *FisioAssiste*

O Programa é desenvolvido mediante supervisão docente direta nas diversas áreas de atuação da Fisioterapia abrangendo todos os semestres da graduação e utiliza a configuração extensionista para subsidiar o ensino e a pesquisa. As atividades desenvolvidas no Programa estão baseadas em medidas de Educação Popular em Saúde, Atendimento Ambulatorial individual e em grupo e, Atendimento Hospitalar e Domiciliar.

Resultados

Atividades de Ensino:

a) Prática Clínica Supervisionada, Aula Prática e Visita Técnica: que contempla a atenção à saúde da criança, do adulto, da mulher e dos idosos com disfunções ortopédicas e traumatológicas; neurofuncionais em todos os níveis de atenção à saúde dos indivíduos e de populações. Estes acontecem na Clínica Escola da Universidade e em Instituições parceiras por meio de Acordo de Cooperação Técnico-Científico.

Os serviços de assistência a população proporcionam uma variedade de intervenções fisioterapêuticas que visam atender todos os níveis de atenção à saúde em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro e, acontecem por meio de visitas técnicas, aulas práticas, práticas supervisionadas.

As atividades são desenvolvidas na Clínica Escola da Universidade e, oferecem serviços destinados a promoção, prevenção, recuperação e manutenção a saúde da pessoa com algum tipo de deficiência ou vulnerabilidade geradas por doenças neurológicas, ortopédicas, reumatológicas e desportivas nos três ciclos da vida. Já as atividades voltadas a Saúde Coletiva e assistência Hospitalar ocorrem em Instituições parceiras por Acordo de Cooperação Técnico-Científico.

Atualmente, o serviço Hospitalar acontece nas enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Hospital Estadual de Transplante Dr. Euryclides de Jesus Zerbini. A Saúde Coletiva é efetivada nos equipamentos de saúde da Prefeitura do Município de São Paulo por meio da COAPES e compreende a assistência nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, outras parcerias com a sociedade civil e organizações não governamentais foram concretizadas para atender as demandas no cuidado a Saúde do Idoso, a Saúde da Criança e a Saúde do Trabalhador, como por exemplo, a Associação os

Familiares e Amigos dos Idosos (AFAI), Associação Cristã de Moços (ACM/Centro); Associação Paulista de Apoio à Família (APAF) e Qualimack - Programa Mackenzie de Qualidade de Vida e Saúde.

Nas grandes áreas de atuação da fisioterapia o número de atendimentos está diretamente relacionado com a quantidade de alunos participantes. Nas práticas supervisionadas estima-se o máximo de 10 alunos em cada setor, com 05 atendimentos supervisionados diários realizados num período. Em média, na área ambulatorial e hospitalar são realizados cerca de 200 atendimentos diários. Na área de Saúde Coletiva a abordagem está relacionada a grupos populacionais e o número de pessoas atendidas varia de acordo com a data e o local de atendimento. Além disso, as ações realizadas em aulas práticas colaboram para ampliar o número de atendimentos. Essa relação está sumarizada na tabela 1.

Tabela 1: Quantidade de atendimentos realizados individuais e coletivos

	Hospitalar	Ambulatorial Clínica UPM	Saúde Coletiva
Ano	Beneficiados	Beneficiados	Beneficiados
2010	440	2386	4110
2011	133	2588	3280
2012	434	2145	4720
2013	300	1101	1743
2014	218	1121	1231
2015	82	1662	1761
2016	115	5613	846
2017/1	124	1509	832
2017/2	136	-	187
2018/1	142	-	152
Total Parcial por área	2.124	18.125	18.862

considerando prática supervisionada, aula prática/ações e visita técnica. Número absoluto de pessoas beneficiadas em cada área de atuação no período de 2010 a 2018.

Além do atendimento em prática supervisionada acontecem as aulas práticas na qual as disciplinas aplicadas ao ensino da Fisioterapia realizam ações de Educação Popular em Saúde, avaliações e intervenções específicas as necessidades da população

local, realizando atividades baseadas em Proteção Específica em acordo com a Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde Brasileiro. Como por exemplo: Ações de Combate ao Fumo; Controle da Diabetes; Proteção à Saúde da Mulher e do Homem; Controle de Quedas em Idosos entre outras.

Nessas ações específicas, os alunos de todos os semestres, comandados pela disciplina específica ao tema tratado elaboram e desenvolvem intervenções. Estas poderão acontecer nos parceiros ou em local público, durante o horário de aulas ou no contra turno. Consistem em confecção de materiais específicos de Educação em Saúde, realização de dinâmicas de intervenção com Rodas de Conversa e Oficinas de Prevenção e Proteção à Saúde.

b) Projetos de Extensão:

Na expectativa de atender populações especiais e ampliar a formação dos nossos alunos, os professores do Curso elaboram Projetos de Extensão Comunitários realizados na Clínica Escola e/ou em parceiros no contra turno do horário acadêmico.

Atualmente, o Programa tem três projetos em andamento, a saber:

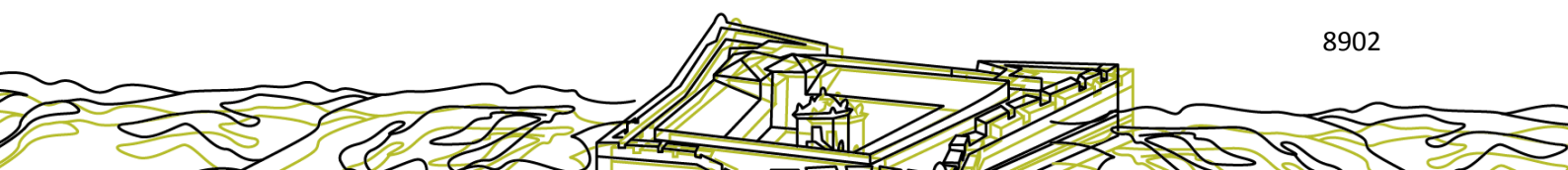
- 1) Atenção à Saúde da Mulher
- 2) Atenção à Saúde de pessoas com Fibromialgia
- 3) Atenção à Saúde de Hepatopatas e Nefropatas

Nesses projetos são oferecidos a população ações e serviços em Fisioterapia baseados em atendimentos individuais e/ou coletivos realizados por alunos de diversos semestres de graduação. Além disso, os projetos permitem a elaboração e execução de Projetos de Pesquisa que resultam em Iniciações Científicas, Trabalhos de Conclusão de Curso, Participação em Congressos e Seminários.

Tabela 2: Quantidade de alunos envolvidos, número de pessoas atendidas e produção científica no período de 2013 a 2018 segundo respectivos projetos.

Projeto	Alunos Envolvidos	Nº pessoas Atendidas	Produção Científica
Proposta de extensão universitária atuação da fisioterapia na saúde da mulher.	40	290	35
Atenção à saúde da pessoa com fibromialgia.	61	55	14
Proposta de extensão universitária em portadores de disfunções hepáticas e renais em situação de estabilidade clínica inserida ou não em lista de transplante renal e hepático.	30	19	4

c) Reuniões Clínicas, Semana de Estudos, Simpósios.



As diversas áreas temáticas desenvolvidas nos programa permitem a realização de atividades acadêmica científica voltada ao estudo e desenvolvimento das habilidades.

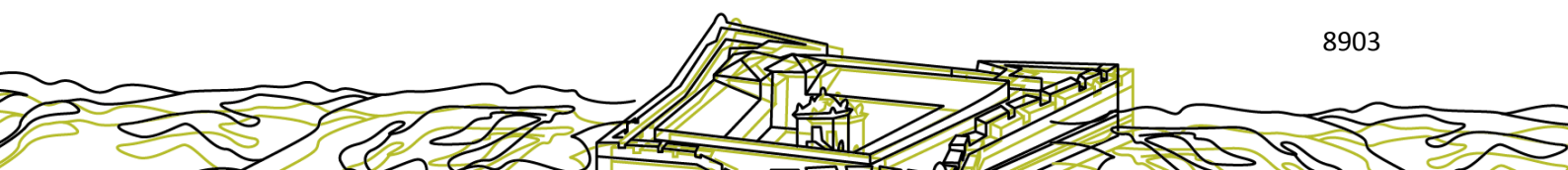
A Reunião Clínica Interdisciplinar (RCI) consiste em um encontro de apresentação de um Caso Clínico Real, atendido na prática supervisionada por alunos das últimas etapas do Curso. O encontro visa a integração entre as diretrizes curriculares e as estratégias de ensino baseadas na problematização na perspectiva da formação profissional em fisioterapia como um processo contínuo e inter-relacionado.

A atividade conta com a participação de alunos e professores em todas as etapas do Curso para que possam trabalhar o conteúdo do caso em suas disciplinas. Em dia e horário marcado os responsáveis pelo caso realizam a apresentação e a plateia, composta de todos os integrantes do Curso, discute o caso e as relações com as disciplinas importantes para a formação. Esta estratégia favorece o acompanhamento da evolução do aluno na aquisição das competências e habilidades fundamentais na formação em saúde. As RCI realizadas estão sumarizadas na tabela 3.

Tabela 3: Quantidade Reuniões Clínicas Interdisciplinares (RCI) realizadas por área de atuação da Fisioterapia no período de 2011 a 2018.

Ano	Áreas	nº de RCIs*
1º/2011	Ortopedia	4
	Neurologia	
2º/2011	Ortopedia	4
	Neurologia	
2º/2011	Hospitalar	4
	Saúde Coletiva	
1º/2012	Hospitalar	2
1º/2013	Saúde Coletiva	2
2º/2013	Saúde Coletiva	
1º/ 2014	Saúde da Mulher	2
2º/2014	Hospitalar	
1º/2015	Neurologia	2
2º/2015	Ortopedia	
1º/ 2017	Neurologia	1
1º/2018	Saúde Coletiva	1
Total		18

*RCI – Reunião Clínica Interdisciplinar





Outra estratégia importante do Programa é a realização da Semana de Estudos. Trata-se de um evento acadêmico científico para o público interno e externo. Os alunos integrados ao Programa organizam um evento no qual convidam profissionais de referência sobre os diversos temas desenvolvidos na perspectiva de integrar as áreas de estudo, ampliar e atualizar conhecimentos, criar novas hipóteses e interesses de estudo. Nesse ano será realizada a XI edição da Semana de Estudos em Fisioterapia.

Por fim, os Simpósios e Reuniões Clínicas são realizados como Produtos dos Projetos. Nesses encontros os responsáveis pelos projetos em andamento reúnem pesquisadores das áreas afins aos projetos com objetivo de apresentar o trabalho desenvolvido e atualizar o grupo sobre temas de relevância para área. A partir desta iniciativa dois grandes eventos estão sendo realizados no Programa, a saber:

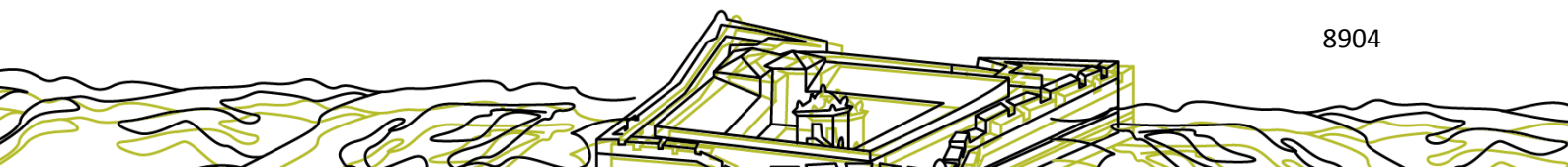
Simpósio Internacional de Tecnologia e Recuperação Funcional: O evento é aberto ao público externo acontece a cada dois anos, a primeira edição aconteceu em 2015 e a segunda em 2017. A proposta é reunir os principais pesquisadores da área de Tecnologia em Saúde do Brasil e do mundo. Em 2015 trouxe ao Brasil o Grigore Burdea e em 2017, Helen Dawes. O link para acesso as informações do Simpósio estão www.simptecnologia.com.

Diálogos sobre Fibromialgia: O evento é aberto ao público externo e reúne pacientes, comunidade científica e personalidades públicas com a finalidade de orientar e criar mecanismos de solução sobre as principais dificuldades das pessoas com Fibromialgia. O evento surgiu como iniciativa de pacientes e alunos participantes do Projeto de Atenção às pessoas com Fibromialgia. A primeira edição aconteceu em 15 de Maio de 2017, na data em que foi designado o dia comemorativo de Conscientização da Fibromialgia e, deverá acontecer anualmente.

Atividades de Pesquisa:

Desde 2010 foram realizados vários projetos de pesquisa concretizados em Iniciação Científica (IC) e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Os resultados desses estudos foram divulgados para o público interno na Mostra de Iniciação Científica e Tecnológica e na Mostra de Trabalhos de Conclusão de Curso da UPM e externamente em Congressos, Simpósios e na Jornada Brasileira de Pesquisa Científica. Na tabela 4 estão sumarizadas as pesquisas resultantes deste programa.

Tabela 4: Quantidade trabalhos de pesquisa distribuídos em Iniciação Científica e Trabalhos de Conclusão de Curso realizados no período de 2014 a 2018 como produtos do Programa FisioAssiste.





	Iniciação Científica	Trabalho de Conclusão de Curso
Ano		
2010	5	25
2011	7	20
2012	5	13
2013	8	10
2014	16	5
2015	17	26
2016	17	16
2017	08	05
2018	-	20

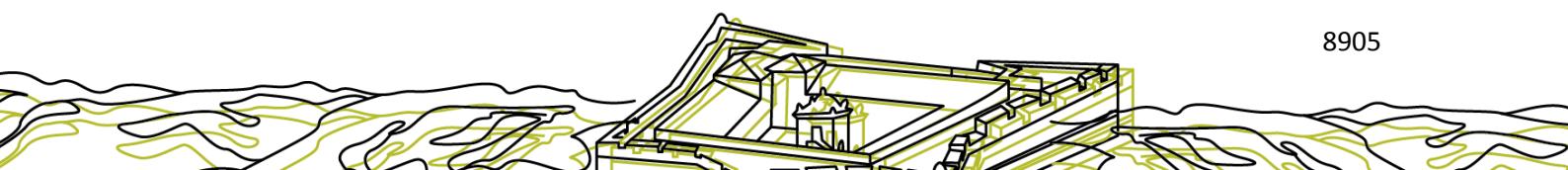
Considerações Finais

Muitos são os benefícios produzidos pelo Programa FisioAssiste. Esta prática tem se configurando como importante estratégia para atender aos objetivos traçados no Projeto Político Pedagógico do Curso (PPC) que concerne ao desenvolvimento de práticas acadêmicas que assegurem experiências funcionais de aprendizagem, nas quais o alunado tem oportunidade de participar efetivamente de situações reais (ABREU *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2010)

Para os alunos as repercussões têm sido notadas no desenvolvimento precoce de habilidades como capacidade de argumentação, coerência e síntese. Além disso, destacam-se a correlação teórica prática e a postura profissional crítica e reflexiva. Estes discutem ciência na visão do cotidiano, uma vez que o objeto estudado parte do contexto vivido, e, portanto, pode ser repensado, refletido e teorizado a partir da relação profissional-paciente, com o intuito de obter hipóteses de solução que atendam e alterem a realidade da comunidade (FERNANDES *et al.*, 2016; FREIRE, 2005)

Do mesmo modo, os alunos das primeiras etapas experimentam o contato precoce e amplo com os componentes curriculares inerentes a sua formação, o que permite uma visão diferenciada das disciplinas básicas, pois oferece sentido ao conteúdo desenvolvido desde as disciplinas básicas até as mais complexas. Além de propiciar um olhar diferenciado para o binômio saúde-doença, que abandona a fragmentação do indivíduo proposta no modelo biomédico curativista para a adoção de um modelo que estimula o desenvolvimento da cidadania, possibilitando a compreensão do ser humano socialmente inserido (GOMES *et al.*, 2010, LOPES, 2009)

Com essa experiência observa-se também, uma mudança nos professores que se apresentam mais motivados e em busca de novas perspectivas. Paulo Freire (2005)



relata que quanto mais o professor possibilitar aos estudantes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais se sentirão desafiados a responder aos novos desafios.

Referências

ABREU, *et al.* Interdisciplinaridade, saúde e qualidade de vida no ambiente universitário: relato de experiência. **Rev. Simbio-Logias** 2014; 7(10): 107-118.

BORGES, M. F.; ARAÚJO, J.B. Ensino, pesquisa e extensão na Educação Superior: processo histórico e perspectivas futuras. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, nº172, setembro de 2012. <http://www.efdeportes.com/>

Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei número 9.394, 20 de dezembro de 1996.

____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, 2002.

FERNANDES, *et al.* Reunião Clínica Interdisciplinar – uma estratégia de ensino baseada em problemas na graduação em fisioterapia: Relato de Experiência. **CAD. EDU SAÚDE E FIS.** 2016; 3 (5): 47-54.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GOMES, *et al.* O uso de metodologias ativas no Ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação** 2010; 16(1): 181-198.

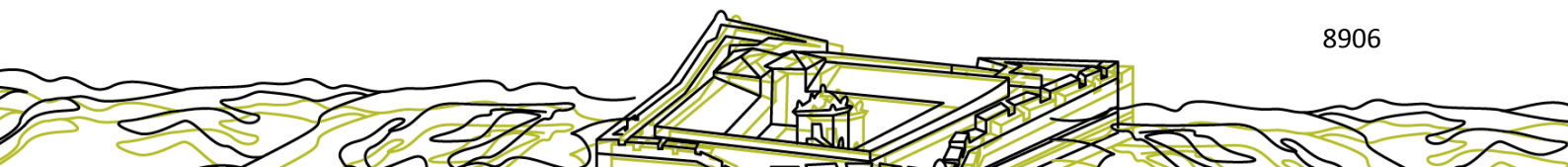
LOPES, R. Universidade: ensino, pesquisa e extensão. 2009. Disponível em:

<http://www.ifpi.edu.br>. Acesso em: 20 mar 2018.

MOITA, F. M.G.S. C.; ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2009, vol.14, n.41, pp.269-280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782009000200006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 20 mar 2018

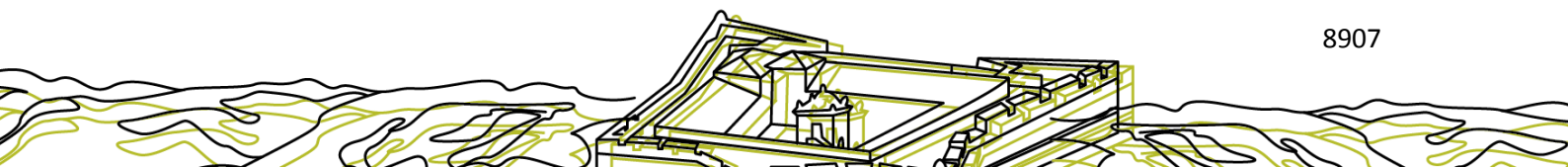
ROSSI, C.M.S. Proposta de Interdisciplinaridade na Universidade. São Paulo: Papirus, 1995.

WERNECK M. A. F. *et al.* Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciência &**





Saúde Coletiva, 15(1): 221-231 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a27v15n1.pdf>. Acesso em: 20 mar 2018



ESTUDO IMUNO EPIDEMIOLÓGICO DOS AGRAVOS PRESENTES NA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA - AVALIAÇÃO DAS DOENÇAS: HEPATITE B, HEPATITE C, SÍFILIS E AIDS

Área temática: Saúde

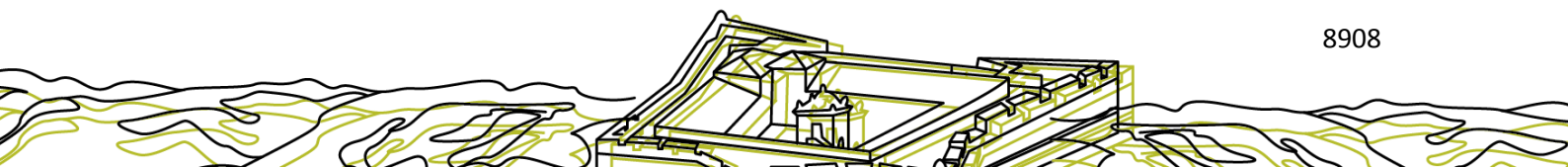
ARAÚJO, R. G. R. de ¹; BERNARDINO, Í. de M. ²; BARROS, C. M. B.³; GOMES, M. de S.⁴; LUNA, K. P. de O.

¹ Graduanda Biologia UEPB; ² Mestrando em Odontologia UEPB; ³ Professora de Odontologia/UEPB; ⁴Graduada Biologia UEPB; ⁵ Professora/orientadora titular biologia/UEPB, rochagirlane@gmail.com

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

RESUMO

Doenças infectocontagiosas ainda continuam sendo um problema para a humanidade. Constantemente aumentam os dados relacionados a Hepatites virais, Sífilis e AIDS. Com isso percebe-se que há uma necessidade de avaliar as estratégias de imunização e situação epidemiológica da comunidade universitária com o intuito de realizar um levantamento acerca dos conhecimentos dessas doenças, tendo em vista que as doenças transmissíveis vêm apresentando mudanças significativas oferecendo desafios aos programas de prevenção à saúde. O presente trabalho tem o objetivo de caracterizar a cobertura da imunização e o conhecimento das doenças infectocontagiosas, tendo como público alvo a comunidade acadêmica (docentes, discentes e técnicos) dos cursos de Biologia, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I. Como instrumento de coleta de dados foi usado um questionário semiestruturado. O presente estudo caracteriza-se como quali-quantitativo, no qual inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, bem como as medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis quantitativas. De acordo com os resultados obtidos



podemos observar que 97,4% dos participantes entrevistados já haviam sido imunizados alguma vez na vida. Doenças como tétano, sarampo, hepatite B, rubéola e gripe possuem um alto teor de imunização, seguidas de tuberculose, caxumba e varicela. Os participantes em media mostraram ter conhecimento sobre as doenças supracitadas, formas de contágios e prevenção. Os sinais e sintomas mostra um dado de não conhecedores um pouco alto já que estamos lhe dando com profissionais da área de saúde. E, em virtude do que foi observado, todos os 114 (100%) dos participantes da pesquisa consideram que as ações educativas e campanhas de imunização são importantes para a prevenção de doenças infectocontagiosas

Palavras-chave: DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS; IMUNIZAÇÃO; EPIDEMIOLOGIA; SAÚDE.

INTRODUÇÃO

Doença transmissível vem apresentado mudanças significativas em suas situações epidemiológicas, que podem ser observadas através dos padrões de morbimortalidade em todo o mundo. Este grupo de doenças continua a oferecer desafios aos programas de prevenção, pois estão mostrando modificações genéticas que se disseminam rapidamente como, por exemplo, a gripe causada pelo vírus da influenza A (H1N1). Os trabalhadores da área de saúde estão susceptíveis a contágio por agentes biológicos patogênicos, os quais se apresentam em fluidos orgânicos, como sangue e saliva, que são manuseados comumente por esses profissionais. Portanto, entre as medidas para prevenir contaminações no local de trabalho estão incluídas controle da imunização e a adesão às normas de Biossegurança.

Profissionais da área de saúde lidam com um risco aumentado de aquisição e transmissão de doenças infecciosas, onde tanto o paciente como os profissionais de saúde têm maior risco de exposição às mesmas e também podem ser o de disseminação e transmissão de doenças. Profissionais de saúde estão expostos a doenças infecciosas em suas praticas diárias nas qual as mesmas são transmissíveis pela exposição a sangue e fluidos orgânicos (hepatite B, hepatite C, AIDS); por via respiratórias (influenza, viroses respiratórias, tuberculose, sarampo, entre outras); transmissão fecal-oral (cólera, hepatite A) e pelo contato com o paciente (colonização por estafilococos escabiose).

Segundo Borges (2016), o risco de exposição varia segundo o tipo de atividade exercida, o uso de medidas preventivas à exposição e a prevalência local de doenças. O risco de aquisição de doenças depende não somente do tipo de exposição, da

patogenicidade do agente infeccioso e da existência de profilaxia pós-exposição, como da prevalência local de doenças e da susceptibilidade do profissional de saúde.

As doenças infectocontagiosas são muitas, neste presente estudo abordaremos a Hepatite B e C, Sífilis e AIDS.

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Possuem distribuição universal e observam-se diferenças regionais na ocorrência e magnitude destas em todo mundo, variando, de acordo com o agente etiológico. Têm grande importância para a saúde pública em virtude do número de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção (BRASIL, 2009).

A hepatite do tipo B chamada também de soro-homóloga, causada pelo vírus B (HBV). Como o HBV está presente no sangue, no esperma e no leite materno, hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível. (LOPES; SCHINONI, 2011). A hepatite B pode se desenvolver de duas formas, aguda e crônica. A aguda é quando a infecção tem curta duração. Os profissionais de saúde consideram a forma crônica quando a doença dura mais de seis meses. O risco de tornar-se crônica depende da idade do portador no qual ocorre a infecção, as crianças são as mais afetadas. Nas pessoas com menos de um ano, esse risco chega a 90%; naquelas entre 1 e 5 anos, varia entre 20% e 50%. Em adultos, o índice cai para 5% a 10% (BRASIL, 2015). A principal medida de prevenção da hepatite B é representada pelas vacinas, as quais foram introduzidas no uso rotineiro no início da década de 80. É a doença infecciosa ocupacional mais importante para profissionais de saúde. O risco de se infectar correlaciona-se diretamente com a prevalência da infecção da população assistida e com a alta frequência da exposição ao sangue e a outros fluidos contaminados pelo HBV (VIEIRA *et al.*, 2016).

A hepatite C é causada pelo vírus C (HCV), e assim como o vírus causador da hepatite B, está presente no sangue. Segundo Brasil (2010), o surgimento de sintomas em pessoas com hepatite C aguda é muito raro. Entretanto, os que mais aparecem são cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. O diagnóstico precoce da hepatite C amplia a eficácia do tratamento. Para Ciorlia e Zanetta (2007), a hepatite C é um sério problema de saúde pública mundial, pelo grande número de pessoas infectadas pelo vírus. Entre as causas de transmissão estão: transfusão de sangue, compartilhamento de material para uso de drogas, lâminas, escovas de dente, alicates de unha, objetos para confecção de

tatuagem e colocação de piercings, da mãe infectada para o filho durante a gravidez e sexo sem camisinha com uma pessoa infectada.

A sífilis é uma doença infecciosa bacteriana que tem como agente etiológico a espiroqueta *Treponema Pallidum*. A transmissão pode ocorrer de muitas formas dentre as quais: contato sexual desprotegido com pessoa contaminada via hematogênica e através do contato direto com a mucosa, sangue ou saliva de pacientes infectados, sendo esses classificados em sífilis adquirida, e transmitida pela mãe infectada para o feto, sendo classificada como sífilis congênita (KALININ, 2016). Os maiores sintomas da sífilis ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença (GIACANI; LUKEHART, 2014). Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer (BRASIL, 2015).

A AIDS é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade (PETRUZI, 2013). A AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma doença emergente, grave, causada pelo retrovírus HIV (vírus da imunodeficiência humana), que vem se disseminando desde 1981, sendo atualmente considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4. O período entre a aquisição do HIV e a manifestação da AIDS pode durar alguns anos (CANINI *et al.*, 2004). Segundo Silva *et al.* (2013), diariamente, 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV e, desde o início da epidemia, 20 milhões de pessoas faleceram. Segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetados nos próximos 20 anos, caso não sejam implantadas ações eficazes para conter a doença.

Diante o exposto esse presente artigo tem como objetivo a caracterização da cobertura de imunização e o conhecimento quanto às doenças infectocontagiosas tendo como público alvo a comunidade acadêmica (docentes, discentes e técnicos) dos cursos de biologia, enfermagem, educação física, farmácia, fisioterapia, odontologia e psicologia do CCBS, da Universidade Estadual da Paraíba/Campus I, localizada no bairro Universitário na cidade de Campina Grande.

METODOLOGIA

Os métodos de pesquisa desenvolvidos na área da saúde apresentam uma série de vantagens que é a investigação direta através de práticas que fornecem resultados confiáveis e desvantagens, geram problemas relacionados à integração entre as perspectivas qualitativa e quantitativa. De fato, embora exista uma pluralidade de convergências e divergências, muitas vezes a literatura reduz esta oposição a um simples estereótipo: a observação participante em contraposição à sondagem de opinião (SERAPIONI, 2000). A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer conhecimento de dados, indicadores e tendências observáveis. A qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. As experiências das pesquisas de campo sugerem combinação das duas abordagens. Com cada uma no seu uso apropriado é possível obter ótimos resultados. Uma vez que se aceite a complementaridade entre as abordagens, é possível identificar de que maneira podem ser mais bem incorporadas ao desenho da pesquisa (SERAPIONI, 2000).

Dentro dessa perspectiva, a presente pesquisa visou realizar um estudo imuno epidemiológico no Centro de Ciências Biológicas e Saúde da UEPB para avaliar a imunização e o conhecimento dos entrevistados frente às doenças infectocontagiosas mais comuns no Brasil, assim como o conhecimento dos mesmos em relação às estratégias de imunização e prevenção disponíveis na referida Universidade. Dos agravos avaliados neste trabalho, destacam-se: a hepatite B, hepatite C, sífilis e AIDS.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, juntamente com o Termo de Consentimento livre e esclarecido aos entrevistados. O referido questionário foi aplicado a docentes, discentes e técnicos dos departamentos de biologia, enfermagem, educação física, farmácia, fisioterapia, odontologia e psicologia da Universidade Estadual da Paraíba/ Campus I, localizada no bairro Universitário na cidade de Campina Grande.

O estudo caracteriza-se como quali-quantitativo, inicialmente realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, bem como as medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis quantitativas (LARSON; FARBER, 2016). Todas as análises foram realizadas usando o *software* IBM SPSS versão 20.0. Foram coletados dados referentes a 114 participantes de ambos os sexos e idades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

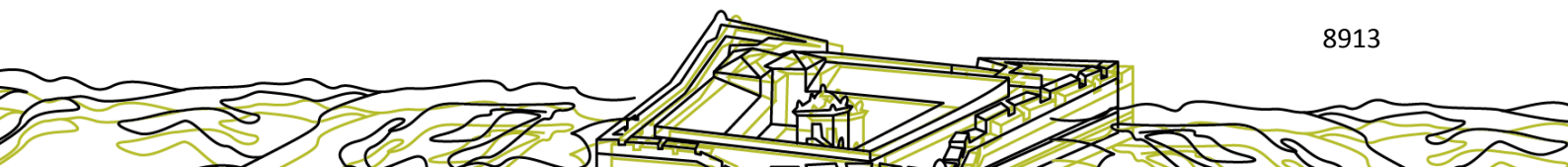
A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, perfil de formação e relato de imunização prévia. A média de idade foi de 30,56 anos (Desvio padrão = 13,10). A maioria era do sexo feminino (n = 71; 62,3%), pertencente ao departamento de Ciências Biológicas (n = 26; 22,8%) e estudante de graduação (n = 72; 63,2%).

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com as características sociodemográficas, perfil de formação e relato de imunização prévia.

Variáveis	n	%
Idade [114]		
Média: 30,56 anos		
Desvio-padrão: 13,10 anos		
Sexo [114]		
Feminino	71	62,3
Masculino	43	37,7
Departamento [114]		
Ciências Biológicas	26	22,8
Educação Física	17	14,9
Enfermagem	12	10,5
Farmácia	18	15,8
Fisioterapia	15	13,2
Odontologia	14	12,3
Psicologia	12	10,5
Categoria [114]		
Docente	18	15,8
Estudante	72	63,2
Técnico administrativo	24	21,1
Escolaridade [114]		
Ensino médio	1	0,9
Ensino superior (graduação)	90	78,9
Ensino superior (pós-graduação)	23	20,2

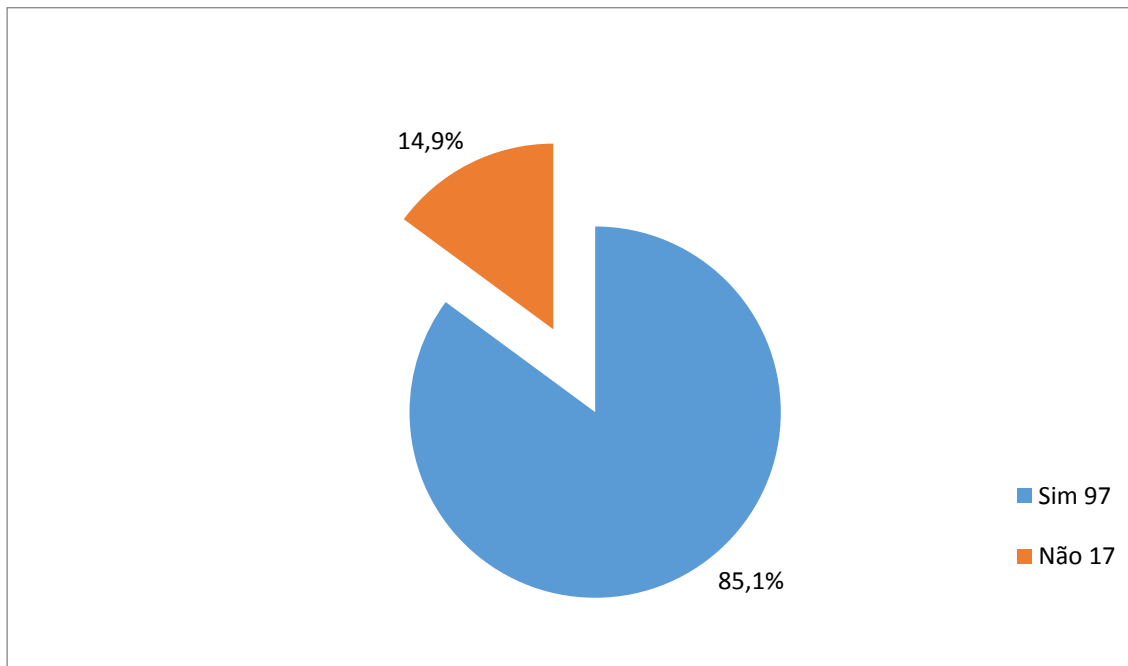
Fonte: pesquisa direta 2016-2017

De acordo com os dados obtidos através das respostas dos 114 participantes ao questionário estruturado, quando perguntado se já haviam sido imunizados, quase



todos relataram que sim, sendo um dado de 111 (97,4%) pessoas que responderam que sim e apenas 3 (2,6%) que não foram imunizados ou não se recordam.

Figura 1: Aquisição do cartão de vacina dos entrevistados.



Fonte: pesquisa direta 2016-2017

É importante ressaltar que a vacinação é um dos mais eficazes mecanismos na defesa do organismo contra agentes infecciosos, atua protegendo o corpo por meio de resistência as doenças que o atingir. Sendo assim, cartão de vacinas torna-se um documento indispensável, contém registradas informações sobre a imunização que pode ajudar nos cuidados a saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2015), as campanhas de vacinação imunizaram 95% dos brasileiros nos últimos 10 anos, conseguindo eliminar doenças como poliomielite e sarampo dos registros de contágio no território nacional.

Tabela 2. Doenças às quais os participantes alegaram serem imunizados.

Doenças	Nº	%
Hepatite B	79	69,3
Tétano	92	80,7
Gripe	71	62,3
Rubéola	72	63,2
Tuberculose	62	54,4
Sarampo	91	79,8

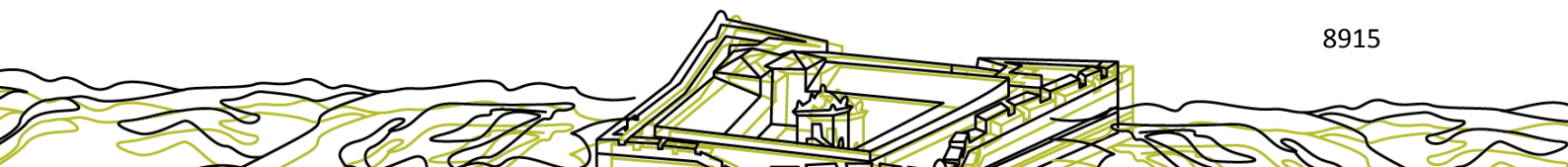
Caxumba	50	43,9
Varicela	39	34,2
Nenhuma das citadas	3	2,6

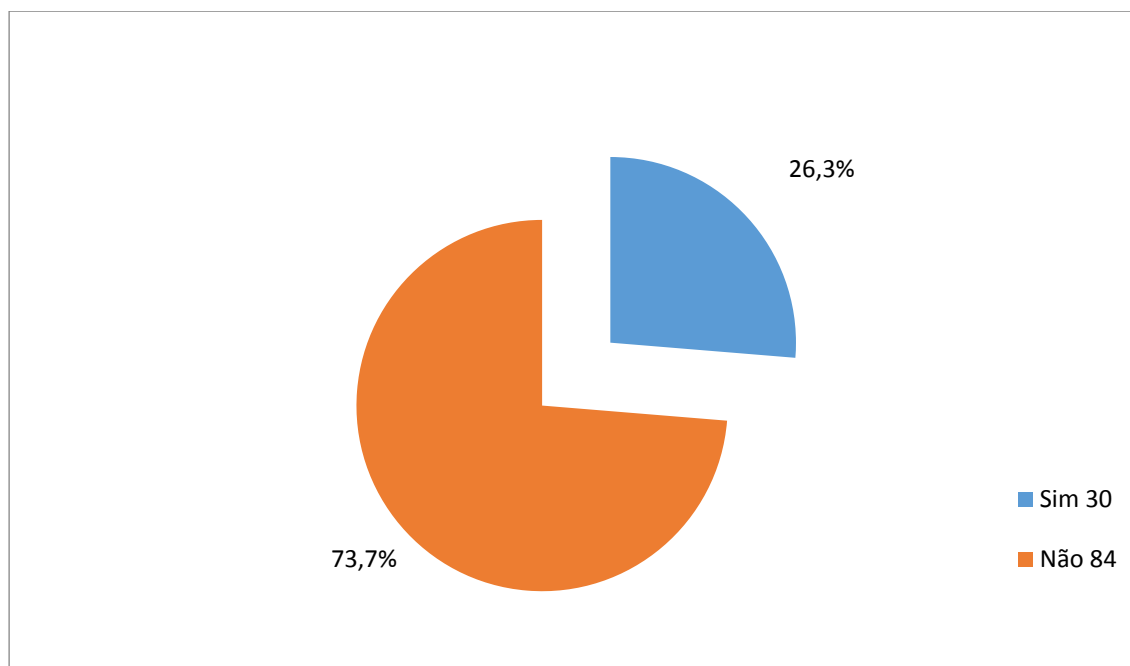
Fonte: pesquisa direta 2016-2017

As doenças que tem um alto grau de imunização, segundo respostas dos entrevistados, foram: tétano, sarampo, hepatite B e rubéola, seguidas de gripe, tuberculose, varicela e caxumba. Vacinas contra tétano e sarampo faz parte da agenda nacional de imunizações e são aplicadas em crianças a partir do seu nascimento. Recentemente começou a fazer parte do calendário nacional de imunização à vacina tetra viral que combate a caxumba e varicela (catapora). A mesma só era disponibilizada em clínicas particulares e, portanto, essa pode ser uma das causas do baixo índice de citações sobre a imunização das mesmas, já que os entrevistados fazem parte de um público jovem/adulto que não tinham gratuitamente as vacinas durante a infância. A vacina contra a tuberculose, não foi muito citada, talvez pela falta de conhecimento dos entrevistados sobre o seu nome comercial BCG, que também está disponível gratuitamente a crianças a partir do seu nascimento. Vacinas contra gripe hoje é disponibilizada gratuitamente para algumas categorias profissionais, crianças e idosos, mesmo não sendo disponibilizada gratuitamente para toda a população apresenta um índice de vacinação considerado bom entre os entrevistados. Nos serviços prestados à comunidade no Departamento de Enfermagem da UEPB, dispõe-se da mesma.

Perguntou-se aos participantes da pesquisa se eles tinham conhecimento sobre o projeto “Sistema de Gerenciamento de Doenças Imunopreveníveis” na Comunidade Universitária no departamento de Odontologia. A figura 2 mostra a prevalência do não conhecimento do projeto, mesmo com divulgações feitas sobre o mesmo.

Figura 2. Conhecimento sobre a imunização realizada pelo projeto “Sistema de Gerenciamento de Doenças Imunopreveníveis na Comunidade Universitária”, no departamento de Odontologia – UEPB/ Campus I.





Fonte: pesquisa direta 2016-2017

De acordo com os dados obtidos, pode-se observar o não conhecimento do referido projeto. Cabe ressaltar que estratégias de divulgação já estão sendo realizadas com mais frequência para que o projeto supracitado tenha uma maior visibilidade e, mesmo com todas as medidas, ainda falta muito para que se consiga amplo conhecimento sobre o mesmo, tendo em vista que a cada período pessoas novas ingressam na universidade e as medidas de divulgação como panfletagem, anúncios entre outras tem efeito temporário e teriam que ser feitas com frequência e a cada campanha de vacinação ter uma maior divulgação. Complementando a questão anterior, foi perguntado aos entrevistados se os mesmos já foram imunizados no Departamento de Odontologia. De acordo com o que foi citado anteriormente, o déficit de conhecimento do projeto de imunização, levou a um baixo índice de pessoas imunizadas através deste departamento, apresentando cobertura de imunização de apenas 8,8% dos entrevistados.

Quando questionados sobre o conhecimento acerca da importância da imunização, apenas 7,9% dos participantes relataram não saber sobre a relevância mesma. Nesse caso, os responsáveis por essa pesquisa forneceram informações sobre a sua importância, tendo em vista que essa é uma questão modificadora nos cuidados com a saúde.

Para concluir, sobre a temática imunização, indagou-se por quais meios obtiveram esse conhecimento sobre a importância da imunização. Os meios mais citados foram: profissionais de saúde, televisão e internet como mostra na Tab. (3).

Tabela 3. Respostas dos participantes quanto ao principal meio que eles tiveram acesso a informações sobre imunização.

Meios	Nº	%
Rádio	12	11,4
Televisão	44	41,9
Jornais	25	23,8
Internet	40	38,1
Profissionais de saúde	75	71,4
Outras pessoas	37	35,2

Fonte: pesquisa direta 2016-2017

Com base nos dados observou-se que profissionais de saúde, televisão e internet que foram os mais citados, podem ser usadas como estratégias de divulgação para tornar o projeto mais conhecido pela comunidade acadêmica da UEPB já que foram os que transmitiram maiores informações.

Quando questionados sobre conhecimentos das doenças, dos 114 entrevistados, 102 afirmaram ter bom entendimento sobre hepatite B e C, sífilis e AIDS e apenas 2 falaram que não. E mesmo sem alguns terem conhecimento sobre as doenças, 100% dos entrevistados afirmam saber a forma de contração e isso é um bom sinal, pois sabem como se prevenir contra as mesmas.

Alguns participantes afirmam ser portador dessas doenças, uma questão delicada diz respeito ao diagnóstico positivo como mostra a tabela 4.

Tabela 4. Número de participantes que afirmaram serem portadores de diagnósticos de doenças infectocontagiosas.

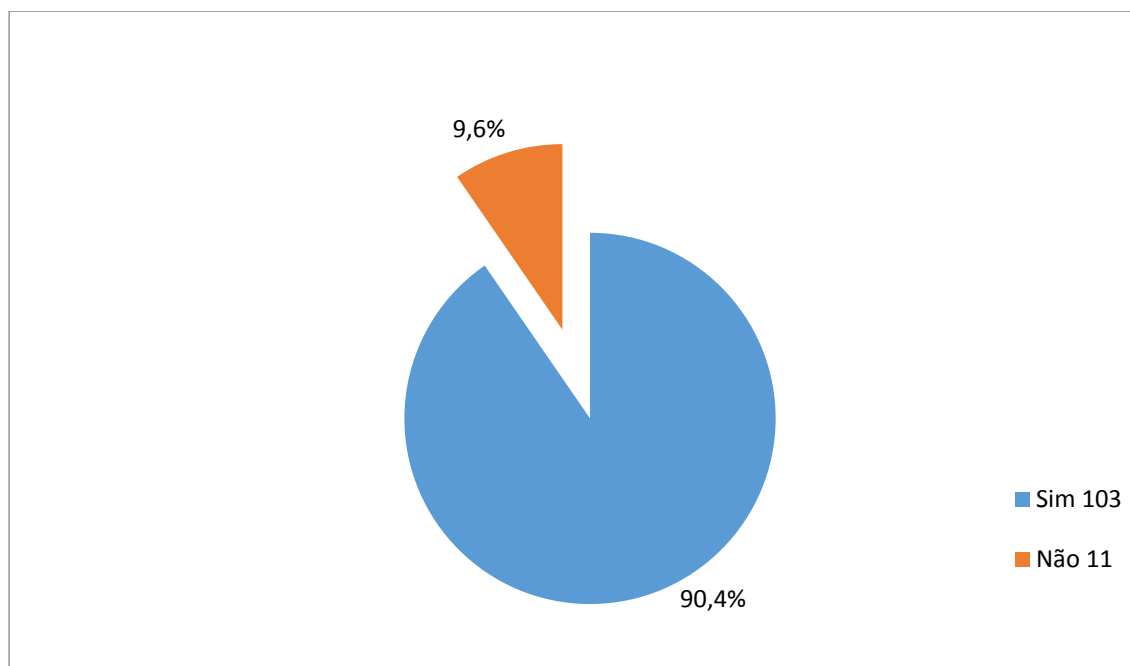
Doenças	Nº	%
Hepatite B	3	75,0
Hepatite C	2	50,0
Sífilis	1	25,0
AIDS	1	25,0

Fonte: pesquisa direta 2016-2017

Nota-se na tabela acima que a Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e AIDS são citadas. Todos os entrevistados que afirmaram ter as doenças já passaram e/ou passam por tratamentos. Os que ainda estão contaminados conhecem formas de não propagação a outras pessoas e, segundo eles, tomam esses devidos cuidados.

Indagados sobre os conhecimentos específicos dos sinais e sintomas das referidas doenças, os participantes mostram ser conhecedores da Hepatite B 61 (53,5%); Hepatite C 57 (50,0%); Sífilis 77 (67,5%) e AIDS 103 (90,4%), demonstrados na figura 3. Tornando os dados condizentes sobre os conhecimentos dos métodos de prevenção, onde apenas 2 (1,8%) dos entrevistado afirma não conhecer as formas de prevenção dessas doenças.

Figura 3. Respostas dos participantes quando indagados se possuíam conhecimento sobre os sinais e sintomas da AIDS.



Fonte: pesquisa direta 2016-2017

Dentre todos os dados coletados, é importante ressaltar que, se tratando de profissionais/acadêmicos da área de saúde, obter uma porcentagem alta de não conhecedores dos sinais e sintomas dessas doenças é preocupante, já que estamos diante de profissionais que estão/estarão em contato permanente com fluidos humanos, potencialmente infectados e o manuseio inadequado, podem gerar riscos a própria saúde.

Em relação aos tipos de tratamentos, os entrevistados afirmam que possuem conhecimentos sobre as formas de terapia dessas doenças, como mostra a Tab. (5).

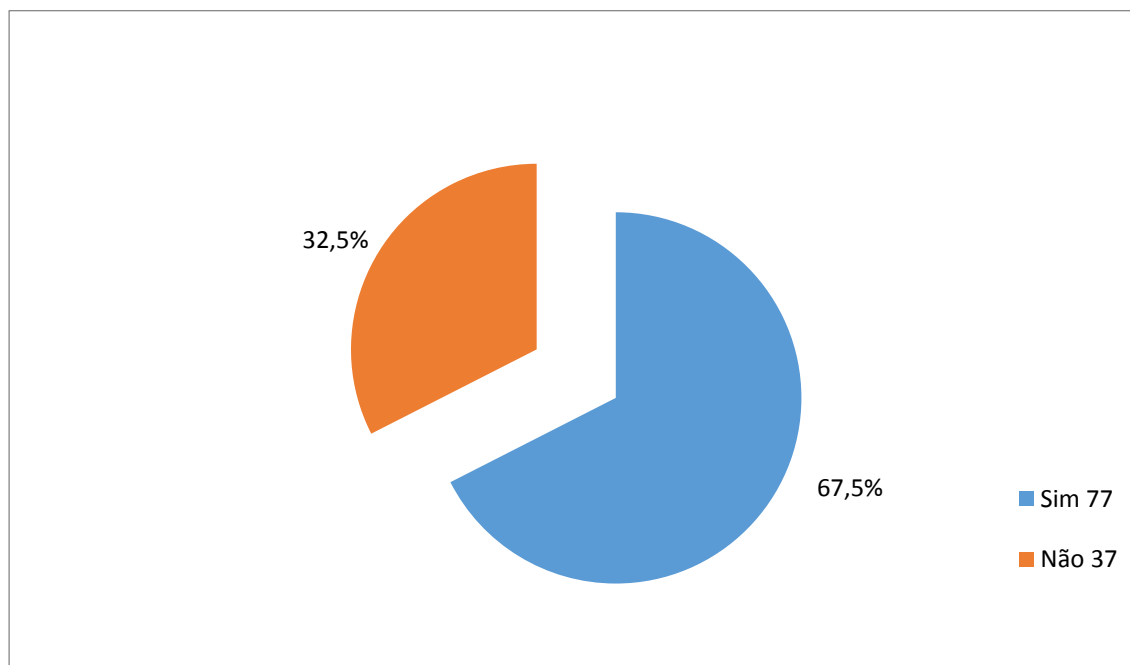
Tabela 5. Respostas dos participantes quando indagados a cerca do tratamento das doenças infectocontagiosas.

Doenças	Nº	%
Hepatite B	49	43,0
Hepatite C	48	42,1
Sífilis	64	56,1
AIDS	93	81,6
Nenhuma	18	15,8

Fonte: pesquisa direta 2016-2017

De acordo com os dados apresentado, é preciso lançar um olhar crítico sobre esses resultados, tendo em vista que os entrevistados fazem parte da área de saúde e devem possuir conhecimentos exatos sobre essas doenças.

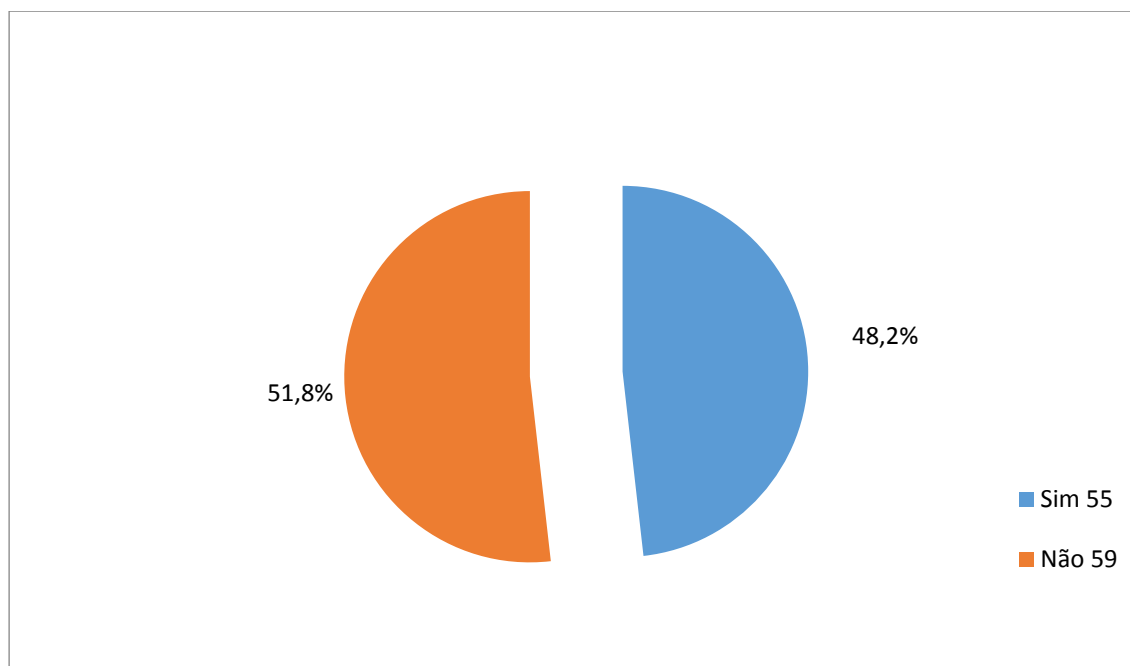
Figura 4. Participantes que afirmaram serem sexualmente ativos.



Fonte: pesquisa direta 2016-2017

Figura 5. Participantes que fazem uso do preservativo.





Fonte: pesquisa direta 2016-2017

Comparando os dados apresentados nas Fig. (4) e Fig. (5), é possível observar que 67,5% dos entrevistados são sexualmente ativos, o que é importante, tendo em vista que, pesquisas apontam que uma vida sexual ativa e satisfatória pode resultar em inúmeros benefícios à saúde (GUEDES *et al.*, 2006).

Entretanto, desses 67,5%, 51,8% em maioria não fazem uso de preservativos, pois alegam que vivem apenas com os seus parceiros (as) e que fazem exames periodicamente. Contudo, é um dado preocupante já que os entrevistados são da área da saúde, entendem e sabem todos os riscos que correm fazendo sexo sem proteção, além da informação disseminada sobre a importância do uso de preservativos.

Sobre a importância das ações de educação e campanhas de imunização para a prevenção de doenças infectocontagiosas, o resultado foi muito gratificante, pois 100% dos entrevistados concordam sobre o valor positivo dessas ações.

A presente pesquisa representa apenas uma amostragem da comunidade acadêmica do CCBS/ UEPB/ Campus I. No decorrer da pesquisa, pretende-se abordar todos os departamentos e Campus I da UEPB, para que possa ser feita uma avaliação geral da situação da imunização, determinando um perfil imuno epidemiológico que ajude a desenvolver novas estratégias de divulgação, prevenção e imunização.

CONCLUSÃO

Com os resultados alcançados neste estudo torna-se cada vez mais perceptível a importância da vacinação em meio à comunidade acadêmica, com profissionais qualificados e os estudantes futuros profissionais devidamente orientados sobre a necessidade de manter completo e atualizado o quadro de vacinação. No entanto, a questão da vacinação deve ser conduzida pelas instituições de saúde que estas tenham seus profissionais protegidos das doenças imunopreveníveis. Vale ressaltar que a comunidade acadêmica precisa ser informada com frequência para que venha obter conhecimentos concretos sobre as doenças infectocontagiosas. Tendo em vista que, estamos diante de profissionais que estão em contato permanente com fluidos humanos, e podem estar infectados, e o manuseio inadequado dos mesmos gera situações susceptíveis a riscos ocupacionais e a contribuição para cadeias de infecção cruzada.

Em virtude do que foi exposto o estudo, propõe a realização de estratégias de ensino-aprendizagem na formação inicial e continuada que venha abordar temas como imunização, adesão a normas de Biossegurança e doenças infecciosas, para formar profissionais críticos, éticos e preparados para lidar com os mais variados casos clínicos e também que essas pessoas possam espalhar seus conhecimentos para que não só a comunidade acadêmica tenha conhecimento, mais sim toda a população para que possam se prevenir e não ser um portador de doença.

Referencias

- BORGES, E. C. V. **Riscos Ocupacionais em Medicina Dentária: A Realidade do Brasil.** Dissertação de mestrado. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2016.
- KALININ, Y. **Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento.** Odonto, v.23, n.45-46, p.65-76, 2016.
- GIACANI, L.; LUKEHART, S. A. **The endemic treponematoses.** Clinical Microbiology Reviews, v. 27, n.1, p. 89-115, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Biocontenção: o gerenciamento do risco em ambientes de alta contenção biológica NB3 e NBA3.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7ª. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

LOPES, T. G. S. L.; SCHINONI, M. I. **Aspectos gerais da hepatite B**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, v.10, n.3, p.337-344, 2011.

VIEIRA, T. B. *etal.* **Soroconversão após a vacinação para hepatite B em acadêmicos da área da saúde**. DisciplinarumScientia| Saúde. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 13-21, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. V. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CIORLIA, L. A. D. S.; ZANETTA, D. M. T. **Hepatite C em profissionais da saúde: prevalência e associação com fatores de risco**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.41, n.2, p.229-235, 2007.

PETRUZZII, M. N. M. R. Fatores de risco de lesões bucais associadas ao HIV em adultos. Rev Saúde Pública. Porto Alegre: v. 47, n. 1, p. 52-59, 2013.

CANINI, S. R. M.S. *et al.* **Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.12, n.6, p. 940-945, 2004.

SILVA, R. A. R.*et al.* **A epidemia da aids no Brasil: análise do perfil atual**. Revista Enfermagem UFPE on line24, 2013.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

LARSON, R.; FARBER, B. **Estatística Aplicada**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2016.

PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO MÉDIO

Área temática: Saúde

Humberto Bezerra de Lucena Filho¹, Sabrina Emylle Torres Fernandes¹, Lucas Martins dos Santos Sales¹, Rafael Monteiro de Lima¹, Maria Luíza Batista de Luna¹, Raimundo Antônio Batista de Araújo²

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Resumo: A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, e segundo a Organização Mundial de Saúde, compreende a faixa etária entre 10 a 19 anos. O projeto foi realizado a partir da análise de índices elevados de gravidez na adolescência na cidade de Campina Grande/PB. Este projeto tem como objetivo principal implementar ações de caráter multiprofissional na perspectiva de promoção do conhecimento para a prevenção da gravidez precoce. O projeto se desenvolveu através de uma pesquisa de campo, descritiva exploratória, procurando descobrir as atitudes, pontos de vista, preferências e a percepção das pessoas envolvidas na pesquisa, a respeito da prevenção da gravidez na adolescência. O estudo foi realizado na instituição de ensino público, a Escola Estadual de Ensino Médio Dr. Elpídio de Almeida, situada no município citado. O processo do projeto se identifica como uma pesquisa-ação. Para melhor aproveitamento da coleta foi necessário dividi-la em etapas: Capacitação, Diagnóstico Situacional, Avaliação e Intervenção. O desenvolvimento do projeto, desde a sua idealização até os resultados obtidos na prática, foi visto como uma ótima oportunidade de levar aos jovens um conhecimento mais aprofundado sobre a gravidez no período escolar, permitindo assim, ajuda-los a refletir sobre a importância da prevenção sexual nessa idade. De maneira semelhante, ajudou os participantes a melhorar sua interação com o público, demonstrar o conhecimento adquirido no período universitário e desenvolver uma prática pública. Apesar da sexualidade ainda ser um assunto tabu em nossa sociedade, percebe-se uma maior abertura para o diálogo sobre gravidez, sexo e anticoncepcionais na atualidade, tanto na família como nas escolas e/ou universidades. É dever dos profissionais de saúde ampliar esse conhecimento, como também eliminar os mitos.

Palavras-chave: adolescência, gravidez, prevenção

1. Introdução

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a faixa etária entre 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. É também considerado um período habitualmente pouco pacífico, no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005; RODRIGUES, 2010).

A progressiva maturação fisiológica é normalmente acompanhada pela súbita descoberta de novas relações e experiências, de ordem afetiva e sexual, muitas vezes geradoras de intensos conflitos. Estes sentimentos resultam frequentemente em uma desarmonia entre o desenvolvimento corporal, sexual e intelectual e a aquisição de maturidade emocional (YAZLLE, 2006; RODRIGUES, 2010). Nesta fase surge uma importante preocupação com a imagem corporal e as suas relações se projetam cada vez mais para o exterior da família, com isso o adolescente manifesta importantes carências informativas relativas à sexualidade, contracepção e o risco de gravidez (RODRIGUES, 2010).

A incidência da gravidez na adolescência é variável conforme os países as épocas e não representa um evento novo, assim como, não é pertencente à um só estrato social, no entanto parece ser mais prevalente nas classes mais desfavorecidas (RODRIGUES, 2010).

O projeto foi realizado a partir da análise de índices elevados de gravidez na adolescência dentro da cidade de Campina Grande/PB. De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos divulgado pelo DATASUS (2017) no ano de 2014 foram 582 nascidos vivos advindos de mães na idade de 10 a 14 anos, que correspondem a 26.75% no município de Campina Grande/PB. Já a faixa etária de meninas entre 15 a 19 anos tiveram o número de 10.773 bebês nascidos vivos, sendo 33.94% na cidade de Campina Grande/PB. Portanto, tornou-se pertinente a realização de atividades com desta ação extensionista que desse ênfase nos aspectos de saúde pública nos quais a situação está inserida.

O ambiente escolar foi escolhido como sendo o local mais adequado para se trabalhar com a prevenção de gravidez na adolescência, tendo em vista o compromisso social para incrementar ações de educação sexual para a prevenção da gravidez, a

saúde sexual e reprodutiva e o desenvolvimento biopsicossocial em geral de adolescentes. (SILVA, 2016). Nesse contexto, a ação extensionista gerou benefícios ao grupo envolvido, em termos do aprendizado que foi possibilitado pela interação comunidade–sociedade e pela interação da extensão com o ensino e a pesquisa.

Observou-se um grande desenvolvimento do conhecimento de prevenção de gravidez na adolescência dos alunos que participaram do projeto, além de um conhecimento de toda a escola sobre esta situação.

2. Metodologia

O projeto se desenvolveu através de uma pesquisa de campo, descritiva exploratória, procurando descobrir as atitudes, pontos de vista, preferências e a percepção das pessoas envolvidas na pesquisa, a respeito da prevenção da gravidez na adolescência. De abordagem qualitativa que não se preocupa com representatividade numérica, mas, atua na compreensão de um grupo social, de uma organização, etc aprofundando as informações acerca da temática (GERHARDT; SILVEIRA, 2009)

O estudo foi realizado na instituição de ensino público a Escola Estadual De Ensino Médio Dr. Elpídio de Almeida, localizada no bairro da Prata situada na cidade de Campina Grande na Paraíba. A população alvo foram os estudantes desta instituição, no total foram 250, com idades entre 12 e 20 anos, estes alunos estão inseridos em duas realidades diferentes de ensino que se dividem em ensino médio básico, contendo os componentes curriculares clássicos para a formação e o médio técnico, que além dos componentes básicos são fornecidos ensinamentos técnicos específicos neste caso nas áreas de comércio e administração, obedecendo a nova regulamentação do Ministério da Educação (MEC) pelo programa PRONATEC (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego) regulamentado pela Lei 12.513/2011.

O processo do projeto se identifica como uma pesquisa-ação A pesquisa-ação é caracterizada por uma participação planejada do pesquisador com a problemática a ser investigada (GIL, 1994). O processo deste tipo de pesquisa recorre a uma metodologia sistemática, no sentido de transformar as realidades observadas. Nesse sentido para melhor aproveitamento da coleta foi necessário dividi-la em etapas: Capacitação, Diagnóstico situacional, Avaliação e intervenção.

2.1 Capacitação

Realização de capacitação prévia sobre as questões da gravidez, métodos contraceptivos, sexualidade, conceitos socioeconômicos e culturais que envolve jovens

e adolescentes. Todos os integrantes deste Projeto participaram, com o objetivo de compartilhar saberes, e construir um saber coletivo para que na abordagem com os pesquisados as dinâmicas e explanações não fossem divergentes.

2.2 Diagnóstico situacional

Realização de um diagnóstico situacional. Nessa etapa os pesquisadores objetivaram recolher todas as informações a respeito da temática da qual os alunos relatavam. Neste momento foi utilizado um modelo de abordagem horizontal, reconhecendo o prévio conhecimento dos alunos, o pesquisador se torna um facilitador do conteúdo, elaborando dinâmicas e questionamentos. O método utilizado para tais ações foi a roda de conversa, onde no mínimo dois avaliadores participavam da metodologia. Os resultados obtidos foram identificados através das falas e exemplos dos jovens.

Para se concretizar as atividades diretamente com os alunos, foi feita uma parceria com a direção e coordenação da escola, para autorização das atividades como um forma de diminuir a taxa de aulas vagas, em detrimento da falta de professores, a diretoria achou por bem que as atividades fossem feitas em uma sala de multimídia, com recursos e materiais para comportar apresentações visuais, dinâmicas e um maior número de pessoas. As atividades poderiam ser feitas nas salas de aula quando não houvesse aula ou pela autorização do professor.

O diagnóstico foi realizada em 17 turmas: 4 turmas do ensino médio técnico (1º e 2º comercio e 1º e 2º administração) e 13 turmas do ensino médio (1º A, B,C,D, E, 2º A, B, C, D, E; e 3º A, B, C). As atividades foram realizadas no período da manhã

2.3 Avaliação

Nesta etapa cada pesquisador após contribuir para a realização do diagnóstico situacional, reuniram as informações absorvidas por cada turma de alunos que foram avaliadas, e por meio da interação grupal dos pesquisadores foram relatados cada situação in concreto, e assim coletivamente, foram observadas as particularidades de cada turma afim de proporcionar uma intervenção qualificada para cada tipo de demanda. Essa forma de avaliação proporcionou o conhecimento por completo de cada turma na perspectiva de cada avaliador tornando a avaliação um conceito elaborado pelos pesquisadores envolvidos e não apenas pela ótica singular de algum. A avaliação por parte das turmas foi necessária no que se trata de um retrato do conhecimento

prévio em conflito com as dúvidas apresentadas, como uma espécie de auto avaliação, além da conformidade do modelo metodológico para coleta de informações escolhido pelos pesquisadores na opinião dos mesmos, dessa forma a pesquisa pode se adequar as necessidades dos jovens e aprimorando a abordagem gradativamente.

2.4 Intervenção

Após uma avaliação criteriosa, os pesquisadores desenvolveram uma metodologia seguindo cada demanda apresentada pelas turmas, segundo as características apresentadas de comportamento e interação. A abordagem por meio de rodas de conversa foi bastante produtiva nas fases anteriores e a escolha por esse método continuou como base da pesquisa. As intervenções foram realizadas em conformidade com as turmas e as demandas, apresentando soluções para os conflitos existentes, formulação de encenação quanto as dificuldades de gravidez e responsabilidades maternas e paternas, os aspectos sociais, econômicos, psicológicos, fisiológicos e familiares que envolve a gravidez não planejada.

3. Resultados e Discussões

Inicialmente, foi realizado reuniões com intuito de capacitação dos membros, sendo assim, obtivemos uma conversa sobre conceitos e habilidades sobre a temática de "Educação em Saúde na Adolescência". Despertar o sentimento que se pode transformar uma realidade através da prevenção e promoção de saúde, através de programas educativos-preventivos, por exemplo, principalmente em escolas e universidades, foi um dos pontos mais debatidos em nossa reunião.

Discutimos nossas propostas de abordagem, que foi o ponto inicial da realização no acompanhamento posterior dos adolescentes em grupos, e de forma horizontal, nos tornamos facilitadores do conhecimento, onde as discussões da temática proposta partiu das próprias experiências dos alunos.

Posteriormente, foi realizada uma roda de conversa com os estudantes com o intuito de obtermos informações sobre o conhecimento que os alunos tem acerca da Prevenção da Gravidez Não Planejada em Adolescentes para posteriormente intervirmos de uma maneira eficaz, solucionando assim, os problemas diagnosticados durante esse período. Foi utilizado algumas perguntas norteadoras, como:

- O que vocês entendem sobre prevenção?
- Quais as consequências de uma gravidez não planejada?

- Quais os riscos para a adolescente que engravida?
- Quais os métodos anticoncepcionais que vocês conhecem?
- Como se utiliza a camisinha?
- Quais os cuidados que devemos ter com a camisinha?
- Quais os impactos que uma gravidez não planejada causa para a família e comunidade?

Em seguida, foi construído o diagnóstico situacional das turmas. Os estudantes mostraram-se participativos na roda de conversa, sendo um diálogo bastante produtivo. Os alunos revelaram conhecimento básico em relação a métodos anticoncepcionais, porém há, entre eles, pelo menos um amigo/conhecido que foram pais precocemente.

Iniciou-se, desse modo, a intervenção com as turmas. Foi abordado uma dinâmica em grupo, assim como, foi concretizado uma roda de conversa abordando o impacto psicológico, social, fisiológico, familiar e econômico que a gestação não planejada reproduz sobre os jovens. Foi possível a interação do público adolescente, onde o ambiente se tornou favorável para que os jovens pudessem expor suas opiniões e relatos sobre a temática. Realizamos uma dinâmica em grupo em que um dos alunos era responsável por tomar conta de um bebê (representado por uma boneca que chorava), nesse momento pedimos para que eles relatassem quais seus sentimentos, expectativas e emoções que passavam durante aquele momento. A maioria dos alunos relataram que se encontravam despreparados para ter um filho nessa fase da vida. Foi possível debatermos em uma roda de conversa abordando o impacto psicológico, social, fisiológico, familiar e econômico que a gestação não planejada reproduz sobre os jovens.

O desenvolvimento do projeto, desde a sua idealização até os resultados obtidos na prática, foi visto como uma ótima oportunidade de levar aos jovens um conhecimento mais aprofundado sobre a gravidez no período escolar, permitindo assim, ajuda-los a refletir sobre a importância da prevenção sexual nessa idade. O desenvolvimento desse trabalho também ajudou os participantes a melhorar sua interação com o público, demonstrar o conhecimento adquirido no período universitário e desenvolver uma prática pública de suma importância. Além do conhecimento transmitido, os desenvolvedores do projeto também aprenderam com a relação criada com o público alvo, através das experiências destes discutidas e debatidas através dos relatos apresentados.

4. Considerações Finais

Promover a educação de saúde na faixa etária em que o projeto foi aplicado, a adolescência, é bastante desafiador. Alguns conceitos como a forma que o adolescente se ver como sujeito na sociedade, como também a percepção do corpo frente as novas mudanças hormonais e físicas características da adolescência ainda estão em processo de formação. Desenvolver a promoção da saúde para os jovens de forma linear, através de rodas de conversa, por exemplo, sem haver uma hierarquia na forma de se perpetuar o conhecimento assim como o esclarecimento de dúvidas, apresentou-se como uma maneira de considerável eficácia. (PAIM,2006)

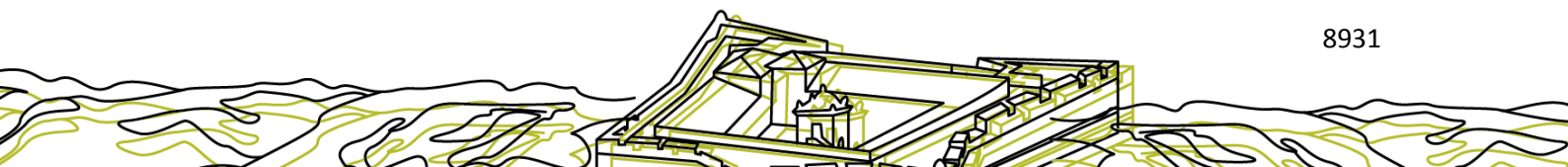
A sexualidade ainda é um assunto tabu em nossa sociedade. Entretanto, percebe-se uma maior abertura para o diálogo sobre gravidez, sexo e anticoncepcionais na atualidade, tanto na família como nas escolas e/ou universidades. É dever dos profissionais de saúde ampliar esse conhecimento e eliminar mitos, principalmente entre os jovens, pois essa é a faixa etária mais vulnerável a consequências negativas, como uma doença sexualmente transmissível ou abandono de estudo devido a uma gravidez na adolescência, foco desse projeto. (YAZLLE,2006)

Projetos como esse, que visa a promoção e prevenção da saúde, mediante contato comunidade-sociedade, devem ser estimulados, principalmente na vida acadêmica dos novos profissionais de saúde. Por meio da educação em saúde através dos acadêmicos e/ou profissionais da área de saúde, a sociedade sofrerá menos com impasses devido à falta de informações e terá acesso a medidas que objetivam uma melhoria na qualidade da saúde da sociedade brasileira e, conseqüentemente, a qualidade do Sistema Único de Saúde (PAIM,2006)

5. Referências

1. BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.7, p.1421-1430, 2006.
2. COSTA, M. S.; SOUSA, G. S.; BEZERRA, F. E.; IBIAPINA, F. L.; SANTOS, R. C. A. N.; SILVA, R. M. Saberes e Práticas Sobre Sexualidade de Adolescentes em um Município do Ceará. In: SILVA, R. M.; CATRIB, A. M. F. (Org.). **Promoção de Saúde na Adolescência e Concepções de Cuidados**. Fortaleza: EdUECE, 2014. P.379-395.
3. EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v.2, n.2, p.6-7, 2005.
4. HIGA, Elza de Fátima Ribeiro et al . A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface**

- (Botucatu), Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 879-891, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414328320150050089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abril 2017.
5. MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; SOUZA, Solange Pires Salome de. Adolescente e Sexualidade: as possibilidades de um projeto de extensão na busca de uma adolescência saudável. **Av. Enferm.**, Bogotá , v. 31, n. 1, p. 170-176, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abril 2017.
 6. MATUS, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: C. MATUS. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996, p. 81-98.
 7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 04 abril 2017]. Informações de Saúde: Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sisnac/cnv/nvpb.def>>.
 8. PAIM, J. J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p.767-782.
 9. RODRIGUES, R. M. Gravidez na Adolescência. **Rev. Nascer e Crescer**, v. 19, n.3, p.201, 2010.
 10. SILVA, Denise Regina Quaresma da. Exclusão de adolescentes grávidas em escolas do sul do Brasil: uma análise sobre a educação sexual e suas implicações. **Rev. Estud. Soc.**, Bogotá , n. 57, p. 78-88, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123885X201600030007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abril 2017.
 11. TABORDA, Joseane Adriana et al . Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abril 2017.
 12. UNFPA. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da População Mundial**. Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Brasil. 2013. Disponível em: <<http://unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf> > Acesso em: 04 de abril de 2017.
 13. YAZLLE, M. E. H. Gravidez na Adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28 n.8, p.443-45, 2006.



HORTA NA ESCOLA

Área temática: Saúde

Daniele Luiz Albernaz Barbosa¹; Edinéia Kreischer Ribeiro¹; Yasmin Rodrigues¹; Nathalia Balthazar Martins²

¹Faculdade Arthur de Sá Earp Neto, alunas do Curso de Nutrição.

²Faculdade Arthur de Sá Earp Neto, professora do Curso de Extensão.

Resumo

A horta presente no ambiente escolar possibilita o desenvolvimento de diversas atividades pedagógicas em educação ambiental e alimentar, além de proporcionar a modificação dos hábitos alimentares dos alunos e a percepção da necessidade de reaproveitamento de alguns materiais recicláveis. O Projeto Horta na Escola teve como objetivo o cultivo de hortaliças para que com as atividades de plantio, cultivo e colheita, os alunos passassem a valorizar essas práticas e tivessem a oportunidade de levar seus aprendizados para casa. Para a implantação da horta, primeiro foi apresentada a teoria com slides, vídeos e atividades com os alunos da escola, em seguida, os mesmos arrecadaram garrafas pet e embalagens de amaciante (utilizadas para montar regadores). A arrecadação financeira, para o custeio dos materiais, foi feita pelas alunas de Nutrição por meio de rifas de uma cesta de chocolate. Os canteiros foram montados com a participação dos alunos utilizando as garrafas. A colocação do adubo e a montagem do sistema de irrigação foram feitas logo após, para que as hortaliças (salsa, cebolinha, alface e acelga) pudessem ser plantadas. Em outro local, mudas de árvores frutíferas (araçá, goiaba e pitanga) começaram a ser cultivadas. Como resultado, os alunos passaram a ter conhecimento sobre todo o processo de cultivo, desde o plantio até a colheita das hortaliças, além de adquirirem consciência através das atividades realizadas, aprendendo o que é, e como ter uma alimentação mais saudável. Durante a realização do projeto foi possível perceber que as crianças estavam sempre motivadas a participar de novas atividades e dispostas a colocar em prática tudo que era proposto. Além disso, o projeto foi a forma que as acadêmicas de nutrição encontraram para contribuir com a comunidade, passando conhecimento adquirido ao longo do curso para os alunos da escola do Vale do Carangola que, em contrapartida, também puderam contribuir para o crescimento pessoal e humanitário das acadêmicas.

Palavra-Chave: Horta, Escola, Educação ambiental, Alimentação Saudável

Introdução

Atualmente, no Brasil é possível afirmar que a má alimentação é um problema generalizado, pessoas de todas as classes sociais se alimentam de forma inadequada. Como consequência disso, surgem problemas como desnutrição, anemia, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, afetando tanto crianças, quanto jovens e adultos (MORGADO, 2006).

Ainda que parte da população esteja ciente da necessidade de consumir hortaliças diariamente, alguns fatores contribuem para a baixa aquisição desses produtos, como preço, falta de hábito e conhecimento. Uma das formas de promover o aumento do consumo deste grupo de alimentos e torná-los mais presentes no dia-a-dia e incentivar as crianças nas escolas (JACINTO et al., 2016).

É na infância que os hábitos alimentares podem ser amplamente explorados, pois é nesta fase que os preconceitos ainda não foram adquiridos e a curiosidade está extremamente aguçada. A escola é indiscutivelmente o melhor ambiente para promover a educação alimentar, uma vez que é na infância e na adolescência que se fixam atitudes e práticas alimentares difíceis de serem modificadas na idade adulta (MORGADO, 2006).

A horta presente no ambiente escolar possibilita o desenvolvimento de diversas atividades pedagógicas em educação ambiental e alimentar, e desta forma, consegue integrar teoria e prática de forma contextualizada, contribuindo para o processo de ensino-aprendizagem além de promover e incentivar o trabalho coletivo (MORGADO, 2006).

As atividades realizadas na horta escolar contribuem para que os alunos possam compreender o perigo na utilização de agrotóxicos para a saúde humana e para o meio ambiente. Proporciona uma compreensão da necessidade da preservação do meio ambiente escolar, além de desenvolver a capacidade do trabalho em equipe e proporcionar um maior contato com a natureza (CRIBB, 2010).

Além disso, também proporciona a modificação dos hábitos alimentares dos alunos, e a percepção da necessidade de reaproveitamento de materiais tais como: garrafas pet e embalagem de amaciante (CRIBB, 2010).

O conhecimento e a participação na produção e no consumo de hortaliças despertam nos alunos mudanças em seus hábitos alimentares e isso é refletido para toda a família. As escolhas alimentares são experiências aprendidas. A proximidade com o alimento é

um fator importante para sua aceitação e a partir daí aprende-se a gostar do que está disponível (JACINTO et al., 2016; CRIBB, 2010).

O bairro Vale do Carangola, situado no município de Petrópolis-RJ, é onde se localiza a escola na qual foi implantada a horta. A região é caracterizada por uma população carente que muitas vezes não possui o contato com determinados alimentos, como algumas frutas e hortaliças, por exemplo. As crianças da escola recebem a merenda escolar, fornecida pelo governo, no entanto alguns alimentos que podem contribuir para a diversificação e melhora dos hábitos alimentares, ainda são desconhecidas por parte deste público.

O Projeto Horta na Escola teve como objetivos ensinar o cultivo de hortaliças aos alunos de uma escola municipal para que estes passassem a valorizar as atividades de plantar, cuidar e colher seus alimentos e se interessassem por hábitos alimentares mais saudáveis. Além disso, o projeto visa oferecer uma fonte complementar para a merenda escolar e para as casas dos alunos.

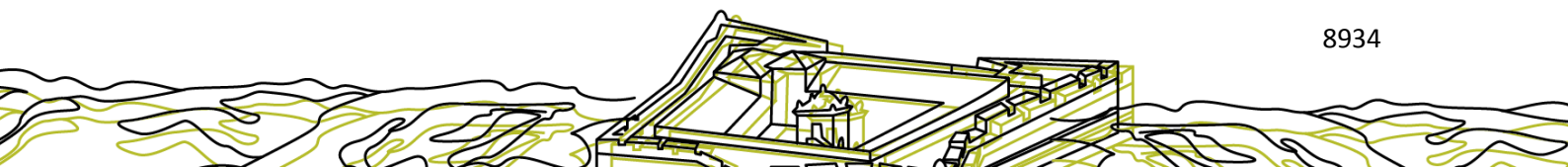
Material e Métodos

O Projeto Horta na Escola foi realizado em uma escola municipal do bairro Vale do Carangola. Os habitantes do local são caracterizados por um público carente, o qual, em alguns casos, não possuem saneamento básico ou até mesmo água encanada. Muitas famílias são constituídas por um grande número de filhos, e as casas com um número pequeno de cômodos.

O público alvo para as atividades de educação ambiental e alimentação saudável foram crianças matriculadas na escola, no período vespertino, com idade entre 4 e 10 anos. Já para participarem ativamente da construção da horta os professores em conjunto com a escola selecionaram os alunos do terceiro ano do ensino fundamental, uma vez que estes eram os alunos mais velhos do turno da manhã e, por isso, mais adequados para as atividades práticas. O projeto teve início em Maio de 2017 e a horta foi implantada no início de Dezembro de 2017.

Para que o projeto pudesse ser colocado em prática foram realizadas reuniões, com a diretora e a orientadora da escola, visando a montagem de um cronograma que não interferisse nas atividades e rotina dos alunos. Também foi realizada uma reunião com os professores, onde foram expostas as ideias de integrar as atividades de sala de aula com o Projeto Horta na Escola.

A primeira atividade realizada foi com os alunos do terceiro ano do ensino fundamental. Nesta, o grupo fez uma breve apresentação falando da função do profissional



nutricionista e da pirâmide alimentar. Em seguida, com materiais previamente separados e levados pelo grupo, executou-se a montagem de um semáforo onde os alunos deviam colar em uma cartolina figuras de alimentos que oferecem mais riscos à saúde no sinal vermelho, seguidos de alimentos que devem ser consumidos com moderação no sinal amarelo e os alimentos que devem ser consumidos sem restrições no sinal verde.

Com as crianças da educação infantil, foi contada uma história que falava da importância de se ingerir frutas e a atividade realizada foi a colagem de papel crepom preenchendo diferentes tipos de frutas. E para os alunos do segundo ano, a atividade desenvolvida foi desenhar em um prato impresso em papel A4, os alimentos que compõem uma refeição saudável. Todas estas atividades foram desenvolvidas com o intuito de abordar o tema alimentação saudável.

Depois, com a utilização de vídeos e com apresentação em projetor, abordamos mais especificamente o tema da horta, falando passo a passo sobre a montagem da mesma, exemplificando com imagens de outras hortas escolares. Ao final da apresentação foram realizadas perguntas sobre o tema com grande participação dos alunos, confirmado o interesse e o processo de aprendizagem. Ainda no mesmo dia nós pedimos aos alunos que fizessem um desenho de como eles imaginavam que seria a horta em sua escola e realizassem entrevista, que seriam gravadas por uma das alunas, expressando a importância da horta para saúde, coletividade, preservação do meio ambiente (no caso da coleta das garrafas pet e embalagens de amaciante).

Durante todo o período que antecedeu a realização efetiva da horta, a escola em conjunto com alunos, pais e moradores foram juntando e levando embalagens de garrafa pet e amaciante para a escola. Esta se responsabilizou por lavar e armazenar as embalagens até o momento de sua utilização. Antes da implantação da horta, as embalagens de amaciante foram pintadas pelos alunos e as tampas foram furadas se transformando em regadores que seriam usados pelos alunos para cuidar da horta (Figura 1).



Figura 1. Embalagem de amaciante pintada pelos alunos.

Após a conclusão do ciclo de atividades educativas com os alunos e da arrecadação e preparo dos regadores, entrou-se a etapa de planejamento e execução da horta. Para que esta fosse implantada, contou-se com parcerias que foram fundamentais neste processo. Houve interação entre professores, estudantes de Nutrição da FASE, Prefeitura de Petrópolis, Escola do Vale do Carangola, Técnico em agronomia e Escritório de Arquitetura, além de participação ativa dos alunos do 3º ano do Ensino Fundamental e atingindo indiretamente suas famílias.

A horta foi implantada em etapas. Durante a primeira etapa o grupo contou, principalmente, com o auxílio do técnico em agronomia para definir o local no terreno da escola e, em seguida, para preparar minimamente a área para a instalação da horta (Figura 2). O terreno foi primeiramente limpo e depois nivelando com movimentação de terra. Já na segunda etapa, com a melhor visualização da área, outro parceiro – o Escritório de Arquitetura – ficou responsável por fazer o levantamento arquitetônico do terreno e por definir e desenhar a distribuição e a metragem dos canteiros, em colaboração com informações fornecidas pelo técnico em agronomia, para o plantio da horta. Com o projeto da horta em mãos a etapa seguinte foi a execução da mesma.

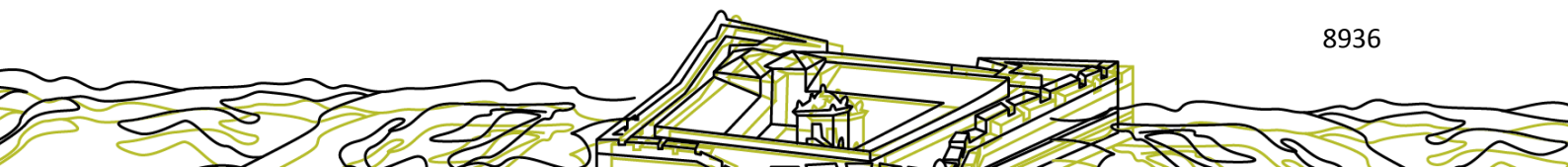




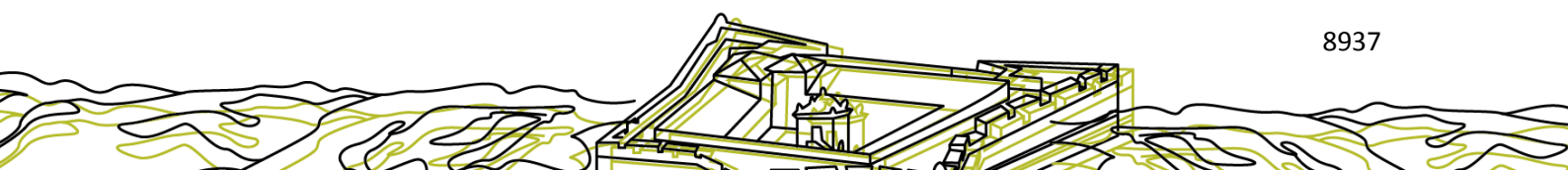
Figura 2. Terreno selecionado para a criação da horta, antes da limpeza.

Para a criação dos canteiros foram utilizadas as garrafas pet recolhidas pelos alunos. Estas foram colocadas por eles próprios em valas, previamente feitas, que delimitavam o tamanho de 3 canteiros (Figura 3). Os canteiros tinham aproximadamente 20cm de altura para possibilitar a deposição de bastante terra e adubo.



Figura 3. Alunos do terceiro ano participando da montagem dos canteiros com as garrafas pet.

Para o preenchimento dos canteiros com terra e adubo foi realizado um mutirão com a participação de alunos da Fase, colaboradores e voluntários. Após estarem prontos passou-se para etapa do plantio. Nesta etapa o grupo contou com a doação das



hortaliças pelo Departamento de Agricultura, da Prefeitura de Petrópolis, em que foram doadas cerca de 400 mudas incluindo salsa, cebolinha, acelga e alface. Enquanto que para as mudas das árvores frutíferas, houve doação pela secretária do Meio Ambiente, sendo doadas mudas de pitanga, araçá e goiaba. Para a doação das arvores frutíferas foi entregue um ofício na Prefeitura de Petrópolis, o Secretário de Meio Ambiente analisou e autorizou a doação das mesmas.

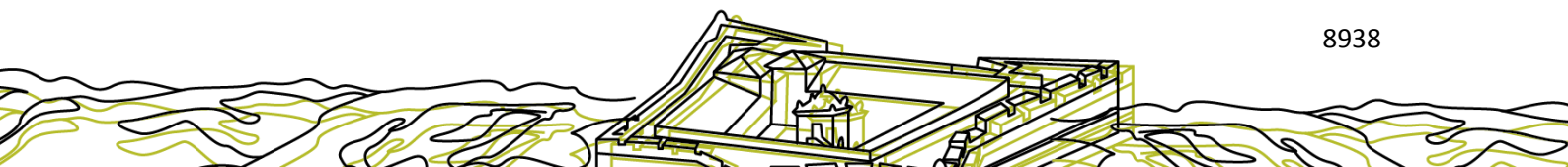
Após a aquisição das mudas, iniciou-se o plantio. As crianças do terceiro ano foram divididas em grupos de até 6 alunos para plantar algumas mudas. Eles foram inicialmente orientados sobre o procedimento de plantio das hortaliças, como, por exemplo, o espaçamento entre as covas, posteriormente, executaram o plantio e ao final, com os regadores que foram produzidos, cada grupo ficou responsável por regar um canteiro. Já as árvores foram plantadas por um adulto que estava auxiliando o grupo no projeto.

Por se tratar de uma escola pública e sabendo que está fica fechada aos finais de semana nós decidimos instalar um sistema de irrigação para facilitar a manutenção da horta. O sistema de irrigação foi pelo método de gotejador por aspersão, com o auxílio do Escritório de Arquitetura, que atuou na implementação.

Alguns materiais utilizados para instalação deste sistema como, por exemplo, registros de esfera roscáveis com borboleta, “Tê” roscáveis, adaptadores irrigação para mangueira, luva de pvc e abraçadeiras foram conseguidos através de doações de parceiros do escritório. Porém, outros materiais como o adubo, aproximadamente 3m³, a mangueira para a irrigação (200m), e a tinta para pintura dos regadores foram compradas. Para arrecadar o dinheiro necessário para a compra foi feito uma rifa de uma cesta de chocolate, contendo 300 números a dois reais cada, onde conseguiu-se arrecadar 600 reais. Além disso, em uma aula prática da disciplina de Economia com produção e venda de pizza, da turma do quinto período de Nutrição da Fase, o lucro obtido foi revertido para compra de 40 das primeiras rifas descritas acima.

Resultados e Discussão

A ideia de se criar uma horta na escola surgiu logo no primeiro contato do grupo de alunos de nutrição junto a orientadora da escola, que demonstrou um grande interesse em se ter uma horta no ambiente escolar, para que os alunos pudessem ter o contato direto com esse tipo de atividade, tendo em vista que seria uma grande oportunidade de levar o conhecimento de dentro da sala de aula para a prática em meio a natureza.



Através deste projeto, foi possível perceber a importância de se ter uma horta no ambiente escolar, pois a partir desta é possível trabalhar com vários temas interligados com a alimentação, já que logo no início das atividades, foi observado e relatado pelos próprios alunos um hábito alimentar inadequado, sendo que não era nada comum o consumo de frutas e hortaliças e muito frequente o consumo de produtos industrializados, como biscoitos recheados e balas, por exemplo. No momento do recreio, em que era servido a alimentação escolar, observou-se muitos alunos consumindo alimentos industrializados, ao invés de comer o que era ofertado pela escola.

De acordo com Pimenta e Rodrigues (2011), os alimentos que passam a fazer parte do ambiente escolar, possuem um novo significado para as crianças, pois elas conseguem ver e entender que antes de chegar aos mercados e feiras, os alimentos passam por todo um processo de crescimento que requer cuidado, processo que elas puderam vivenciar. Ainda segundo este autor, há uma grande distância entre compreender e aceitar que alimentação adequada é a melhor opção, mas quando a criança tem a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento do alimento, esta distância é certamente diminuída (PIMENTA e RODRIGUES, 2011).

Todo o trabalho realizado, com as atividades propostas foram muito produtivas, já que a criança é um público curioso e está sempre disposta a aprender mais.

Durante a etapa de educação ambiental e de aulas sobre alimentação saudável foi possível perceber o interesse dos alunos e a curiosidade sobre os temas. Ao final de cada atividade, eram feitas perguntas referentes ao tema discutido, e as respostas eram sempre surpreendentes, mostrando que de fato elas haviam absorvido o que havia sido conversado.

Segundo Martins (2014), práticas pedagógicas que proporcionam autonomia ao aluno, valorizam a curiosidade crítica e propiciam a integração do ser humano, são capazes de transformar o ato de educar em muito mais do que treinar o aluno, despertando a reflexão crítica e tornando-os capazes de aprender e construir o conhecimento através da curiosidade. Uma forma de se conseguir essa transformação da educação é através da utilização da horta no ambiente escolar (MARTINS, 2014).

O preparo das atividades educativas era simples e de baixo custo, mostrando que é possível ensinar outras coisas para as crianças nas escolas que vão além da grade curricular tradicional. Essas atividades além de estimularem a criatividade das crianças

mostram também o significado da responsabilidade. Uma vez que são os alunos os responsáveis por plantar, regar e colher as hortaliças.

Até o momento o projeto conseguiu construir, com a participação dos alunos, 3 canteiros com hortaliças (Figura 4). O grupo conseguiu acompanhar o desenvolvimento das hortaliças até um pouco antes da data da colheita (Figura 5 e 6). A primeira colheita foi realizada em fevereiro de 2018, porém, como coincidiu com a primeira semana de aula dos alunos e com as férias da Fase, não houve tempo hábil para organizar a colheita com os alunos da escola. Porém, apesar deste contratempo, tanto os alunos como os professores e profissionais que trabalham na escola receberam as hortaliças colhidas por um funcionário e puderam levar as mesmas para suas casas, contribuindo para uma alimentação mais saudável e saborosa com toda família.



Figura 4. Foto dos três canteiros implementados na escola.

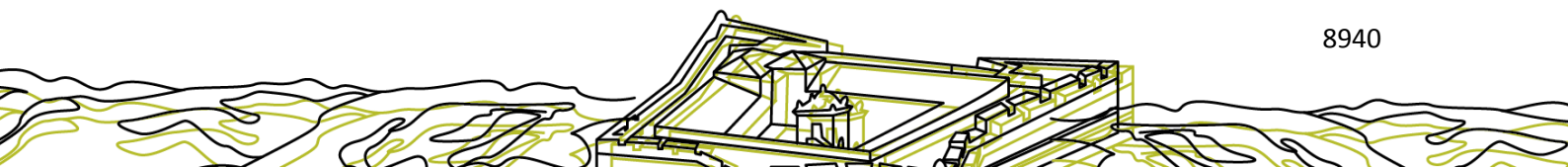


Figura 5. Foto do primeiro canteiro com as hortaliças plantadas e em processo de desenvolvimento.

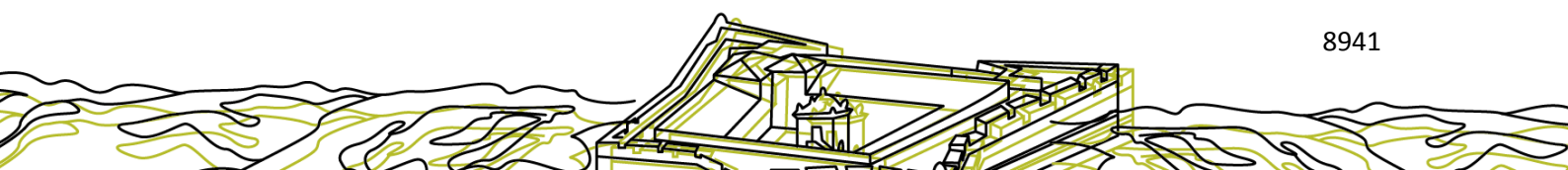


Figura 6. Foto do primeiro canteiro, aproximadamente, um mês após o plantio. As hortaliças já estavam quase prontas para serem colhidas.

Alguns alunos, cerca de cinco entre o total de vinte sete alunos da turma, relataram já terem um contato com horta em casa, mencionando ajudar os avós em tal tarefa. Com as aulas e discussões administradas sobre tal assunto, e com a prática na escola, essas crianças poderiam passar o conhecimento obtido para os seus familiares, contribuindo para um cultivo domiciliar mais efetivo.

O projeto Horta na Escola permitiu aos alunos adquirirem consciência sobre alimentação saudável através das aulas que foram dadas e também contribuiu para o desenvolvimento de uma mentalidade sustentável, em prol do meio ambiente, com a retirada de cerca de 800 garrafas pet e 20 embalagens de amaciante, que poderiam ter sido descartadas de forma incorreta.

Por se tratar de uma comunidade muito carente e com problemas no processo de coleta de lixo, os alunos da escola municipal do Vale do Carangola convivem diariamente com grandes quantidades de lixo na rua. Tal exposição diária influencia negativamente no processo de formação e conscientização dessas crianças. Como o projeto Horta na Escola o grupo conseguiu fortalecer e “plantar uma semente” na mente dos alunos de



como é importante cuidar do nosso meio ambiente e de que forma cada um pode contribuir com isso de forma simples.

Além de todo esse aprendizado em relação ao meio ambiente e à alimentação saudável, foi importante o trabalho em grupo realizado, já que havia reclamações por parte da orientadora e da professora sobre a dificuldade de realizar atividades em grupo com a turma, pois se caracterizavam por serem muito agitados e dispersos. Todas as atividades realizadas foram em equipe, no início houve dificuldade, mas com o tempo, principalmente nas etapas finais da montagem da horta, percebeu-se uma maior facilidade de se trabalhar em grupo.

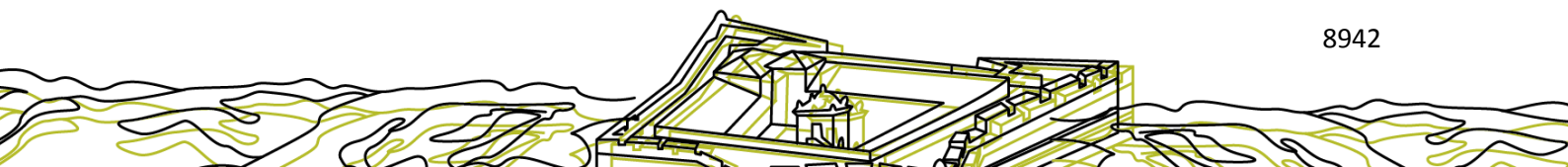
Conclusão

Na fase escolar a criança aprende e desenvolve habilidades que serão levadas por toda a vida. O importante é que a criança seja estimulada a conhecer novas atividades e a desenvolver os conhecimentos adquiridos. Para isso nada melhor do que levar o conhecimento dentro de sala aula para as práticas realizadas fora dela.

Durante a realização do projeto foi possível perceber que as crianças estão sempre motivadas a participar de novas atividades e dispostas a colocar em prática tudo aquilo que é proposto, até mesmo as mudanças de hábitos alimentares, propostas com implantação da horta.

No entanto, algumas dificuldades foram encontradas ao longo do Projeto, como resistência por parte da coordenação em dar continuidade a horta. O Projeto foi realizado com o intuito de deixar uma herança a escola e a todo momento isso foi dito de forma clara, mas a escola ainda se mostrou dependente das alunas de Nutrição, sendo uma dificuldade diminuir o vínculo. Além disso, no final do projeto houve uma troca de direção e coordenação da escola, o que poderia dificultar ainda mais esse desligamento e a passagem de total responsabilidade por parte da escola em administrar e dar continuidade a horta. Outro ponto é que o terreno para a horta, apesar de ser um espaço bom, o único acesso de entrada é feito por um portão de ferro que impossibilitou a entrada de pequenas máquinas para agilizar a limpeza do mesmo. Sendo que essa mão de obra foi feita por voluntários. Além disso, por esse mesmo problema, a colocação do adubo foi feita através de baldes, já que o caminhão com a terra não conseguiu chegar muito próximo ao local.

O projeto horta na escola foi a forma que acadêmicos de nutrição da FASE encontraram para contribuírem com a comunidade, passando um pouco do conhecimento adquirido ao longo do curso de nutrição, para os alunos da escola do Vale do Carangola, que em



contrapartida, também puderam contribuir e muito para o crescimento pessoal e humanitário dos acadêmicos e despertando assim o interesse pelo trabalho social voltado a ajudar o próximo e acima de tudo aprender com essa troca de experiência.

Referências

CRIBB, S. L. S. P. Contribuições da Educação Ambiental e Horta Escolar na Promoção de Melhorias ao Ensino, à Saúde e ao Ambiente. REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente, v.3, n 1, p. 42-60, abril 2010.

MORGADO, F. S. A horta escolar na educação ambiental e alimentar: experiência do Projeto Horta Viva nas escolas municipais de Florianópolis. Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

JACINTO, D. T.; MARINHO, A. A. P.; ALVES, A. T. C.; SILVA, L. G. O.; RESENDE, Q. M.; SOUZA, M. J.; PEREIRA, M. M. L.; RABELO, M. R. G.; NUNES, M. R. Implantação de Hortas em Escolas Públicas no Bairro Lagoa Grande. Anais do INESC – I Mostra Científica do curso de Medicina, 2016.

PIMENTA, J. C.; RODRIGUES, K. S. M. Projeto Horta Escola: Ações de Educação Ambiental na Escola Centro Promocional Todos os Santos de Goiânia (GO). II SEAT – Simpósio de Educação Ambiental e Transdisciplinaridade, Goiânia, maio de 2011.

MARTINS, L. V. N. B. Horta Escolar. Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos, 2014.

NEUROPSICOLOGIA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: EXPERIÊNCIA NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Área Temática: Saúde

Leilani, FOSSA²; Sarah, LIMA³; Danielle, LEÔNCIO⁴; Laura, ARAGÃO⁵; Ronildo, COUTINHO⁶; Izabel, HAZIN⁷

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

O aprimoramento das terapêuticas para o tratamento de câncer infantil levou a um aumento nas taxas de cura de neoplasias no Sistema Nervoso Central (SNC), embora os efeitos neurotóxicos associados impliquem em comprometimento cognitivos cujos impactos culminam em prejuízos acadêmicos e socioafetivos. O diálogo com a Neuropsicologia é relevante para melhor compreender e intervir sobre essas sequelas, garantindo melhor qualidade de vida para essa população. Assim, criou-se em 2015, o Serviço de Neuropsicologia em Oncologia Pediátrica pelo Laboratório de Pesquisa e Extensão em Neuropsicologia, no Hospital Infantil Varela Santiago em Natal/RN, a fim de ofertar um serviço de avaliação neuropsicológica (AN) para crianças e adolescentes diagnosticados com Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e Tumores de SNC. Este estudo objetiva descrever a implantação e ampliação do serviço e suas contribuições. Utilizou-se uma descrição sobre a estruturação e rotina, de modo a apresentar o funcionamento e demanda sobre o serviço. No total, foram atendidos 47 pacientes com LLA e 32 com Tumores de SNC, cujos dados oriundos da avaliação neuropsicológica estão a serviço da equipe multidisciplinar, para que em articulação com profissionais, família e escola, fundamente intervenções sobre o desenvolvimento e aprendizagem. Percebe-se assim a necessidade de avanços na oferta de um serviço de atenção integral que transcenda iniciativas pontuais e se materialize permanentemente à disposição das crianças com câncer no RN.

² UFRN, graduanda de psicologia (DEPSI/UFRN).

³ UFRN, graduanda de psicologia (DEPSI/UFRN).

⁴ UFRN, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPgPsi/UFRN).

⁵ UFRN, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPgPsi/UFRN).

⁶ UFRN, graduando de psicologia (DEPSI/UFRN).

⁷ UFRN, professora titular do Departamento de Psicologia (DEPSI/UFRN), orientadora acadêmica.

Palavras-chave: Neuropsicologia, oncologia pediátrica, consolidação de serviço.

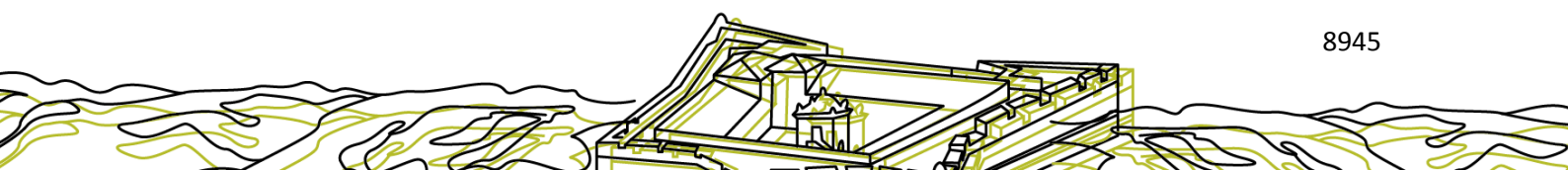
Introdução

Dentre as patologias que acometem a infância, o câncer vem se destacando nas últimas décadas como importante foco de atenção para a neuropsicologia. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer infantil é um grupo de doenças caracterizado pela proliferação descontrolada de células no organismo. Dentre as mais frequentes na infância estão as leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas. Estimou-se para o biênio 2016-2017 a ocorrência de 12.600 casos que acometem a faixa etária de 0 a 19 anos. Em destaque, avalia-se que as Regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os maiores números de casos, 6.050 e 2.750 respectivamente (INCA, 2015).

Diante disso, o aumento significativo nos índices de sobrevivência de crianças com câncer e a implicação do tratamento antineoplásico sobre a organização e o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) se destacam como foco de estudo da neuropsicologia na oncologia pediátrica. Auxiliando a compreender e garantir qualidade de vida desta população quando retorna às atividades acadêmico-sociais. Assim, tem-se cada vez mais evidente a presença de sequelas cognitivas e comportamentais entre crianças e adolescentes sobreviventes de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e tumores de SNC, resultantes tanto do adoecimento quanto da comprovada neurotoxicidade do tratamento antineoplásico direcionado ao Sistema Nervoso Central – quimioterapia e radioterapia, parte integrante dos protocolos de tratamento de ambas as patologias. (MOXON-EMRE et al., 201; REDDICK et al., 2014; RIGGS et al., 2014; RIEKEN et al., 2011; DUFFNER, 2010; PALMER, REDDICK, & GAJJAR, 2007).

A presença recorrente de queixas de dificuldades escolares relatadas por familiares e profissionais que acompanham os sobreviventes da LLA e tumores de SNC, atrelada à escassez de estudos brasileiros que evidenciam e caracterizam os efeitos neuropsicológicos associados ao adoecimento e aos protocolos de tratamento utilizados no país. Em consequência disso, a ausência de programas institucionais de reabilitação neuropsicológica e acompanhamento educacional especializado para este subgrupo de crianças são aspectos que reforçam a relevância de desenvolvimento de pesquisa e extensão nesse campo. Tendo em vista que crianças que apresentam déficits alterações neurocognitivas podem vir a necessitar de intervenções e estratégias educativas específicas para o seu desenvolvimento acadêmico escolar. (BENDER & THELEN, 2013).

Diante do exposto, reconhece-se a necessidade de avanços na oferta de serviços de atenção neuropsicológica integral à disposição das crianças com câncer no estado do



Rio Grande do Norte. Desde 2015, com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PROEX-UFRN), foi possível desenvolver, implantar e consolidar serviços dessa natureza nas Unidades de Oncologia Pediátrica que são referência em nosso estado.

O objetivo da presente ação de extensão constitui no desenvolvimento de serviços de neuropsicologia integrados aos Serviços de Psicologia dos setores de Oncologia Pediátrica das unidades de referência no atendimento a crianças e adolescentes com câncer no estado do Rio Grande do Norte. Atualmente o projeto está concentrado no Hospital Infantil Varela Santiago. Esta ação de extensão constitui-se como um serviço executado de forma integrada às práticas e rotinas das instituições de saúde no atendimento a essas crianças e adolescentes, possibilitando aos discentes de graduação e pós-graduação, docentes e técnicos-administrativos envolvidos maior aprofundamento no conhecimento teórico e técnico da Neuropsicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem e sua interface com a Oncologia Pediátrica, além de possibilitar a efetivação de um serviço pioneiro de grande relevância e escasso nos hospitais do país, especialmente na região Nordeste.

Portanto, espera-se que esta ação de extensão 1) ofereça às crianças sobreviventes propostas de intervenção educacional que minimizem o impacto da doença e do tratamento sobre o desenvolvimento e a aprendizagem; 2) fomente a busca de estratégias terapêuticas menos danosas, capazes de reduzir os riscos cognitivos aos quais estas crianças e adolescentes se encontram submetidos; 3) ofereça um terreno fecundo de atuação e de aprendizagem para profissionais e estudantes de todos os níveis de ensino, da graduação à pós-graduação, possibilitando aos envolvidos maior aprofundamento no conhecimento teórico em neuropsicologia do desenvolvimento e da aprendizagem e o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à atuação neste domínio; 4) construa um banco de dados que fomente pesquisas com vistas à melhoria da caracterização do impacto do câncer e seus tratamentos sobre as esferas cognitiva, afetiva e comportamental das crianças e adolescentes acometidos e; 5) resulte em ações que contemplem efetivamente o retorno do conhecimento acadêmico sob a forma de serviços à comunidade, conforme estabelece o tripé Ensino-Pesquisa-Extensão preconizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Objetivo geral:

Caracterizar o Serviço de Neuropsicologia em Oncologia Pediátrica, descrevendo sua implantação e desenvolvimento.

Objetivos específicos:

Corroborar a relevância da neuropsicologia para o entendimento mais amplo do impacto do adoecimento e tratamento contra o câncer nessa fase do desenvolvimento humano.

Analisar o percurso percorrido pelo serviço, seu impacto na reinserção das crianças e futuras ações e pesquisas.

Metodologia

Para cumprir com o objetivo central proposto, utilizou-se uma descrição sobre a estruturação, protocolo e rotina, de modo a apresentar o funcionamento e demanda sobre o serviço. Dessa forma, foi possível fazer uma avaliação qualitativa das atividades realizadas, caracterizando mais amplamente o serviço prestado a comunidade.

Instituição participante:

A consolidação do Serviço de Neuropsicologia tem sido realizada no Hospital Infantil Varela Santiago (HIVS), o qual além de se constituir como referência no atendimento em oncologia pediátrica no estado do Rio Grande do Norte pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ofereceu as condições necessárias para que o Serviço de Neuropsicologia fosse ampliado. Salienta-se que a instituição, representada pelo diretor da unidade de oncologia pediátrica, consentiu e ofereceu apoio à submissão da presente proposta, fazendo parte da equipe executora do projeto.

Fundado em 1936, o HIVS é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, pioneira no tratamento de doenças oncohematológicas, cuja totalidade dos atendimentos se dá via SUS. Especializada em pediatria, atende crianças e adolescentes de todo o estado do Rio Grande do Norte.

Atualmente, o HIVS realiza em média 13.500 procedimentos por mês e possui capacidade para 110 leitos, distribuídos em diversas especialidades médicas. O hospital ainda dispõe de 06 salas de atendimento médico em sistema de consultas eletivas, uma sala para vacina, uma sala para internamento e uma para atendimento ambulatorial de oncologia, para o funcionamento do “Hospital Dia”. Também possui duas unidades para internamentos e tratamentos de patologias gerais, sendo uma ala destinada a atender crianças com doenças infectocontagiosas, bem como setores de maior complexidade, a

saber: Clínica Cirúrgica, Neonatologia, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e o Centro de Onco-hematologia Infantil (COHI).

No que diz respeito à oncologia pediátrica, o HIVS dispõe de serviços para a população infantojuvenil em tratamento, como atendimento médico especializado, quimioterapia, brinquedoteca, participação na classe hospitalar em caso de necessidade de afastamento da escola, bem como assistência em psicologia e serviço social. Além disso, realiza acompanhamento sistemático daquelas que receberam alta e também daquelas já consideradas sobreviventes, seguindo intervalos de tempo específicos para cada caso.

Participantes:

Os participantes contemplados pelo projeto são usuários do serviço de oncologia pediátrica deste hospital, grupo constituído por crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, que obtiveram o diagnóstico de Tumores do Sistema Nervoso Central (TSNC), principalmente Tumores de Fossa Posterior (TFP), e Leucemia Linfóide aguda (LLA), bem como crianças e adolescentes com outros tipos de câncer que apresentem queixas cognitivas e sejam encaminhadas pela equipe de profissionais da instituição parceira.

A equipe de atendimento, de caráter multidisciplinar, é composta por professores, alunos de pós-graduação, alunos de iniciação científica e voluntários da graduação em psicologia da UFRN, todos vinculados ao Laboratório de Pesquisa e Extensão em Neuropsicologia (LAPEN/UFRN). No momento presente, a equipe também conta com a colaboração voluntária de alguns profissionais, como médicos oncologistas do HIVS, servidores técnico-administrativos e comunidade acadêmica.

Sistematização do Serviço:

Para a construção da proposta do serviço, assim como de seu protocolo avaliativo, foi realizado um levantamento de literatura para o embasamento e apropriação dos conteúdos pertinentes ao mesmo, envolvendo a interface neuropsicologia-oncologia.

Anterior a sua implantação nas unidades de atendimento foram realizadas reuniões com a equipe multiprofissional para apresentação das propostas do serviço e estabelecimento do serviço como parte dos procedimentos de rotina das instituições. Assim, a atividade tornaria-se uma oferta permanente, a funcionar diariamente, nos

turnos matutino e vespertino, de acordo com a rotina de acompanhamento clínico das crianças assistidas nas instituições participantes.

Hodiernamente, com o intuito de avaliar o funcionamento do serviço, discutir estratégias referentes aos casos atendidos e debater avanços científicos referentes ao campo teórico, a equipe de atendimento se reúne quinzenalmente.

Avaliação:

São inseridas avaliações neuropsicológicas periodicamente na rotina das crianças diagnosticadas com LLA e TSNC, bem como, seguindo demandas específicas, intervenções neuropsicológicas adaptadas a cada caso diante da presença de alterações cognitivas, afetivas e/ou comportamentais relacionadas ao adoecimento e/ou ao tratamento. As crianças dos demais grupos clínicos em oncologia são assistidas apenas no caso de os pais ou profissionais relatarem a presença de alterações cognitivas que requeiram atenção neuropsicológica especializada.

Salienta-se que estas avaliações vêm sendo realizadas por profissionais da neuropsicologia ou por discentes sob supervisão adequada, os quais são treinados e capacitados no que concerne ao manejo e administração dos instrumentos, bem como na elaboração de laudos de avaliação neuropsicológica.

Para as crianças com tumores malignos, as avaliações são administradas de acordo com as seguintes etapas do tratamento:

- 1) Ao diagnóstico, após a implantação da Válvula de Derivação Ventriculo-Peritoneal (DVP) e antes da cirurgia de ressecção do tumor: É aplicada uma bateria neuropsicológica breve de rastreio cognitivo;
- 2) Três semanas após a cirurgia de ressecção do tumor, previamente à radioterapia de crânio e neuro-eixo e a quimioterapia: É aplicada uma bateria neuropsicológica breve de rastreio cognitivo;
- 3) Três meses após a radioterapia de crânio e neuro-eixo: É aplicada bateria neuropsicológica completa, abarcando amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais;

- 4) Um ano após a radioterapia de crânio e neuro-eixo: É aplicada bateria neuropsicológica completa, abarcando amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais;
- 5) 2-5 anos após a radioterapia de crânio e neuro-eixo: São feitas avaliações anuais através de bateria neuropsicológica completa, abarcando amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais.

Para as crianças com tumores benignos, as quais em geral não são submetidas à quimioterapia e radioterapia, as avaliações ocorrem segundo as seguintes etapas do tratamento:

- 1) Ao diagnóstico, após a implantação da Válvula de Derivação Ventriculo-Peritoneal (DVP) e antes da cirurgia de ressecção do tumor: aplicação de uma bateria neuropsicológica breve de rastreio cognitivo;
- 2) Três semanas após a cirurgia de ressecção do tumor: bateria neuropsicológica breve de rastreio cognitivo;
- 3) Seis meses após a cirurgia de ressecção do tumor: bateria neuropsicológica completa, abarcando amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais;
- 4) Um ano após a cirurgia de ressecção do tumor: bateria neuropsicológica completa, abarcando amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais;
- 5) 2-5 anos após a cirurgia de ressecção do tumor: avaliações anuais através de bateria neuropsicológica completa, abarcando amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais.

Ressalta-se que a primeira e a segunda avaliações deste subgrupo de crianças consistem em rastreios, com o objetivo de obter-se um perfil neurocognitivo prévio da criança, com o objetivo de fornecer informações de referência para as avaliações posteriores. Estas primeiras avaliações são complementadas com a administração de instrumentos mais específicos, em virtude de potenciais necessidades. As demais avaliações abarcam detalhadamente cada função cognitiva, com a finalidade de

investigar a presença de alterações cognitivas possivelmente relacionadas aos efeitos tardios do tratamento cirúrgico e/ou antineoplásico.

Para as crianças e adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda (LLA), as avaliações acontecem segundo as seguintes etapas do tratamento:

- 1) Ao diagnóstico: Aplicação de bateria neuropsicológica breve de rastreio cognitivo;
- 2) Seis meses após o início do tratamento, etapa na qual a criança inicia a fase de manutenção: bateria neuropsicológica completa, abrangendo amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais;
- 3) Ao final do tratamento: bateria neuropsicológica completa, abrangendo amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais;
- 4) 2-5 anos após a finalização do tratamento: avaliações anuais através de bateria neuropsicológica completa, abrangendo amplo espectro de domínios cognitivos, afetivos e comportamentais.

Instrumentos:

Considerando os dados da literatura quanto às possíveis alterações cognitivas decorrentes de danos cerebrais na infância e adolescência (GARCIA, 2011; MELLO et. al., 2006) e o Modelo Luriano de avaliação neuropsicológica, no que se refere à proposição de modelo de diagnóstico e intervenção idiográficos, compreensivos e flexíveis (GLOZMAN, 1999), foi desenvolvido o protocolo avaliativo a ser utilizado nas avaliações neuropsicológicas das crianças com Tumores de Fossa Posterior (TFP) e LLA. Este protocolo abrange o exame de diversos domínios cognitivos e aspectos socioafetivos, acadêmicos e comportamentais, com o objetivo de proporcionar uma visão abrangente e sistêmica do funcionamento da criança. Além de subsidiar a proposição de estratégias de intervenção que promovam qualidade de vida e a garantia do desenvolvimento da criança diante de sua nova condição.

Este protocolo é constituído tanto de instrumentos padronizados e normatizados para a população brasileira, quanto de instrumentos utilizados de forma qualitativa, ou seja, testes que mesmo sem uma padronização e adaptação específica revelam dados relevantes para o funcionamento da criança ou adolescente. São eles:

1. Avaliação da Capacidade Intelectual: Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças – 4ª versão – WISC-IV (WECHSLER, 2013); SON-R 2 1/2 - 7 [a] (TELLEGEN et al., 2015)
2. Avaliação da Atenção: Continuous Performance Test – CPT e Teste de Atenção por Cancelamento de Capovilla & Montiel (2007);
3. Avaliação da Memória Auditiva: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey – RAVLT (versão adaptada para crianças por Oliveira & Charchat-Fichman (2008));
4. Avaliação da Memória Visual: Blocos de Corsi;
5. Avaliação da Visuoespacialidade e Visuoconstrução: Figuras Complexas de Rey;
6. Avaliação da Fluência Verbal: Teste FAM (OLIVEIRA & CHARCHAT-FICHMAN, 2011);
7. Avaliação das Funções Executivas: Teste das Torres de Londres;
8. Avaliação da Motricidade Fina e Destreza Motora: Purdue Pegboard Test;
9. Avaliação de aspectos Psicoafetivos: Teste HTP (BUCK, 2003);
10. Avaliação de Habilidades Acadêmicas (leitura, escrita e aritmética): Provas de Avaliação dos Processos de Leitura (PROLEC) e Provas de Aritmética de Capovilla, Montiel & Capovilla (2007);
11. Tarefas qualitativas que, para além dos dados obtidos através dos instrumentos normatizados, possibilitem maior compreensão do funcionamento cognitivo do sujeito, abarcando a análise sindrômica e a identificação das alterações primárias e secundárias, à lesão cerebral;
12. Avaliação de aspectos comportamentais e psicopatológicos: Child Behavior Checklist (CBCL) e Questionário Deasy-Spinetta (GOMES, et al. 2018).

Resultados e Discussão

A execução do projeto iniciou em 2015 com a implementação e desenvolvimento de Serviços de Neuropsicologia nos setores de oncologia pediátrica do HIVS e da Liga Norte Riograndense contra o Câncer, ambos situados na cidade de Natal (RN), inserindo a avaliação neuropsicológica na rotina procedimental dos pacientes pediátricos com LLA e TSNC. Atualmente o serviço funciona apenas no HIVS.

O serviço foi estruturado para funcionar semanalmente nos turnos vespertino e matutino em formato de plantões para atendimento de crianças, de ambos os sexos, que obtiveram o diagnóstico de Tumores de Fossa Posterior (meduloblastoma ou astrocitoma) ou Leucemia Linfóide aguda (LLA), na faixa etária entre 2 e 18 anos, recém diagnosticadas ou em tratamento. O serviço buscou atender o maior número de crianças possível ao longo dos anos referentes à execução do projeto, totalizando 47 pacientes com LLA e 32 crianças com tumor atendidas até o momento.

A meta é acompanhar as crianças a partir do início do tratamento até receberam alta, permitindo observar a emergência de possíveis alterações cognitivas decorrentes do tratamento no intuito de intervir precocemente. As crianças atendidas pelos serviços realizaram avaliações neuropsicológicas para rastreamento de possíveis alterações cognitivas, afetivas e/ou comportamentais, assim como dificuldades de aprendizagem decorrentes da doença e/ou do tratamento. Em casos nos quais se constataram alterações evidentes foram realizadas avaliações mais aprofundadas e direcionadas à dificuldade em questão.

Posteriormente às avaliações foram elaborados laudos relatando os aspectos referentes ao desempenho das crianças nas avaliações e entregues à família. Ademais, estes estão sendo anexados aos prontuários à disposição da equipe de profissionais que acompanham o paciente.

Em casos nos quais foram constatadas dificuldades de aprendizagem, foram realizadas visitas às escolas dos participantes para diálogo com os professores sobre possíveis estratégias de intervenção que pudessem minimizar tais dificuldades. Ademais, foram realizadas orientações aos pais e familiares acerca das alterações cognitivas, comportamentais e afetivas que acompanham o câncer, de modo a minimizar o impacto do mesmo nas relações familiares, potencializando o desenvolvimento da criança e a melhoria de sua qualidade de vida e sensibilizando-os a respeito da importância do acompanhamento neuropsicológico para melhor compreensão das alterações encontradas e necessidade de estabelecimento de atividades de intervenção que promovam a reabilitação de forma ampla.

Além disso, está em processo de elaboração uma cartilha voltada para as escolas e familiares sobre as possíveis dificuldades que crianças e adolescentes sobreviventes podem enfrentar em seu cotidiano escolar e social e possíveis estratégias para minimização dessas, contemplando as demandas apresentadas por esse público.

Diante da necessidade do uso de testes psicológicos e neuropsicológicos, os membros vinculados foram capacitados para a utilização da bateria de testes definida para o protocolo de avaliação do serviço. Esta capacitação se constituiu como uma oportunidade única e de grande aprendizado para os membros da graduação. A supervisão dos casos ocorrem semanalmente, não apenas restrita a aplicação dos testes, como também atualização teórica sobre a oncologia pediátrica.

No que tange às dificuldades encontradas referentes à proposta inicial do serviço, se destaca a dificuldade em realizar avaliações ao diagnóstico, isto é, antes do início do tratamento, visto que diante da confirmação do diagnóstico o paciente já inicia o tratamento, na maioria dos casos. Diante disso, optou-se por realizar uma bateria inicial breve a fim de que se consiga, ao menos, um rastreio anterior ao início do tratamento no qual podem ser observadas as funções cognitivas do paciente sem interferência medicamentosa. Ainda assim, a equipe realiza plantões diários no intuito de contactar os pacientes recém- chegados e dar início ao protocolo avaliativo.

Conclusão/Considerações Finais

A partir dos dados obtidos nas avaliações realizadas pelo serviço de Neuropsicologia implantado nas unidades de oncologia pediátrica em Natal/RN, foi possível corroborar dados apontados pela literatura especializada de que parcela significativa das crianças diagnosticadas com câncer. Notadamente aquelas sobreviventes de Leucemia Linfóide Aguda e Tumores de Fossa Posterior experimentam prejuízos cognitivos e importantes dificuldades escolares e psicossociais advindos tanto da doença em si quanto das intervenções terapêuticas realizadas (HAZIN et al., 2011; GOMES et al., 2012).

Ainda que seja reconhecida a presença de prejuízos decorrentes do tratamento para o câncer infantil, ainda são poucos os serviços e estudos que se dedicam a investigar e intervir sobre as sequelas cognitivas, afetivas e comportamentais experimentadas por estas crianças. Nesse sentido, a implantação do serviço de Neuropsicologia em unidades de oncologia pediátrica possibilitou maior diálogo entre a Neuropsicologia e a oncologia pediátrica, com foco especial na possibilidade de

investigação, compreensão e minimização dos impactos decorrentes dos tumores de SNC e de seu tratamento.

Ressalta-se que, além de beneficiar diretamente as crianças atendidas nos serviços de oncologia pediátrica, oferecendo-lhes atenção integral antes, durante e após o tratamento (abarcando o acompanhamento à sua reinserção sócio-acadêmica), tal proposta poderá garantir maior robustez aos estudos de investigação dos perfis neurocognitivos desta população, de modo a propiciar uma melhor caracterização do impacto do câncer e seus tratamentos sobre as esferas cognitiva, afetiva e comportamental das crianças e adolescentes acometidos. Amplia-se, desta forma, o acesso ao conhecimento junto a este público, permitindo ainda maior espaço de investigação e problematização junto à equipe multiprofissional que acompanha esses pacientes, ampliando-se igualmente os desdobramentos deste trabalho. Assim, o trabalho realizado poderá oferecer maiores subsídios para a criação de propostas de intervenção neuropsicológica para este subgrupo clínico, garantindo a essas crianças melhores possibilidades para desenvolvimento do seu potencial de aprendizagem, bem como poderá ampliar o leque de informações acerca do impacto de cada modalidade de tratamento sobre o funcionamento cognitivo, possibilitando a busca pelo desenvolvimento e utilização de estratégias terapêuticas menos danosas, capazes de reduzir os riscos cognitivos aos quais estas crianças e adolescentes se encontram submetidos.

Espera-se desta maneira, subsidiar e potencializar intervenções de profissionais de outros domínios, tais como a medicina e a educação, junto a este grupo clínico. Ressalta-se a contribuição que a neuropsicologia – área ainda emergente na região Nordeste – pode oferecer, ao possibilitar estudos dessa natureza. Por outro lado, a execução do projeto ampliou o potencial de parcerias estabelecidas entre o LAPEN-UFRN e instituições que trabalham no campo da oncologia pediátrica e da educação, no Brasil e exterior. Garantindo assim, a integração desejável entre ações de pesquisa e intervenção avançadas pelas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) do país. Além disso, o projeto permitiu não apenas a oferta do serviço em Neuropsicologia nos hospitais, mas também possibilitou o intercâmbio de produção científica no âmbito nacional e internacional, ampliando o raio de ação da universidade, através de convênios com instituições públicas de saúde, com desdobramentos em termos de ações junto à rede de ensino, construindo assim mecanismos de ação global.

Como retorno ao curso de psicologia, espera-se, no futuro, que este serviço de neuropsicologia possa se configurar em um importante campo de estágio, oferecendo

ao discente em atividade curricular a possibilidade de aprendizagem e de desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à atuação em neuropsicologia e em sua interface com a oncologia pediátrica, obtendo experiência em uma área pioneira e em franca expansão em todo o país.

Por fim, esta proposta possibilitou a ampliação do raio de ação da universidade, através do estabelecimento de parceria formal de trabalho e de pesquisa com as instituições públicas de saúde e educação (esta última indiretamente), construindo assim ações que contemplem o retorno do conhecimento acadêmico sob a forma de relevantes serviços prestados à comunidade, conforme preconiza o tripé Ensino-Pesquisa-Extensão, tão caro à Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Referências

BENDER, C. M.; THELEN, B. D. Cancer and cognitive changes: the complexity of the problem. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(4), 232–7. 2013.

DUFFNER, P. K. Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors. *European Journal of Paediatric Neurology*, 14, 106-115, 2010.

GARCIA, D. Investigação da capacidade intelectual de pacientes pediátricos diagnosticados com tumores de fossa posterior. *Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, Natal, RN, Brasil, 2011.

GLOZMAN, J. Quantitative and Qualitative Integration of Lurian Procedures. *Neuropsychology Review*, 9 (1), 23-32, 1999.

GOMES, E. R. O.; LEITE, D. S.; GARCIA, D.; MARANHÃO, S.; HAZIN, I.

Neuropsychological profile of patients with acute lymphoblastic leucemia. *Psychology & Neuroscience*, 5(2), 175-182, 2012.

GOMES, E. R. et al. Reinserção Escolar e Leucemia: Tradução e Adaptação do Questionário Comportamental Deasy-Spinetta. *Psicologia da Educação*, 2018.

GOMES, E. et al. Reinserção Escolar e Leucemia: Tradução e Adaptação do Questionário Comportamental Deasy-Spinetta. *Psicologia da Educação*, 2018.

HAZIN, I. et al. Intellectual Impairment After Treatment for Medulloblastoma and Astrocytoma in Childhood. *Journal Of Pediatric Hematology/oncology*, [s.l.], v. 33, n. 7, p.506-515, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2011.

HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO. <http://hospitalvarelasantiago.org.br/historia/>, S/D.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA.

Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2018 Jan 31]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.

LAROS, J. A.; TELLEGEN, P. J.; JESUS, G. R.; KARINO, C. A. SON-R 2½-7[a], Teste não-verbal de inteligência. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2015.

MOXON-EMRE, I. et al. Impact of craniospinal dose, boost volume, and neurologic complications on intellectual outcome in patients with medulloblastoma. *J Clin Oncol* 32:1760–1768, 2014.

PALMER, S.; REDDICK, W. E.; GAJJAR, A. Understanding the cognitive impact of in children who are treated for medulloblastoma. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1040-1049, 2007.

REDDICK, W. E.; TAGHIPOUR, D. J.; GLASS, J. O.; ASHFORD, J.; XIONG, X., WU, S.; BONNER, M.; KHAN, R. B; CONKLIN, H. M. Prognostic factors that increase the risk for reduced white matter volumes and deficits in attention and learning for survivors of childhood cancers. *Pediatric Blood & Cancer*, 61, 1074–1079, 2014.

RIEKEN, S.; MOHRr, A., HEBARMEHL, D.; WELZEL, T.; LINDEL, K.; WITT, O. Outcome and Prognostic Factors of Radiation Therapy for Medulloblastoma. *Radiation Oncology Biol. Phys.* 81(3), 7-13, 2011.

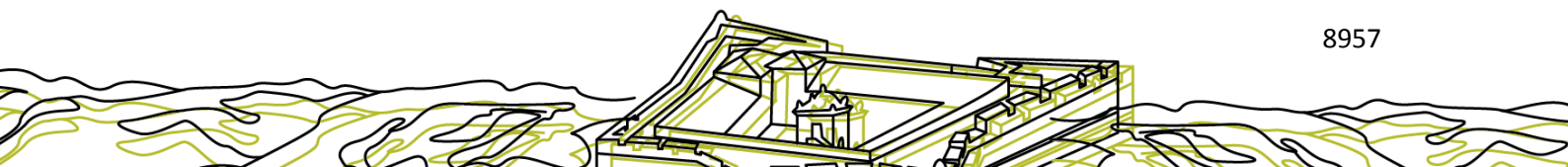
RIGGS, L.; BOUFFET, E.; LAUGHLIN, S.; LAPERRIERRE, N.; LIU, F.; SKOCIC, J.; MABBOTT, D. J. Changes to memory structures in children treated for posterior fossa tumors. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 20(2), 168–80, 2014.

MELLO, C. B.; MIRANDA, M. C.; FELDMAN, C.; SINNES, E. G.; BARBOSA, T.;

BELTRAMI, M. C. et. al. Abordagem interdisciplinar em lesões encefálicas na infância. In C. B. MELLO; M. C. MIRANDA; M. MUSKAT (Orgs.). *Neuropsicologia do desenvolvimento: conceitos e abordagens*. São Paulo: Memnon, 2006. p. 223-236.

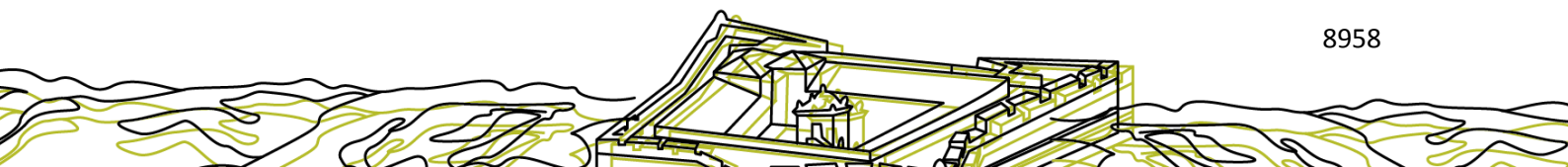
PALMER, S. L.; REDDICK, W. E.; GAJJAR, A. Understanding the cognitive impact on children who are treated for medulloblastoma. *Journal Pediatr Psychol.* Oct;32(9):1040-9, 2007.

WECHLER, D. Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – Quarta Edição (WISC IV).





São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.



BEBÊS DE RISCO E SUAS FAMÍLIAS: ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM UMA UTI NEONATAL

Área temática: saúde

TGOM¹; JCAS²; RMBS³.

Instituição: MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO (MEJC).

Resumo

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é marcada pela utilização de alta tecnologia. Nesse contexto, pais experimentam sentimentos de culpa, medo, angústia e incapacidade. Metodologia: Este trabalho é um relato de experiência da atuação da psicologia na UTIN da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Resultados/discussão: A assistência psicológica é embasada em uma prática humanizada de atendimento. O trabalho desenvolvido na UTIN envolve atendimentos individuais, visitas de irmãos e atividades grupais. O atendimento individual visa prestar apoio emocional aos familiares, favorecer a aproximação e o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê de risco, bem como estimular o aleitamento materno. Na visita de irmão, os profissionais da psicologia preparam e acompanham a criança e/ou adolescente na visita ao bebê internado. Nas atividades grupais ocorrem orientações e compartilhamento de experiências entre as participantes. Conclusão: Percebeu-se que o trabalho desenvolvido pela psicologia na UTI Neonatal possibilitou a expressão e a ressignificação dos sentimentos por parte dos familiares, minimizando assim a angústia, culpa, medo, tristeza, dúvida, revolta e ansiedade, favorecendo o vínculo afetivo saudável entre a família e o bebê em situação de risco.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Psicologia, Humanização.

Introdução

De acordo com a Portaria Nº 930 do Ministério da Saúde, a UTI Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou

¹ Thatiane Guedes de Oliveira Machado; Psicóloga da Instituição Maternidade Escola Januário Cicco; E-mail: thatig@bol.com.br.

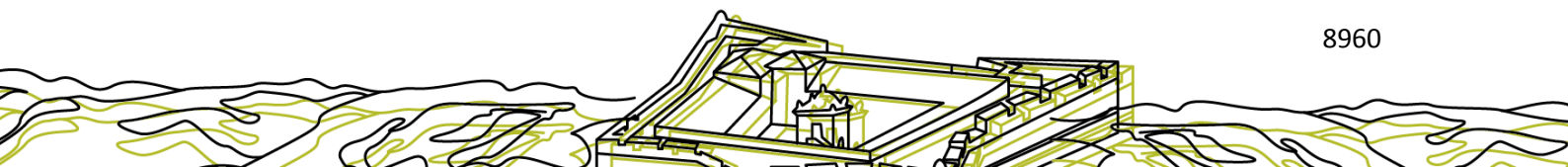
² Janine Conceição de Araújo e Silva; Psicóloga residente da Instituição Maternidade Escola Januário Cicco; E-mail: janinearaujo02@gmail.com.

³ Robson Mechel Berto da Silva; Psicólogo residente da Instituição Maternidade Escola Januário Cicco; E-mail: robsonmichelpsi@hotmail.com.

potencialmente grave, dotado de condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012). Do mesmo modo, esta portaria tem por objetivo definir as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada do referido público no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, determina que podem ser internados na UTI Neonatal recém-nascidos graves ou potencialmente graves, com risco de morte, de qualquer idade gestacional e que necessitem de cuidados especializados, entre esses, recém-nascidos com idade gestacional inferior a 30 semanas e ou peso menor que 1.000 gramas.

A UTI Neonatal, que por vezes configura-se como um ambiente tecnológico, no qual a equipe está voltada para a manipulação da tecnologia e cuidados especializados, é, ainda, um cenário de fortes emoções, conflitos e sentimentos e, para os pais, principalmente, pode parecer um ambiente hostil (BRASIL, 2011). Isto porque, para a maioria destes, é um ambiente estranho, dominado pela alta tecnologia e linguagem técnica dos profissionais (MOLINA et al. 2009). Desse modo, faz-se necessário pensar estratégias de cuidado que proporcionem a inserção dos pais e familiares no contexto da UTI neonatal, de forma a tornalos participantes no processo. Ainda de acordo com a Portaria Nº 930 do Ministério da Saúde, aos pais é garantido o livre acesso à UTI neonatal, bem como a permanência na unidade, se assim desejarem. Para os demais familiares, poderão ser realizadas visitas programadas. Outro apontamento importante é o que diz respeito à garantia de informações, assegurada na mesma portaria e que determina sua realização, no mínimo, uma vez por dia. Tais determinações indicam um caminho a ser seguido no cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, caminho este que aponta para um processo de cuidado aos recém-nascidos no qual pais e familiares possam ser parte integrante e atores participativos.

De acordo com Silva, Silva & Christoffel (2009), no ambiente da UTI neonatal, uma diversidade de necessidades do bebê ganham destaque, a exemplo, a inserção de sua família. Tendo em vista que os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, deve ser valorizado o seu desenvolvimento psicoafetivo, de modo que a presença dos pais e demais membros da família faz-se necessária. Assim sendo, é necessário atentar para tais aspectos, objetivando ofertar uma prática que considere o bebê em sua complexidade: mais que um objeto de intervenções, o bebê deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, que apresenta uma história. Ainda de acordo com os autores supracitados: “quando valorizamos o cuidado meramente técnico, dicotomizamos o corpo biológico do social, deixamos de ver, sentir e adentrar pelo campo da subjetividade” (SILVA, SILVA & CHRISTOFFEL, 2009). Nesse sentido, há muito

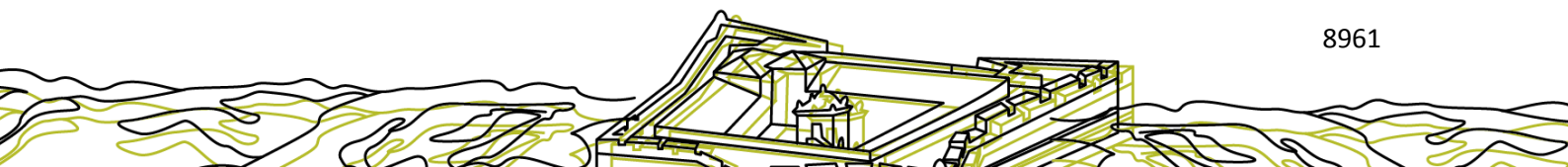


o que se considerar no atendimento na UTI Neonatal: histórias de vida, contexto sócio cultural e experiências compartilhadas pelo bebê e sua família.

No que diz respeito à experiência de pais de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de acordo com Valansi e Morsch (2004), há que se considerar que, por vezes, a separação física bebê/família é imediata à saída do útero materno, o que acarreta em uma experiência de descontinuidade muito precoce para o bebê, mãe, pai e família. Desse modo, ainda de acordo com as autoras, a UTI neonatal representa uma interdição entre o contato mãe e bebê. Presenciando seu bebê sob cuidados médicos altamente especializados, as mães de bebês internados em UTI neonatal podem sentir-se incapazes, sendo que suas referências de maternagem e cuidados com o bebê parecem não fazer sentido, tendo em vista que o nascimento prematuro é um evento que compromete a vivência psíquica de questões próprias do final da gestação (VALANSI; MORSCH, 2004). Assim, os pais em ambiente de UTI neonatal podem experimentar medo, ansiedade, insegurança, sentimento de culpa, bem como enfrentam a possibilidade de morte de seus bebês, temor por vezes despertado pelo óbito de outros recém-nascidos, e correlacionado, por alguns pais, com o ambiente frio da UTI neonatal (MOLINA et al. 2009).

Tendo em vista os aspectos supracitados, a internação de um recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode representar uma situação de crise, suscitando emoções, afetos, medos e fantasias que interferem no bem-estar e no conforto das relações familiares, por vezes provocando instabilidade emocional (BRASIL, 2017). A literatura aponta ainda que o nascimento fora do tempo, isto é, no tempo diferente daquele pensado e desejado pela família, terá repercussões no processo interacional pais-bebê, configurando prováveis riscos para a formação e o estabelecimento do vínculo afetivo (BRASIL, 2017).

Tendo em vista tal cenário, é importante intervir para acolher e cuidar das famílias dos bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, considerando as repercussões do nascimento prematuro. Nesse ínterim, destaca-se a atuação do psicólogo no contexto da UTI neonatal, configurando uma estratégia de humanização desse serviço, uma vez que qualifica o atendimento ofertado às famílias dos recém-nascidos, resgatando princípios éticos; fortalecendo vínculo entre a família, bebê hospitalizado e equipe de saúde; bem como ajudando os pais a vencer a barreira inicial, fundamentada na quebra de expectativas e no ambiente de alta tecnologia no qual o bebê está inserido, a fim de que possam olhar para um bebê humanizado (BALTAZAR; GOMES, 2010). Assim, temos que o psicólogo, a partir de suas intervenções nesse



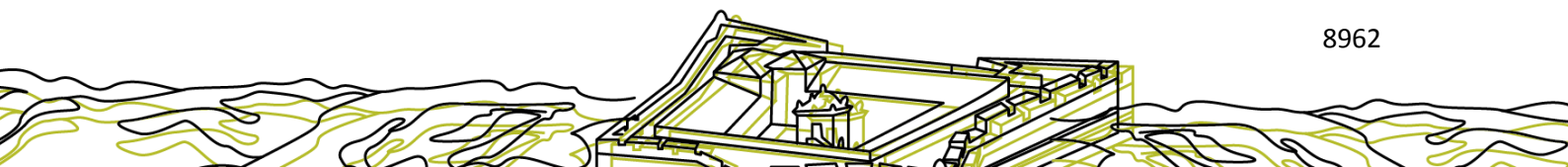
contexto, poderá ser um facilitador da interação pais-bebê, e paisequipe, de modo a diminuir a angústia frente à situação de crise em que a família se encontra. Nesse sentido, é de grande relevância conhecer a prática psicológica no contexto apresentado, a fim de apresentar e compreender a atuação da psicologia, bem como as contribuições que podem ser dadas por tal profissional, no cenário da UTI neonatal, sendo este o propósito desse trabalho.

Metodologia

O presente trabalho é um relato de experiência sobre a atuação da psicologia na UTI neonatal da Maternidade Escola Januário Cicco, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. A Maternidade Escola Januário Cicco é referência em gestação de alto risco para o Rio Grande do Norte. Atualmente, situa-se nesta instituição a maior UTI neonatal do estado, recebendo demandas de todas as regiões do Rio Grande do Norte. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da referida instituição é composta por 23 leitos, sendo dividida entre UTI 1 e UTI 2. Os recém-nascidos internados na UTI neonatal podem ser nascidos na própria instituição ou encaminhados de outras.

O atendimento em psicologia na UTI neonatal é realizado por uma psicóloga de referência do setor, vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Neonatal. O trabalho desenvolvido na UTI neonatal contempla a família e a equipe de saúde. As atividades realizadas abrangem o acolhimento dos familiares dos bebês internados, atividades em grupo e atendimentos individuais regulares. Cabe destacar que as mães são o principal público atendido no cenário apresentado, uma vez que, em sua maioria, as mães encontram-se internas na instituição. As mães de bebês internados na UTI neonatal, e que não se encontram internadas como pacientes, ocupam o espaço denominado “mães acompanhantes”, onde são acomodadas em tempo integral, espaço este que se assemelha a uma casa de apoio. Esta iniciativa visa facilitar a permanência das mães na maternidade e favorecer uma maior disponibilidade para frequentar a UTI neonatal. Tal iniciativa configura-se como uma estratégia potente para promover o aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo mãe/bebê, bem como para estimular o Método Canguru (no caso de recém-nascidos prematuros),

Nesse contexto, o psicólogo pode, ainda, promover atividades de educação em saúde; emitir parecer psicológico quando necessário e solicitado; realizar atendimento multidisciplinar e interdisciplinar, visando à prestação de serviço integral; colaborar com a boa comunicação com a equipe, a fim de solucionar os problemas da paciente com maior qualidade e fazer evolução nos prontuários.



Ademais, na prática da psicologia nesta unidade busca-se estimular a presença e participação dos pais nos cuidados com o bebê na UTIN; acolher as perdas reais e simbólicas em relação à maternidade; bem como fortalecer o sentimento de apoio e cuidado mútuo entre as pacientes, os acompanhantes e os familiares, o que contribui para melhor adesão ao tratamento. É importante destacar que a atuação da psicologia também inclui a realização de interconsultas com outros profissionais e setores da maternidade e, se necessário, com outras instituições da rede de saúde.

Resultados e Discussão

Considerando o cenário descrito nos tópicos anteriores, é necessário que a atuação da psicologia seja voltada para a inserção dos pais e demais familiares no ambiente e rotina da UTI neonatal, sensibilizando-os acerca da importância da interação com o recém-nascido. A assistência psicológica é, portanto, embasada numa prática humanizada de atendimento, que oferece um espaço de escuta no qual os pais podem expor suas dúvidas, medos e expectativas frente à internação de seu filho, ajudando-os a falar sobre essa experiência, facilitando a comunicação com o bebê, e atendendo à diversidade de demandas que por vezes surgem no ambiente da UTI neonatal.

O atendimento individual contempla o acolhimento das famílias, em especial, as mães dos bebês. Este acolhimento poderá acontecer em uma sala de acolhimento, localizada no ambiente da UTIN, bem como à beira do leito do bebê, no espaço das mães acompanhantes ou, ainda, à beira do leito materno, para mães que se encontram internadas na instituição. O acolhimento poderá contemplar a primeira visita dos pais à UTI Neonatal, momento em que muitos pais conhecem a Unidade de Terapia Intensiva pela primeira vez, o que implica em dúvidas e por vezes inseguranças. É interessante pontuar que em tais momentos, o psicólogo atua também no sentido de informar os pais sobre o papel da UTIN e suas rotinas, bem como de reforçar a importância da participação dos pais no processo de internação do bebê. No atendimento individual, é ofertado apoio emocional aos familiares, favorecendo a aproximação e o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê de risco, bem como estimulando a prática do aleitamento materno e do Método Canguru.

O atendimento supracitado é de fundamental importância considerando que a literatura aponta que pais de bebês com internação em UTI neonatal percebem-se em um ambiente por vezes agitado, sujeitos a pressões significativas, ansiedades, temor, sentimento de culpa, cansaço e mudanças importantes na rotina, tudo isso em um contexto em que a principal preocupação é a sobrevivência de seus bebês (KLAUS, KENELL; KLAUS, 2000). Diante da facticidade do adoecimento de seus bebês, logo ao

nascimento, os pais demandam tempo e aprendizado para formação de vínculo e compreensão de que são capazes de cuidar de seus filhos, mesmo diante das fragilidades escancaradas no contexto da UTI Neonatal (MELO, SOUZA; PAULA, 2013).

Destacamos também a realização das visitas de irmãos (crianças e adolescentes) dos bebês internados. Tais visitas acontecem mediante agendamento prévio para atendimento a criança ou adolescente, para que seja possível ao profissional avaliar a viabilidade da visita. Todo o processo é realizado a partir da demanda dos pais, que devem estar de acordo com a visita. Além disso, o psicólogo acompanha a entrada do irmão na UTI Neonatal, prestando, ainda, assistência quanto às repercussões de tal evento em um atendimento imediatamente após a visita. Todas as intervenções são pensadas visando o bem-estar do bebê, da criança ou adolescentes e dos pais, para que tal momento seja agregador na interação entre os envolvidos. Sobre esta intervenção, Morsch e Delamonica (2005), apontam que a visita dos irmãos permite que a família esteja reunida no ambiente de cuidados intensivos neonatais resgatando os papéis e funções de cada um de seus membros.

No tocante às atividades em grupo, são realizados grupos com a participação das mães, pais e acompanhantes. Estas atividades grupais ocorrem semanalmente, visando oferecer informações, esclarecer dúvidas e acolher os sentimentos decorrentes da hospitalização. Busca-se estimular a participação de outras categorias da equipe multiprofissional, como o serviço social, a medicina, a enfermagem e a fonoaudiologia. Tais atividades promovem, ainda, a interação entre as mães, sendo também um espaço de escuta e fala que facilita o compartilhamento de experiências.

Valansi e Morsch (2004) apresentam proposta de trabalho para nortear a atuação do psicólogo em UTI neonatal, considerando aspectos relevantes que atravessam esta experiência de pais e bebês. Tal proposta considera que o psicólogo deve colocar-se como ponto de referência para a família na UTI; ajudar os pais a falarem sobre esse nascimento diferente; contribuir para a comunicação e interação pais/bebê; ajudar as mães a olhar o bebê como um outro e não como parte integrante de si; favorecer a participação da família na atenção e cuidados no período de internação do bebê; ajudar na comunicação pais/equipe; ofertar atendimentos aos pais dos bebês e trabalhar possíveis perdas ocorridas na UTI neonatal.

Assim como aponta a literatura, na atuação da psicologia na Unidade de Terapia Intensiva da referida instituição, observa-se a importância do psicólogo colocar-se como referência para a família no setor. Isto porque, considerando as necessidades de assistência e a rotina da UTI, a rotatividade de profissionais é muito significativa. Assim,

ter profissionais de referência no setor favorece a relação de confiança entre os pais e a equipe, deixando-os mais seguros. Faz-se necessário destacar a importância do fortalecimento da comunicação entre os pais e bebês. Por vezes, a insegurança consequente do nascimento diferente interfere na comunicação entre pais e bebês, e por isso é necessário estimular essa comunicação, ajudando os pais a estabelecerem um diálogo com o bebê, o que pode ser feito através do toque, da conversa, leitura de expressões e outras estratégias. Além disso, é relevante reforçar que a comunicação entre os pais e bebê fortalece o vínculo e recuperação.

Outro aspecto relevante e demanda recorrente, trata da comunicação entre família e equipe. A linguagem técnica, própria de uma unidade de cuidados intensivos, pode ser de difícil compreensão para as famílias. Nesse sentido, o psicólogo atua contribuindo para facilitar esta comunicação, encorajando a família a fazer perguntas que desejam, e sensibilizando a equipe para que forneçam respostas claras e utilizando uma linguagem acessível. Por vezes, as dúvidas das famílias tornam-se angustiantes, suscitando ansiedades e inseguranças, sendo necessário intervir de modo a solucionar tais dúvidas. Do mesmo modo, é interessante reforçar a confiança da família na equipe de saúde, ou, ainda, informar sobre os processos de trabalhos dos profissionais atuantes no setor, visando uma melhor compreensão de determinadas condutas que podem ser adotadas pela equipe.

Outro ponto de convergência com a literatura citada e que é relevante destacar trata das perdas reais e simbólicas no cenário da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Considerando este caráter da UTI, é fundamental trabalhar as perdas vivenciadas pelas famílias de bebês internados. Acolher e proporcionar um espaço de expressão da dor faz parte da abordagem utilizada em tais situações. Além disso, quando se sabe que um bebê está em estado grave de saúde, existe o cuidado de facilitar que a família faça visitas, mesmo fora do horário determinado, ou, ainda, que realize rituais de despedida e/ou religiosos, de acordo com suas crenças, como orações e batizados. Em casos de óbito, é ofertada aos pais uma latinha decorada de acordo com o sexo do recém-nascido, na qual são colocados objetos que possam servir de recordação, como a pulseira hospitalar de identificação, o papel de identificação do leito na UTIN, a impressão plantar ou palmar e/ou uma mecha de cabelo. Também foi confeccionado um folder informativo sobre luto, para ser entregue para a família do bebê falecido. Cabe destacar que toda intervenção é realizada para colaborar com o processo de elaboração do luto da família.

Além disso, pontuamos que a atuação da psicologia na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Escola Januário Cicco é, relativamente, recente, tendo sido

iniciada em 2015. Entretanto, desde então, muito tem sido construído. Observa-se que os profissionais da psicologia atuantes no setor conseguem articular-se com a equipe de saúde da unidade, de modo a promover intervenções conjuntas e com apoio dos demais membros da equipe. É relevante destacar que a instituição possui um programa de residência multiprofissional com área de concentração em UTI neonatal, e que contempla profissionais da psicologia. Assim, a partir da proposta da residência, que abrange a prática e o ensino, a atuação da psicologia está em constante processo de problematização e construção, o que contribui para a formação de residentes e preceptores.

Conclusão/Considerações Finais

De acordo com fatores já mencionados neste trabalho, a internação de um bebê em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configura um período de crise para pais e bebê. Assim sendo, a atuação da psicologia torna-se fundamental para a oferta de um cuidado que envolve o grupo familiar e considera o bebê como um ser que possui história e pertence a uma família. Além disso, observa-se que as famílias, em especial, os pais, demandam intervenções qualificadas, uma vez que experimentam sentimentos conflituosos diante do adoecimento do bebê. Observamos, portanto, que o trabalho da psicologia na UTI Neonatal possibilita a expressão e elaboração dos sentimentos por parte dos familiares, minimizando os sentimentos de angústia, culpa, medo, dúvida, revolta e ansiedade, provocados pela internação prolongada, bem como favorece o estabelecimento e o fortalecimento de um vínculo afetivo saudável entre a família e o bebê em situação de risco.

É importante que o profissional da psicologia seja atuante na promoção do diálogo famílias-equipe. A atuação do psicólogo na UTI neonatal implica em uma proposta ampla, com atendimentos de rotina, abordando o cuidado as famílias e seus bebês. De tal modo, consideramos que o trabalho realizado na UTI neonatal é rico em possibilidades, assim como oferta possibilidade de escuta e acolhimento das mães, pais e famílias que, como um todo, atravessam um momento de crise diante do adoecimento dos bebês em uma etapa precoce de sua existência. Ademais, a prática da psicologia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal contribui para a construção de um olhar amplo acerca das variáveis presentes no processo de hospitalização de um recém-nascido nesta unidade. Isto é, direciona os cuidados para além das rotinas biomédicas tradicionais, voltando-se, pois, para os aspectos psicoafetivos dos bebês e suas famílias.

Referências

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza e CARDOSO, Talita Beja Dias. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. Rev. SBPH [online]. 2010, vol.13, n.1 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000100002&lng=pt&nrm=iso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.

_____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

KLAUS, Marshall H; KENNEL, John H; KLAUS, Phyllis H. Vínculo: construindo bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

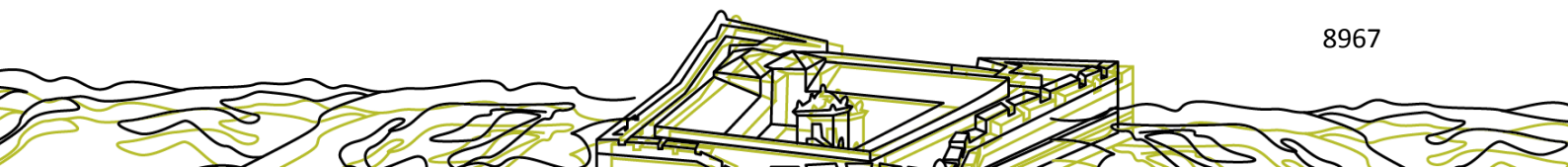
MELO, Rita de Cássia de Jesus; SOUZA Ívis Emília de Oliveira; PAUL, Cristiane Cardoso.

Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2013 set-out; 66(5): 656-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/03.pdf>.

MORSCH, Denise Streit; DELAMONICA, Juliana. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300024&lng=ptt

SILVA, Laura Johanson da; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 684-689, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300026&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300026>.

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. Psicologia, Ciência e Profissão, 2004.



A LIGA DE EXTENSÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES

Área Temática: Saúde

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão¹; Jamilly Coelho Teixeira Braga¹; Ana Célia Oliveira Silva¹; Sibebe Pontes Rocha².

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Universidade Federal do Ceará (UFC).

Resumo

Introdução: Os crescentes indicadores da morbimortalidade entre adolescentes enfatizam a importância de maior atenção das políticas de saúde direcionadas à adolescência, além da exposição dessa faixa etária às IST/HIV/AIDS. **Objetivo:** Descrever as atividades de uma liga de extensão do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), na cidade de Sobral, Ceará, empregando o Círculo de Cultura de Paulo Freire com adolescentes. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, qualitativo, que envolveu o desenvolvimento de oficinas de educação em saúde, realizadas período de março de 2016 a março de 2018, por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, extensionistas da Liga de Promoção à Saúde do adolescente. As ações de extensão foram desenvolvidas em acordo com a demanda do município, o que viabilizou a abordagem de cerca de 2.000 adolescentes do município de Sobral, Ceará. Os espaços articulados para o desenvolvimento das atividades compreenderam equipamentos sociais representados por escolas municipais e estaduais, quadras, praças, Centros de Saúde da Família (CSF), os Centros de Referências e Assistência Psicossocial e diversos espaços de encontros da comunidade. **Resultados:** A partir da realização de atividades, foi possível estabelecer um contato que promoveu o compartilhamento de informações por meio de oficinas lúdicas com adolescentes de 12 a 19 anos sobre temáticas diversas, compreendendo a dinamicidade do público adolescente. As atividades

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Curso de Bacharelado em Enfermagem.

² Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela UFC.

desenvolvidas tiveram como base metodologias ativas, o que possibilitou a inserção dos adolescentes como protagonistas, instigando e provocando estes a lidarem de forma crítica com as temáticas abordadas. **Conclusão:** É importante que haja o desenvolvimento de tecnologias educativas também na prática profissional, de forma a incorporar a assistência integral aos adolescentes em conjunto, objetivando o estabelecimento da qualidade desta assistência.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Adolescência; Extensão; Enfermagem; Tecnologia Educacional.

Introdução

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/902, a adolescência é circunscrita como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Já o Ministério da Saúde toma por base o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que delimita a adolescência como a segunda década de vida, dos 10 aos 19 anos de idade. (SANTOS, *et al.*, 2014).

É nessa fase da adolescência que ocorrem inúmeras modificações biopsicossomáticas e, em muitos casos, os adolescentes não estão preparados para encarar situações novas e uma vida adulta repleta de responsabilidades e compromissos. Essa mudança comportamental, característica desta fase, está gerando aspectos negativos, como o aumento do número de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS nesta faixa etária. Os adolescentes estão no grupo etário de maior exposição ao risco de contrair estas infecções (NAU, *et al.*, 2013).

No Brasil, os temas sobre sexualidade, IST e AIDS são delicados, pois vêm cercados de tabus, preconceitos e repressão familiar. Apesar disso, a facilidade de acesso às fontes de informações e redes sociais contribui para a iniciação sexual precoce dos adolescentes. Embora haja esforços do setor da Educação e do Setor de Saúde em conscientizar esse público sobre a prevenção, a maioria não se considera vulnerável a esse problema. Frequentemente, alguns pais transferem para a escola a responsabilidade de educação e orientação dos seus filhos (FÉ, *et al.*, 2014).

Os crescentes indicadores da morbimortalidade entre adolescentes enfatizam a importância de maior atenção das políticas de saúde direcionadas à adolescência. Nesse âmbito, cria-se a necessidade da atuação voltada à promoção de saúde na adolescência, partindo da premissa de que um sistema de saúde centrado em ideais de promoção de saúde viabiliza a melhoria da atenção, objetivando sua adesão a comportamentos positivos relacionados à saúde (PEDEN, *et al.*, 2016).

Assim, buscar a participação dos jovens no processo de promoção da saúde, incentivando o autocuidado, deve ser um desafio permanente para os profissionais de saúde, que ao promoverem qualquer assistência ao adolescente, devem levar em consideração as mudanças das relações, as diversidades sociais, bem como o modo como os adolescentes enxergam a própria vida. Portanto, mobilizar a população jovem requer a adoção de metodologias participativas e inovadoras, que incite o protagonismo juvenil (BRASIL, 2008).

Com o intuito de contribuir com a demanda de tal realidade, acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), implementaram no ano de 2015, o Projeto de Extensão Liga de Promoção a Saúde do Adolescente (LIPSA). A liga tem como objetivo principal contribuir para a formação de profissionais capacitados para atuar na atenção à saúde do adolescente, com foco na educação como instrumento de sensibilização, mudança de comportamentos de risco e o protagonismo juvenil, tornando o jovem agente de sua própria saúde e multiplicador de estilos de vida saudáveis.

Uma das estratégias de educação em saúde que pode ser utilizada é o Círculo de Cultura, um método de Paulo Freire, que é capaz de estabelecer o diálogo e a discussão, troca de experiências e vivências, ensino e aprendizado mútuo sobre diversos temas, capacitando as pessoas a refletirem sobre sua realidade (BESERRA, 2011).

É nessa perspectiva que se justificam as ações da LIPSA, ou seja, a partir da concepção de que priorizar o direito à promoção de saúde dos adolescentes proporcionará oportunidades para que se cuidem melhor, por meio do acesso a informações que podem favorecer um estilo de vida mais saudável, além de inserir os acadêmicos no território que futuramente irão atuar.

Assim o objetivo do trabalho é descrever as contribuições de uma liga de extensão do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), na cidade de Sobral, Ceará, empregando o Círculo de Cultura de Paulo Freire com adolescentes.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, qualitativo, que envolveu o desenvolvimento de oficinas de educação em saúde, realizadas no período de março de 2016 a março de 2018, por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, extensionistas da Liga de Promoção à Saúde do adolescente.

As ações de extensão foram desenvolvidas em acordo com a demanda do município, o que viabilizou a abordagem de cerca de 2.000 adolescentes das comunidades do município de Sobral, Ceará. Os espaços articulados para o desenvolvimento das atividades compreenderam equipamentos sociais representados por escolas municipais e estaduais, quadras, praças, Centros de Saúde da Família (CSF), Centros de Referências e Assistência Psicossocial, dentre outros espaços de encontros da comunidade.

A LIPSA é apoiada por diversos dispositivos, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde na Escola (PSE), vinculados à Secretaria de Saúde do Município de Sobral; bem como a Rede de Educação de Sobral e o corpo docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Entre as atividades desenvolvidas com os adolescentes, destacam-se os jogos educativos, que foram muito utilizados, visto que, atraíam a participação e o interesse dos jovens para refletir sobre temáticas recorrentes e causadoras de problemas nesta fase da vida, tais como: gravidez na adolescência, IST, o uso de drogas, acidentes de trânsito, a violência e o suicídio. Essas atividades são desenvolvidas com tecnologias leves-duras, fundamentadas nos preceitos do Círculo de Cultura de Paulo Freire.

A Liga de Promoção a Saúde do Adolescente atualmente possui tecnologias educativas de variadas temáticas, a citar: tecnologias sobre álcool e drogas, atividades físicas e prevenção ao sedentarismo, autocuidado, tecnologias sobre saúde mental na adolescência, protagonismo juvenil, tecnologias que trabalham o contexto da sexualidade, cuidados no trânsito, violência e cultura de paz, além de um canal no youtube, o qual também é um artefato utilizado para disseminação de conhecimentos com auxílio de professores da universidade e profissionais de saúde.

As tecnologias leve-duras, ou seja, as tecnologias-saberes são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. A tecnologia em enfermagem compreende o conjunto de conhecimentos, sejam científicos, sejam empíricos sistematizados, os quais requerem a presença humana, que visa à qualidade de vida, representados pelo ato de cuidar, e considera questões éticas e processos reflexivos (CROZETA, *et al.*, 2010).

O Círculo de Cultura de Paulo Freire é coordenado por um animador que não dirige, e sim busca, em cada ocasião, animar um trabalho de orientação à equipe, cuja participação ativa em todos os momentos do diálogo é caracterizada como uma qualidade, produzindo modos próprios novos, solidários e coletivos de pensar, evitando o monólogo de palestras, quando se busca apenas transferir conhecimentos. É um

processo de produção participativa do saber e da cultura, no qual todos aprendem e ensinam (SIMÕES, *et al.*, 2007).

Resultados e Discussão

A partir da realização das atividades da LIPSA, foi possível estabelecer um contato que promoveu o compartilhamento de informações por meio de oficinas lúdicas com adolescentes de 12 a 19 anos sobre temáticas diversas, compreendendo a dinamicidade do público adolescente. As atividades desenvolvidas tiveram como base metodologias ativas, o que possibilitou a inserção dos adolescentes como protagonistas, instigando e provocando estes a lidarem de forma crítica com as temáticas abordadas.

Fomentar as interações e trocas de conhecimento foi fundamental para o processo de compreensão e assimilação. Assim, a LIPSA abordou por meio de rodas de conversa, palestras, workshop, jogos lúdicos e educativos, temáticas que explanaram sobre direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, participação juvenil, drogas lícitas e ilícitas na adolescência, educação alimentar, suicídio, projeto de vida, entre outras.

Os métodos adotados visaram o envolvimento, a participação e a interação dos adolescentes durante as atividades, mediante técnicas didáticas, como jogos de tabuleiros, utilizando uma linguagem jovem e atualizada, sintonizada com as novas tendências de comunicação, para o alcance da atenção dos adolescentes, com vistas à promoção da saúde dos mesmos, e assim, despertar do protagonismo juvenil e a autopercepção da capacidade de cuidar da própria saúde.

A escola foi o principal campo de atuação da LIPSA, o que possibilitou reunir jovens da mesma faixa etária, com espaço adequado e apoio de professores. No entanto, também foram realizadas ações nas ruas, durante eventos municipais, abordando temas de saúde com jovens protagonistas, os quais participavam de grupos da comunidade. Além disso, foram realizadas oficinas com adolescentes de outras cidades na própria universidade por meio de Eventos Culturais e Mostras de Projetos de Extensão. Dessa forma, foi possível disseminar conhecimentos entre diversos atores, ultrapassando os limites da Universidade e até mesmo de Sobral, visto que, muitos professores e alunos referiram interesse em replicar os jogos apresentados nas escolas de seu município.

Dentre os jogos mais utilizados destacam-se: o Tabuleiro Alimentar, o qual tem por objetivo a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercícios; o Jogo da velha sobre diretos sexuais e reprodutivos; Jogo mitos ou verdades sobre IST; o Tabuleiro da Educação sexual e o Jogo das situações-problemas sobre álcool e drogas.



Figura 1. Ação de extensão na Semana Municipal do Adolescente na Rua do Boulevard do Arco, Intradomiciliar Sobral, Ceará, dezembro/2016.

FONTE: Arquivo pessoal



Figura 2. Ação de extensão no VII Ocupacional Encontro de Extensão da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, Icatu outubro/2016.-

FONTE: Arquivo pessoal



Figura 3. Ação de extensão no dia de combate a AIDS em uma : Escola Pública, Sobral, Ceará, dezembro/2016. Instru

FONTE: Arquivo Pessoal

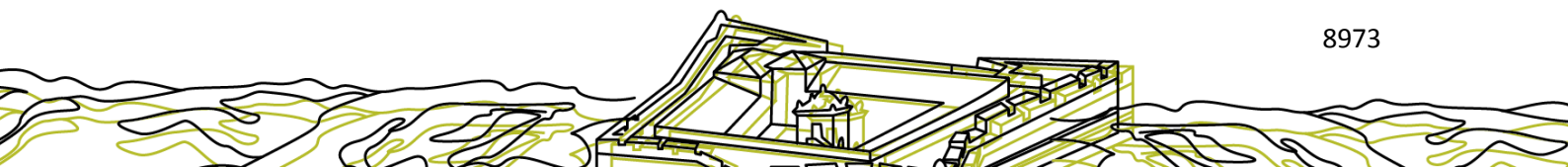


Figura 4. Ação de extensão em uma Escola Pública, Sobral, Ceará, março/2017.

FONTE: Arquivo Pessoal

Os alunos mostraram grande interesse e participação durante as oficinas, o que foi evidenciado na postura adotada pelos participantes, além dos comentários do núcleo gestor das escolas e dos organizadores de eventos nas praças, que assistiram às oficinas e que se expressaram surpresos, frente à intensa participação dos adolescentes nas atividades propostas.

Com o trabalho da liga foi possível disseminar inúmeros conhecimentos ao público adolescente, como a relevância do uso de preservativos, a forma correta de utilização, incitando a prevenção de infecções, além de uma gravidez não planejada, as exposições



em relação ao número de parcerias sexuais, importância do autocuidado, cultura de paz, a relevância de uma alimentação saudável, bem como a prática de atividades físicas, discussões sobre álcool e drogas, saúde mental na adolescência, entre outras temáticas. É importante dar ao jovem a oportunidade dele ser autor da própria história, a partir do desenvolvimento do protagonismo juvenil, engajando-o em projetos que ele mesmo crie, assuma e administre. Para incentivar os adolescentes e jovens a participar de atividades de promoção da saúde, é interessante a organização de gincanas, competições e jogos lúdicos (BRASIL, 2017).

Assim, é necessário pensar na educação em saúde não como uma simples transmissão de informações, mas a construção de um espaço de trocas, onde os participantes tenham liberdade de expressão, compartilhem experiências de vida, em uma relação horizontal (FÉ, *et al.*, 2014).

A educação em saúde é compreendida como atividade principal da promoção da saúde para desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde, além de ser uma prática social crítica e transformadora amplamente utilizada na prevenção às IST/HIV/AIDS (GUBERT, *et al.*, 2009).

Embora a maioria dos adolescentes relatem conhecimentos satisfatórios em relação à prevenção e/ou transmissão do HIV/AIDS, ainda existe um alto nível de vulnerabilidade dos adolescentes com relação a essa doença, uma vez que a atitude sobre o ato de não usar o preservativo é globalmente favorável entre os adolescentes gerando a suscetibilidade as infecções (LOPES; BARBOSA, 2015).

Também é imperativo trabalhar temáticas relacionadas aos hábitos de vida com os adolescentes. O sedentarismo é considerado um dos principais fatores contribuintes para o crescimento da obesidade, uma vez que o aumento do consumo calórico e a diminuição do gasto energético favorecem o ganho de peso (GRANICH, *et al.*, 2010). Entre as crianças e os adolescentes, esse problema vem ganhando destaque, dada sua extensão e crescimento significativo, representando um importante fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, dislipidemia, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares. (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Está acontecendo ainda um declínio da prática de atividades físicas, acompanhado pelo aumento do tempo dedicado a atividades sedentárias de lazer, como assistir à televisão, jogar videogame e utilizar o computador. Estudos demonstram que o tempo assistindo à televisão está diretamente associado ao consumo de alimentos menos saudáveis, aumento da frequência de refeições e descontrole do apetite em adolescentes. Além

disso, sugere-se que assistir à televisão pode contribuir para o excesso de peso por aumentar a demanda do consumo de alimentos anunciados nas propagandas, que, na sua maioria, são ricos em açúcares, gorduras e sódio (GRANICH, *et al.*, 2010).

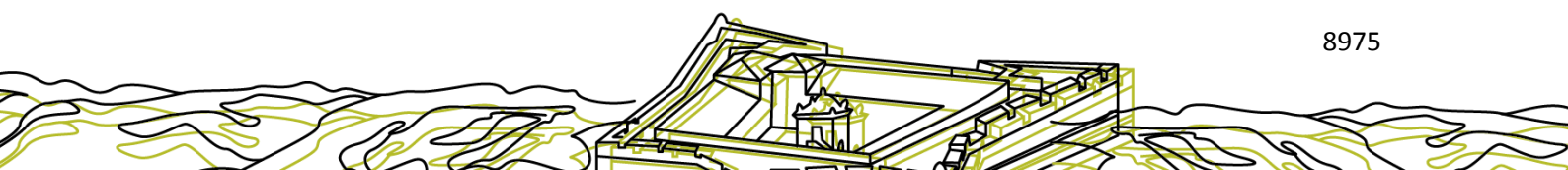
Vale ainda ressaltar que o álcool é um assunto que deve ser constantemente discutido com o público adolescente, uma vez que esta é a substância psicotrópica mais consumida pelos jovens em todo o mundo. As consequências do consumo do álcool por adolescentes são variáveis e incluem além de alterações à saúde, uma série de comportamentos sexuais de risco, violência, acidentes automobilísticos, suicídio, entre outros. O uso precoce do álcool, como vem ocorrendo entre adolescentes, traz como consequência a antecipação dos efeitos deletérios causados à saúde, como alterações neuropsiquiátricas, hepatite alcoólica, gastrite, síndrome de má absorção, hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, cardiopatias e aumento do risco de desenvolvimento de tumores do trato gastrintestinal (SOUZA, *et al.*, 2013).

Outro dado importante reflete os acidentes e as violências com adolescentes, uma vez que as mortes por estas causas representam em média 20% do total de óbitos anuais por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil, sendo a primeira causa de morte em crianças a partir dos cinco anos de idade e nas duas fases da adolescência (ROMERO, 2013).

Nesse contexto, as tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino aprendizagem empregados como meio de transferência de informações e conhecimentos, proporcionando ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiências conducente ao aperfeiçoamento de habilidades (BARROS, *et al.*, 2012). Assim, o aspecto lúdico torna-se importante instrumento na mediação do processo de aprendizagem, pois faz com que os adolescentes reflitam sobre sua realidade, favorecendo o desenvolvimento social, pessoal e cultural, facilitando o processo de construção do pensamento (PRIMO, *et al.*, 2015).

A estratégia da tecnologia educacional traz benefícios às ações educativas, entretanto, para muitos profissionais de saúde, ainda é uma alternativa longe da realidade dos serviços de saúde. É necessário organizar o trabalho pedagógico, que reflita a intencionalidade da ação educativa e formalizar esta intenção num plano que ultrapasse o caráter fragmentado das práticas educativas e alcançar as metas da estratégia educacional (BERARDINELLI, *et al.*, 2014).

No intuito de assistir os adolescentes de forma a promover saúde, devem ser desenvolvidas tecnologias criativas e atrativas, que além de proporcionar o alcance das metas dos pacientes e favoreçam uma otimização no repasse de conhecimentos. Os



enfermeiros que implementam tecnologias educacionais nas ações de educação em saúde devem se comprometer com a transformação social da pessoa envolvida no processo educativo. Enfatiza-se a relevância das tecnologias educacionais, visto que essas metodologias dinamizam as atividades de educação em saúde, ação peculiar da Enfermagem (ÁFIO, *et al.*, 2014).

O campo da saúde tem um papel importante na promoção de um desenvolvimento saudável da adolescência e, devido à complexidade que é o processo de desenvolvimento, deve-se construir uma proposta de intervenção com o público adolescente estabelecendo conexões com diversos campos de conhecimento (ARAÚJO, *et al.*, 2017).

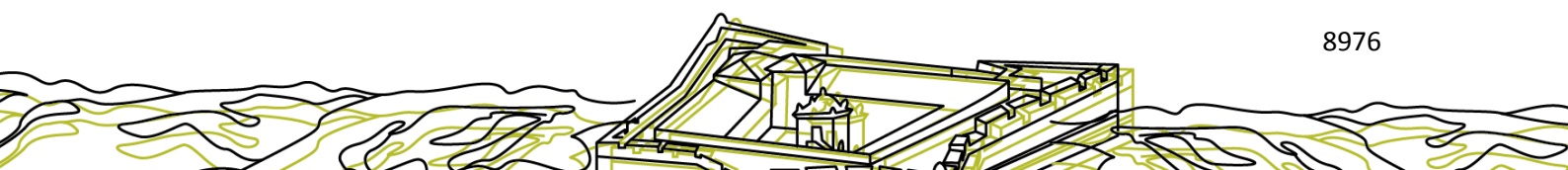
Vale salientar que em nível acadêmico, a liga proporcionou novas perspectivas de cuidado e promoção da saúde aos acadêmicos de enfermagem, assim como serviu de subsídio para novas pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias educacionais direcionadas aos adolescentes, buscando um cuidado de saúde e de enfermagem mais ampliados, atuando na transformação da realidade vivenciada pelos adolescentes no tocante aos cuidados com a saúde, incentivando e desenvolvendo tecnologias apropriadas a este público.

Considerações Finais

Diante das experiências obtidas nas ações da LIPSA, foi possível perceber o engajamento dos adolescentes e o interesse dos mesmos. Os encontros foram de fato espaços de promoção da saúde em sua forma ampliada, por meio do estabelecimento de vínculos, solução de dúvidas, e favorecimento de momentos de diversão, cultura, lazer e troca de conhecimentos.

A liga também teve impactos positivos nos acadêmicos de enfermagem, contribuindo para uma formação de qualidade, mais sensível aos anseios do público adolescente, o que também pode transformar a realidade atual dos serviços de saúde, preenchendo lacunas relacionais a atenção à saúde desse público.

Um fator muito importante em todas as ações promovidas pela LIPSA foi à avaliação dos adolescentes, a qual sempre era realizada ao final das atividades, como forma de mensurar a efetividade das tecnologias utilizadas na transmissão de conhecimentos. Os jovens tinham a oportunidade de se expressar livremente e suas opiniões repercutiam nos encontros seguintes e no roteiro de atividades propostas. O feedback era bastante positivo, principalmente em relação a metodologia utilizada, o que pode ser percebido



por meio das solicitações de retorno da LIPSA, pelos gestores dos espaços trabalhados e pelos próprios adolescentes.

É importante que haja mudanças na prática profissional, de forma a incorporar a assistência integral aos adolescentes em conjunto, objetivando o estabelecimento da qualidade desta assistência.

Referências

ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D. S.; CARVALHO, L. V.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. 2014. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. Rev Rene. Fortaleza-CE, v. 15, n. 1, p. 158-65.

ARAÚJO, N.K.G.L.M.; GOMES, E.B.; NUNO, J.O.; FÉLIX, D.C. Proposta de jogo como tecnologia educacional para a promoção da saúde cardiovascular do adolescente. III Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde. STAES 2017. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/3830/2380>.

BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. 2012. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101.

BERARDINELLI, L. M. M.; GUEDES, N. A. C.; RAMOS, J. P.; SILVA, M. G. N. 2014. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-9.

BESERRA, E.P. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16 (Supl. 1), p. 1563-1570, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ed. MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica – Brasília, 2017.

CROZETA, K., STOCCO, J.G.D., LABRONICI, L.M., MÉIER, MJ. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2):239-43.

FÉ, M.C.M.; RODRIGUES, D.P.; BARBOSA, E.M.G.; VASCONCELOS, M.M.; SOUSA, V.M.A.; QUEIROZ, M.V.O. Implementação de oficinas educativas sobre sexualidade e saúde reprodutiva junto a adolescentes de escolas públicas. Rev enferm UFPE on line., Recife, jul., 2014, 8(7):1832-40.

GRANICH, J.; ROSENBERG, M.; KNUJMAN, M.; TIMPERIO, A. Understanding children's sedentary behaviour: a qualitative study of the family home environment. Health Educ Res. 2010; 25(2):199-210.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. Rev Bras Educ Fis Esporte. 2011;25(Spe):37-43.

GUBERT, F.A.; SANTOS, A.C.L.; ARAGÃO, K.A.; PEREIRA, D.C.R.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(1):165-72.

LOPES, A.O.S.; BARBOSA, J.A. Vulnerabilidades de adolescentes de uma instituição pública de ensino ao vírus da imunodeficiência humana. Adolesc Saúde. 2015; 12(1):42-49.

NAU, A.L.; SANTA, S.B.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; MOURA, M.G.; CASTILLO, L.

Educação sexual de adolescentes na perspectiva freireana através dos círculos de cultura. Rev Rene. 2013. 14(5):886-93.

PEDEN, M; SCURFIELD, R; SLEET, D; MOHAN, D; HYDER, A.A; JARAWAN, E. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2016.

PRIMO, A.F.C.; QUIRINO, A.P.; MURANO, D.; RICOBELLO, D.L.P.; GRASIELE, I.;

FUKUI, J.D.S; et al. A contribuição de oficinas lúdicas para a socialização de crianças de 07 a 10 anos na escola de E.E Lizete Paulino Teixeira. Acesso em 28 de mar de 2018. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-contribuicao-de-oficinas-ludicas-para-asocializacao-de-criancas-de-07-a-10-anos-na-escola-e-e-lizete-paulino-teixeira/136910>.

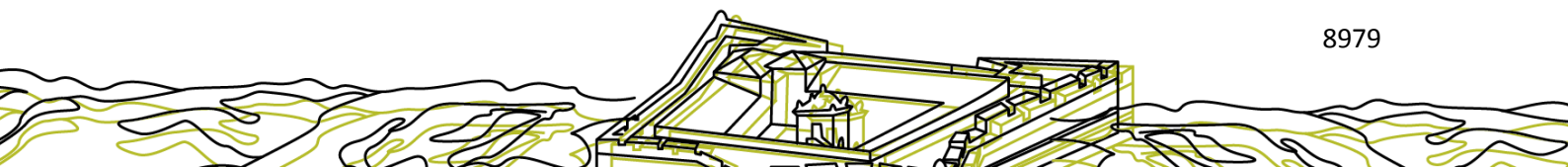
ROMERO, H.S.P. Mortes por acidentes e violências em crianças e adolescentes de Minas Gerais: um enfoque sobre a natureza da lesão. [Dissertação]. Belo Horizonte – MG, 2013.



SANTOS, C.C.; ALVES, C.N.; WILHELM, L.A.; CREMONESE, L.; RESSEL, L.B. Vivenciando oficinas lúdico-pedagógicas: uma nova experiência de pensar e fazer a enfermagem com adolescentes. *Adolesc Saúde*. 2014; 11(1):63-67.

SIMÕES, A.L.A; BITTAR, D.B; MATTOS, E.F; SAKAI, L.A. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. *Reme: Rev. Min. Enferm.* 2007;11(1):81-5.

SOUZA, A.Z.P.; NUNES, C.G.; LOPES, J.M.V. Oficinas sobre prevenção ao uso abusivo de álcool entre crianças e adolescentes de escolas do entorno da UFSC. 31º SEURS - Seminário de Extensão Universitária da Região Sul. Florianópolis – SC, 04 a 07 de agosto de 2013.



A EFICÁCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO GRUPO DE DANÇA

Área temática: Saúde

Arlean Salvador da Silva; Felyckson Sosttenes Carvalho de Oliveira

Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau)

Resumo

A dança é uma atividade física que melhora a qualidade de vida, diminuindo os riscos dos distúrbios metabólico e na profilaxia de doenças crônicas, essa atividade já é um método antigo mais poucos se preocupam com essa prática, hoje a obesidade vem crescendo a cada dia, devido ao aumento do sedentarismo que vem criando uma barreira para atividade física. Objetivo desse estudo foi Identificar a eficácia da atividade física no grupo de dança. A metodologia usada foi o relato de experiência na Estratégia saúde da família (ESF), vivenciado por acadêmicos no período de 03 /07/2017 a 22/09/2017, que no final do dia a cada promoção a saúde era criada um relatório. Foram encontrados que, a dança enquanto atividade física trouxe vários resultados positivos, melhorando a qualidade de vida dos integrantes. Concluímos que a dança com atividade física é uma maneira de prevenção de doenças crônicas é um fator que contribui para promoção à saúde.

Palavras chaves: Atividade física, obesidade e qualidade de vida.

1. Introdução

Em nosso Brasil historicamente falando da formulação e a implementação da política da promoção, proteção e recuperação da saúde, que foi criada em 30 de março de 2004 Portaria nº 687, sendo assim hoje ainda existe na atualidade uma enorme dificuldade envolvendo a população na prática da atividade física e também a falta da capacitação de alguns profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF), por não atender a expectativa como manda a lei, a Unidade básica de saúde (UBS) é a grande responsável por executar essa política. Desta forma a atividade física (AF) é reconhecida como fator de proteção para a saúde, sendo seus benefícios associados à redução de doenças

crônicas e à diminuição do risco de morte prematura por doenças, essa atividade é identificada como qualquer movimento que envolva o corpo, produzido um movimento mecânico capaz de mover o musculoesquelético que resultara em gasto energético, essas atividades é aquela como: caminhada dança, esportes e outras praticam que estejam na política (POLISSENI; RIBEIRO, 2014).

O estilo de vida é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, em que devem ser valorizados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, como controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais (Nahas 2001 apud VILARTA e GONÇALVES, 2004, p.46)

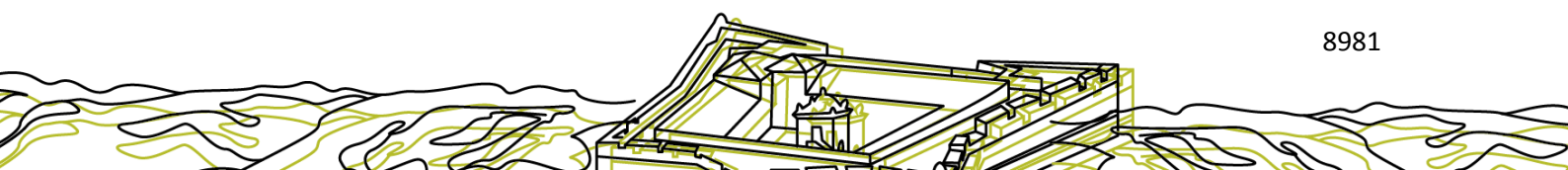
Segundo Bonaltto e Dias 2011, recomenda-se a promoção da atividade física no mínimo 150 minutos por semana, temos que atentar a alimentação, pois se tratar de outro agravo quando não está seguindo corretamente. A carência dessa atividade física pode causar a obesidade, esse distúrbio metabólico é o vilão para doenças crônicas, esse distúrbio é caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo ou popularmente falando “gordura” prejudicando o indevido. Dados mais recentes apontam segundo o IBGE de 2015 56,9% dos brasileiros têm excesso de peso.

Apesar do conhecimento sobre a importância da atividade física estar bem difundido na população, pouco se sabe sobre as fontes de informação da população sobre atividade física. O risco elevado de doenças associadas ao

Sobrepeso ou obesidade, tais como diabetes, doenças cardiovasculares (DCV) fatores que contribui para câncer, doenças respiratórias, AVE, Hipertensão, trombose, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e outras patologias (MELO, 2011).

Quando se trata de qualidade de vida em frente à obesidade é bastante doloroso, prejudicando o bem-estar físico e psicológico. A dança na qualidade de vida melhora a disposição para as atividades do dia-a-dia podendo proporcionar ao indivíduo que a prática da atividade física, força muscular, estética corporal e autoestima, sendo assim a dança é um ponto positivo na vida de cada um, esse movimento se conhece como uma arte antiga aparecendo desde os primórdios das civilizações como uma pratica natural desenvolvendo promoção para o ser humano. As pessoas automaticamente têm a dança como alegria fator já comprovado por estudos recente na atualidade. (MARBÁ; SILVA; GUIMARÕES, 2016).

A dança é uma atividade física alegre que traz sensações de bem- estar e dá estímulos para a pessoa que a pratica e resulta uma melhor condição do bem estar



desses praticadores. Essa prática de atividade leva o indivíduo a ter mais motivação, autoestima e autodeterminação. Desse modo pode-se nos sentir mais tranquilos e mais felizes conosco e com outras pessoas ao nosso redor, fazendo com que liberte seu corpo e conduza à uma melhor disposição no decorrer dos seus dias (SEBASTIÃO, et al 2008). A autora ainda afirma que como qualquer outra atividade física, a dança pode beneficiar o indivíduo e retardar alguns problemas que podem ser diminuídos com o passar dos anos.

No entanto, à saúde é uma ferramenta fundamental para o bem-estar da população, a dança é um relevante fator e importância para a promoção a saúde, e conseqüentemente, para propor uma melhor qualidade vida para as pessoas. Atualmente é difícil um ser humano viver sem praticar atividade física. Isso vem acontecendo porque as pessoas estão se conscientizando dos resultados positivos em relação à qualidade de vida. Essa mudança de hábito torna-nos mais saudáveis e a dança, como qualquer outra atividade física, proporciona benefícios positivos à saúde. Este estudo teve o intuito de Identificar a eficácia da atividade física no grupo de dança.

2. Metodologia

Trata-se, por conseguinte, de relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem, de instituição de ensino superior privada. Esse relato **descreve precisamente uma dada experiência que contribuiu de forma relevante para sua área presenciada.** O cenário do estudo foi à Unidade Basica de Saúde (UBS) jiqui II, localizada no município de Canguaretama do estado do Rio Grande do Norte pertencente à Microrregião do Litoral Sul, na Mesorregião do Leste Potiguar. Situa-se na faixa litorânea meridional do estado, ao sul da capital, Natal, distando de 67 km/h.

A vivência ocorreu no periodo de 03 /07/2017 a 22/09/2017, esse periodo foi o mesmo do estagio extracurricular. Onde ocorreram praticas educativas de promoção a saude, essa experiencia é vivenciar o grupo de dança que atua na unidade basica de saúde do jiqui II na atividade fisica. O projeto do grupo de dança, foi criada pela a agente comunitaria de saúde Ozineide, que teve a iniciativa de juntar algumas mulheres para dançar, tudo começou com uma brinacadeira que deu certo. O grupo iniciou com cerca de 10 mulheres, e atualmente está com 30 mulheres entre 18 e 70 anos. Visto que há

resultados positivos, no vivenciamento e na participação da educação, o grupo é composto por pessoas com sobrepeso, hipertensão, dores físicas, sedentarismo e pessoas depressivas.

A participação do relato de experiência foi através do enfermeiro: Daniel Soares da UBS, que convidou 02 acadêmicos para participar do estágio extracurricular, criando a oportunidade de presenciar e participar do grupo de dança na prática da atividade física.

As discussões a seguir foram resultadas dos relatos vivenciados por nós acadêmicos. Esses relatos foram feitos no decorrer do estágio vivenciando o grupo de dança. Esta é mais uma forma de compartilhar as experiências, além de comprovar a participação e obter a declaração no final do programa.

3. Resultados e Discursões

Na vivência de toda jornada do estágio extracurricular vimos à realidade das práticas vivenciada nessa unidade, este primeiro contato foi de grande importância para entender cada ponto do grupo de dança e observar os pontos positivos que a dança pode resultar quanto aos benefícios frente à uma melhor qualidade de vida.

3.1 Redução e prevenção do sobrepeso

Através dos movimentos corporais que a dança favorece aos praticantes bons resultados para uma melhor qualidade de vida. Desse modo o número de pessoas que busca essa prática está aumentando, pois a mesma vem destacando-se cada vez mais. A dança ajuda na prevenção e redução do peso, o movimento dos membros vem desencadeando benéficos quanto a saúde das pessoas, a mesma favorece aos praticantes com bons resultados, dando-lhes melhor qualidade de vida.

Visto que, a dança vem reduzindo o índice de pessoas com sobrepeso no grupo de dança de uma (UBS), e prevenindo o aumento da massa corporal. Mulheres que antes de entrar na dança, pesavam 90 quilos, e em menos de 4 meses conseguiram reduzir cerca de 8 % do seu peso, a satisfação é imensa, pois a atividade física vem conseguindo beneficiar mulheres que lutam contra a balança. Com esses resultados positivos, o número de pessoas aumentou quanto a prática da atividade, e conseqüentemente diminuiu o número de pessoas com sobrepeso na

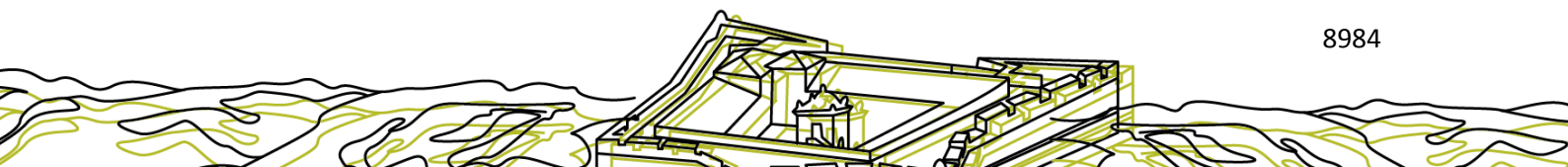
região. Portanto, isso mostra a importância da dança como um fator positivo para prevenir e reduzir a massa corporal. Foi observado também, que a força de vontade dos participantes também tem um fator de contribuição diante dessa contextualização, a qual busca uma melhor qualidade de vida quanto a massa corporal.

Maiores índices de AF contribuem para o aumento do dispêndio energético total, bem como para a melhoria da composição corporal (otimização da relação massa-magra/ massa-gorda) e da distribuição do tecido adiposo. Por outro lado, baixos níveis de AF têm sido associados ao excesso ponderal, e com isso, mostrar a importância da prática a qual permitiu um equilíbrio da massa corporal, cuja finalidade de manter um nivelamento do peso, e conseqüentemente manter uma vida saudável quanto a massa corporal (CAMOLAS; et al 2014).

3.2 Prevenção da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

A prática da atividade física vivida no grupo de dança, pode obter a participação como forma de garantir ao indivíduo e à comunidade, a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde e qualidade de vida, onde os mesmos buscam prevenir e reduzir a (HAS) e (DM). De acordo com SANTOS; LIMA (2014), a mudança no estilo de vida constitui uma tarefa difícil, pois é quase sempre acompanhada de um movimento de resistência e exige um investimento de energia física, mental e emocional, em proporções que, muitas vezes parecem exceder as possibilidades, tudo isso em prol de uma vida mais saudável, através da prática de atividade física quanto a prevenção da (HAS) e (DM), e conseqüente a redução dessas doenças metabólicas. .

No entanto, a educação em saúde é uma das soluções alternativas para conduzir as pessoas a essas mudanças para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco dessas doenças através de hábitos e atitudes salubres. Visto que a inserção da dança vem desenvolvendo mediante benefícios no combate da (HAS) e (DM) de um grupo de dança de uma (UBS), mulheres que tinham um histórico da pressão arterial (PA) 180X90 mmHg, estão conseguindo através da atividade física reduzir em média a PA para 120X80, além de prevenir a elevação dos demais participantes. Vemos resultados positivos quanto a essa atividade, a cada dia os integrantes estão obtendo sucesso frente a sua saúde. Atualmente tem duas



integrantes DM, a prática tem suma importância no controle da diabetes, ela melhora a capacidade da insulina de transportar a glicose para as células, e praticando atividade física seu corpo necessita de glicose para gerar energia, assim a taxa de glicose no sangue tende-se a diminuir.

3.3 Redução e prevenção do nível de estresse.

A Dança pode ser um bom caminho para melhorar o humor, se divertir, mas especialmente ajudar a amenizar o impacto de algumas doenças da vida moderna. A depressão é uma delas, na dança há troca de energia, onde você estar em contato com outras pessoas, quando você movimentar o corpo, naturalmente você muda o estado interno. Muitas participantes do grupo de dança, estavam com o nível de estresse muito alto, e 2 delas estava com início de depressão, com a prática da dança, as mesmas passaram a ter uma vida mais tranquila, onde conseguiram libertar a mente e viver mais sorridentes. Visto que elas aos poucos foram conseguindo deixar a angústia e o estresse de lado, e foram desfrutando dos benefícios que a dança trouxe, a qual venho implantar um conjunto de reações positivas quanto há uma melhor qualidade de vida dos praticantes.

A atividade física é um instrumento valioso no combate aos estímulos estressores, minimizando a tensão, permitindo uma maior afluência de sangue nos músculos e diminuindo a concentração dos hormônios que produzem o estresse, ao mesmo tempo que libera endorfinas, responsáveis por provocarem sensações agradáveis de bem estar.

Isso influencia na condução de seus saberes, onde a partir do momento em que a sua mente esta calma, possibilita um pensar melhor. No entanto, o estímulo da prática vem aumentando a cada dia, e reduzindo o nível de estresse decorrente dos fatores contribuintes do dia a dia. Visto que a condução da dança vem desenvolvendo um grande nivelamento do estresse e relaxamento na vida cotidiana das pessoas (DOMINGUES, 2008).

Elevação e motivação da autoestima.

MOURÃO E SILVA (2011) ainda assegura que a dança é um tipo de atividade física que permite ao indivíduo melhorar sua função física, sua saúde e seu bem-estar. A prática de exercícios físicos não só favorece na parte estética do indivíduo, mas proporciona também aos praticantes o benefício do sentir-se bem. E, é através da dança, que é uma atividade física bem divertida de ser praticada, que muitos podem viver e alcançar uma determinada idade com boa saúde e muita disposição. Além disso, com a dança, pode-se nos proporcionar momentos de prazer e felicidade, socializando-nos e elevando a autoestima. Pode-se dizer que a dança é o meio que pode proporcionar melhorias na qualidade de vida, pois qualidade de vida é viver bem, é viver feliz consigo e com o próximo, é desfrutar de tudo que nos faça feliz.

A vivência de um grupo de mulheres nesta prática, vem elevando a grandeza de cada uma, foi observado que muitas não se valorizavam, e através da dança estão a cada dia percebendo o seu valor, possibilitando um prazer pela vida e elevando sua autoconfiança. A dança quanto atividade física, vem propondo para essas mulheres uma melhor qualidade de vida, onde as mesmas estão se sentindo mais felizes. A prática é capaz de melhorar o humor, uma vez que promove a liberação de substâncias relacionadas ao prazer e ao bem-estar, como a endorfina e a serotonina. Como a dança envolve música, esse prazer se duplica. Dançar também é uma forma de expressar as emoções, se libertar de tensões e aliviar a mente, desenvolvendo assim, bons resultados diante da saúde dos integrantes do grupo de dança.

4 Considerações finais

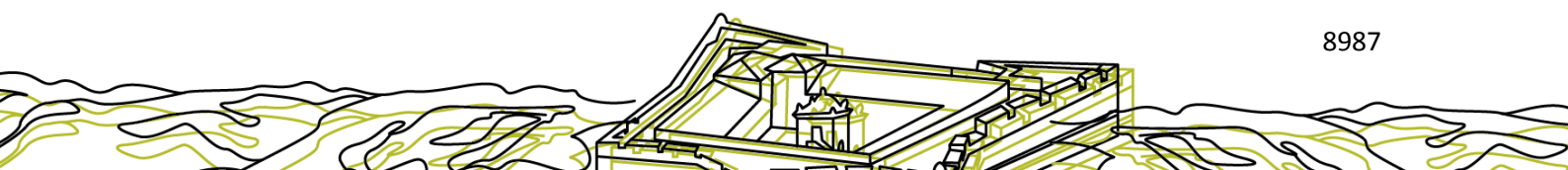
De acordo com o relato de experiência e os objetivos propostos podemos concluir que a dança é uma atividade física que proporciona benefícios em prol da saúde, mas o que mais teve relevância foi a perda de peso e melhoria da autoestima. A dança se caracteriza como uma fonte que oferece bem-estar e um bom condicionamento físico, integração social, e é uma atividade física que além do prazer de se praticar, favorece vários outros benefícios para uma boa qualidade de vida. A partir dessa vivência, demonstra-se a necessidade de difundir e qualificar ainda mais as informações direcionadas à população sobre a importância da prática regular de atividade física para a saúde tomando medidas no sentido de assegurar, onde se vê a necessidade de ações educativas quanto uma melhor qualidade de vida, físico, mental, social dentre outros.

Por fim, não podemos deixar de assumir que a tarefa de promoção da saúde é bem mais complexa do que o simples repasse de informações à população, tendo

importância no conhecimento para população frente ao desenvolvimento do seu bem estar. A problematização e a criação de espaços de diálogos neste fazer diário, visando o enfrentamento das dificuldades de forma coletiva, são essenciais, seja esta uma enfermidade, incapacidade e/ou limitação socioambiental. O desenvolvimento da capacidade de negociação, o fortalecimento da identidade, da solidariedade, empoderamento e entendimento de sua própria vida e saúde auxiliam resoluções criativas e incorporação de saberes saudáveis individuais e coletivos, visando na educação em saúde, onde todos possam ser estimulados a aprender e conhecer os principais benefícios da atividade física quanto a melhoria a saúde.

Referências

- 1 POLISSENI, M.L.C; LUIZ CLÁUDIO RIBEIRO, L.C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Rev Bras Med Esporte**, Vol. 20, N.5, Set/Out, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme20-05-00340.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2017.
- 2 DIAS, S.X; SIMONE BONATTO, S. Composição corporal e perfil dietético de adolescentes atletas de voleibol da universidade de caxias do sul – rs, **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo. v. 5. n. 29. p. 417-424. Set/Out, 2011. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2014/810-1400784693.pdf>. Acesso em 08 de novembro de 2017.
- 3 MELO, M.E. Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO**, 2011. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2017.
- 4 MARBÁ, R. F; SILVA, G.S GUIMAARÃES, T.B. Dança na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.1, Fev 2016. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/77/Artigo_3.pdf. Acesso em 15 de novembro de 2017.
- 5 SEBASTIÃO, et al. Efeitos da prática regular de dança na capacidade funcional de mulheres acima de 50 anos. **R. da Educação Física**, UEM Maringá, v. 19, n. 2, p. 205-



214, 2008. Disponível em:

<https://www.google.com.br/search?q=+Efeitos+da+pr%C3%A1tica+regular+de+dan%C3%A7a+na+capacidade+funcional+de+mulheres+acima+de+50+anos+oq=+Efeitos+da+pr%C3%A1tica+regular+de+dan%C3%A7a+na+capacidade+funcional+de+mulheres+acima+de+50+anos&aqs=chrome..69i57j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.

Acesso em 17 de novembro de 2017.

6 CAMOLAS, J, et al. Promovendo Mudanças Comportamentais Sustentáveis no Controlo do Peso Corporal. **Acta Med Port**, v.1, p: 99-107, Jan-Fev, 2011. Disponível em:https://www.researchgate.net/profile/Osvaldo_Santos2/publication/295093227_Pro

[movendo_Mudancas_Comportamentais_Sustentaveis_no_Controlo_do_Peso_Corporal/_links/5950b2b8a6fdccebfa6c551c/Promovendo-Mudancas-Comportamentais-Sustentaveis-no-Controlo-do-Peso-Corporal.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Osvaldo_Santos2/publication/295093227_Pro/movendo_Mudancas_Comportamentais_Sustentaveis_no_Controlo_do_Peso_Corporal/_links/5950b2b8a6fdccebfa6c551c/Promovendo-Mudancas-Comportamentais-Sustentaveis-no-Controlo-do-Peso-Corporal.pdf). Acesso em 08 de novembro de

2017. 7 ARAÚJO, Z.M.S; SANTOS; PÁDUA LIMA, H.P. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 60-68, jan./mar.2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027961008/>.

Acesso em 10 de novembro de 2017.

8 ALVES, A. S; BAPTISTA, M.R. A atividade física no controle do stress. **Corpus et Scientia**, vol. 2 , n. 2 , p. 05-15, set, 2006. Disponível em:

<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/viewFile/185/153>.

Acesso em 10 de novembro de 2017.

9 MOURÃO, C.A; SILVA, N.M. Influência de um programa de atividades físicas recreativas na autoestima de idosos. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 324-334, set./dez. 2010. Disponível em: <

<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/494/pdf>>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

LUTA, EMPATIA E DIÁLOGO: A CONSTRUÇÃO DE SABERES ENTRE EXTENSIONISTAS E INDÍGENAS POTIGUARA NO PROJETO DE EXTENSÃO IANDÉ GUATÁ

Área Temática: Saúde.

Alice Ribeiro Viana de Carvalho; Karolina Saad Rached; Willian Fernandes Luna.

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

Resumo: A Extensão Universitária baseada na Educação Popular em Saúde permite entender a saúde de forma ampla, com atenção sobre a sociedade, relações interculturais e troca de saberes entre academia e população. Baseados nessa concepção, docentes e estudantes de medicina de uma faculdade da Paraíba construíram o Projeto de Extensão Iandé Guatá (do tupi, Nossa Caminhada), junto à comunidade Potiguara nos anos de 2013 a 2015. Dentre os objetivos buscou-se possibilitar a vivência entre alunos de medicina e indígenas para construir um olhar dialógico e compreensivo do trabalho em comunidade; vivenciar o cotidiano de uma aldeia indígena e reconhecer suas especificidades, crenças, fragilidades, fortalezas e compreensões de saúde e doença. No Iandé Guatá realizou-se: reuniões semanais para aprofundar a teoria, planejar atividades e compartilhar experiências; visitas mensais à Comunidade Potiguara, com visitas domiciliares, criando-se vínculo; e participação em assembleias e festas indígenas. Produziu-se trabalhos científicos e divulgou-se a cultura Potiguara. Toda a gestão do Projeto foi realizada de forma compartilhada, o que permitiu superar a postura inicial de passividade dos discentes, levando ao protagonismo. Houve uma transformação, com conscientização de direitos e deveres, quebra de estereótipos assistencialistas e fortalecimento dos extensionistas enquanto sujeitos. Mudou-se o paradigma sobre o “ser índio”, percebendo-se estar relacionado à cultura e identidade, não apenas à visão histórica. Desenvolveu-se habilidades importantes para os futuros médicos, formando um profissional mais humano, que valoriza a construção de saberes com a comunidade e compreende que a empatia é essencial na relação médico-pessoa. Para as famílias, o processo permitiu identificar problemas e elaborar estratégias de superação. O envolvimento com a luta, a superação de preconceitos, o aprendizado sobre o diferente, levou a todos serem mais críticos, reflexivos, humanos e cidadãos.

Palavras-chave: Extensão Comunitária; Saúde Indígena; Educação Popular em Saúde;

Introdução:

A medicina e a atuação profissional dos médicos vêm sofrendo transformações ao longo do tempo, refletindo as alterações da sociedade no Brasil e no mundo. Passou pela concepção biologicista, no século XIX, em que houve uma compartimentalização do indivíduo e intensa especialização do profissional e culminou na publicação do Relatório Flexner, no século XX (MAMEDE 2001). Naquele momento, o ensino na área da saúde desqualificou as ferramentas vistas como não científicas, invertendo prioridades: preferindo a doença ao doente, fragmentando o todo, reduzindo o indivíduo a um somatório de órgãos e sistemas, ignorando tanto sua especificidade biológica, como suas dimensões psicológicas, culturais e sociais (CECCIM, 2004). A segunda metade do século XX traz, paulatinamente, a insuficiência do modelo biomédico, suscitando movimentos de transformação no campo da saúde e da educação médica. O entendimento linear da causalidade das doenças deixa de estar isolado e começam a ser solicitadas compreensões mais abrangentes sobre a saúde em sua complexidade, o que traz a necessidade de atenção aos estudos sobre a sociedade, a cultura e as relações interculturais nas relações entre o profissional de saúde e a população à qual presta cuidados.

No Brasil, esse movimento foi semelhante, sendo que com objetivo de possibilitar um olhar mais compreensivo sobre a realidade social das pessoas e das comunidades, umas das estratégias é a realização de espaços de Extensão Universitária onde ocorre um processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável (BRASIL, 2000). É uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico através da troca de saberes sistematizados entre acadêmico e popular e terá como consequências a produção do conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional, a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade (MELO NETO, 2001). Para a formação do profissional cidadão é imprescindível sua efetiva interação com a sociedade, seja para se situar historicamente, para se identificar culturalmente e/ou para referenciar sua formação técnica com os problemas que um dia terá que enfrentar (BRASIL, 2000).

Um das possibilidades para desenvolvimento da Extensão Universitária é a utilização de princípios da Educação Popular em Saúde, em um processo dialógico da educação em saúde, por exemplo, sendo necessário que o profissional tenha a humildade de reconhecer que seu saber não é único nem absoluto e que ele tem muito a aprender com as pessoas, mesmo aquelas que não tiveram acesso à educação formal (FREIRE, 1977). Há profundas diferenças entre a Educação Popular e Saúde (EPS) e a proposta tradicional de educação em saúde. Na perspectiva popular, essa prática não é entendida como simplesmente fazer as pessoas mudarem seus hábitos e comportamentos considerados prejudiciais, mas ajudar na busca da compreensão das raízes dos problemas de saúde da população e em procurar soluções para estes problemas. Nessa óptica se reconhece que o saber popular é bastante elaborado, com suas estratégias de sobrevivência e grande capacidade de explicar parte da realidade, de modo que só é concebível uma educação baseada no diálogo, numa constante troca entre o saber científico e o saber popular, onde ambos ensinam e aprendem (VASCONCELOS, 1997).

Tomando essas compreensões sobre Extensão Universitária e EPS, docentes e estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) construíram o Projeto de Extensão landé Guatá (do tupi, Nossa Caminhada), junto à comunidade indígena Potiguara na Paraíba, nos anos de 2013 a 2015. Os objetivos do projeto foram: possibilitar a vivência entre acadêmicos de medicina e a população indígena, a fim de construir um olhar mais dialógico e compreensivo sobre o trabalho em comunidade; vivenciar o cotidiano de uma aldeia indígena Potiguara com construção de vínculo com as famílias e a comunidade; reconhecer as especificidades da população indígena no que diz respeito a crenças, fragilidades, fortalezas e compreensões sobre a saúde e a doença; identificar os determinantes que influenciam na organização social, educação, cultura e saúde; a partir das vivências, traçar estratégias junto da comunidade que busquem trabalhar com possíveis problemas identificados; sensibilizar os estudantes para o diálogo e a troca de saberes, possibilitando a valorização das diferentes culturas e produzir conhecimentos interdisciplinares a partir das reflexões sobre as vivências e aprofundamentos teóricos (LUNA; ALMEIDA, 2015).

A partir destes referenciais e considerando o cenário de atenção à saúde dos povos indígenas, emergem os desafios de trabalhar com populações que possuem uma cultura diferente da hegemônica, o que pode aflorar perspectivas muito diferentes sobre o que é saúde e o que é doença, exigindo uma postura dialógica permanente. Na atenção à saúde dos povos indígenas há de se reconhecer

especificidades e para se atingir essa atenção diferenciada foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas características étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Nesse contexto, é fundamental a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde e que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo (BRASIL, 2002). Hoje, a atenção à saúde indígena se dá pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde. Na Paraíba, onde os povos indígenas são os potiguaras em sua maioria, a gestão da saúde indígena se dá pelo Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI) Potiguara.

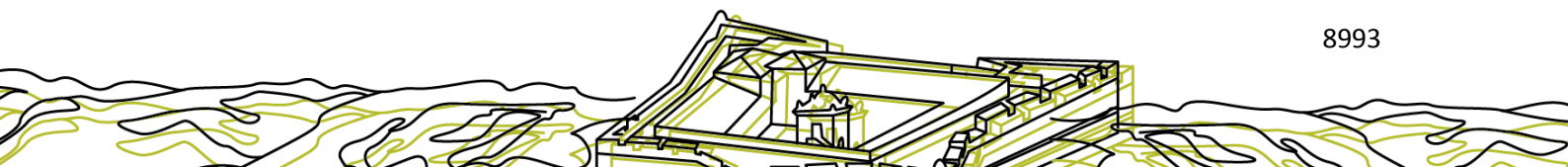
Os Potiguara fazem parte dos povos da família linguística Tupi. Hoje, falam o português e estão revitalizando o tupi na educação escolar indígena. E como todos os povos que vivem no Nordeste, possuem uma longa história de contato com a sociedade não indígena. Povo guerreiro da terra de Acajutibiró, os Potiguara constituem um grande exemplo de luta entre os povos indígenas brasileiros procuram manter o vigor de sua identidade étnica por meio do de tradições e costumes (CARDOSO, 2012). Com uma população de aproximadamente 19 mil indígenas entre habitantes das aldeias e das cidades de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, os Potiguara se concentram principalmente numa área do litoral norte paraibano situada entre os rios Camaratuba e Mamanguape (VIEIRA, 2006).

Assim, este Projeto de Extensão se justificou pela possibilidade da prática dialógica na comunidade e a reflexão sobre as especificidades da saúde indígena durante a formação do médico, que oportunizou o desenvolvimento de competências importantes ao profissional que exercerá sua prática futura junto a culturas diversas, não apenas comunidades indígenas, quando as concepções de saúde e doença podem ser muito diferentes, demandando um olhar mais amplo sobre o contexto social. Além disso, a complexidade nessas relações interculturais são marcadas por preconceitos e processos históricos de exclusão, havendo necessidade de reconhecimento destes conflitos a fim de possibilitar um adequado diálogo cultural. Para a comunidade, buscou-se aproximação com a academia buscando no sentido de contribuir com as organizações comunitárias, reconhecimento de sua identidade cultural, conhecimentos sobre a saúde, além da construção de outros saberes (LUNA; NORDI, 2018)

Metodologia:

O Projeto landé Guatá desenvolveu um conjunto de atividades diversificadas, algumas previstas desde o planejamento inicial e outras que aconteceram a partir das necessidades identificadas tanto pelos extensionistas, como pela comunidade. De forma geral, as atividades consistiram em: 1) 52 Reuniões semanais – com o objetivo de serem compartilhadas as experiências vivenciadas pelo grupo de extensionistas após cada viagem para contato com a população indígena, realizar aprofundamento teórico a partir de textos e outros dispositivos, e planejamento das atividades; 2) 19 visitas mensais à comunidade indígena Potiguara – realizadas aos sábados, com saída de João Pessoa às 7h e retorno às 17h e com três frentes principais: a) visitas domiciliares a determinadas famílias por duplas ou trio de estudantes, as quais incluíam encontros, dinâmicas e oficinas, que eram mediados pelo contato prévio e negociações com as lideranças e equipes de saúde locais; b) atividades coletivas junto às comunidades indígenas, com foco nas necessidades de saúde identificadas durante as atividades junto às famílias e no contato com as lideranças; c) reconhecimento da área e identificação de espaços de sociabilidade, com participação em assembleias e festas indígenas. 3) Produção de pesquisas e trabalhos científicos a partir das vivências – com produção de relatos de experiência para eventos locais, nacionais e internacionais; 4) Participação em eventos e espaços de interesse da saúde indígena; 5) Atividades Extras – que buscaram a sensibilização a população a respeito das necessidades e especificidades indígenas, bem como a divulgação da cultura potiguara. Exemplos dessas atividades foram a Exposição de Fotografias das vivências do Projeto landé Guatá, a Mostra de Curtas sobre Cultura Indígena e a Oficina sobre a temática indígena na semana de recepção dos calouros, na FCM-PB; a Roda de Conversa com participantes do Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e a Oficina sobre Cultura Indígena, na UFPB. 6) Gestão administrativa das atividades do Projeto de Extensão; 7) Estudo teórico individual – a partir das demandas surgidas nas reuniões e visitas (LUNA; NORDI, 2018)

As discussões na faculdade após a ida ao território foram realizadas em um movimento construtivista e de ação-reflexão-ação. As temáticas discutidas ou os convidados presentes surgiram a partir do reconhecimento de lacunas ou do aprofundamento incitados pela própria vivência, tais como o estudo sobre o povo Potiguara, o ancião indígena e a atuação da mulher nas aldeias; estudo de assuntos ligados ao cuidado em saúde, como abordagem familiar, método centrado na pessoa e projeto terapêutico singular; e aqueles relacionados ao planejamento e gestão, como diagnóstico situacional, organização de assembleia comunitária e gestão



compartilhada. Na problematização, os problemas a serem estudados precisam valer-se de um cenário real e da interação com a realidade e todas as suas contradições, com o caráter fortemente político do trabalho pedagógico. O conteúdo deve estar sempre se renovando e ampliando, inserido criticamente na realidade. Criam-se, assim, desafios cognitivos permanentes para estudantes e professores. Volta-se à transformação social, à conscientização de direitos e deveres do cidadão, mediante uma educação libertadora, emancipatória (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Resultados e Discussões:

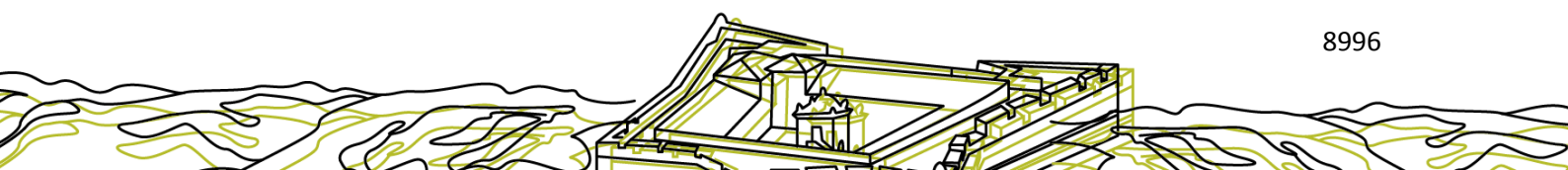
O Projeto landé Guatá utilizou, durante todo o período de desenvolvimento, a EPS como referencial teórico-prático para o desenvolvimento de suas atividades, tendo como campo de atuação a Área Indígena Potiguara. Ao longo das atividades foi definida uma aldeia específica, onde foram realizadas a maior parte das ações deste Projeto. A equipe de trabalho foi composta pelos dois docentes coordenadores durante os dois anos de desenvolvimento, tendo como extensionistas um total de 19 estudantes de Medicina, dos diversos anos do curso. Para a conformação do grupo, houve duas formas de entrada de estudantes. Inicialmente foram realizados encontros abertos com estudantes interessados em participar da construção e elaboração do projeto. Foram discutidas compreensões sobre a extensão universitária, educação popular e experiências de extensão. Após, foi realizado processo seletivo entre esses participantes, havendo a entrada de 15 extensionistas. Após um ano de atividades, o Projeto passou por avaliação para dar continuidade aos trabalhos e nessa renovação recebeu 4 novos membros, havendo a saída de outros 5 por motivos diversos.

Logo de início, a composição do grupo e a reflexão das vivências com enfoque na EPS permitiram a quebra de estereótipos assistencialistas comuns na vida acadêmica. Além de demonstrar mais preparo em elaborar um projeto de extensão, os acadêmicos passaram a enxergar o enriquecimento mútuo com a comunidade, modificando suas ações nos campos de prática. Através da metodologia utilizada, com o desenrolar do projeto, possibilitou-se o fortalecimento dos extensionistas, enquanto sujeitos, mantendo a democracia dentro do coletivo, e a participação na construção de espaços de poder compartilhado, através da gestão compartilhada entre docentes e discentes, tomando o Método da Roda (CAMPOS, 2000) como um dos princípios da gestão do grupo.

No landé Guatá, cada dupla ou trio de extensionistas pôde trabalhar de forma permanente com a mesma família, a partir da indicação realizada pelas Agente Indígena de Saúde da equipe. Tomou-se conhecimento dos principais problemas e necessidades da população existentes, tais como: diabetes descompensada, paralisia cerebral, síndrome da imobilização, obesidade infantil, osteoporose, entre outros; os extensionistas puderam orientar os membros das famílias acompanhadas sobre os problemas encontrados e para isso, foi necessário não apenas resgatar os conhecimentos abordados no curso, como também aperfeiçoá-los quando necessário. A cada mês, a dupla ou trio de estudantes realizava uma visita à mesma família, buscando construir vínculo, aprender sobre o cotidiano da aldeia potiguara, bem como colaborar nas questões em que se sentissem capacitados, tanto em assuntos da saúde, como em outros aspectos, identificando com a família suas potencialidades e fragilidades, bem como apontamentos e sugestões para a equipe de saúde. Foi elaborado um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2007) de forma compartilhada com cada uma das famílias, a fim de apresentá-lo à equipe multidisciplinar de saúde da Aldeia, podendo contribuir para a melhoria das condições de saúde da população acompanhada ao favorecer o olhar mais amplo da equipe sobre àquela família. No contato com a saúde e a doença nos diversos momentos com os indígenas, o grupo percebeu o quanto o entendimento de saúde local é diferente da medicina convencional, sendo profundamente embasada nas ervas medicinais e conhecimentos adquiridos pelos ancestrais e anciãos, apontando para a grande importância do compartilhamento de saberes e da valorização da cultura popular.

No encontro intercultural entre indígenas e extensionistas, pode-se dialogar em espaços de organização comunitária, participar de rituais religiosos, conhecer a dinâmica das famílias acompanhadas e se aproximar de suas compreensões de saúde. A partir disso, estratégias foram construídas junto da comunidade para trabalhar problemas identificados. Durante os dias na aldeia, o grupo se permitiu pintar a pele com tinta de jenipapo, molhou-se em sua lagoa, aprendeu expressões do universo vocabular local, e passou por dificuldades com alimentação, negociações internas e com lideranças. As vivências permitiram mudança do paradigma sobre o “ser índio”, antes visto como seres indiferenciados e selvagens, passando a ser visto como povo diversificado, estrategista, guerreiro e, espiritualmente, forte. Percebeu-se que “ser indígena” está relacionado à cultura e identidade, não apenas à visão histórica. Mais do que ampliar os conhecimentos sobre especificidades da saúde indígena, o landé Guatá proporcionou o desenvolvimento de habilidades importantes para os futuros médicos ao lidar com o outro.

Com essas habilidades assertivas, os estudantes de Medicina utilizaram um olhar dialógico com os Indígenas Potiguara, atento às necessidades, o que permitiu a construção de um Diagnóstico Sócio Sanitário (BARCELLOS; MONKEN, 2007) de uma aldeia, após a solicitação de lideranças indígenas para a caracterização de uma comunidade em território não demarcado. O planejamento da atividade foi realizado nas reuniões semanais do Projeto, quando os extensionistas estudaram a respeito dos instrumentos necessários para a coleta e análise de dados, visando ao fornecimento de informações úteis para a tomada de decisões. O grupo foi organizado em equipes, que ficaram responsáveis por coletar dados, estabelecer diálogo com lideranças locais e a população, mapeamento, registro fotográfico, além de alguns integrantes que se prepararam para a possibilidade de necessidade de assistência médica. O Projeto então buscou realizar parceria com a equipe da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), que comprometeu-se em participar da ação de forma integrada. A atividade em área aconteceu, conforme planejado, em um sábado, com participação dos extensionistas, de um cacique e um pajé potiguaras e de profissionais da SESAI. Os estudantes, junto dos profissionais da SESAI, foram apresentados à esta aldeia, por meio da liderança local, quando foram discutidas as intenções da atividade. Cabe ressaltar que essa aldeia está em processo de demarcação territorial, por isso, até o momento, não recebe atenção à saúde da SESAI. Através da conversa com as lideranças pode-se obter informações históricas e geográficas da comunidade, aproximando o grupo da discussão sobre o conflito de terra, pois a aldeia está cercada de grandes propriedades que produzem cana-de-açúcar e estão sob o poder de latifundiários. Para a realização da coleta de dados utilizou-se a "Ficha A" da Estratégia Saúde da Família, registrando nome, idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação, doença referida, situação de moradia, saneamento e destino do lixo. Foi confeccionado um mapeamento, com o desenho espacial da aldeia, baseado na observação do local pelos estudantes, analisando imagens e limites relatados pela população. Neste mapa constam o número e tipo de casas, limites, rios, poço e detalhes importantes para o diagnóstico. O registro fotográfico, importante para uma melhor representação da realidade, foi realizado por dois estudantes, sempre respeitando as questões éticas e solicitando autorização dos moradores. Após a obtenção de dados pelas duas equipes o diagnóstico sócio sanitário foi concretizado e encaminhado para as lideranças potiguaras como forma de retorno às atividades desenvolvidas na área indígena. Os estudantes puderam desenvolver um trabalho interdisciplinar, considerando as singularidades desta comunidade. No diálogo entre estudantes, SESAI e população, foi assumido o compromisso com uma das lutas



potiguara, pois esse diagnóstico colaborou na exigência de seus direitos como indígenas e cidadãos.

Através das experiências e reflexões em EPS, buscou-se registrar o conhecimento adquirido e produzido com a apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais, a fim de compartilhar saberes, divulgar os aprendizados do Projeto e além disso, defender a causa indígena e as necessidades desse grupo populacional. Também foram organizados mostras culturais, oficinas, debates, sessões de cinema, entre outros eventos, com objetivo de disseminar a discussão sobre a saúde indígena, tornando o grupo mais reflexivo, crítico e humano. Abaixo temos imagens do grupo nas vivências do Projeto:



Figura 1: As casas de Farinha numa aldeia.
corporais.



Figura 2: Contato com as pinturas corporais



Figura 3: Produção de saias para rituais indígenas.



Figura 4: Presenciando o Ritual do Toré.

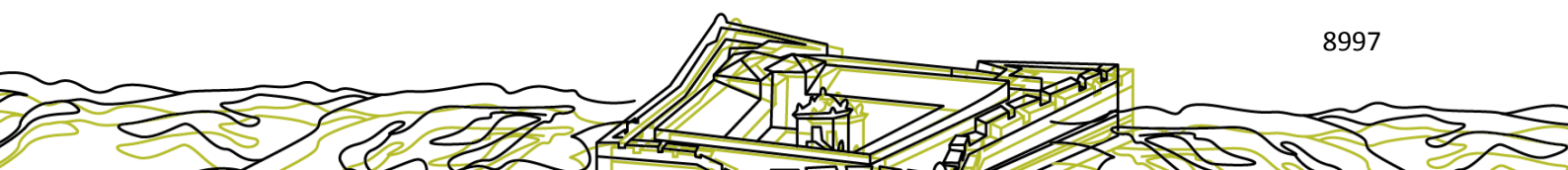




Figura 5: Atividade na faculdade para aprofundamento teórico.



Figura 6: Reflexão sobre estar pintado compartilhada



Figura 7: Avaliando a gestão

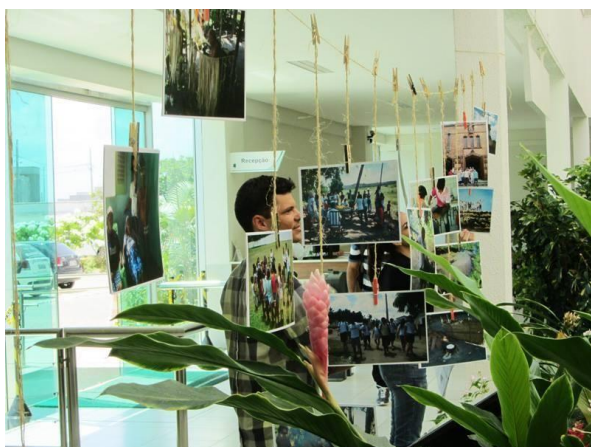


Figura 8: Mostra Fotográfica na Faculdade. Congressos

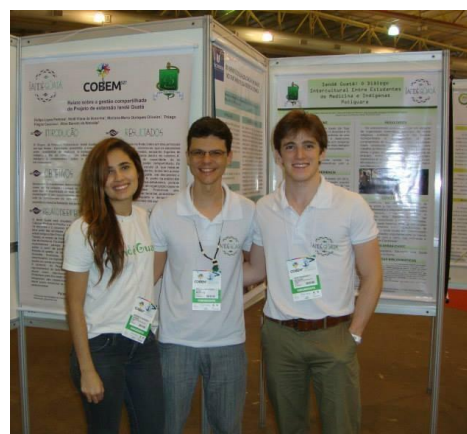


Figura 9: Apresentando trabalhos em

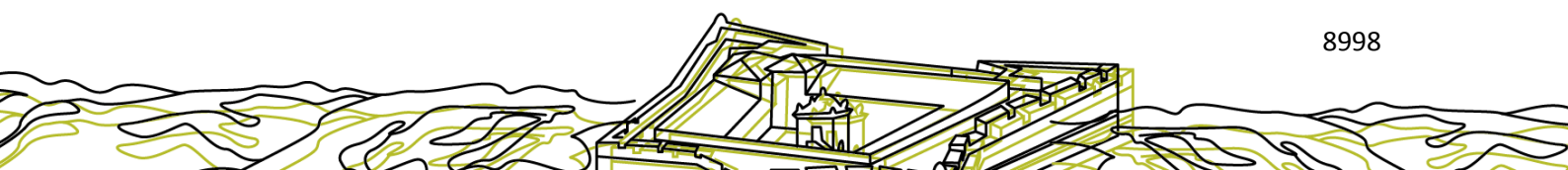




Figura 10: Falando sobre os Indígenas para os calouros.



Figura 11: Criação de Vínculo com as famílias acompanhadas.

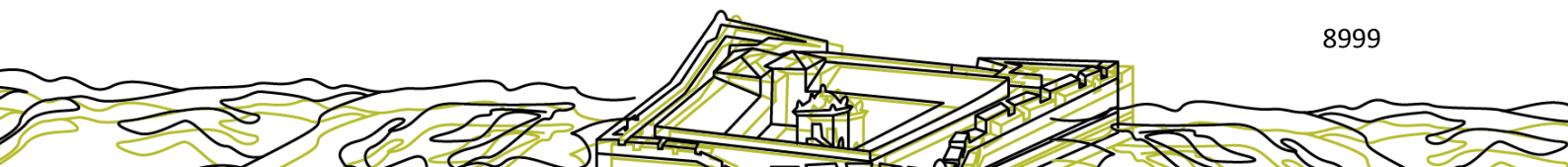




Figura 12: Extensionistas com uma Liderança Potiguar.

Conclusões/ Considerações Finais:

O projeto landé Guatá proporcionou ao acadêmico inserido na extensão uma visão mais abrangente da saúde, possibilitando-lhe aprofundar a teoria, vivenciá-la na prática e descobrir suas limitações. Contribuiu ainda para a formação de um profissional mais humano, uma vez que valorizou a construção de saberes com a comunidade e aproximou os estudantes da realidade das pessoas, nem sempre levada em consideração na prática médica. Ao perceber ainda, como acadêmicos, que a efetividade do cuidado depende da possibilidade de pôr em prática as orientações médicas, quando inseridas no contexto em que o paciente vive, levando em consideração os costumes e crenças desse povo, a tendência é a formação de médicos mais sensíveis a essas particularidades e capacitados para lidar com as diversas situações. As habilidades de análise do cenário e contexto político e da militância em movimentos sociais puderam ser desenvolvidas, gerando o próprio reconhecimento enquanto cidadãos.

Para as famílias, o processo longitudinal de visitas possibilitou que identificassem seus problemas e elaborassem estratégias próprias de superação, com colaboração dos estudantes envolvidos, sendo que os planos de cuidado colaboraram nas estratégias de cuidado da equipe de saúde. Além disso, os relatórios construídos sobre a aldeia em território não demarcado colaboraram no planejamento para acompanhamento dessas famílias pelo DSEI Potiguar, além de ter sido utilizado pelas lideranças indígenas na cobrança de direitos junto ao Ministério Público.

No tocante à gestão compartilhada, afetamo-nos mutuamente, estudantes e professores, nos desafios da proposta que de início era desconhecida. Trabalhar de forma coletiva na busca por consensos não é algo simples e teve que ser moldado a cada encontro, em processo, sendo necessário revisitar rumos e decisões. Esse movimento possibilitou a superação de uma postura inicial de passividade dos estudantes na proposição de ideias, atividades, avaliação e planejamento na direção de um maior protagonismo. Ter um regimento interno construído pelos próprios participantes também favoreceu o cumprimento de pactos, normas e regras.

Ao olhar para a nossa trajetória e articular com os objetivos que traçamos previamente, podemos considerar que o caminho percorrido pelo grupo foi rico. Essa conquista poderia ser elencada por vários fatores, tais como: a gestão compartilhada de todas as decisões, mesmo com seus desafios do processo; a preparação a partir dos aparatos teóricos e lúdicos; o mergulho na vivência das famílias e cultura indígenas; entre tantos outros. Nesse sentido, ressaltamos que a extensão universitária com os preceitos da EPS pode ser uma estratégia para que o estudante trabalhe de forma interdisciplinar e nos mais diversos cenários, desenvolvendo a capacidade de se comunicar de forma mais efetiva e compreendendo que a empatia é essencial na relação médico-pessoa.

Nesse encontro improvável de atores tão diversos, todos puderam aprender com a experiência do outro, possibilitando a transformação, pois não estão do mesmo jeito que entraram. O envolvimento com a luta, a superação de preconceitos, o aprendizado sobre o diferente, levou todos a serem mais críticos, mais reflexivos, mais humanos, mais cidadãos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Plano Nacional de Extensão Universitária.**

Fórum de Pró-Reitores de Extensão das universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC.

Brasília: 2000.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política



Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2a edição - Brasília: 2002.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDOSO, T.M; GUIMARÃES, G.C. **Etnomapeamento dos Potiguaras da Paraíba.**

Brasília: FUNAI/CGMT/CGETNO/CGGAM, 2012. 107p.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da**

Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1); 41-65, 2004.

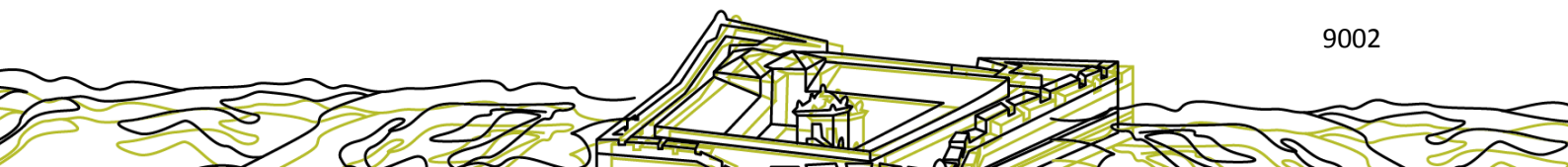
CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. **Trabalhando com estratégias de ensinoaprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):780-788, 2004.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** - 10a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

LUNA, W. F.; ALMEIDA, A. B. **Relatório Final do Projeto de Extensão landé Guatá.**

_____ (orgs.) - Cabedelo: Ciências Médicas da Paraíba, 2015. 159 p.

LUNA, W. F.; NORDI, A. B. A. Nossa Caminhada no Projeto de Extensão landé Guatá. In: CRUZ, P. J. S. C.; RODRIGUES, A.P.M. E.; PEREIRA E. A. A. L. (Org.). **Vivências de extensão**





em educação popular no Brasil, v.1: extensão e formação universitária: caminhos, desafios e aprendizagens. João Pessoa: Editora do CCTA, 2018.

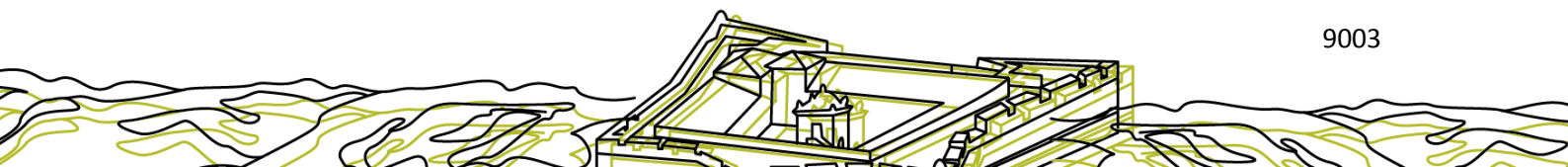
MAMEDE, S. **Aprendizagem Baseada em Problemas:** Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional. Hucitec, 2001.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. Instrumentos para diagnóstico sócio-sanitário no programa saúde da família. In. FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p.225-265.

MELO NETO, José Francisco de. **Extensão Universitária – uma análise crítica.** João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2001. 240 p. Disponível em http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/livros/pa_l_2001_extensao_universitaria_-_uma_analise_critica.pdf

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde.** 3a edição. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VIEIRA, J.G. **Povos Indígenas do Brasil.** 2006. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/potiguara>>. Acesso em:21. out. 2013.



EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DAS DOENÇAS DO GRUPO TORCHS EM GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA

Área Temática: Saúde

Helayne Cristina Rodrigues¹; Ananda Santos Freitas²; Leticia de Almeida da Silva³; Hayla Nunes da Conceição⁴; Diellison Layson dos Santos Lima⁵; Francielle Borba dos Santos⁶; Beatriz Mourão Pereira⁷; Wyllma Rodrigues dos Santos⁸; Beatriz Alves de Albuquerque⁹; Valéria Freire Maia¹⁰; Eduardo Lima Feitosa²; Joseneide Teixeira Câmara³;

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Resumo

Introdução: A transmissão de uma infecção da mãe para o filho pode dar-se no útero (congenita); durante o parto, um pouco antes (perinatal) ou após o nascimento como, por exemplo, a transmissão de micro-organismos pelo leite materno. **Objetivo:** Desenvolver as intervenções de educação em saúde na prevenção da transmissão vertical das doenças do grupo TORCHS em gestantes atendidas na Atenção Básica no município de Caxias. **Metodologia:** Realizada aplicação dos questionários, em seguida a execução de atividades de educação em saúde sobre a prevenção de doenças do grupo TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola,

Citomegalovirose, Herpes, HIV, Hepatite B, Sífilis), por meio de, palestra, dinâmicas em grupo, e rodas de conversas, desenvolvidas nos intervalos entre as consultas de pré-natal, e finalizando com distribuição de panfletos informativos e preservativos masculinos e femininos. **Resultados e Discursão:** Desde do início do desenvolvimento deste projeto, até o presente momento, o mesmo tem influenciado mudanças na comunidade atendida por ele, de forma positiva e significativa através da demonstração de interesse dos profissionais de saúde das Unidades Básicas e das gestantes que participaram das palestras, rodas de conversas e conversas individuais. Durante as atividades, percebemos o interesse sobre as novas descobertas em relação às patologias

¹ ,^{2,3,4,5,6,7,8,9,10} Universidade Estadual do Maranhão, Discente de Enfermagem Bacharelado;

² Universidade Federal do Piauí, Discente de Farmácia Bacharelado;

³ Universidade Estadual do Maranhão, Docente do Curso de Enfermagem;

em questão e sobre os comportamentos de risco que elas possivelmente estavam se submetendo, sem saber das consequências para elas e para o bebê. **Considerações**

Finais: A realização das atividades permitiu o levantamento acerca das principais dúvidas das estantes, bem como a carência de informações ou ausência que essas apresentam. A comunidade, como local de relação e desenvolvimento de vínculos entre indivíduos apresenta peculiaridades com relação a aspectos pertinentes aos temas abordados nas atividades do projeto, assim como as condições de saúde, que necessitam ser identificados e trabalhados pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Pré-Natal; Infecção; Atenção Básica;

Introdução

A transmissão de uma infecção da mãe para o filho pode dar-se no útero (congênita); durante o parto, um pouco antes (perinatal) ou após o nascimento como, por exemplo, a transmissão de microrganismos pelo leite materno. As infecções maternas se transmite ao embrião e ao feto por: infecção ascendente da parte superior da vagina através do colo do útero ao líquido amniótico ou por via hematogênica como consequência de uma viremia, bacteremia ou parasitemia materna (OPAS/OMS, 2010).

As infecções maternas agudas apresentam uma elevada incidência em nossa população, podendo ser transmitida de mãe para feto (transmissão vertical) durante a gravidez, e podem aumentar a morbimortalidade perinatal caso não sejam diagnosticadas e tratadas em tempo, assim, continuam sendo importantes causas de morbidades com potencial prevenção (JOHNSON et al., 2011). Entretanto, não existe um consenso internacional a respeito de quais dessas infecções devem ser rastreadas, tendo em vista a diversidade de prevalências regionais e, o mais importante, muitas delas ainda não têm tratamento pré-natal estabelecido (GILBERT; GRAS, 2003).

Muitas das pesquisas caracterizam que a assistência pré-natal em termos de precocidade de início e total de visitas, menos frequentes são as investigações que consideram a realização de medidas semiológicas intra e interconsultas. Das ações a serem realizadas entre consultas, o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis é uma das intervenções com possibilidade de maior impacto sobre a saúde perinatal: à identificação da doença, pode-se seguir o tratamento eficaz visando à cura materna ou prevenção da infecção fetal (LIMA et al., 2008).

O MS recomenda que sejam realizados os exames sorológicos de triagem para as seguintes doenças: sífilis, hepatite B, HIV e toxoplasmose, além da sorologia para rubéola quando houver sintomas sugestivos. O manual técnico de 2012 orienta a

realização do Venereal Disease Research Laboratory Test – VDRL (primeira consulta e repetir no 3º. trimestre), antiHIV (primeira consulta e, sempre que possível, repetir no 3º. trimestre), HBsAg, se disponível (na primeira consulta, repetir no 3º. trimestre), e pesquisa de IgM para toxoplasmose, se disponível (na primeira consulta, com recomendação de repetição no 3º. Trimestre se necessário). Refere que pode ser acrescida a sorologia para rubéola para identificar mulheres em risco de contrair infecção (BRASIL, 2012).

O manual da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) propõe a realização de sorologia para o HIV, sífilis (VDRL), rubéola e toxoplasmose para todas as gestantes, sendo que a sorologia para sífilis deve ser repetida trimestralmente. A sorologia para hepatite B também deve ser realizada (FEBRASGO, 2006).

As sociedades internacionais também não demonstram consenso sobre quais doenças rastrear e publicam, geralmente, recomendações isoladas a respeito de cada uma das infecções, provavelmente em decorrência de diferentes prevalências das doenças transmissíveis durante a gestação. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC), em publicação sobre possíveis efeitos teratogênicos devido à exposição fetal às infecções congênitas, destaca como rastreamento compulsório somente as infecções por rubéola, sífilis, hepatite B, HIV e varicela (se houver história materna) (WILSON et al., 2007).

Apesar de serem testes utilizados na prática médica em todo o mundo, as discussões geradas em torno da viabilidade do rastreamento das infecções perinatais são devidas, principalmente, à variabilidade da prevalência destas doenças nas populações estudadas. Em regiões de baixa prevalência da afecção, o rastreamento apresenta elevado custo e pouca eficiência (CULLEN et al., 1998). As evidências a favor e contra o rastreamento das TORCHS (toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus (CMV); herpes simples (HSV) e sífilis), sigla utilizada para agrupar cinco doenças infecciosas que podem afetar o feto e o recém-nascido e que possuem apresentação clínica semelhante, variam muito quando são consideradas as condições de saúde pública e os dados epidemiológicos da população (JOHNSON et al., 2011).

Neste contexto, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) no ano 2000 criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2002).

Logo em seguida no ano de 2011 o Ministério da Saúde lançou a Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011 e Portaria 2.351 de 05 de outubro de 2011 que regulamenta a Rede Cegonha. Tendo em mente a preocupação em reduzir os coeficientes de mortalidade materna buscando potencializar as estratégias já desenvolvidas durante anos anteriores (BRASIL, 2011).

A estratégia da RC, instituída no âmbito do SUS, visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (GIOVANNI, 2013).

A RC organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. E tem como diretrizes: garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Responsável pelo componente pré-natal da RC, à Atenção Primária em Saúde (APS) cabe, entre outras funções, a realização de pré-natal de risco habitual, com captação precoce da gestante e do pré-natal de alto risco em tempo oportuno, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (GIOVANNI, 2013).

Guerreiro et al., (2014) destaca a importância do desenvolvimento de ações educativas pela equipe da APS no ciclo gravídico-puerperal envolvendo as usuárias da atenção básica em saúde com papel de destaque, por serem o centro do processo educativo, possibilitando inferir a existência de representações nesse grupo. Nessa perspectiva a educação em saúde é indispensável para o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, onde a ação educativa pode ser norteada nos vários espaços de realização de sua prática, especialmente nos serviços de APS (ACIOLI, 2008).

Desse modo a prática educativa se insere no cuidado em todos os contextos de atuação, entretanto não se faz possível sem a utilização de um importante instrumento, denominado educação e comunicação (RODRIGUES et al., 2006). Assim a abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde, facilitando a incorporação de ideias e práticas ao cotidiano das pessoas de forma a atender as suas reais necessidades.

Contudo o projeto visa executar intervenções de educação em saúde na prevenção da transmissão vertical das doenças do grupo TORCHS em gestantes atendidas na Atenção Básica no município de Caxias, fornecendo orientações para as gestantes visando à prevenção dessas infecções durante a gravidez e das formas de diagnóstico e tratamento que devem ser disponibilizados na assistência pré-natal, além de enfatizar sobre a importância do pré-natal no que diz respeito a realização das rotinas e condutas desenvolvidas pertinente ao rastreamento destas infecções.

Metodologia

Para a realização de qualquer pesquisa, a escolha da abordagem a ser utilizada no estudo deve ser adequada, de modo que supra as exigências das questões convencionalmente utilizadas (FIGUEIREDO, 2007).

A metodologia utilizada foi com base na realização de educação em saúde, uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito do seu problema de saúde, a partir da sua realidade, estimula a busca de soluções e organização para a saúde individual e coletiva (FUNASA, 2006).

Diante disso a proposta de trabalho se deu inicialmente a partir da formulação de um instrumento (questionário), afim de avaliar o conhecimento prévio das gestantes quanto aos cuidados no período pré-natal para a não aquisição de doenças do grupo TORCHS. Essas informações servem de guia para o diagnóstico das temáticas a serem trabalhadas em cada encontro, partindo-se daquelas em que as gestantes apresentam dúvidas, e contribuem para o monitoramento e avaliação dos conteúdos apreendidos pelas participantes.

Para a execução do projeto, os participantes envolvidos desenvolveram, durante 12 (doze) meses, atividades de educação em saúde voltadas para ações de prevenção da transmissão vertical das doenças do grupo TORCHS em gestantes da na Atenção Básica no município de Caxias-MA.

Inicialmente realizou-se uma reunião com todos os acadêmicos e profissionais de saúde envolvidos a fim de apresentar o trabalho a ser realizado para que conheçam as

atividades propostas e possam juntamente com a equipe auxiliar na efetivação das mesmas, além disso a equipe poderá contribuir na busca informações sobre as gestantes inseridas nessa unidade de saúde com o intuito de fortalecer a confiança das mesmas com a equipe.

A aplicação dos questionários, assim como as palestras foram realizadas nos dias estabelecidos pela equipe do posto de saúde, os mesmos foram desenvolvidos no intervalo entre as consultas de pré-natal realizadas mensalmente.

Para a avaliação do andamento do projeto foram realizadas reuniões regulares com os membros e parceiros deste trabalho para que pudesse desenvolver novas ações de intervenções, possíveis mudanças e adequações das ações que serão executadas. Este projeto foi de grande relevância tanto para os acadêmicos como para a diminuição da transmissão vertical de doenças em gestantes das unidades básicas de saúde em estudo.

Resultados e Discussão

Um estudo piloto denominado “PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO VERTICAL: *Toxoplasma gondii*, Citomegalovirus, Rubéola, Hepatite B, *Treponema pallidum* e Vírus da Imunodeficiência Humana em gestantes atendidas em Caxias, Maranhão” foi realizado entre 2011 e 2012, através de triagens sorológicas para esses microorganismos em 561 gestantes que realizaram a assistência pré-natal em dois ambulatórios de referência para pré-natal de alto risco, no ambulatório da Maternidade Carmosina Coutinho (MCC) e o Centro Especializado de Assistência Materno-Infantil (CEAMI).

Durante o estudo notou-se uma falta de informação das gestantes sobre as infecções maternas que podem ser transmitidas de mãe para feto, principalmente, relacionado profilaxia, diagnóstico, tratamento durante a gravidez e que tipo de serviço de saúde poderia buscar durante o pré-natal. Por meio deste pode-se idealizar e viabilizar a execução deste trabalho de extensão afim de emponderar estas mulheres quanto sua condição gestacional.

Inicialmente foi realizada a apresentação do projeto à Coordenação de Atenção Primária em Saúde do município, em seguida, um levantamento do quantitativo de gestantes, e de um modo brusco o perfil da clientela para conseqüente seleção das Unidades Básicas de Saúde a serem trabalhadas. Em seguida reunimos enfermeiros, e

os demais integrantes das Estratégias de Saúde da Família, e toda equipe executora do projeto, para planejamento dos ciclos de atividades.

No decorrer das atividades houve a construção de novas estratégias em parceria com os gerentes de cada UBS, as intervenções foram levantadas mediante a realidade das participantes e direcionadas as mesmas, fundamentadas cientificamente. Para os discentes convém ressaltar que a sua participação em projetos de caráter extensionista se constitui em uma oportunidade única, norteadas pelos eixos que integram o meio acadêmico: Ensino, pesquisa e extensão, sendo uma ação que oportuniza a troca de experiências, o fortalecimento da relação teoria versus prática propiciando aos seus participantes o confronto com a realidade e a partir dessa o desenvolvimento de uma visão crítica favorecendo uma forma diferenciada de visualizar as necessidades da população sendo indispensável na formação dos graduandos e que repercute diretamente na visibilidade da instituição na comunidade democratizando o saber, contribuindo para a formação profissional.

Desde do início do desenvolvimento deste projeto, até seu término, o mesmo influenciou mudanças positivas e significativas na comunidade atendida por ele, percebida por meio do relato e interesse dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde e das gestantes que participaram assiduamente, das palestras, rodas de conversas e conversas individuais. Durante as atividades, percebemos o interesse sobre as novas descobertas em relação às patologias em questão e sobre os comportamentos de risco que as participantes possivelmente estariam se submetendo, sem saber das consequências para elas e para o bebê. Ainda assim foi possível ampliar parcerias com outras instituições do município como o Centro de Referência da Assistência Social do bairro Mutirão e a Maternidade Municipal Carmosina Coutinho, por meio de convites dos coordenadores da mesma.

O ciclo de atividades contemplou todas as patologias sendo cada uma abordada em cada mês corrente, foi realizado a aplicação do questionário diagnóstico sobre: Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Hepatite B, Herpes Simples, HIV e Sífilis, e em seguida com auxílio de projetor de mídia, álbuns seriados e próteses demonstrativas, foram realizadas as palestras, exploramos também em alguns encontros das metodologias ativas e lúdicas como: rodas de conversas, assim também como a execução de dinâmicas em grupo, no qual foi perceptível uma maior interação e aproveitamento de informações entre os acadêmicos e as participantes, em seguida eram distribuídos panfletos informativos acompanhados de preservativos femininos e masculinos.

Segundo Miranda (2006), as dinâmicas de grupo geram aprendizagem de várias formas aos seus integrantes, tanto na vivência pessoal como na interpessoal. Isso corrobora com a situação encontrada no projeto, em que percebemos que as dinâmicas promoveram maior aproximação entre as gestantes, possibilitando o vínculo de confiança, diminuindo a timidez e favorecendo o esclarecimento de dúvidas das participantes.

Foi abordado nos encontros aspectos relevantes a patologia como: agente etiológico, modo de transmissão, complicações e seu tratamento. As atividades abrangem as Unidades Básicas de Saúde dos bairros: Ponte, Pequizeiro, Trizidela, Mutirão, Cangalheiro e posteriormente o Centro de Referência da Assistência Social e na Maternidade do Município. Como forma de incentivo, realizamos, em algumas Unidades Básicas e no CRAS a distribuição de brindes (por meio de parcerias firmadas com alguns comerciantes do município), para que as gestantes que não queriam participar do projeto, que na oportunidade seguinte, as mesmas chegassem a participar das palestras, o que facilitou o retorno das gestantes nas atividades subsequentes e até mesmo uma maior adesão ao pré-natal.

Nos últimos 2 meses reservamos para realizarmos o encerramento do projeto com uma pequena confraternização com as participantes nas unidades descritas assim como a tabulação dos dados finais, construção de publicações científicas, e, apresentações dos dados em eventos, locais e internacionais, e em periódicos. Na oportunidade aproveitamos o mês de Agosto, este, que é dedicado ao incentivo do aleitamento materno exclusivo, para realização de conscientização, quanto as formas de prevenção de doenças transmitidas verticalmente no período de amamentação e aleitamento, e, quais condutas a serem executadas.

Contudo, o Ministério da Saúde aponta que temáticas sobre: atividade sexual, prevenção de IST/Aids e aconselhamento para teste anti-HIV, devem ser trabalhadas durante o pré-natal com as gestantes, e cabe ao enfermeiro prestar ações de ensino que as contemplem, além de executar a assistência e a pesquisa no atendimento a clientela de forma humanizada. Essa tríade é essencial na formação do profissional, pois expande sua visão de mundo e sua atuação como educador, promovendo, com isso, a mudança no cuidado e tornando o profissional mais comprometido com a transformação da sociedade. (DEUCHER, *et al.*, 2004).

Conclusão/Considerações Finais

O projeto de extensão atingiu o quantitativo de 125 gestantes participantes, entre o período de agosto de 2016 à agosto de 2017. A realização das atividades permitiu o levantamento acerca das principais dúvidas das gestantes, bem como a carência de informações ou ausência que essas apresentam. A comunidade, como local de relação e desenvolvimento de vínculos entre indivíduos apresenta peculiaridades com relação a aspectos pertinentes aos temas abordados nas atividades do projeto, assim como as condições de saúde, que necessitam ser identificados e trabalhados pelos profissionais de saúde.

Percebeu-se mediante o período de vigência do projeto o quão importante é o desenvolvimento de atividades que contemplem o público-alvo e o desenvolvimento de estratégias facilitadoras para a execução das mesmas, uma vez que essa prática contribui sobremaneira para a elucidação de lacunas pertinentes as dúvidas e carência de informações apresentadas pelas participantes do projeto.

Diante disso verifica-se que o projeto desenvolvido foi de grande relevância tanto acadêmica quanto comunitária contribuindo significativamente para melhoria da qualidade de vida da população alvo, uma vez que propiciou a aquisição de novos conhecimentos sobre cada tema abordado.

Referências

ACIOLI, S. **A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública**. Rev Bras Enferm. v.61, n.1:117-21, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672008000100019&script=sci_arttext
Acesso em: 04 de Abr. 2016.

BRASIL. M,S; Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - **a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Seção I, p. 109-111. Brasília

(DF): Ministério da Saúde; 27 jun 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html > Acesso em: 31 de Mar. 2016.

BRASIL, M.S; Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Rubéola. In: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. **Guia de vigilância epidemiológica (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. 7ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 1-17.

DEUCHER, C.V; BUZZELLO, C.S; ZAMPIERE, M.F.M; **Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: a universidade interagindo com a comunidade.** Extensio: R. Eletr. de Extensão [Internet]. 2004;1(1):1-10. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1449/4511>.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base** - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.

GILBERT, R.; GRAS, L. **Effect of timing and type of treatment on the risk of mother to child transmission of *Toxoplasma gondii*.** BJOG, v. 110, n. 2, p. 112–20, fev 2003.

JOHNSON, H. L.; GHANEM, K. G.; ZENILMAN, J. M.; ERBELDING, E. J. **“Sexually Transmitted Infections and Adverse Pregnancy Outcomes Among Women Attending Inner City Public Sexually Transmitted Diseases Clinics.”** Sexually Transmitted Diseases. N, 38 v, 3. 2011, p.167–171.

BRASIL, M.S; - Coordenação Nacional DST/Aids - Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS** ano VII nº 1. Brasília; Julho de 2009 a junho de 2010, 2010.

MIRANDA, S. **Oficina de dinâmica de grupos para empresas, escolas e grupos comunitários.** Campinas (SP): Papirus; 2006.

RODRIGUES, D.P. Et al. **O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho.** Texto Contexto Enferm, v.15, n.2:277-86, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200012&script=sci_arttext Acesso em: 06 de Abr. 2016.

PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA PROMOÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO PARA PACIENTES DIABÉTICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Área Temática: Saúde.

André Teixeira de Mendonça¹; Douglas Cavalcante Silva², Giovanna Ferreira Paiva³; Washington Leandro da Silva⁴; Valter Azevedo Pereira⁵.

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Resumo

A diabetes mellitus é uma patologia crônica caracterizada por elevado nível de glicose na corrente sanguínea, provocando inúmeras complicações e causando taxas crescentes de prevalência e mortalidade nesta população. O tratamento desta doença é desenvolvido no intuito de promover redução da glicemia e controle dos fatores agravantes. O exercício físico é uma importante ferramenta não-farmacológica de promoção do controle glicêmico, de melhoras hemodinâmicas e de redução da gordura corporal, que são variáveis ligadas diretamente a diabetes. Nesta perspectiva, foi ofertado um projeto de extensão que desenvolveu um programa de treinamento físico combinado (aeróbico e funcional), para voluntários diabéticos tipo II no setor de educação física do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Foram recrutados 12 diabéticos (54 ± 7 anos de idade e 31 ± 5 kg/m²), de ambos os sexos, com sobrepeso ou obesidade. Foi realizada uma divulgação do trabalho na clínica de nutrição, setor de endocrinologia e cardiologia para que os médicos encaminhassem seus pacientes diabéticos para o projeto. Foram realizadas duas avaliações (uma no início e outra ao término do projeto). As sessões duravam 60 minutos e aconteciam duas vezes por semana. Os voluntários realizavam cinco minutos de aquecimento, 25 minutos de

¹ Universidade Federal da Paraíba, Educação Física, Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC).

² Universidade Federal da Paraíba, Programa associado de pós-graduação em Educação Física (PAPGEF-UFPB/UPE), Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC).

³ Universidade Federal da Paraíba, Educação Física, Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC).

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Educação Física, Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC).

⁵ Universidade Federal da Paraíba, Educação Física, Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC).

exercícios funcionais com enfoque nos grandes grupos musculares e 30 minutos de exercício aeróbio em esteira rolante. O exercício promoveu melhora descritiva no controle glicêmico, composição corporal, pressão arterial, e capacidades físicas. O projeto proporcionou experiência profissional e científica aos alunos extensionistas, estimulando o desenvolvimento de ações sociais ao ofertar um serviço gratuito e de qualidade à comunidade, contribuindo efetivamente na melhoria da saúde do público diabético. O programa proporcionou melhorias nas variáveis investigadas, evidenciando a eficácia do treinamento físico como estratégia efetiva na promoção da saúde e controle do diabetes mellitus.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Exercício Físico; Promoção em saúde, Terapia por Exercício.

Introdução

A diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica (ADA 2017). Segundo dados da Federação Internacional de Diabetes (2017), 425 milhões de pessoas adultas têm diabetes no mundo. É resultante da disfunção nas células β do pâncreas e gerador da resistência insulínica de órgãos chaves como fígado e músculos (SBD 2015), e que resulta na anomalia de órgãos alvo como vasos sanguíneos e rins. (WANG et al., 2015).

Segundo Organização Mundial de Saúde (2015) o aumento do sedentarismo e da obesidade foram pontos que, nas últimas décadas, ocasionaram um aumento no índice de prevalência da diabetes, baseada nos altos níveis de glicemia. Por esse motivo, além do tratamento medicamentoso, as instituições que tratam da diabetes (ADA, 2017; IDF, 2017; SBD 2017) recomendam em suas diretrizes que a mudança no estilo de vida é fundamental no tratamento.

A prática de exercício físico está incluída quando se busca a mudança no estilo de vida. De fato, A literatura mostra que o exercício físico atua como uma importante ferramenta para o tratamento da diabetes (Krause M et al, 2014; Franz et al, 2015; Jhingan et al, 2017), agindo diretamente no controle glicêmico e na melhora das variáveis diretamente ligadas aos desfechos da doença (Hayashino et al, 2012; Miranda et al, 2017).

Desta forma, considerando os benefícios e as recomendações para prática de exercício, o objetivo deste projeto foi ofertar um programa de exercício físico combinado (aeróbico e funcional) como alternativa não farmacológica, visando a melhoria da saúde e qualidade de vida de indivíduos diabéticos.

Métodos

O programa de exercício físico para diabéticos no setor de Educação Física do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), é extensão do departamento de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foi realizado por discentes e docentes do curso de educação física, e possui vinculação com a Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC/UFPB).

Os pacientes atendidos foram diabéticos tipo II, de ambos os sexos, com idade entre 40 e 65 anos, diagnóstico de diabetes há no mínimo um ano e usuário de hipoglicemiante oral e/ou insulina, além de residir na região metropolitana de João Pessoa (PB). A intervenção teve início com um processo de divulgação das ações dentro do ambiente hospitalar por meio de panfletos e cartazes informativos a população, e através do contato direto com os profissionais de saúde dos setores de endocrinologia, cardiologia, nutrição e laboratório de análises para direcionar diabéticos ao setor de educação física.

Os diabéticos que procuraram o programa participaram inicialmente de uma avaliação física para coleta dados referentes ao perfil sociodemográfico, histórico de doenças, nível de atividade física (Matsudo et al, 2001), teste funcional de levantar do solo (o voluntário em decúbito dorsal, será autorizado a levantar, e se colocar de pé após uma linha localizada 40 cm a frente da posição dos pés) variáveis antropométricas (peso, estatura, circunferência de cintura e quadril) e hemodinâmicas (frequência cardíaca e pressão arterial), além do teste de glicose (glicemia capilar em jejum). A intervenção teve duração de três meses e após seu término, uma reavaliação foi realizada a fim de verificar os efeitos do treinamento, seguindo o mesmo padrão da avaliação inicial.

Após a obtenção dos dados iniciais, o treinamento foi prescrito pelos alunos juntamente com os coordenadores, considerando sempre as capacidades e limitações de cada voluntário. Os participantes do programa participaram de duas sessões semanais de treinamento combinado (funcional e aeróbico) com duração de 60 minutos, sendo cinco para aquecimento, 25 minutos para exercícios funcionais e 30 minutos para

exercício aeróbico em esteira rolante com intensidade progressiva (leve a moderada), nesta sequência. Durante o exercício aeróbico, a frequência cardíaca e a percepção subjetiva de esforço (Borg GAV, 1982) foram verificadas a cada 10 minutos para garantir que o exercício estivesse sendo feito dentro da zona de intensidade programada. Ao final, foi perguntada qual a percepção subjetiva de esforço da sessão completa do treino.

Para análise dos dados, foram utilizadas as medidas descritivas de distribuição por frequência para identificar possíveis alterações nos parâmetros avaliados, além da média e desvio padrão para caracterizar os dados nas variáveis.

Resultados e Discussão

A figura 1 mostra que 12 voluntários realizaram a avaliação inicial, mas ao longo da intervenção, oito diabéticos (67%) desistiram do programa por motivos financeiros e de saúde, enquanto apenas quatro voluntários (33%) concluíram toda a intervenção.

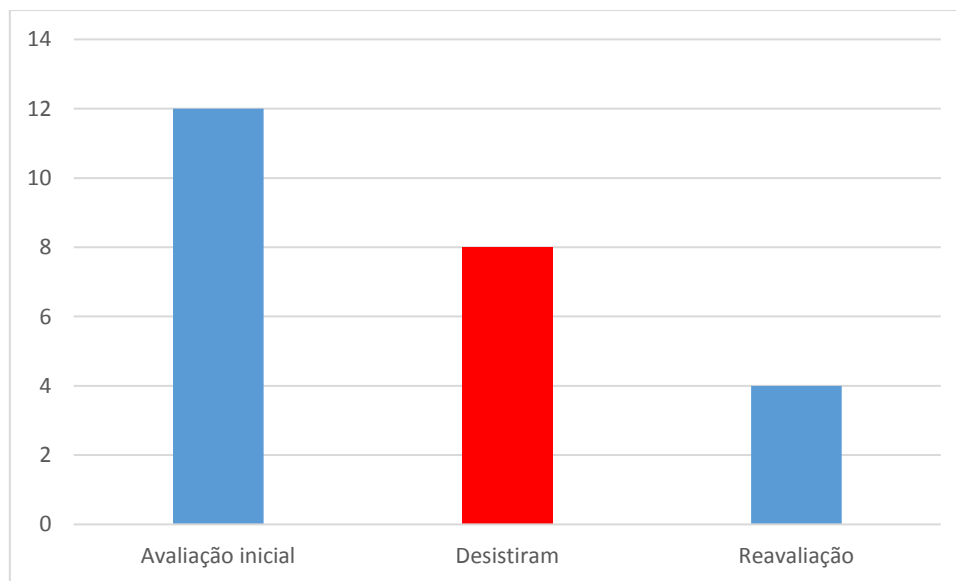


Figura 1. Adesão de diabéticos ao longo do programa de treinamento no setor de educação física em 2017

Outros estudos também apresentaram baixa adesão de diabéticos a programas de exercícios (Casey D et al, 2010; Nam S et al, 2012), mostrando que um baixo nível de aptidão aeróbia e a diminuição da sensibilidade a insulina foram indicadores de abandono ao protocolo de treino.



A tabela 1 mostra os resultados das avaliações que foram feitas com todos os voluntários que iniciaram o programa, e a comparação entre o pré-exercício e pós-exercício dos voluntários que realizaram as duas avaliações. Houve uma redução descritiva nas variáveis de medidas clínicas e no teste *Levantar do solo*, o restante se manteve similar, ou pouca redução, como no caso da CC e CQ.

Tabela 1. Descrição das variáveis antropométricas, hemodinâmica, glicêmica e de força funcional dos diabéticos participantes do programa de treinamento

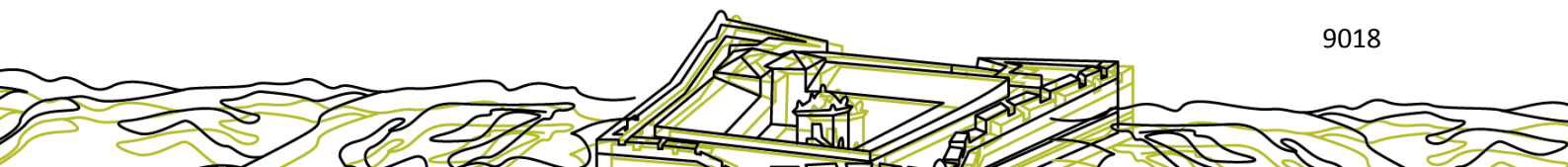
	Avaliação inicial (n=12)	Pré (n=4)	Pós (n=4)
Peso (Kg)	75±16	70±12	70±10
IMC (Kg/m ²)	31±5	28±4	28±3
Glicemia (mg/dL)	164±74	150±64	106±34
PAS (mm/Hg)	120±10	115±12	107±9
PAD (mm/Hg)	80±9	75±5	75±5
Circunferência da cintura (cm)	99±11	93±6	91±4
Circunferência do quadril (cm)	111±16	103±9	102±6
RCQ	0.89±0.09	0.90±0.09	0.89±0.04
Teste <i>levantar do solo</i> (segundos)	7± 2	6±1	4±0,5

PAS: Pressão Arterial Sistólica, **PAD:** Pressão Arterial Diastólica, **RCQ:** Relação Cintura-Quadril.

O projeto proporcionou uma vivência enriquecedora para os alunos, oportunizando a experiência em trabalhar dentro do ambiente hospitalar, lidando com uma das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) como é a diabetes. Com isso, os conhecimentos acerca da doença e da prescrição de treinamento para diabéticos foram melhorados.

Conclusão

O programa foi desenvolvido atendendo aos objetivos propostos. Apesar das desistências, os voluntários permanentes se mostraram bastante satisfeitos com o treinamento oferecido. Mesmo com uma amostra pequena, houve melhorias descritivas



nos parâmetros preditores de saúde e de capacidades físicas, o que demonstra a eficácia do protocolo de treinamento adotado. Desta forma, fica evidente a necessidade da continuação do projeto para que mais voluntários dessa população sejam contemplados.

Referências

ADA, American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, v.40, n.1, 2017.

Borg GAV. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exercise 1982; 14 (5): 377-381.

Casey D, De Civita M. Dasgupta K. Entendendo facilitadores de atividade física e barreiras durante e após um programa de exercícios supervisionados em diabetes tipo 2: um estudo qualitativo. Diabet Med 2010; 27: 79-84.

Federação Internacional de Diabetes. IDF atlas [internet]. 8ª ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em: 27/03/2018.

Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, VanWormer JJ. Resultados da intervenção de perda de peso no estilo de vida em adultos com sobrepeso e obesidade com diabetes tipo 2: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. J Acad Nutr; 115, 1447-1463, 2015.

Hayashino Y, Jackson JL. Effects of supervised exercise on lipid profiles and blood pressure control in people with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes Res Clin Pract 2012; 98, 349-360.

Jhingan A, Jhingan RM. Efeito do ciclismo na glicemia, pressão arterial e peso em jovens individuais com diabetes tipo 2. J Clin Diagn Res Res 2017; 11, OC09-OC11.

Krause M, Rodrigues-Krause J, O'Hagan C, Medlow P, Davison G, Susta D, *et al.* The effects of aerobic exercise training at two different intensities in obesity and type 2 diabetes: implications for oxidative stress, low - grade inflammation and nitric oxide production. Eur J Appl Physiol 2014; 114, 251-260.

Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC. Questionário internacional de atividade física (ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Ver Bras Ativ Fis Saúde 2001; 6.

Miranda E, Ferreira A, Montserrat P, Oliveira G. Efeitos de um programa de exercício físico ao ar livre em diabéticos e hipertensos atendidos em um núcleo de apoio à saúde da família de lagoa da prata-MG. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício 2017, São Paulo. v.11. n.65. p.164-172.

Nam S, Dobrosielski DA, Stewart KJ. Predictors of exercise intervention dropout in sedentary individuals with type 2 diabetes. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2012; 32(6): 370-378.

Organização Mundial de Saúde. OMS pede aos países para reduzir ingestão de açúcar entre adultos e crianças. Geneva, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/sugar-guideline/en/>>. Acesso em: 27/03/2018.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. XII Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo, 2015.

SBD – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo, ed. Clannad, 2017.

Wang P, Fiachi-Taesch NM, Vasavada RC, Scott DK, García-Ocaña A, Stewart AF. Diabetes mellitus—advances and challenges in human β -cell proliferation. Nat Rev Endocrinol 2015, v. 11, n. 4, p. 201–212.

O ENSINO DE PRIMEIROS SOCORROS PARA ESCOLARES E PROFESSORES: ESSENCIAL PARA A CIDADANIA

Área Temática: Saúde.

Anne Marília de Aquino Laurentino¹; Ian Rodrigo Nascimento e Silva²; Matheus de Lima Fernandes³; Naryllenne Maciel de Araújo⁶; Thomas Matheus da Silva Lopes⁷; Daniele Vieira Dantas⁸; Rodrigo Assis Neves Dantas⁹.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo:

Introdução: O estudo de primeiros socorros para a população leiga é assunto de extrema importância, no que concerne a promoção e prevenção da saúde. Uma vez que uma comunidade capacitada está apta para intervir diante de situações de urgência e ajudar o serviço de saúde com a diminuição dos agravos e dos danos que com acidente pode causar a uma vítima. Para isso, é necessário que essa difusão de saber se faça dentro do ambiente escolar. **Objetivo:** Relatar a experiência dos discentes durante o Projeto de Extensão Universitária de ensino de Primeiros Socorros para escolares e professores, e fazer uma análise do que o projeto gerou para a escola no que se refere ao aprendizado adquirido pelos professores e alunos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado no segundo semestre do ano de 2017, com o público-alvo composto por crianças, adolescentes e professores vinculados à instituição de ensino “Escola Municipal Senador Jessé Pinto Freire”, no município de Ielmo Marinho/RN. **Resultados:** O projeto de extensão contou com três encontros e foram realizadas atividades nas modalidades teórico-práticas, simulações, e aprendizado baseado em problematizações sobre o projeto de ensino de primeiros socorros para crianças/adolescentes e professores. Foram 50 participantes dentre alunos e professores. A abordagem feita aos temas foi de cunho lúdico e ao mesmo tempo utilizando de metodologias que tornassem possível a problematização dos conteúdos abordados. **Conclusão:** Conclui-se que o viés metodológico alcançou o

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Graduação em Enfermagem.

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Graduação em Enfermagem.

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Graduação em Enfermagem.

⁹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Graduação em Enfermagem.

objetivo esperado após a intervenção realizada. A partir da evolução do saber do público alvo (primeiro e último dia), podemos constatar que agora estão mais capacitados a intervir em situações que necessite de primeiros cuidados, do que antes das aulas. Desse modo levanta a importância da abordagem para capacitar alunos e professores.

Palavras-chave: Primeiros socorros; Educação em Saúde; Enfermagem.

Introdução

Primeiros socorros podem ser definidos como os cuidados imediatos a serem prestados rapidamente a uma pessoa, vítima de acidentes ou de mal súbito, cujo estado físico alterado põe em perigo a sua vida, podendo ser realizado por qualquer pessoa (LEITE et al 2013; NETO et al, 2017). Dessa forma, leigos no assunto podem e devem realizar a prestação de primeiros socorros a qualquer vítima.

Em consonância com PEREIRA et al (2015), um dos grandes problemas que surgiram com o crescimento exacerbado da população, foi o aumento do número de acidentes nos mais diversos âmbitos da sociedade. Define-se como acidente toda ocorrência não intencional que pode desencadear qualquer lesão corporal ou perturbação perceptível. (BRASIL, Ministério da Saúde 2017).

Tendo em vista o exposto acima, levando em consideração o aumento da morbimortalidade de acidentes na sociedade brasileira e a escassez de um ensino eficaz para a população leiga, torna-se de extrema relevância uma educação voltada para esse público, com o intuito de reduzir os índices de acidentes e assegurar um atendimento menos inapropriado para com a vítima. (PEREIRA et al., 2015)

Outrossim, a oferta de primeiros socorros deve seguir intervenções eficazes sendo o tempo um fator extremamente fundamental para o êxito da assistência, e essencial para prevenir piores agravamentos à vítima. Portanto, a assistência imediata no local da ocorrência aumenta a taxa de sucesso da recuperação da vítima, fazendo com que a equipe consiga um prognóstico mais satisfatório. (SOUZA et al., 2013)

Assim, a capacitação do leigo em primeiros socorros é fundamental para salvar vidas e prevenir sequelas. Entretanto, apesar da latente importância que o tema vem assumindo, percebe-se que a população ainda não tem as informações necessárias para instituí-lo. Por isso, fica evidente a importância de se ampliar o acesso à informação e garantir que as pessoas sejam capacitadas para agir frente a uma emergência (JESUS; SOUSA, 2015).

Os meios de comunicação apontam um crescimento na ocorrência de acidentes e violência na infância, gerando discussões acerca das responsabilidades dos pais e dos responsáveis das instituições de ensino e lazer. A ocorrência repetida destes acidentes na infância reflete em dados epidemiológicos, que apontam as causas externas como a 3ª principal causa de morte em crianças de zero a nove anos e a 1ª causa de morte entre crianças de 10 a 15 anos (CABRAL; OLIVEIRA, 2017).

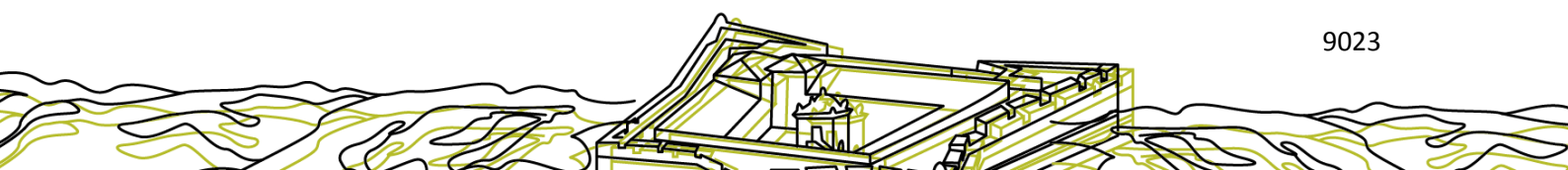
Um dos locais onde situações de urgência e emergência ocorre é a escola. Esta constitui um cenário no qual agravos podem acometer os alunos e onde o professor possui grande chance de testemunhar a situação e necessitar agir. Entretanto, devido à formação voltada para a educação, os professores possuem insegurança e despreparo para prestar os primeiros socorros (NETO et al., 2017).

Segundo Silva et al (2017), é importante que professores de educação física e demais professores participem, periodicamente, de cursos e treinamentos em primeiros socorros e pronto atendimento, no intuito de se capacitarem adequadamente nos aspectos psicológicos, emocionais e técnicos, assim proporcionando maior segurança aos alunos e demais professores da escola. Para Neto et al (2017), a educação em saúde apresenta-se como estratégia eficaz para o enfrentamento do déficit de conhecimento dos professores acerca da temática.

A enfermagem ocupa posição estratégica para a educação em saúde acerca dos primeiros socorros na escola por se encontrar inserida nos serviços de urgência e emergência e diante da atuação na escola. A profissão atua no Programa Saúde na Escola, que versa sobre a promoção da saúde do escolar, e em projetos como SAMU nas escolas e Samuzinho, nos quais os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) realizam intervenções educativas nas escolas (NETO et al., 2017).

A proposta de extensão surgiu na Inglaterra no século XIX, e tinha como objetivo direcionar novos caminhos para a sociedade para a promoção de uma educação contínua. No contexto atual, a extensão surge como uma ferramenta a ser utilizada pela universidade para o fortalecimento de seu vínculo social. O conceito de extensão universitária, bem como o envolvimento entre instituição e comunidade, proporciona benefícios e adquire conhecimentos para ambas as partes, de modo a colocar em prática tudo aquilo que foi visto em sala e aplicá-lo fora dela. (RODRIGUES et al., 2013)

A extensão universitária proporciona ao estudante a descoberta de um novo e prático recurso de aprendizagem, que possibilita o desenvolvimento de habilidades e competências fundamentais para a interação humana. É também a ferramenta na qual a universidade difunde os seus saberes sobre os mais variados setores sociais, se



mostrando um importante mediador na comunicação entre a universidade e sociedade. (OLIVEIRA; ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

O grande desafio da extensão é ponderar o vínculo estabelecido entre o ensino e pesquisa com as necessidades sociais, determinar as contribuições para o crescimento da cidadania e para a modificação efetiva da sociedade. O modelo de extensão tem como objetivo proporcionar suporte e auxílio à sociedade, contribuindo para melhoria dos cidadãos. O entendimento da relação entre extensão e sociedade é fundamental para possibilitar que haja qualidade na assistência prestada para as pessoas. (RODRIGUES et al., 2013).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência dos acadêmicos da graduação de enfermagem durante o projeto de extensão universitária de ensino de primeiros socorros para escolares e professores, e fazer uma análise do que o projeto gerou para a escola no que se refere ao aprendizado adquirido pelos professores e alunos.

Metodologia

O presente estudo é de cunho descritivo, e do tipo relato de experiência, realizado no segundo semestre do ano de 2017. O público-alvo foi composto por crianças, adolescentes e professores vinculados à instituição de ensino “Escola Municipal Senador Jessé Pinto Freire”, no município de Ielmo Marinho/RN. Foram 50 participantes dentre alunos e professores. O curso foi ministrado por 6 discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a monitoração direta de dois docentes doutores e coordenadores do projeto de extensão mencionado.

O projeto aconteceu após um requerimento feito pelos responsáveis da instituição de ensino, com a alegação de que havia a necessidade de uma capacitação em primeiros socorros para educar os alunos e professores frente às situações de urgência e emergência que podem surgir em um ambiente escolar.

Posteriormente à solicitação, o projeto de extensão foi elaborado e cadastrado para passar por uma avaliação das instâncias responsáveis pela análise e aprovação da UFRN. Com a aprovação, a secretaria da Escola Municipal iniciou o processo de inscrições dos participantes.

O processo seletivo dos alunos foi realizada pela direção da escola, por meio de uma análise dos alunos que apresentavam melhores desempenhos nas atividades escolares,

interesse e disciplina. Os professores que possuíam interesse em aprender sobre o assunto foram convidados à participarem do projeto.

Os encontros foram realizados em três sextas-feiras, no horário das 8h30 às 11 horas, sendo o primeiro encontro no dia 29 de setembro, o segundo no dia 17 de novembro e o terceiro no dia 1 de dezembro, tendo este uma duração mais longa em relação aos demais.

Com isso, foi atingida a carga horária total de 8 horas para cada participante.

Foram realizadas atividades nas modalidades teórico-práticas, simulações, e aprendizado baseado em problematizações. A abordagem feita aos temas foi de cunho lúdico e ao mesmo tempo utilizando de metodologias que tornassem possível a problematização dos conteúdos abordados.

Este estudo foi realizado com base na experiência vivida pelos autores por meio de suas atividades que são desenvolvidas dentro do grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (NEPET), que está vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFRN e legitimado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

É importante tornar explícito que os dados expostos neste artigo diz respeito apenas aos autores e colaboradores do projeto de extensão, não sendo divulgado nenhum dado referente aos participantes.

Resultados e Discussão

A extensão universitária é um componente curricular que atua como uma ferramenta entre a comunidade e a universidade, no qual é formado uma ponte de ligação entre o que aprende na meio acadêmico e como isso pode favorecer a sociedade, sendo essa atuação a função de existência da extensão. Uma relação harmoniosa da universidade com a sociedade é o objetivo primário dos projetos de extensão (OLIVEIRA; ALMEIDA JÚNIOR, 2015).

O ato de colocar em prática aquilo que se foi aprendido e desenvolver fora do ambiente cotidiano acadêmico, traz benefícios ao discente e a sociedade beneficiada pela extensão. O discente que antes estava somente na condição do aprendiz, desenvolve essa absorção de conhecimento ao praticar, pois é mais gratificante aprender assim do que teoria na sala de aula; e além disso, torna-se por espaço de tempo o docente para a sociedade. Essa é a premissa básica de extensão (RODRIGUES et al, 2017).

A intervenção foi possível devido o envolvimento de quatorze discentes de enfermagem, se corresponsabilizando junto com os coordenadores do projeto em produzir todas as ferramentas necessárias para alcançar o objetivo de capacitação, sendo selecionados apenas seis dentre esses para serem os monitores durante as intervenções. Os discentes prepararam as aulas a serem lecionadas a partir de metodologias ativas, com a pesquisa através de embasamento teórico atualizado, elaboração da apresentação por *slides*, a preparação dos materiais necessários para as simulações (modelos de acrílico e estofado para suporte básico, e papelão para imobilização em traumas), a coordenação das aulas, da organização intraclasse e a arquitetura do cronograma.

Quadro 1. Lista de programação das intervenções

29/09/2017 - Sexta-feira		
Horário	Conteúdo	Monitores
8h30 às 11h	Diferença entre urgência e emergência Emergências clínicas Convulsão e Hipoglicemia Choque elétrico Queimadura	- Anne Marília e Matheus Fernandes - Anne Marília - Matheus Fernandes - Ian Rodrigo - Helena Marta
17/11/2017 - Sexta-feira		
Horário	Conteúdo	Monitores
8h30 às 11h	- Suporte Básico de Vida (teórico/prático)	- Anne Marília, Helena Marta, Ian Rodrigo e Matheus Fernandes

01/12/2017 - Sexta-feira		
Horário	Conteúdo	Monitores
8h30 às 11h	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem inicial ao trauma e ferimentos (aos alunos) - Prevenção de acidentes (aos professores) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kauanny, Matheus Fernandes e Virna - Helena Marta e Ian Rodrigo

FONTE: Elaborada pelos autores, 2018.

Um dos anseios da equipe era de se adequar a uma linguagem -visto que os participantes do projeto são leigos no assunto- que possibilitasse o entendimento completo acerca das condutas realizadas em situações de urgência e emergência: a existência e quando se deve acionar um serviço móvel de urgência, os indicativos de que a vítima pode estar correndo riscos e como agir diante das situações abordadas no decorrer do curso.

A intervenção desenvolveu como temática os cuidados de primeiros socorros, entretanto os assuntos foram selecionados para que fosse possível ensinar aos alunos e professores. A cada dia de intervenção abordou-se um módulo de assuntos lecionados por quatro alunos, com a intenção de manter uma lógica componentes com informações coesas.

O quadro 2 abaixo mostra os módulos e assuntos que foram divididos de forma objetiva.

Quadro 2. Módulos de conteúdos

Módulo I	Diferença entre urgência e emergência; Emergências clínicas; Choque elétrico e Queimaduras
Módulo II	Suporte Básico de Vida (teórico/prático)
Módulo III	Abordagem inicial ao trauma e ferimentos (aos alunos); Prevenção de acidentes (aos professores)

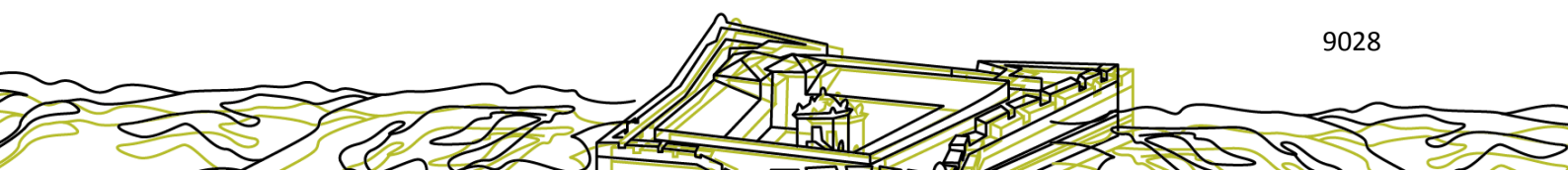
FONTE: Elaborada pelos autores, 2018.

No primeiro módulo, escolheu-se começar a abordar a diferenciação de urgência e emergência como ponto de partida para os assuntos conseqüentemente. A prestação de socorro está atrelado a resposta de ação de quem irá socorrer, e para isso é necessário que se conheça a gravidade da situação. Segundo Silva et. al. 2014 urgência é caracterizado por uma situação não prevista que pode ou não ter potencial de risco de vida, contudo é necessário uma assistência imediata. A emergência por sua vez consiste em um risco iminente de vida ou um sofrimento intenso. Após esse ponto de partida sobre a introdução de urgência e emergência, outros pontos foram abordados, como emergências clínicas, choque elétrico e queimaduras.

Optou-se por iniciar com emergências clínicas englobando o desmaio, tontura, convulsões e hipoglicemia, por se tratarem de situações com prestação de socorro mais simples para quem irá ajudar. Ainda no primeiro módulo, choque elétrico e queimaduras foram levadas à tona para o público, no qual obtivemos descrições de relatos de que alguns alunos já sofreram choques e queimaduras. O modo de tratar a queimadura foi mencionado de diversas maneiras: tratamentos alternativos com manteiga, água gelada, pasta de dente foram alguns dos relatos, já esperados por nós. Essas situações de urgência e emergência abordadas, foram escolhidas para o primeiro encontro devido a facilidade de se encontrar mais casos e relatos, utilizando da familiarização do assunto para cativar o interesse dos alunos e professores.

Antoniolli et al (2014) salienta que a assistência à vítima de queimaduras, imediatamente após o acidente, reflete diretamente no prognóstico positivo ou negativo da evolução da lesão. Essas informações apontam a importância de um primeiro atendimento de qualidade para evitar e/ou minimizar futuras complicações no tratamento da queimadura, favorecendo o prognóstico do paciente, tanto na sobrevivência quanto na redução de sequelas e complicações. O manuseio inadequado de queimaduras é corriqueiro, podendo estar relacionado à falta de conhecimento da população frente a estas situações. O princípio básico do atendimento pré-hospitalar consiste no atendimento imediato das condições que colocam a vida em risco, para, em seguida, obter uma completa avaliação da área queimada, grau e gravidade da lesão.

No segundo módulo, decidimos abordar a respeito do Suporte Básico de Vida (SBV) e chamar a atenção para a importância de se adquirir conhecimentos a respeito do tema referido. De acordo com Tavares et al (2016), o Suporte Básico de Vida (SBV) define-se pela manutenção da via aérea permeável, da circulação e respiração de suporte sem o uso de equipamento, à exceção do equipamento de proteção. É a primeira medida



necessária para se reverter com sucesso uma parada cardíaca. As manobras de reanimação cardiopulmonar permitem um fluxo de sangue pequeno, mas essencial, para o coração e cérebro e aumentam a probabilidade de reverter a fibrilação ventricular (FV). A maioria das situações que provocam Parada Cardiopulmonar (PCR) ocorrem fora dos hospitais e longe do alcance dos profissionais de saúde. Quer seja em casa, no trabalho, na estrada, ou no decorrer de atividades desportivas e de lazer, o cidadão comum é o primeiro interveniente. O seu papel é limitado e temporário, mas primordial. A sua capacidade de avaliar rapidamente a urgência da situação e a aplicação imediata dos conhecimentos são determinantes.

No primeiro momento do segundo encontro, houve a transmissão do conhecimento teórico acerca de SBV por meio de uma aula expositiva em *slides*, com o uso de projetor Data Show. Foi um momento não apenas de transmissão do conteúdo ministrado, mas também de esclarecimento de dúvidas, problematização do tema, e escuta de relatos provenientes dos alunos e professores participantes do curso. No segundo momento do encontro, realizou-se a prática de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) com todos os professores e alunos participantes do curso. Para proceder com tal atividade, os integrantes foram divididos em duplas, onde cada dupla simularia a abordagem inicial à uma vítima de PCR, e treinaria os movimentos de RCP. Bonecos de ressuscitação pertencentes ao Departamento de Enfermagem da UFRN foram utilizados para a aula prática de RCP.

O terceiro dia de extensão, aconteceu de forma atípica aos outros dois dias de intervenções, de modo que houve duas aulas sendo lecionadas ao mesmo tempo, dividindo o contingente de monitores para realização das duas aulas. Em uma sala permaneceu um grupo de alunos assistindo e participando do assunto de traumas e ferimentos, e na outra sala um grupo de professores e funcionários da escola teve aula de prevenção de acidentes. Durante a abordagem de traumas com os alunos, realizou-se uma aula expositiva dialogada e posteriormente uma prática de imobilização de membros, no qual papelões previamente moldados foram utilizados para ensinar as crianças e adolescentes, qual é a maneira eficaz de imobilizar uma vítima de trauma.

Pode-se afirmar que o trauma é toda lesão que causa alterações físicas ou funcionais ao organismo, ocorrendo de forma física, química ou acidental, também com a possibilidade de ser aberto ou fechado (CARVALHO; SARAIVA, 2015). Em Coelho (2015), o assunto de traumas abordado para escolares é relevante devido ao fato estatístico de que o trauma é considerado a principal causa de óbitos em uma faixa etária de 10 à 29 anos, representando 40% de mortes as crianças entre 05 e 09 anos, e 18% entre 01 e 04

anos. Além disso, houve aumento de mortes por essa causa em menores de 10 anos e alcança quase metade dos óbitos entre 10 e 14 anos de idade, demonstrando ser uma temática importante para o sistema educacional e para a saúde pública.

A abordagem aos professores sobre prevenção de acidentes na escola teve como base e estrutura as aulas do primeiro módulo para os alunos, havendo edição das aulas em alguns pontos para que o assunto fosse passado mais objetivamente devido ao menor espaço de tempo. Visamos neste momento de aprendizado, trocar as informações de experiências vividas pelos docentes e funcionários, promovendo o saber mútuo mencionado por Rodrigues et al (2017).

O assunto que mais enfatizamos foi sobre o Suporte Básico de Vida, um dos temas mais negligenciados quando se fala de primeiros socorros (GALINDO NETO et al 2017). Optamos por dar ênfase e demonstrar o protocolo correto para a prestação de socorro a vítima com parada cardiorrespiratória, devido aos docentes e funcionários estarem em uma condição de responsáveis de todo aquele quadro de alunos e assim serem o referencial de apoio a qualquer situação de urgência e emergência. Demonstrou-se nos questionamentos que conceitos básicos de como proceder, como a ínfima necessidade de realizar respiração boca-a-boca, não eram comuns aos adultos presentes, diferente de quando se abordou emergências clínicas e a forma de socorrer eram mais familiares.

Os beneficiados ao final da extensão foram além dos escolares, funcionários e professores, todo o corpo de pessoas que participou da construção do projeto, principalmente os monitores que atuaram ativamente na transmissão do conteúdo. O ato de ensinar ao público o que antes tinha sido ensinado em sala de aula aos discentes do projeto, consolida de forma mais eficaz o assunto lecionado na universidade. Ao ensinar na extensão, questões não levantadas na sala podem vir à tona pela comunidade interessada no assunto e assim o rearranjo da resposta deverá atender a linguagem adequada, instigando o discente a pensar.

A extensão se torna imprescindível na formação generalista do profissional de Enfermagem quando “o enfrentamento de situações problemáticas que afligem a sociedade exige preparo técnico e profissional e, mais ainda, a capacidade de lidar com a complexidade própria do ser humano (OLIVEIRA; ALMEIDA JÚNIOR, 2015, p. 22)

Considerações Finais

Após a intervenção realizada, percebeu-se que o viés metodológico alcançou o objetivo esperado, no caso, a capacitação de professores e alunos acerca dos conceitos e cuidados de primeiros socorros. Constatou-se durante as aulas lecionadas que o público alvo demonstrou interesse em aprender e reconheceu a necessidade da temática exposta, através de relatos explanados e por perguntas pertinentes ao assunto.

A evolução do saber do primeiro dia em relação ao último ficou nítido, principalmente aos alunos no qual tiveram mais dias de aula, demonstrado a partir da confiança a responder às questões realizadas. A partir da evolução do saber do público alvo, podemos constatar que agora estão mais capacitados a intervir em situações de urgência que necessite de primeiros cuidados, do que antes das aulas.

Além da capacitação de alunos e professores, ao final da extensão pudemos perceber a capacitação dos discentes do projeto quanto a consolidação dos assuntos lecionados. A segurança em conceituar e ensinar sobre primeiros socorros ficou mais evidente após a experiência de transmitir o conhecimento à comunidade. Após essa vivência, não só o público alvo está capacitado a prestar socorro como também os monitores estão mais capacitados a transmitir o saber.

Apesar do objetivo ter sido alcançado ao final dos encontros, ficou nítido que a temática não é abordada no âmbito escolar, distanciando o conhecimentos básicos da população, tendo em vista que no cerne da educação tal assunto não é exposto. Desse modo, levanta a importância da abordagem para capacitar alunos e professores.

Ademais, diante de tudo que foi exposto percebe-se a necessidade de que mais instituições de ensino implementem a educação em saúde em suas grades curriculares, fornecendo o saber desde a infância para que cresçam cidadãos mais instruídos quanto aos primeiros socorros. O apoio de gestores e do governo é essencial para que se tenha força na implementação.

Referências

ANTONIOLLI, Liliana, et al. **Conhecimento da população sobre os primeiros socorros frente à ocorrência de queimaduras: uma revisão integrativa**. Revista Brasileira de Queimaduras, vol. 13, nº 4, p.251-259, fev 2014. Disponível em: <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/228/pt-BR/conhecimento-da-populacao->

sobre-osprimeiros-socorros-frente-a-ocorrenca-de-queimaduras--uma-revisao-integrativa>. Acesso em 2 de abr de 2018.

BEZERRA LEITE, A. et al. **Primeiros socorros nas escolas**. Revista Extendere [Internet]. Vol. 2, nº 1, p. 61-70. 2013 Disponível em: <<http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/viewFile/778/429>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CABRAL, Elaine Viana; OLIVEIRA, Maria de Fátima Alves de. **Primeiros socorros na escola: conhecimentos dos professores**. Revista Ensino, Saúde e Ambiente [Internet], Vol. 10, nº 1, p. 175-186, Abr 2017. Disponível em:<<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/607/276> >. Acesso em 02 de abr de 2018.

COELHO, Jannaina Pereira Santos Lima. **Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia**. Revista Científica do ITPAC, [Internet] Araguaína - To, v. 8, n. 1, p.1-4, jan. 2015. Disponível em: <https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_7.pdf>. Acesso em 20 de mar de 2018.

GALINDO NETO, Nelson Miguel et al. **Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores**. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 87-93, Jan. 2017 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100087&lng=en &nrm=iso>. Acesso em 31 Mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700013>.

JESUS, Albertino do Amparo de; SOUSA, Adriana Maria de. **Treinamento em primeiros socorros para o leigo**. Revista Extensão e Cidadania. Vitória da Conquista. Vol. 3, nº 5, p, 47-59. jun 2015. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/recuesb/article/viewFile/5765/pdf_306>. Acesso em: 02 de abr de 2018.

OLIVEIRA, Franklin Learcton Bezerra de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de. **Extensão universitária: contribuições na formação de discentes de Enfermagem**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v. 17, n. 1, p.19-24, jan. 2015.

PEREIRA, Karine Chaves et al. **A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros junto ao público leigo.** Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro [Internet], Viçosa, v. 5, n. 1, p.1478-1485, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/456/837>>. Acesso em 22 de mar de 2018.

RODRIGUES, Andréia Lilian Lima et al. **Contribuições da extensão universitária na sociedade.** Cadernos de Graduação, Aracaju, v. 1, n. 16, p.141-148, mar. 2013.

SILVA, Danielle Soares et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.211-219, 31 mar. 2014. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>.

SILVA, Larissa Graziela Sousa da et al. **Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar:** intervenção em unidade de ensino. Enfermagem em Foco [Internet], Tucuruí, v. 8, n. 3, p.25-29, 2017. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/893/394>>. Acesso em 22 de mar de 2018.

TAVARES, Ana; PEDRO, Nuno; URBANO, Joaquim. **Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão:** um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? Rev. Port. Sau. Pub., Lisboa, v. 34, n. 1, p. 101-104, mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252016000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.006>.

ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NO MUSEU DE ANATOMIA ANIMAL DO CURSO DE MEDICINA VETERINÁRIA

Área Temática: Saúde

Isadora Martins dos Santos Amorim¹, Marcelo Domingues Faria²

Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Resumo:

O presente artigo busca apresentar as atividades realizadas no Museu de Anatomia Animal da Universidade do Vale do São Francisco (UNIFASF), município de Petrolina, Pernambuco. Percebeu-se uma aceitação de tais atividades promovidas às comunidades escolares locais, visto o grande número de frequência às exposições do Museu e consequentemente, aumento da popularidade do mesmo, permitindo o fomento do conhecimento científico e da aceitação da academia, como agência institucionalizada e promotora do saber. Percebe-se que os resultados são extremamente positivos não somente porque a cada ano mais grupos de alunos e escolas visitam o museu e colocam tais experiências como importantes para os seus processos de aprendizagem, principalmente na compreensão dos conteúdos de Ciências Naturais e Biologia, que servem também como veículo de incentivo ao ingresso na universidade e, em especial ao curso em Medicina Veterinária.

Palavras-Chave: Atividades Extensionistas; Museu de Anatomia Animal; Medicina Veterinária.

Introdução

¹ Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Medicina Veterinária (SIGLA)

² Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Medicina Veterinária (SIGLA)

Segundo Pereira et al. (s.d), a Extensão Universitária é um processo educativo, cultural e científico que articula ensino e pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade.

Dentro do curso de Medicina Veterinária, a extensão é extremamente importante, uma vez que oferece oportunidade para estudantes colocarem em prática o que aprendem nas salas de aula, além disso, democratiza o saber acadêmico ao mesmo tempo que, somado ao saber popular, como um fluxo, viabiliza o processo de construção do conhecimento (PEREIRA, *at al, s.d*).

Neste sentido, enquanto atividade de extensão universitária, o objetivo deste trabalho é apresentar as ações do Museu de Anatomia da Universidade do Vale do São Francisco (UNIFASF), popularizando a anatomia animal junto aos estudantes de um colégio de Petrolina (PE).

Metodologia

Para a compreensão da pesquisa realizada no relato de caso, compreendeu-se que a melhor metodologia seria a da pesquisa-ação, uma vez que tanto os sujeitos envolvidos no processo, neste caso os alunos do Colégio Sorriso, como também os alunos monitores do Museu de Anatomia (MIAA) do curso de Medicina Veterinária da Univasf participam ativamente do processo, durante todo o trajeto da visita, discutindo os conteúdos vislumbrados nas peças expostas.

Como pesquisa ação compreende-se:

uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos participantes de um grupo social de maneira a melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas sociais e educacionais, como também o seu entendimento dessas práticas e de situações onde essas práticas acontecem. A abordagem é de uma pesquisa-ação apenas quando ela é colaborativa...” (VIEIRA,2014, p.9, *apud* Elia e Sampaio, 2001, p.248).

Buscando informações pertinentes acerca dos trabalhos de exposição oferecidos pelo MIAA, observam-se muitas pessoas atendidas, uma vez que foram catalogadas 10.000 pessoas beneficiadas pelo Museu Itinerante (MIAA) desde 2017 até os dias atuais, e

somente em 2017 foram contabilizadas 07 instituições contempladas que visitaram o museu, totalizando 259 pessoas atendidas, de acordo com os registros do Museu.

Como parte destas atividades, nos dias 31 de agosto e 01 de setembro de 2017, foram apresentados aos 50 alunos da rede particular de ensino, advindos do Colégio Sorriso, com faixa etária entre 10 a 15 anos. A clientela foi dividida em dois grupos, por se tratar de um número considerado grande de alunos a serem atendidos. Para esta experiência contou-se com a presença e apoio da coordenadora discente, do coordenador docente e oito alunos voluntários de Medicina Veterinária

A visita ocorreu nas dependências do LAADS/UNIVASF, localizado no *Campus* Ciências Agrárias da UNIVASF, no município de Petrolina (PE). Foram expostas as peças anatômicas de organologia, peças formolizadas em vidrarias, osteotécnicas, taxidermias, criodesidratações e peças encrustadas em resinas. Além do contato visual, foram feitas explicações em torno de cada processo realizado nas peças.

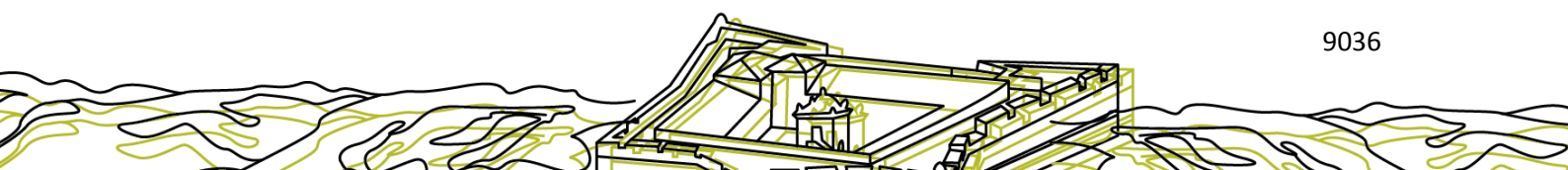
Resultados e Discussão

A visita possibilitou contato inicial com as ciências anatômicas, trazendo aos jovens presentes no local algo inusitado, bem como a desmitificação das práticas e atividades da área de anatomia veterinária. GOMES ET AL., (s.d, p. 1) afirmam que: “A divulgação científica tem sido estratégia de aproximação da universidade e de centros de pesquisa com a população em geral. Um dos mecanismos usados tem sido a destinação de espaços específicos para a visitação pública, tais como os museus abertos. ”.

No entanto, para isso, é preciso que a comunidade acadêmica, que abre suas portas para o contato com o público externo, tenha facilidade em comunicação, linguagem acessível e disponibilidade para apresentar as exposições.

Durante os dois dias, os alunos beneficiados tiveram contato com diferentes estruturas e técnicas anatômicas, acrescentando conhecimento, que serviram como veículo de incentivo ao ingresso na universidade e, em especial no curso em Medicina Veterinária. Nos estudos de Silva e Sílvia (2015, p. 272):

(...) é de fundamental importância para o presente momento, assim como para as futuras pesquisas, que se leve em conta as considerações referentes aos objetivos das visitas, principalmente



porque os grupos organizados que vêm ao museu, em sua grande maioria, estão interessados na apreensão intelectual dos conteúdos científicos disponibilizados em sua exposição.

Neste sentido, percebeu-se a importância do museu e das atividades promovidas pelo mesmo.

Conclusão

O Museu de Anatomia (MIAA) nasceu com o objetivo de não somente proporcionar aos estudantes da medicina veterinária a aproximação com o objeto de estudo como também a prática de repassar tais saberes às comunidades da educação básica, que podem acrescentar valor aos estudos de biologia dos seus programas e currículos escolares. Observou-se tal relevância não somente através do acompanhamento e relato da visita de uma escola ao museu, como também do número elevado de pessoas beneficiadas à proposta extensiva a partir do ano de 2017 até a presente data. O museu tem papel fundamental na promoção e divulgação dos saberes científicos, uma vez que, desde sua fundação, tem beneficiado a comunidade em várias localidades, fornecendo conhecimento, despertando a curiosidade e interesse pela ciência anatômica. Percebe-se que os resultados são extremamente positivos não somente porque a cada ano mais grupos de alunos e escolas visitam o museu e colocam tais experiências como importantes para os seus processos de aprendizagem, principalmente na compreensão dos conteúdos de Ciências Naturais e Biologia, que servem também como veículo de incentivo ao ingresso na universidade e, em especial ao curso em Medicina Veterinária.

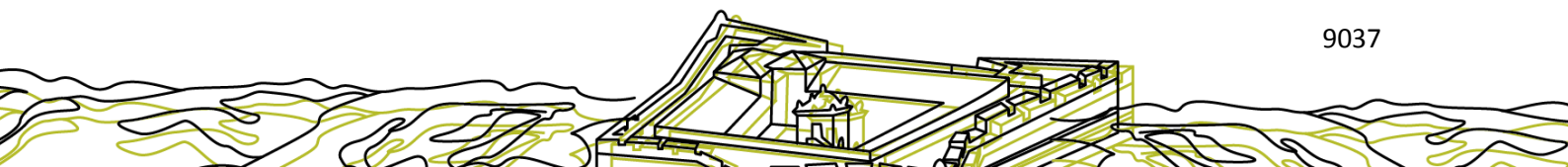
Referências Bibliográficas:

GOMES, V B e OUTROS. **Avaliação do impacto de visitas e palestras de divulgação científica em alunos do ensino médio visitantes ao campus da Universidade de Brasília.**

Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R0233-1.pdf>.

Acessado em: 20 de março de 2018.

PEREIRA, W A. B., SOUZA, M M. O. de, FRANCIS, D G. Extensão Rural: **O Papel dos Estudantes de Medicina Veterinária na Orientação de Produtores Familiares.** Disponível

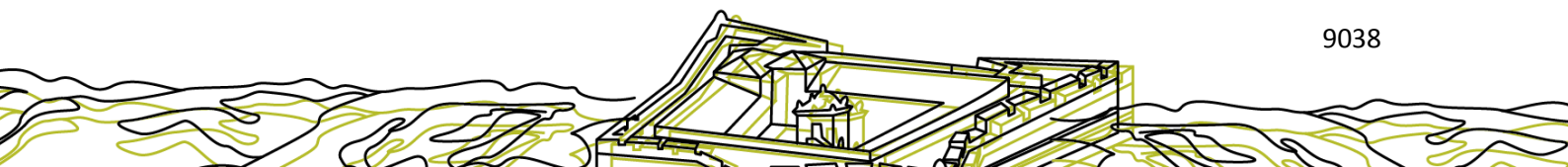




em: http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/trabalho/extencaorural.pdf Acessado em: 20 de março de 2018.

SILVA, M C e SILVIA, J. Z, **Perfil dos visitantes do museu de anatomia veterinária da fmvz/usp: primeiros estudos**. Disponível em: [file:///C:/Users/Isadora/Downloads/10331-45980-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Isadora/Downloads/10331-45980-1-PB%20(1).pdf). Acessado em: 20 de março de 2018.

VIEIRA, A. S. da S. N. **Tecnologias da Informação e Comunicação no contexto escolar**. 2014. Disponível em: http://xanpedsul.faed.udesc.br/arq_pdf/1400-0.pdf. Acessado em: 20 de março de 2018.



CONTRIBUIÇÕES DE UMA LIGA ACADÊMICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Área Temática: Saúde

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão¹; Débora Maria Bezerra Martins¹; Milenna de Mesquita Braga¹, Francisca Drenalina de Sousa Araújo¹, Lívia Moreira Barros².

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Resumo

Introdução: A urgência é caracterizada por uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já a emergência é a confirmação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso, embasada por meio de práticas clínicas cuidadoras. **Objetivo:** Conhecer as contribuições de uma liga de extensão em urgência e emergência para a formação em enfermagem, tomando por base o depoimento de enfermeiros que participaram da liga durante a graduação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado no mês de março de 2018, na cidade Sobral, Ceará, com enfermeiros que participaram enquanto graduandos da Liga de Extensão em Urgência e Emergência (LENUE). Os participantes da pesquisa foram 14 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão. Aplicou-se um formulário semiestruturado, visando identificar a importância da realização do projeto de extensão. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CAAE: 80882417.3.0000.5053). **Resultados:** Foram incluídos no estudo 14 enfermeiros, sendo predominante o sexo feminino (57,1%). A média de idade dos participantes foi de 24,8 anos ($\pm 1,2$), com variação entre 23 a 27 anos. Todos os enfermeiros da pesquisa consideraram que o campo de extensão permeado pela LENUE foi de extrema relevância na graduação em enfermagem, provendo conhecimentos e vivências na realidade da urgência e emergência. Informaram ainda que, participar da LENUE melhorou o desempenho acadêmico por oferecer uma imersão em campo, essencial para a articulação dos

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Curso de Bacharelado em Enfermagem.

² Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem - UVA.

conhecimentos teóricos e práticos de urgência e emergência. **Conclusões:** A Liga de Extensão em Urgência e Emergência (LENUE) tem atingindo o seu potencial de contribuição para a formação em Enfermagem, ampliando o conhecimento e as experiências acadêmicas no âmbito da urgência e emergência.

Palavras-chave: Urgência; Emergência; Extensão; Enfermagem.

Introdução

A partir da instituição da Rede de Atenção às Urgências, amplia-se o conceito de saúde, necessitando da participação multiprofissional no atendimento. A urgência é caracterizada por uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já a emergência é a confirmação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso, embasada por meio de práticas clínicas cuidadoras

(BRASIL, 2011).

Os serviços de emergência são, portanto, locais que necessitam dar respostas rápidas, devendo ter uma equipe qualificada, que tenha facilidade de comunicação e capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves. Por ser uma área muito específica e crucial, as urgências demandam cuidados especiais e profissionais qualificados, pois muitas vidas dependem do tipo de atendimento recebido. Assim, faz-se necessário o ensino, a pesquisa e a extensão na formação de acadêmicos das áreas da saúde tanto para a assistência como para a promoção da saúde na comunidade, evitando agravos (Sousa, *et al.*, 2014).

Segundo a direção da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), hospital filantrópico de referência para toda a Zona Norte do estado do Ceará, atende a uma população de aproximadamente 1.720.000 habitantes, oriundos de 55 municípios. No ano de 2017 foram realizados 65 mil atendimentos de emergência, dentre estes, mais de 40 mil em traumatologia (DIÁRIO DO NORDESTE, 2017).

Com o intuito de contribuir com a demanda de tal realidade, acadêmicos de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) implementaram o projeto de extensão Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência (LENUE), que tem por finalidade promover aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de aprofundarem seus conhecimentos no âmbito da assistência hospitalar às urgências e emergências, por meio de vivências de práticas assistenciais no Setor de Emergência do Hospital

Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), além de colaborar com as demandas do serviço.

As ligas acadêmicas são organizações estudantis, com supervisão de docentes ou profissionais vinculados a uma instituição, de duração indeterminada, sem fins lucrativos, que visam aprimorar o estudo e habilidades adquiridas na graduação acerca de uma área específica do conhecimento, com o objetivo de integrar acadêmicos de diversos períodos que tenham interesse nessa área (VIEIRA, *et al.*, 2014).

Buscando executar atividades didáticas, assistenciais, de pesquisa e de extensão universitária, em determinada especialidade ou área médica, extracurriculares, e aprimorar conhecimentos científicos, as ligas acadêmicas têm trazido importante crescimento e amadurecimento ao acadêmico (MONTEIRO, *et al.*, 2008).

A inquietação em expressar a dimensão de uma liga acadêmica surgiu de forma a demonstrar que o processo ensino-aprendizagem não se restringe somente a sala de aula, mas que este deve ser desenvolvido pelo próprio acadêmico em busca de novos conhecimentos e

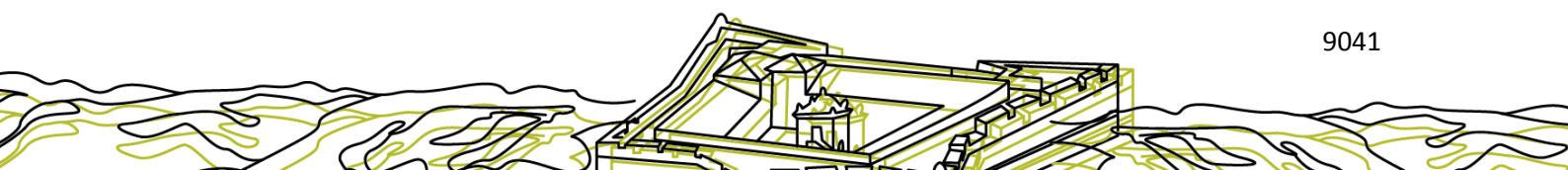
experiências profissionais e pessoais. Nessa perspectiva coloca-se a questão norteadora do estudo: “Quais as contribuições de uma liga de extensão em urgência e emergência para a formação em enfermagem?”.

Assim, o objetivo do trabalho consiste em conhecer as contribuições de uma liga de extensão em urgência e emergência para a formação em enfermagem, tomando por base o depoimento de enfermeiros que participaram da liga durante a graduação.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, no qual visa compreender experiências, comportamentos, emoções e sentimentos vividos, ou, ainda, compreender sobre o funcionamento organizacional, os movimentos sociais, os fenômenos culturais e as interações entre as pessoas, seus grupos sociais e as instituições (AUGUSTO, *et al.*, 2013).

O estudo foi realizado no mês de março de 2018, na cidade Sobral, Ceará, com enfermeiros que participaram enquanto graduandos da Liga de Extensão em Urgência e Emergência, que possibilita a inserção prática de acadêmicos de enfermagem em um setor de emergência de um hospital de ensino da Zona Norte do Estado de Ceará, classificado e habilitado para assistência terciária que desenvolve procedimentos de



alta complexidade, como tratamentos ortopédicos, oncológicos, neurocirurgias, urgências e emergências, referência em emergência traumatológica.

Os participantes da pesquisa foram 14 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão: ter participado da Liga de extensão em Urgência e Emergência durante a graduação em enfermagem; ter concluído a graduação; disponibilidade de tempo para responder o formulário.

Para que as observações e contribuições fossem descritas de forma detalhada, aplicouse um formulário semiestruturado, visando identificar a importância da realização do projeto de extensão e o aprendizado na Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel 2016 e analisados no programa estatístico Statistical Package for the social Sciences (SPSS) versão 20 para Windows, e armazenados em banco de dados, no qual os resultados estão apresentados com frequências absolutas e relativas em tabelas.

A coleta com os sujeitos foi realizada após aprovação por escrito e atendeu aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CAAE: 80882417.3.0000.5053).

Resultados e Discussão

Foram incluídos no estudo 14 enfermeiros, sendo predominante o sexo feminino (57,1%). A média de idade dos participantes foi de 24,8 anos ($\pm 1,2$), com variação entre 23 a 27 anos. Em relação ao tempo de conclusão da graduação em enfermagem, a média foi de 12,7 meses, variando de oito meses a dois anos de conclusão.

Tabela 1. Caracterização dos enfermeiros que participaram da LENUE durante a graduação.

Sobral, Ceará, 2018.

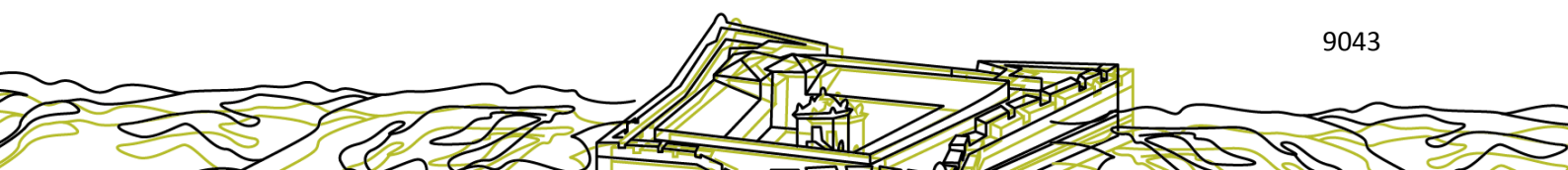
Idade	n	%
23 anos	01	7,1
24 anos	07	50
25 anos	01	7,1
26 anos	03	21,4

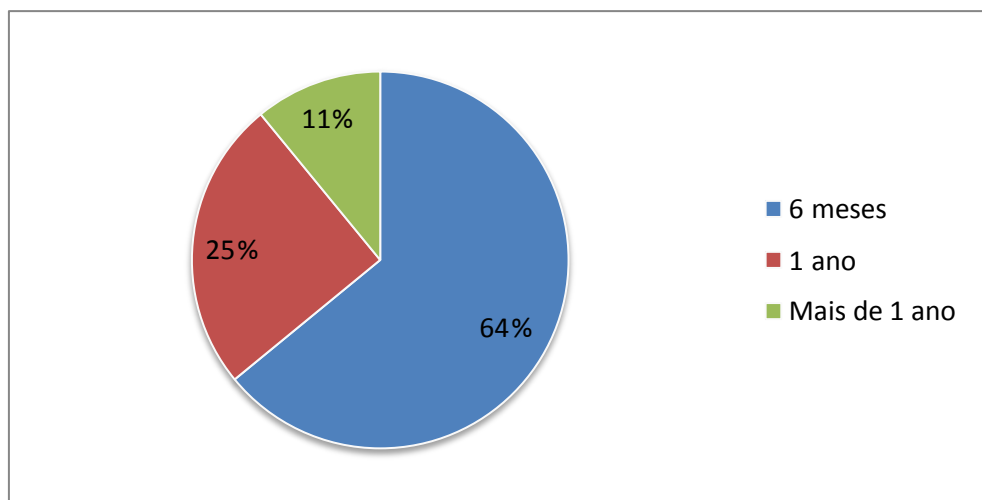
27 anos	02	14,3
Sexo	n	%
Masculino	06	42,9
Feminino	08	57,1
Conclusão da Graduação	n	%
8 meses	04	28,5
9 meses	02	14,2
12 meses	03	21,4
14 meses	02	14,2
18 meses	01	7,1
24 meses	02	14,2

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

O gráfico 1 expressa o tempo de participação dos enfermeiros na Liga de Enfermagem em Urgência e emergência durante a graduação em Enfermagem. Percebe que a maioria dos enfermeiros (64%), participaram da LENUE por um período de seis meses.

Gráfico 1: Tempo de participação dos participantes na Liga de Enfermagem em Urgência e emergência durante a graduação em Enfermagem. Sobral, Ceará, 2018.





Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Dos enfermeiros avaliados, 12 encontram-se com vínculo empregatício. Destes, cinco atuam na área de urgência e emergência. A maioria (92,9%) dos enfermeiros avaliados quanto às contribuições da liga de extensão para a formação em enfermagem concordaram totalmente que a LENU é uma atividade de extensão relevante para os acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), uma vez que a mesma oportuniza um importante contato com a área da urgência e emergência.

Dentre as diversas formas de ensino e aprendizagem, a participação em ligas acadêmicas tem grande importância na formação técnica e teórica de alunos, devido às atividades extracurriculares exercidas pelos membros (RAMALHO, *et al.*, 2012).

No cenário hospitalar, os membros de uma liga participam de plantões noturnos e diurnos, o que proporciona uma ampla vivência de casos clínicos, traumatológicos, entre outros, com as mais variadas patologias, permitindo aos acadêmicos aprimorar conhecimentos clínicos e semiológicos já aprendidos, e obter novos por meio da orientação dos preceptores. Desta maneira, a liga requer que seus membros pratiquem sua bagagem de conhecimentos teóricos, atualizem-se para a vasta área que lhes é oferecida e reforcem, posteriormente, os aprendizados obtidos durante os plantões (VIEIRA, *et al.*, 2014).

Todos os enfermeiros da pesquisa consideraram que o campo de extensão permeado pela LENU foi de extrema relevância na graduação em enfermagem, provendo conhecimentos e vivências na realidade da urgência e emergência. Informaram ainda que, participar da LENU melhorou o desempenho acadêmico por oferecer uma imersão

em campo, essencial para a articulação dos conhecimentos teóricos e práticos de urgência e

emergência.

A Extensão Universitária é uma das ações do processo formativo acadêmico, forma-se por meio de vivências, as quais se realizam e se demonstram próximas à realidade vivida pelos indivíduos naquela comunidade. Portanto, é um mecanismo no qual podem ser feitas ações de cunho de auxiliar a disseminação do conhecimento e de realizar uma reflexão crítica repensando as atividades acadêmicas frente às demandas da sociedade em que está inserida. As atividades de Extensão Universitária podem oportunizar aos estudantes, práticas de estudo que contemplem o conhecimento abordado e o necessário para a formação profissional

(SANTOS, *et al.*, 2015).

As Ligas de extensão vêm adquirindo cada vez mais relevância, por assumirem grande contribuição para o processo formador, sendo uma importante potência para a concepção e formação do futuro profissional de saúde. Neste sentido, o Curso de Graduação em Enfermagem adquire um importante instrumento de complementarização do ensino, aproximando o discente do campo prático (SOUSA, *et al.*, 2014).

Assim, as atividades de uma liga são de grande valia para os membros, pois essas atividades práticas ganham uma importância maior, uma vez que as instituições de ensino não oferecem um campo prático por longo prazo durante os estágios curriculares, onde o aprendizado prático pode ficar restrito. Diante disso, é de grande magnitude a participação neste cenário, diminuindo assim um dos maiores anseios dos acadêmicos, que é a participação em práticas de urgência e emergência e o contato com o paciente em estado crítico (VIEIRA, *et al.*, 2014).

Em relação às aulas teóricas propostas pela LENUE, os enfermeiros afirmaram que as mesmas proviam benefícios à formação, uma vez que ministravam conhecimentos específicos para a prática, além de ser a aula repassada por professores e profissionais de saúde especialistas na temática abordada a cada semana. Informaram ainda que, recomendam a liga de extensão para outros acadêmicos como fonte de conhecimentos e aperfeiçoamento prático, pois a mesma, segundo eles, proporciona mais segurança ao graduando em enfermagem, além de contribuir para o conhecimento do serviço de urgência e emergência do Sistema Único de

Saúde (SUS).

Dentre as atividades exercidas nas ligas, se destacam as aulas teóricas, aulas práticas, a organização de simpósios e cursos, o desenvolvimento de projetos de pesquisas e eventos de promoção à saúde. As ligas sendo uma atividade extracurricular, não representam apenas mais uma maneira de preencher e aumentar o currículo, mas também uma forma de interação entre os membros e uma forma de responder as dúvidas que se deparam no seu dia a dia (FILHO,

2011).

Dentre estas contribuições, 85,7% dos enfermeiros afirmaram que a LENUE possibilita a vivência e discussão de situações que contribuirão para a vida profissional, coadjuvando na minimização da tensão dos primeiros atendimentos realizados pelos estudantes.

Ao chegar aos últimos semestres da graduação do curso de enfermagem, o discente encerra suas atividades teóricas, iniciando assim, as vivências na prática clínica. Neste contexto, as ligas tornam o acadêmico mais preparado para enfrentar uma realidade complexa e dinâmica, de forma a estimular o desenvolvimento da autonomia, da criatividade, de uma postura inovadora, de um ser crítico e consciente de sua responsabilidade ética, política e profissional, domínio da prática, aprofundamento e contextualização dos conhecimentos, assumindo uma práxis transformadora (BENITO, 2012).

Vale aqui ressaltar que o processo de trabalho da enfermagem em uma unidade de emergência é considerado complexo e dinâmico com a responsabilidade de cumprir com as exigências que o serviço exige, além de possuir competência e agilidade para estar apto a receber os diversos tipos de agravos que podem vir a surgir. Portanto, é de suma importância que a equipe de enfermagem possua experiência e habilidades para assumir o trabalho em uma emergência hospitalar (SILVA, *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve conhecer os procedimentos, protocolos e normas da emergência e institucionais para conduzir os processos de trabalho de forma correta. É válido mencionar que a assistência de enfermagem é de suma importância para qualquer paciente, sendo essa mais imprescindível em um paciente cuja situação é instável, no qual necessita de um domínio apurado da técnica, associado com o cuidado humanizado e holístico (MAURÍCIO, *et al.*, 2017).

Dessa maneira, a atuação nas ligas de urgência e emergência permite aos acadêmicos, a partir de uma realidade imediata, encontrar no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) o espírito crítico, a criatividade, a capacidade de discernimento, de planejamento e ação e o compromisso ético para com a população, pois faz com que as teorias

aprendidas em sala de aula sejam utilizadas de maneira prática antes mesmo do estágio obrigatório. Tal ação faz com que haja a interação precoce destes conhecimentos com a rotina hospitalar. A presença do estudante, juntamente com os profissionais de saúde, permite a criação de um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe. O acadêmico, que interage precocemente com os pacientes e com os profissionais, adquire reconhecimento do ambiente de trabalho, da divisão de funções e auxilia no elo profissionais/paciente (JUNIOR, *et al.*, 2014).

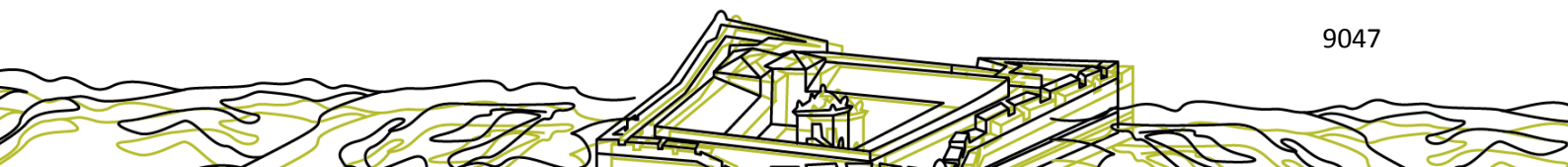
Quando interrogados sobre a nota de relevância da LENUE, 92,9% proferiram nota 10,0 e 78,6% dos enfermeiros avaliaram o seu desempenho durante a participação na LENUE como ótimo.

Com as vivências das ligas, certamente, o acadêmico chegará ao mercado de trabalho com mais experiência e domínio de técnicas para a prática em enfermagem. Uma vez que, na liga, o acadêmico já desenvolve noções de responsabilidade de horário, da sua contribuição no serviço, de trabalho em equipe, de trocas de plantões, de aprendizado conjunto, de trocas de experiências, compreensão das necessidades dos pacientes, de como eles reagem às mais variadas situações, o que pode ser modificado, quais são as falhas mais comuns, levando à discussão e conscientização, a fim de evitar que os mesmos erros sejam cometidos, e, até mesmo, a criação de proposta para melhorias. (JUNIOR, *et al.*, 2014).

Em face do domínio da prática, é fundamental ter uma base teórica apropriada para atuar com qualidade nos serviços de saúde. Uma das competências a serem desenvolvidas pelos acadêmicos de enfermagem é a tomada de decisão frente a situações de urgência e emergência em que são necessários conhecimentos, atitude e prática, uma vez que o enfermeiro como membro da equipe de saúde e líder da equipe de enfermagem, possui papel substancial no atendimento as situações de urgência, em que a sintonia da equipe é primordial para que a rapidez no atendimento seja preservada (PEREIRA, *et al.*, 2015).

Essas situações de emergência são constantemente enfrentadas pelos enfermeiros, independente da sua área de atuação, pois uma emergência pode ocorrer em qualquer ambiente, desde setores menos equipados, como ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde

(UBS), e em locais muito bem equipados e preparados para este tipo de emergência, como unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades coronarianas (PAULINO, *et al.*,



2016). Determinadas emergências, além de graves, são decisivas, pois necessitam de ação imediata da equipe de enfermagem (SILVA, *et al.*, 2013).

Cabe frisar que, ao participar de atividades extracurriculares em urgência e emergência, o graduando em enfermagem terá uma formação mais segura com valores relevantes na formação do profissional da saúde, pois participa ativamente na assistência prestada ao paciente grave, realizando procedimentos primordiais, como a monitorização do estado clínico do paciente, estabilização do mesmo e atualização das técnicas aplicadas nas situações de urgência e emergência (FIORATO, *et al.*, 2011).

Considerações Finais

Desta forma, observa-se que a Liga de Extensão em Urgência e Emergência (LENUE), tem atingindo o seu potencial de contribuição para a formação em Enfermagem em seu lócus de atuação, ampliando o conhecimento e as experiências acadêmicas no âmbito da urgência e

emergência, sendo esta uma ferramenta importante para a formação dos profissionais de Enfermagem, uma vez que busca ampliar as competências do graduando e fornece conhecimentos para uma atuação qualificada.

A oportunidade de permanência e prestação de assistência dentro de um serviço de emergência também agregará aos acadêmicos envolvidos um embasamento teórico-prático de grande validade para posteriormente serem repassados através de apresentações de resumos científicos, minicursos, seminários para o coletivo maior de acadêmicos que tenham interesse de conhecer e/ou atuarem nos serviços de urgências e emergências.

Assim, a extensão universitária deve ser amplamente impulsionada por ser um dos pilares da tríade que firma a constituição de uma universidade. A composição dessa tríade se completa pelo ensino e pesquisa, logo a extensão em especial para os cursos de bacharelado se configura como um contato com a prática de modo potencializado.

Por fim, ressalta-se a importância de ligas acadêmicas para a formação do graduando em enfermagem, especialmente relacionadas a temas complexos e que são poucos vivenciados no âmbito acadêmico, uma vez que estas oportunizam ao estudante, diante do seu papel protagonista, criar espaços de discussões e vivências práticas, culminando em um conhecimento construído capaz de beneficiar a comunidade a qual estão inseridos.

Referências

AUGUSTO, C.A.; SOUZA, J.P.; DELLAGNELO, E.H.L.; CARIO, S.A.F. Pesquisa

Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 2013. 51(4), 745-764.

BENITO, Gladys Amelia Vélez. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev. Bras Enferm*, Brasília, jan – fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

DIÁRIO DO NORDESTE. Santa Casa de Misericórdia de Sobral divulga balanço de suas atividades no encerramento do ano. 2017. Disponível em:

<http://blogs.diariodonordeste.com.br/zonanorte/sobral_/santa-casa-de-misericordia-desobral-divulga-balanco-de-suas-atividades-no-encerramento-do-ano/>. Acesso em: 31 mar.

2018.

FILHO, P.T.H. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35: 535-43.

FIORATO, A.C.; PSSUTTI, B.; BUCHNER, C.A.; SANTOS, A.C.F.; CASTRO, R.C.O. Atendimento de urgência e emergência: conhecimento dos graduandos de enfermagem. *Rev. Cient. das faculdades integradas de Jaú*. Vol. 8, nº1. 2011.

JUNIOR, J.R.; PRZYBYCIEN, M.; TRENTINI, C.A.; CAMARGO, C.H.F. O papel da liga acadêmica de urgências e emergências cirúrgicas na formação médica. *Ponta Grossa*, volume 10 número1 - jan./jun. 2014.

MAURÍCIO, L.F.S.; OKUNO, M.F.P.; CAMPANHARO, C.R.V.; LOPES, M.C.B.T.; BELASCO, A.G.S.; BATISTA, R.E.A. Professional nursing practice in critical units: assessment of work environment characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2854.

MONTEIRO, L.L.F., CUNHA, M.S., OLIVEIRA, W.L., BANDEIRA, N.G., MENEZES,

J.V. Ligas acadêmicas: o que há de positivo? Experiência de implantação da Liga Baiana de Cirurgia Plástica. *Rev Bras Cir Plást.* 2008.

PAULINO, E.P; VIEIRA, J.P; RODRIGUES, R. A avaliação do conhecimento sobre parada e reanimação cardiopulmonar da equipe de enfermagem atuante em um hospital do interior paulista. Lins, 2016. 76p.il.31c.

PEREIRA, R.S.M; PINHEIRO, M.B.G.N; BEZERRA, A.M.F; BEZERRA, K.K.S; BEZERRA, W.K.T; ABREU, R.A; VIEIRA, A.L. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento de enfermeiros de um hospital público no Alto Sertão Paraibano. *INTESA – Informativo Técnico do Semiárido (Pombal-PB)*, v.9, n 2, p 01-10, Jun–Dez , 2015.

RAMALHO, A.S.; SILVA, F.D.; KRONEMBERGER, T.B.; POSE, R.A.; TORRES, M.L.A.; CARMONA, M.L.C., *et al.* Ensino de Anestesiologia durante a Graduação por meio de uma Liga Acadêmica: qual o Impacto no Aprendizado dos Alunos? *Rev Bras Anesthesiol.* 2012; 62: 1: 63-73.

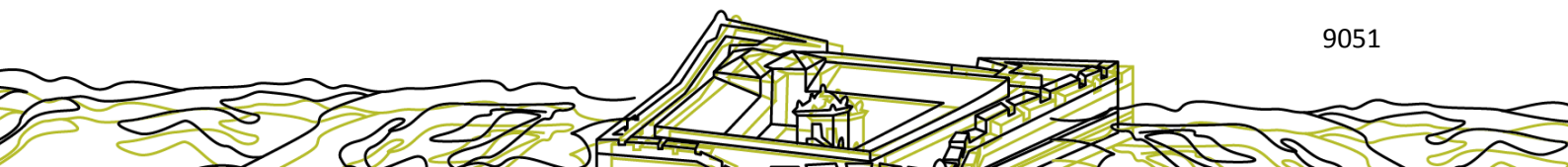
SILVA AP, MUNARI DB, BRASIL VV, CHAVES LDP, BEZERRA ALQ, RIBEIRO LCM. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2012;11(3):549-556.

SILVA, D.A.F; SILVA, E.F.G; CRUZ, A.R; BRAZ, M.R. Ensino em enfermagem e tomada de decisão: guideline 2015-2010. Centro de Ensino Superior de Valença. *Ensino, Saúde e Ambiente – V6 (3)*, pp. 83-95, dez. 2013.

SOUSA, A.R.S.; COSTA, P.C.O.; VIEIRA, E.M.F.; CINTRA, K.L.A.; OLIVEIRA, M.T. Contribuições de uma liga acadêmica do trauma e emergência para a formação em enfermagem. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.05, edição especial.* 2014 p.2723-36.

VIEIRA, G.D.; QUINTANA, F.T.; MENDONÇA, G.M.; PINTO, I.C.C.S.; BEZERRA

I.C.A.; BRAGA, O.S., *et al.* Contribuição para o ensino de Ortopedia. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014;47(2):201-7.



CARACTERIZAÇÃO DE CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E NUTRICIONAIS DA COMUNIDADE ACADEMICA ATENDIDA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO DE EXERCÍCIOS NA UFG: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HOMENS E MULHERES

Área Temática: Saúde.

Augusto César Rodrigues Rocha¹; João Vitor da Silva Calvão¹; Mariana Pereira Maia¹; Kátia Vanessa Machado Carrijo de Paula¹; Juracy da Silva Guimarães¹; Maria Sebastiana Silva¹; Ana Gabriela Pereira Alves¹.

Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG).

Resumo

Este estudo objetivou caracterizar as condições socioeconômicas, de saúde, consumo de álcool, tabaco e avaliar o consumo alimentar dos frequentadores do espaço fitness um projeto de extensão que ocorre no Centro de Esporte do Campus Samambaia (CECAS) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Realizou-se um estudo transversal descritivo e analítico com uma amostra de 37 indivíduos (homens N=23, mulheres N=14) a amostra foi selecionada de maneira não probabilística intencional, conformando-se como uma amostra por conveniência. Utilizou-se um questionário autoaplicável para analisar as variáveis sócio demográficas e econômicas. A avaliação do consumo alimentar foi feita por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e detectou-se diferença significativa para o consumo de proteínas entre homens e mulheres. Os achados sugerem a necessidade de uma equipe multidisciplinar nas atividades físico e esportivas na UFG.

Palavras-chave: Consumo Alimentar; Exercício; Promoção da Saúde; Projeto de Extensão

Introdução

O estilo de vida pode ser definido como o conjunto de orientações e hábitos comportamentais de uma pessoa e por aqueles padrões que demonstram certa

¹ Universidade Federal de Goiás (UFG)

consistência no tempo, que conseqüentemente podem ser bons ou ruins podendo constituir-se com situações de risco para a saúde. Existe uma série de comportamentos que são caracterizados como fatores de risco para a saúde, dentre eles destaca-se o consumo de álcool, tabaco, alimentação inadequada, sedentarismo entre outros (ARRIVILLAGA, SALAZAR, CORREA, 2003).

Nas últimas décadas observa-se diversas mudanças nas condições de vida e de saúde da população brasileira, que está com uma maior expectativa de vida, com um padrão de trabalho e lazer modificados e com acentuadas transformações na qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos. Isso ocasiona uma mudança nos perfis epidemiológico e demográfico das populações e tem como conseqüência uma maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, especialmente às doenças cardiovasculares (ALWAN et al., 2010).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e caracterizada pela combinação de uma dieta “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultra processados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e baixo de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto os alimentos ultra processados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano (BRASIL, 2013).

Outro aspecto que merece atenção é que as diferenças de renda refletem no padrão alimentar dos diferentes grupos sociais. Verifica-se que a dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias (BRASIL, 2013). O padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultra processados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas (BRASIL, 2013).

Os diferenciais de morbimortalidade constatados entre homens e mulheres (BARROS et al., 2011; LAURENTI et al. 2005), resultam, em grande parte, de diferenças do estilo de vida e dos comportamentos relacionados à saúde (ISER et al., 2012; MALTA et al., 2015).

Pesquisas nacionais que utilizam marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável apontam que, comparados às mulheres, os homens apresentam prevalências mais elevadas de ingestão de sal, de refrigerantes e de carnes com excesso de gordura, bem como menor ingestão de frutas, verduras e legumes (ISER et al., 2012; MALTA et al., 2015; SOUZA et al., 2013).

O consumo de substâncias psicoativas vem aumentando (TAVARES et al., 2004). O seu consumo exagerado e a dependência de drogas ameaçam os valores políticos, econômicos e sociais. Sendo que ainda contribui para o aumento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, subindo os índices de acidente de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras (CARLINI-COTRIM et al., 2000).

Segundo Kandel e Yamaguchi (1993), mostra que o envolvimento com drogas ilícitas ocorre principalmente dentro da população de adolescentes e adultos jovens. De acordo com o IBGE (2004), o Brasil possui 35 milhões abaixo dos 30 anos, com isso o consumo de substâncias psicoativas pode ser preocupante.

No que se refere a prática regular de exercícios físicos, há evidências que ela desempenha papel importante na prevenção de doenças crônicas degenerativas (COSTA, 2004; WOODS, VIEIRA, KEYLOCK, 2006). Além disso, sabe-se que uma dieta balanceada supre as necessidades individuais e fornece energia e nutrientes adequados para os processos metabólicos e recuperação de tecidos decorrentes da prática de exercícios físicos (DURAN et al., 2004; PEREIRA, CABRAL, 2007; THEODORO, RICALDE, AMARO, 2009).

Estudos com pré-diabéticos que associaram exercício e uma dieta balanceada, demonstram que esse comportamento tem a capacidade de reduzir em até 58% o risco de diabetes *mellitus* tipo 2, enquanto somente o uso de medicamentos reduz em apenas 30% (SKYLER, 2004).

Desse modo, o estímulo à prática de exercício físico e adoção de uma alimentação saudável pode auxiliar a diminuir a incidência de obesidade bem como os riscos associados ao excesso de gordura corporal além de modificar o estilo de vida que apresente comportamentos sedentários e alimentação desbalanceada. Em pesquisa realizada por Duran et al. (2004) foi encontrado que 37,5% dos avaliados fazem parte desse grupo de indivíduos com excesso de peso, resultado que preocupa tendo em vista que o elevado consumo desse nutriente está diretamente relacionado ao surgimento de doenças crônicas na população em geral (MAHAN, ESCOTT-STUMP, KRAUSE, 2011).

Desta forma, este estudo, objetivou caracterizar as condições socioeconômicas, de saúde, consumo de álcool e tabaco, e avaliar o consumo alimentar de alunos e servidores de uma comunidade universitária que praticam exercícios físicos resistidos

no projeto de extensão do Centro de Esportes da instituição, mais precisamente no Espaço Fitness do mesmo. Visando em conhecer melhor o público atendido, para que o trabalho realizado seja mais eficiente para os frequentadores do CECAS a fim de prevenir e promover saúde aos frequentadores desse projeto.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal descritivo e analítico com uma amostra de frequentadores do espaço fitness praticantes de treinamento de força do Centro de Esporte do Campus Samambaia (CECAS) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Esses praticantes fazem parte do projeto de extensão que é voltado para a comunidade universitária, na qual é composta por pessoas de ambos os sexos, com idade de 18 anos a 60 anos. Não foram incluídos neste estudo gestantes e pessoas que não praticavam exercícios regularmente. Todos assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra incluiu 37 participantes (alunos, servidores efetivos e terceirizados da UFG), matriculados no Centro de Esportes. A coleta de dados foi realizada entre março e setembro de 2017. Utilizou-se um questionário autoaplicável para coletar as variáveis sócio demográficas (sexo, idade, cor/raça, estado civil, vínculo com a universidade, escolaridade, classe social e renda mensal), objetivo da prática de exercícios físicos, presença de doenças, uso de medicamentos, consumo de suplementos, número de refeições diárias, além do consumo de álcool e tabaco. A avaliação do consumo de álcool foi realizada utilizando-se a classificação do padrão de consumo de álcool de acordo com o levantamento nacional feito em 2007 pelo Governo Federal. De acordo com os critérios estabelecidos pela Secretaria Nacional Antidrogas, o consumo de álcool foi classificado em abstinência: bebe menos de 1 vez por ano ou nunca bebeu na vida. Bebedor não frequente: bebe menos de 1 vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano e não bebe 5 ou mais doses em uma ocasião. Bebedor menos frequente: bebe de 1 a 3 vezes por mês e pode ou não beber 5 doses ou mais ao menos 1 vez por ano. Bebedor frequente: bebe 1 vez por semana ou mais e pode ou não consumir 5 ou mais doses por ocasião pelo menos 1 vez por semana, mas mais de 1 vez por ano. Bebedor frequente pesado: bebe 1 vez ou mais por semana e consome 5 ou mais doses por ocasião 1 vez na semana ou mais. Dose = 1 lata de cerveja ou chope de 350 mL; 1 taça de vinho de 90 mL; 1 dose de destilado de 30 mL; 1 lata ou garrafa de qualquer bebida tipo "ice" (LARANJEIRA et al., 2007).

Quanto a classificação socioeconômica, foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)/2015,

atualizada em 2016, considerando-se a quantidade de bens dos domicílios, o grau de instrução do chefe da família e o acesso a serviços públicos. A partir da pontuação obtida dessas informações a amostra foi classificada de acordo com o acesso a bens e nível de conforto das famílias A (45-100 Pontos), B1 (38-44 Pontos), B2 (29-37 Pontos), C1 (23-28 Pontos) C2 (17-22 Pontos) D-E (0-16 Pontos) (BRASIL, 2015).

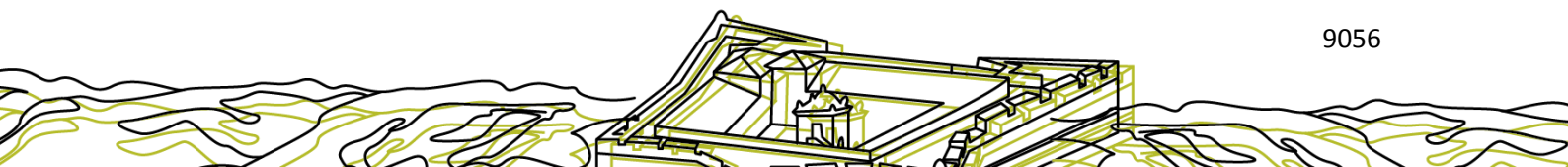
Também foram coletados dados de peso corporal (kg) e estatura (m), sendo que os mesmos foram referidos no ato da matrícula. e ainda calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2). A classificação do IMC foi feita com base nos critérios da World Health Organization (1998). IMC <18,5 baixo peso; entre 18,5 e 24,9 eutrofia; entre 25,0 e 29,9 sobrepeso, e > 30 obesos.

A avaliação do consumo alimentar foi feita por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA), validado para população adulta, semelhante a população deste estudo. O QFA é constituído por 14 grupos alimentos: 1) Leite/derivados integrais; 2) Leite/derivados desnatados; 3) Ovos; 4) Carnes; 5) Peixes; 6) Embutidos e enlatados; 7) Óleos vegetais; 8) Gordura animal; 9) Petiscos (pizzas, salgadinhos de pacote, lanches); 10) Cereais integrais (fibras e cereais); 11) Cereais não integrais (pão branco, cereais refinados, tubérculos e raízes); 12) Vegetais e leguminosas; 13) Frutas e sucos naturais e 14) Doces em geral (bolos, sorvetes, chocolates). Em cada grupo de alimento foi anotado a frequência de consumo em número de vezes por dia, semana e meses, adaptado para as medidas caseiras e depois convertido em gramas para explicar o consumo energético. Os dados coletados foram inseridos em programa específico, gerado no Excel, para estimar o consumo de energia, carboidratos, proteínas, lipídios, fibras, cálcio, sódio e ferro de cada participante.

Para análise estatística o grupo foi dividido de acordo com o sexo e os dados apresentados como análise descritiva e testes comparativos entre homens e mulheres. Os dados numéricos foram submetidos ao teste de normalidade de ShapiroWilk, as variáveis que apresentavam distribuição normal foram comparadas por meio do teste t Student e as variáveis não paramétricas pelo teste U de ManWitney. Para os dados categóricos foi avaliada a distribuição de frequência e as comparações realizadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi o de 5% ($p < 0,05$). Todos os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 2.0.

Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 37 indivíduos, sendo 23 homens ($28,3 \pm$ anos) e 14 mulheres ($23,5 \pm$ anos), todos praticavam regularmente treinamento de força no CECAS.



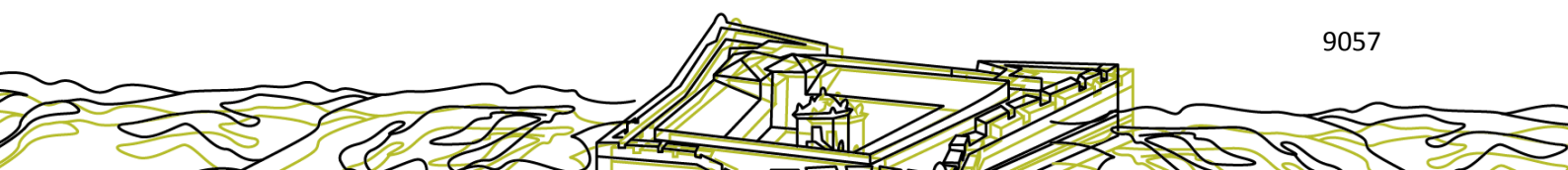
Conforme disposto na tabela 1, as características dos participantes, não apresentaram diferença ($p>0,05$). Também não foram observadas diferenças significativas dessas características entre homens e mulheres, exceto em relação ao tipo de frequentadores ($p=0,024$), visto que a maioria das mulheres eram servidoras e dos homens eram alunos da instituição de ensino.

Ao analisarmos a tabela 1 pode-se verificar que os frequentadores do CECAS são em sua maioria alunos (82,6% entre os homens e 64,3% entre as mulheres), isso ocorre, pois, a população universitária é constituída por maior número de alunos quando comparados aos servidores da UFG, de acordo com os dados da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos (PRODIRH, 2013). Em relação ao consumo de álcool e tabaco os frequentadores do CECAS têm a predominância em ser abstinência, esses dados são diferentes dos encontrados por Ramis et al. (2012) em seus estudos, no qual mostra uma porcentagem alta entre universitários que consomem esse tipo de substâncias.

Os frequentadores apresentam elevada escolaridade, sendo que a grande maioria já estão no ensino superior, esse dado colabora com os estudos realizados por Frade et al., (2016); Albuquerque (2012); Brito e Liberali (2012), no qual os frequentadores de academia possui Nível Superior de escolaridade. Ao analisarmos os resultados, observamos que uso de suplementos nutricionais mostrou-se pouco comum entre os investigados, apenas 13% dos homens e não houve relato de uso entre as mulheres, o uso de suplementos dentro do grupo analisado é baixo, e isso pode estar relacionado a fatores como o nível de escolaridade do sujeito e fatores socioeconômicos visto que grande parte dos praticantes de musculação do CECAS são estudantes universitários, e isso pode leva-los a ter um maior senso crítico quanto ao uso de tais substâncias. Nos estudos de Linhares e Lima (2006) relataram que a utilização de suplementos se apresenta cada vez mais frequente entre os praticantes de musculação, isso mostra evidencia uma questão preocupante, pois a utilização não recomendada desses complementos alimentares pode trazer danos ao organismo.

Tabela 1. Caracterização dos frequentadores do Centro de Esportes Campus Samambaia, segundo o sexo

Variáveis	Masculino (n=23)	Feminino (n=14)	Valor de P ¹
Estado civil			0,869
Casado	6(26,1%)	4(28,6%)	
Solteiro	17(73,9%)	10(71,4%)	



Raça			0,974
Branca	6(26,1%)	4(28,6%)	
Parda	7(30,4%)	5(35,7%)	
Negro	4(17,4%)	2(14,3%)	
Não respondeu	6(26,1%)	3(21,4%)	
Tipos de frequentadores			0,024*
Aluno	19(82,6%)	9(64,3%)	
Servidor efetivo	3(13%)	0	
Servidor terceirizado	1(4,3%)	5(35,7%)	
Escolaridade			0,372
Ensino fundamental incompleto	1(4,3%)	0	
Ensino médio incompleto	4(17,4%)	5(35,7%)	
Ensino médio completo	0	1(7,1%)	
Ensino superior incompleto	7(30,4%)	4(28,6%)	
Ensino superior completo	11(47,8%)	4(28,6%)	
Classe Socioeconômica			0,623
A	2(8,7%)	1(7,1%)	
B1	4(17,4%)	1(7,1%)	
B2	7(30,4%)	4(28,6%)	
C1	8(34,8%)	4(28,6%)	
C2	2(8,7%)	3(21,4%)	
D-E	0	1(7,1%)	
Uso de medicamentos controlados			0,173
Sim	5(21,7%)	6(42,9%)	
Não	18(78,3%)	8(57,1%)	
Consumo de álcool			0,841
Abstêmio	13(56,5%)	8(57,1%)	

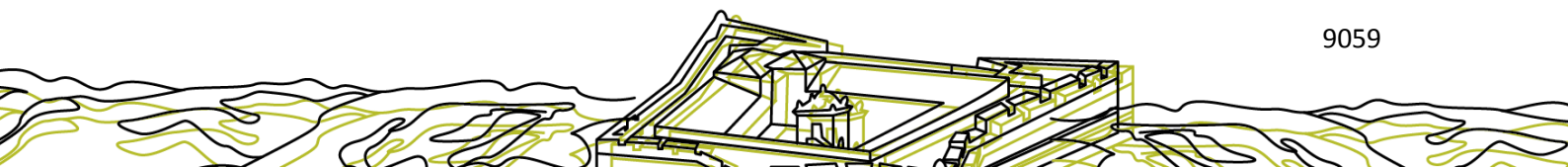
Bebedor não frequente	1(4,3%)	1(7,1%)	
Bebedor menos frequente	1(4,3%)	0	
Bebedor frequente	7(30,4%)	5(35,7%)	
Bebedor frequente pesado	1(4,3%)	0	
Tabagismo			-
Nunca fumou	23(100%)	14(100%)	
Tabagista atual	0	0	
Uso de suplementos			0,159
Sim	3(13%)	0	
Não	20(87%)	14(100%)	
Número de refeições/dia			0,945
3	6(26,1%)	4(28,6%)	
4	9(39,1%)	5(35,7%)	
5	6(26,1%)	3(21,4%)	
6	2(8,7%)	2(14,3%)	
Índice de Massa Corporal			0,974
Eutrofia	13(56,5%)	10(71,4%)	
Sobrepeso	10(43,5%)	4(28,6%)	

¹ Qui-quadrado de Pearson.

* $p < 0,05$

Ao analisar a prevalência de doenças pessoais (tabela 2) observou-se, em média, que 90 % dos entrevistados não relatou a presença de doença e dentre as citadas as de maior frequência foram diabetes e doenças arteriais e pulmonares (8,7% entre os homens para ambas as referidas morbidades) e que não houve diferença entre os sexos ($p > 0,05$).

Quando se considera a prevalência de doenças, em um estudo realizado na UFG, com integrantes de um programa de atendimento nutricional, foi encontrado maior prevalência de doenças crônicas, cresce a demanda por serviços nutricionais ambulatoriais e geralmente, o principal objetivo da dietoterapia é a perda de peso, pois este fator melhora as condições clínicas e metabólicas, o que ocorre na maioria dos



casos (SILVA et al., 2014). Esta diferença pode ser atribuída aos motivos que levam as pessoas procurem algum serviço relacionado à saúde. No caso do atendimento nutricional, geralmente ocorre quando o indivíduo apresenta uma doença prévia.

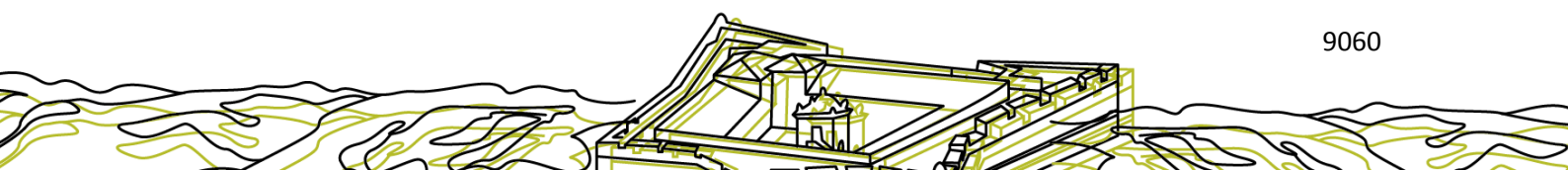
Tabela 2. Prevalência de doenças pessoais entre os frequentadores do Centro de Esportes Campus Samambaia (CECAS), segundo o sexo

Doenças	Masculino (n=23)	Feminino (n=14)	Valor de P¹
HAS			0,715
Sim	1(4,3%)	1(7,1%)	
Não	22(95,7%)	13(92,9%)	
Hipercolesterolemia			0,194
Sim	0	1(7,1%)	
Não	23(100%)	13(92,9%)	
Diabetes			0,257
Sim	2(8,7%)	0	
Não	21(91,3%)	14(100%)	
Problemas cardíacos			0,194
Sim	0	1(7,1%)	
Não	23(100%)	13(92,9%)	
Doenças arteriais			0,246
Sim	2(8,7%)	0	
Não	20(87%)	14(100%)	
Omissão	1(4,3%)	0	
Doenças tireoidianas			0,429
Sim	1(4,3%)	0	
Não	22(95,7%)	14(100%)	
Doença Pulmonar			0,257
Sim	2(8,7%)	0	
Não	21(91,3%)	14(100%)	

HAS: hipertensão arterial sistêmica.

¹Qui-quadrado de Pearson.

Ao analisar os objetivos pretendidos pelos alunos (tabela 3) quando realizaram matrícula no CECAS, os resultados indicaram que houve diferença entre os sexos para as variáveis perda de peso ($p=0,037$) e estética ($p=0,006$).



Entre o grupo de participantes percebemos que dentre os homens o objetivo do treinamento mais buscado foi o convívio social cerca de 73,9%, o que se mostrou diferente do estudo de Beppu et. al, (2011) no qual a busca por convívio social mostrou-se como sendo a escolha de apenas 2,5% dos 40 investigados no estudo. Outro estudo de Wankel (1993), apresenta que a interação social representa um dos principais determinantes para que se tenha adesão e manutenção da prática.

Já entre as mulheres o objetivo mais relevante foi a perda de peso, talvez isso se dê pela busca constante por uma imagem corporal melhor. É notável que as mulheres estejam cada vez mais preocupadas com a sua imagem e isso se dá devido a diversos fatores, sendo o principal deles a influência da mídia (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005). Em um estudo conduzido por Tessmer et al., 2006 dentre as mulheres investigadas 55,3% encontrava-se insatisfeita com a imagem corporal. Parisotto (2011) encontrou 34,5% das 58 mulheres participantes, com insatisfação moderada ou grave.

Tabela 3. Objetivo de treinamento entre os frequentadores do Centro de Esportes Campus Samambaia (CECAS) segundo o sexo

	Masculino (n=23)	Feminino (n=14)	Valor de P¹
Perda de peso			0,037*
Sim	10(43,5%)	11(78,6%)	
Não	13(56,55%)	3(21,4%)	
Alívio das tensões			0,954
Sim	8 (34,8%)	5(35,7%)	
Não	15(65,3%)	9(64,3%)	
Melhorar Performance			0,154
Sim	6(26,1%)	1(7,1%)	
Não	17(73,9%)	13(92,6%)	
Hipertrofia			0,219
Sim	13(56,5%)	5(35,7%)	
Não	10(43,5%)	9(64,3%)	
Estética			0,006*
Sim	14(60,9%)	2(14,3%)	
Não	9(39,1%)	12(85,7%)	
Condicionamento			0,904

Físico			
Sim	16(69,6%)	10(71,4%)	
Não	7(30,4%)	4(28,6%)	
Prazer			
			0,835
Sim	14(60,9%)	9(64,3%)	
Não	9(39,1%)	5(35,7%)	
Fortalecimento			
			0,915
Muscular			
Sim	3(13%)	2(14,3%)	
Não	20(87%)	12(85,7%)	
Convívio social			
			0,869
Sim	17(73,9%)	10(71,4%)	
Não	6(26,1%)	4(28,6%)	

¹Qui-quadrado de Pearson.

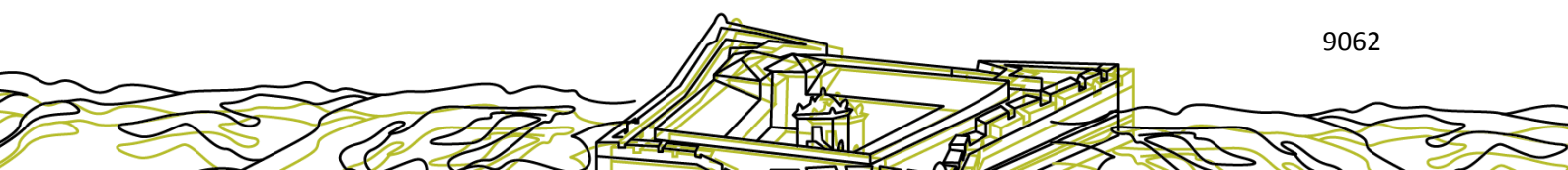
* $p < 0,05$

Quanto às medidas antropométricas avaliadas foram observados maiores valores de MC ($p < 0,001$) e estatura ($p < 0,001$) entre homens, quando comparados às mulheres, mas os valores de IMC foram semelhantes.

No que diz respeito ao consumo de nutrientes (Tabela 4), em valores absolutos, foi observada maior ingestão de proteínas entre homens em relação às mulheres ($p = 0,042$), porém quando relacionada ao peso corporal, (proteína g/kg peso corporal) não houve diferença entre os sexos ($p > 0,05$).

Apesar da ingestão de proteínas/kg de peso entre homens e mulheres não serem diferentes significativamente, a quantidade de proteína total ingerida diariamente pelos homens foi maior, o que pode ser explicado pelas diferenças biológicas entre os sexos (BORON et al, 2012). O consumo médio de proteínas/peso corporal dos investigados variou de 2,66 g/kg para os homens e 2,45g/kg para as mulheres, o que se apresenta muito acima da recomendação para a população em geral, que é de 0,8 g/kg (TRUMBO et al., 2002; IOM, 2005). Sabemos que a nutrição inadequada entre praticantes de exercícios físicos muitas vezes se dá pela ausência de conhecimentos nutricionais (ADA, 2010).

A ingestão proteica acima das necessidades nutricionais pode ser convertida em gordura corporal no organismo (WITARD et al., 2014). Além disso, o consumo excessivo desse nutriente está associado ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças



cardiovasculares, nefrotoxicidade e câncer (ANTONIO et al., 2014; CLIFTON, 2011; LARSSON, WOLK, 2006; LAGIOU et al., 2012).

Estudos relacionado sobre a ingestão de proteína para praticantes de exercício físico demonstram que a quantidade coerente pode variar de 1,2g a 1,8g de proteína/kg/dia e ainda que o consumo maior que 2,0g de proteína/kg/dia não promove alterações positivas para o rendimento nos treinos e para a condição física (CAMPBELL ET AL., 2007; PHILLIPS, 2004; RODRIGUEZ, DI MARCO, LANGLEY, 2009; TARNOPOLSKY, et al., 1992).

Tabela 4. Perfil antropométrico e consumo de nutrientes dos frequentadores do Centro de Esportes Campus Samambaia (CECAS), segundo o sexo

Variáveis	Masculino (n=23)	Feminino (n=14)	Valor de p ³
Antropometria			
Massa corporal (kg) 1	77,21(14,23)	61,64(7,25)	< 0,001*
Estatura (m) ²	1,76(1,70-1,83)	1,63(1,60-1,65)	< 0,001*
IMC (kg/m ²) ¹	24,68(3,03)	23,42(2,21)	0,186
Consumo de nutrientes			
Energia (kcal) ¹	4219,54(1838,68)	3454,52(1273,24)	0,180
Carboidrato (g) ¹	510,53(224,16)	459,96(223,90)	0,510
Proteína (g) ²	199,70(138,60-239,90)	138(124,75-171,02)	0,042*
Proteína (g/kg peso corporal) ¹	2,66(1,14)	2,45(0,86)	0,548
Lipídio (g) ²	130,40(109,70-159,70)	110,80(75,05-154,40)	0,313
Cálcio (mg) ²	991,30(613,80-1240,20)	655,70(471,02-1205,05)	0,467
Ferro (mg) ²	39,90(26,30-94,80)	38,40(12,42-72,82)	0,394
Fibra (g) ¹	54,41(22,60)	51,94(36,15)	0,799

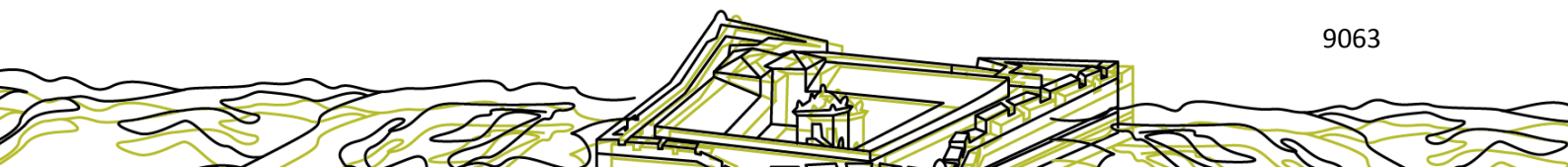
IMC: índice de massa corporal.

¹ Variáveis com distribuição normal: apresentado média (desvio padrão).

² Variáveis sem distribuição normal: apresentado mediana (percentis 25-75).

³ Variáveis paramétricas: teste de t-Student para amostras independentes.
Variáveis não paramétricas: teste de Mann-Whitney.

* p < 0,05



Quanto à adequação dos macronutrientes (AMDR), apresentado na tabela 5, houve predominância dos participantes apresentam percentual normal, em relação ao valor energético total da dieta (VET), de acordo com a recomendação geral para a população, que varia de 45 a 65% para carboidratos e 20 a 35% para lipídios e não houve diferenças na distribuição dos percentuais entre homens e mulheres.

A distribuição adequada de macronutrientes (AMDR), para a maioria dos avaliados está dentro dos valores recomendados de acordo com a IOM (2005). Sabe-se que uma distribuição adequada de macronutrientes favorece um melhor aproveitamento destes nutrientes pelo corpo e fornece um aporte adequado de vitaminas e minerais (IOM, 2005; MAHAN; SCOTT-STUMP, 2011).

Tabela 5. Distribuição adequada de macronutrientes (AMDR) carboidratos e lipídios

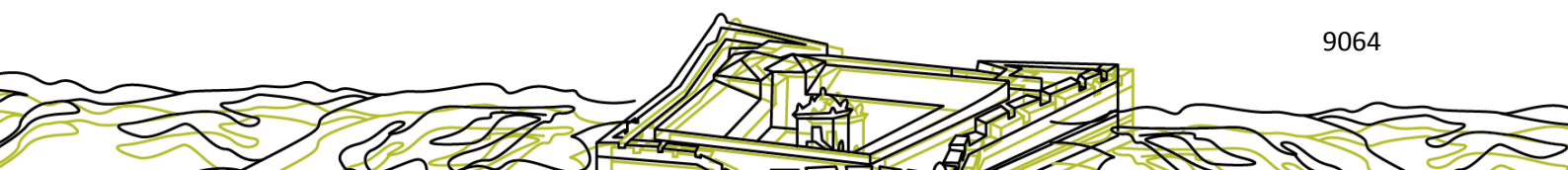
Variáveis	Masculino (n=23)	Feminino (n=14)	Valor de P ¹
Carboidratos			0,423
< 45%	7(30,43%)	5(35,71%)	
45 a 65%	16(69,56%)	7(50%)	
>65%	0	2(14,28%)	
Lípidios			0,423
<20%	0	0	
20 a 35%	16(69,56%)	11(78,57%)	
>35%	7(30,43%)	3(21,42%)	

1 Qui-quadrado de Pearson.

Considerações Finais

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a caracterização de um grupo de servidores e alunos praticantes de treinamento de força no CECAS, quanto às condições socioeconômica, saúde e alimentação. Percebeu-se que, a os frequentadores deste projeto de extensão é composta predominantemente por alunos o ensino superior incompleto, no qual procuram a academia com os diversos objetivos, os homens em com maior prevalência para a estética e as mulheres para a perda de peso e a classe intermediária é a que mais utiliza dos serviços prestados pelos CECAS.

A importância da caracterização desse grupo se dá pelo fato de que esse conhecimento auxilia e melhora o atendimento com os mesmos, no qual as ações extensionista adequa a realidade dos frequentadores que carecem de políticas públicas



relacionadas a saúde, existindo a necessidade de ampliar, incentivar e divulgar a importância desse serviço para a promoção de saúde para ambos os sexos para que tenha uma maior adesão dos mesmos.

Já com relação ao consumo de alimentos observamos que a maioria não apresentou diferença de acordo com as referências, apenas quanto ao consumo excessivo de proteínas e essa prática inadequada é prejudicial à saúde dos indivíduos. Mas é preciso saber a qualidade dessa dieta por isso percebemos a necessidade de agregar ao corpo de profissionais desse projeto de extensão que é desenvolvido no Centro de Esporte do Campus Samambaia um profissional de nutrição para contribuir, ou mesmo criar uma parceria entre outros projetos de extensão como o programa de atendimento a comunidade universitária que já existente na instituição que tenha propostas que melhorem a quantidades de nutrientes consumidas pelos investigados, a fim de evitar condições de risco a suas saúdes. Porém mais estudos com esse público devem ser desenvolvidos para reforçar os resultados apresentados.

Referências

ADA REPORTS. Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and the athletic performance. **J Am Diet Assoc** 2000; 100 (12): 1543-556.

ALBUQUERQUE, Marcos Maciel. Avaliação do consumo de suplementos alimentares nas academias de Guará-DF. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 6, n. 32, 2012.

ALWAN A, MACLEAN DR, RILEY LM, D'ESPAIGNET ET, MATHERS CD, STEVENS GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet** 2010; 376:1861-8.

ANTONIO J, PEACOCK CA, ELLERBROEK A, FROMHOFF B, SILVER T. The effects of consuming a high protein diet (4.4 g/kg/d) on body composition in resistance-trained individuals. **J Int Soc Sports Nutr** 2014 11:19

ARRIVILLAGA M, SALAZAR IC, CORREA D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. **Colom Méd** 2003;34(4):186-195.

BARROS MBA, FRANCISCO PMSB, ZANCHETTA LM, CÉSAR CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Cien Saude Colet** 2011; 16(9):3755- 3768.

BEPPU, S. R. G.; BARROS, A. C. S.; JUNIOR, J. M.. Motivos que levam as pessoas a escolher e a permanecer na prática da Musculação. In: **VII Encontro Internacional de Produção Científica**, 2011, São Paulo.

BORON, Walter F.; BOULPAEP, Emile L. **Medical Physiology, 2e Updated Edition E-Book: with STUDENT CONSULT Online Access**. Elsevier Health Sciences, 2012.

BRASIL, Critério de Classificação Econômica. **Diretrizes de ordem, a serem consideradas pelas prestadoras de serviço e seus clientes, a respeito da adoção do novo critério de classificação**. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil> > Acesso em: 11 abr 2017.

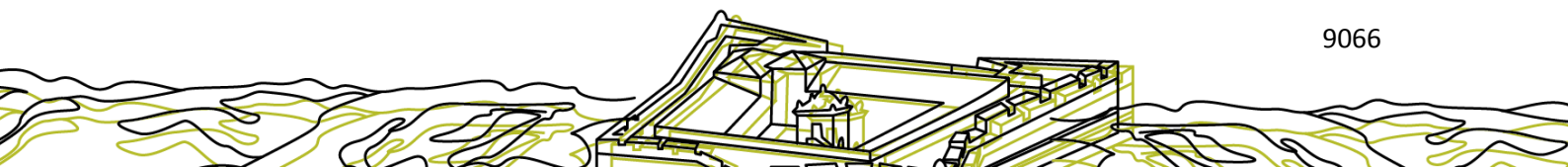
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, Dirceu Santos; LIBERALI, Rafaela. Perfil do consumo de suplemento nutricional por praticantes de exercício físico nas academias da cidade de Vitória da Conquista-BA. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 6, n. 31, 2012.

CAMPBELL B, KREIDER RB, ZIEGENFUSS T, LA BOUNTY P, ROBERTS M, BURKE D, LANDIS J, LOPEZ H, ANTONIO J. International society of sports nutrition position stand: Protein and exercise. **J Int Soc Sports Nutr** 4: 8, 2007.

CARLINI-COTRIM B, GAZAL-CARVALHO C, GOUVEIA N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. 2000;34(6):636-45

CLIFTON, Peter M. Protein and coronary heart disease: the role of different protein sources. **Current atherosclerosis reports**, v. 13, n. 6, p. 493-498, 2011.





CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.P.; GAMBARDELLA, D.; Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista Nutrição**. vol.18 no.4 Campinas July/Aug. 2005.

COSTA RLF. Exercise as a Time-condition Effector in Chonic Disease: a Complementary Treatment Strategy. **Evid Based Complement Alternat Med**. 2004;1(1):63-70.

DURAN, A. C. F. L.; LATORRE, M. R. D. DE O.; FLORINDO, A. A.; JAIME, P. C. Correlação entre consumo alimentar e nível de atividade física habitual de praticantes de exercícios físicos em academia. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Vol. 12. Num. 3. 2004. p.15-19.

FERNANDES FILHO, Aurivar. Breve Histórico da Beleza Masculina. **ModaPalavra e-periódico**, v. 3, n. 6, 2010.

FRADE, Rogério Eduardo et al. Avaliação do consumo de suplementos nutricionais por frequentadores de uma academia da cidade de São Paulo-SP. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 10, n. 55, p. 50-58, 2016.

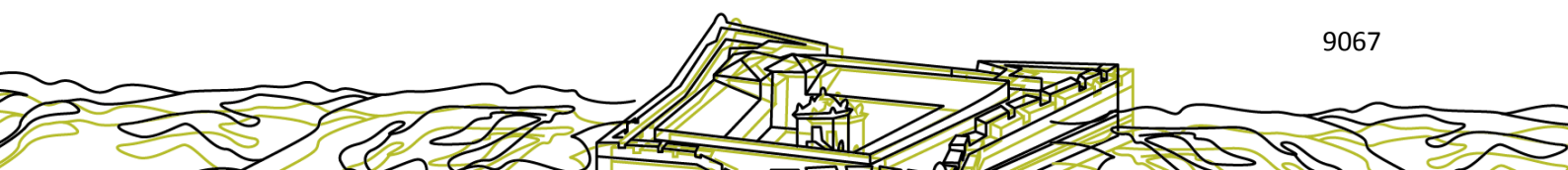
GONÇALVES, J. et al. Avaliação do estado nutricional de funcionárias do serviço de nutrição de um hospital filantrópico. **Interciencia Soc [periódico na Internet]**, v. 1, n. 1, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050**: revisão 2004. Rio de Janeiro; 2004.

IOM. Food and Nutrition Board (FNB). Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. Washington, DC: **The National Academies Press**; 2005. 1331 p.

ISER BPM, YOKOTA RTC, SÁ NNB, MOURA L, MALTA DC. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil – principais resultados do Vigitel 2010. **Cien Saude Colet** 2012; 17(9):2343- 2356.

KANDEL DB, YAMAGUCHI K. From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. **Am J Public Health**. 1993;83(6):851-5.



LAGIOU P, SANDIN S, LOF M, TRICHOPOULOS D, ADAMI HO, WEIDERPASS E. Low carbohydrate-high protein diet and incidence of cardiovascular diseases in Swedish women: prospective cohort study. **BMJ**. 2012 Jun 26;344:e4026.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas**, v. 70, 2007.

LARSSON SC, WOLK A. Meat consumption and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. **Int J Cancer**. 2006 Dec 1;119(11):2657-64.

LAURENTI R, JORGE MHPM, GOTLIEB SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Cien Saude Colet** 2005; 10(1):35-46.

LINHARES, T.C.; LIMA, R.M. Prevalência do uso de suplementos alimentares por praticantes de musculação nas academias de Campos dos Goytacazes/RJ, Brasil. **Rev. Vértice**, v. 8, n. 1/3, p. 102-115, jan/dez, 2006.

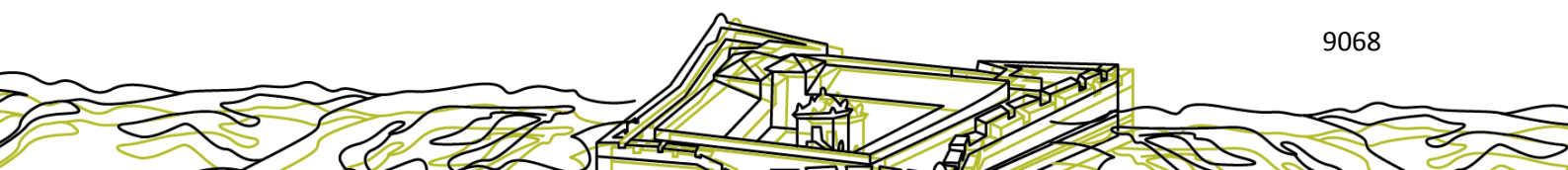
MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. KRAUSE. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Editora Elsevier. Vol. 3. 2011.

MALTA D. C; ANDRADE S. S. C; STOPA S. R; PEREIRA C. A; SZWARCOWALD C. L; SILVA JÚNIOR J. B; REIS A. A. C. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde** 2015; 24(2):217-226.

OLIVEIRA M. M; MALTA D. C; SANTOS M. A. S; OLIVEIRA T. P; NILSON E. A. F; CLARO R. M. Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde** 2015; 24(2):249-256.

PARISOTTO, C. D. Relação entre índice de massa corporal e a insatisfação com a autoimagem em mulheres praticantes de musculação. **Trabalho de conclusão de Curso**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Porto Alegre, 2011.

PEREIRA, J. M. O; CABRAL, P. Avaliação dos conhecimentos básicos sobre Nutrição de praticantes de musculação em uma academia da cidade de Recife. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo**. Vol. 1. Num. 1. 2007. p.40-47.



PHILLIPS S. M. Protein requirements and supplementation in strength sports. **Nutrition** 20: 689–695, 2004.

PINHEIRO R. S; VIACAVA F; TRAVASSOS C; BRITO A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet** 2002; 7(4):687-707.

RIBEIRO, A. C.; et al. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Rev. Nutr**, v. 19, n. 5, p. 553-562, 2006.

RODRIGUEZ N. R; DI MARCO N. M; LANGLEY S. American College of Sports Medicine position stand. Nutrition and athletic performance. **Med Sci Sports Exerc** 41: 709–731, 2009.

SKYLER, JAY S. Effects of glycemic control on diabetes complications and on the prevention of diabetes. **Clinical diabetes**, v. 22, n. 4, p. 162-166, 2004.

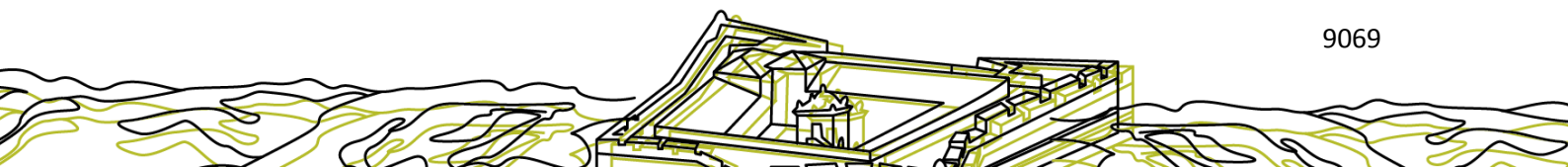
SOUZA A. M; PEREIRA R. A; YOKOO E. M; LEVY R. B; SICHIERI R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev Saude Publica** 2013; 47(Supl 1):190-199.

TARNOPOLSKY M. A; ATKINSON S. A; MACDOUGALL J. D; CHESLEY A; PHILLIPS S; SCHWARCZ H. P. Evaluation of protein requirements for trained strength athletes. **J Appl Physiol** (1985) 73: 1986–1995, 1992.

TAVARES B. F; BERIA J. U; LIMA M. S. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. **Rev Saúde Pública**. 2004;38(6):787-96.

TESSMER, C.S. et al. Insatisfação corporal em freqüentadores de academia. **R. bras. Ci e Mov**. 2006; 14(1): 7-12.

THEODORO, H.; RICALDE, S. R.; AMARO, F. S. Avaliação nutricional e autopercepção corporal de praticantes de musculação em academias de Caxias do Sul-RS. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 15. Num. 4. 2009. p.291-294.





TRUMBO, Paula et al. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, n. 11, p. 1621-1630, 2002.

PRODIRH. Universidade Federal de Goiás. Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos. U588u UFG em números – 2011 / **Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos** ; Coord. Pedro Rodrigues Cruz, Caio Sotero Rosa. Goiânia: UFG/PRODIRH, 2013.

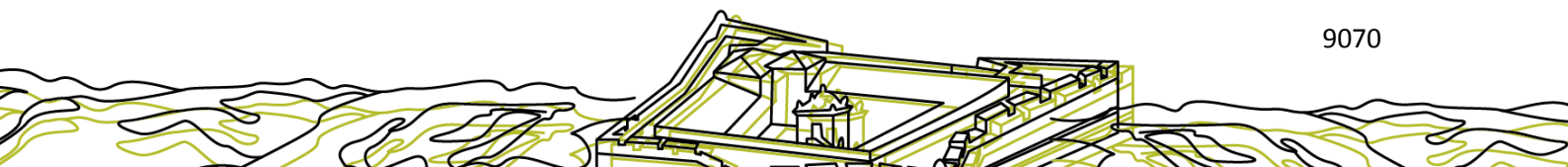
VIEIRA-SENA, Taísa. **A construção da identidade masculina contemporânea por meio da roupa íntima**. 2011. Tese de Doutorado. Dissertação]. São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi.

WANKEL L. The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from physical activity. **International Journal Sport Psychology**. 1993; 24: 151-169

WHO (World Health Organization). **Obesity. Preventing and managing the global epidemic**. Genebra. 1998.

WITARD, Oliver C. et al. Myofibrillar muscle protein synthesis rates subsequent to a meal in response to increasing doses of whey protein at rest and after resistance exercise. **The American journal of clinical nutrition**, v. 99, n. 1, p. 86-95, 2014.

WOODS J. A; VIEIRA V. J; KEYLOCK K. T. Exercise, inflammation, and innate immunity. **Neurol Clin** 2006;24(3):585-99.



USO DE UM APLICATIVO MÓVEL SOBRE TRANSTORNOS ALIMENTARES COM ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde.

Nathanael de Souza Maciel¹; Naara Ingrid da Silva Sales²; Francisca Gabriela Martins Ramos³; Diego da Silva Ferreira⁴; Gutemberg dos Santos Chaves⁴; Carolina Maria de Lima Carvalho⁶.

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A adolescência é um intervalo que principia diversas transformações. Sentimentos e comportamentos associados ao próprio corpo durante esta fase podem predispor no adolescente o desenvolvimento de comportamentos de vulnerabilidade para transtornos alimentares, considerados como distúrbios no comportamento alimentar relacionado a distorção da imagem corporal. Nesse sentido, as tecnologias da informação e comunicação oportunizam profissionais da saúde alcançarem o público adolescente e promoverem a difusão de conhecimentos. **OBJETIVO:** Descrever a experiência e percepções de acadêmicos de enfermagem sobre a utilização de um aplicativo móvel sobre transtornos alimentares voltados para adolescentes. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo e transversal do tipo relato de experiência realizado durante o uso de um software sobre transtornos alimentares voltados para adolescentes em uma escola de ensino médio, localizada na cidade de Redenção-CE, em março de 2018. Participaram da atividade 43 adolescentes escolares.

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Bacharelado em Enfermagem.

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Bacharelado em Enfermagem.

³ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Bacharelado em Enfermagem.

⁴ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Mestrando em Enfermagem e Bolsista Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

⁴ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Mestrando em Enfermagem. ⁶ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Professora Efetiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Os escolares relacionaram os distúrbios com a baixa autoestima, excessivo perfeccionismo, medo de mudanças, preocupações excessivas, hipersensibilidade, dificuldade em expressar emoções, necessidade de ser aceita e agradar a todos e chamar a atenção. Destacaram que mídia contemporânea influencia na insatisfação corporal e é o fator que mais predispõe aos transtornos alimentares. Os adolescentes expressavam entusiasmo e curiosidade, o que possibilitou o compartilhamento de conhecimentos e dirimição de dúvidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atividade de extensão realizada teve importantes significados sobre a formação dos acadêmicos de enfermagem, onde possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências importantes para a interação humana, como empatia, assertividade, comunicação e valorização do trabalho em equipe. Ademais, a atividade serviu como um modelo de atenção à saúde de forma humanizada, crítica e reflexiva.

Palavras-chave: Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos; Adolescente; Software; Saúde mental; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um intervalo incisivo que principia com as transformações corporais na puberdade e finaliza quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade. É um período de distintas mudanças, sejam cognitivas, físicas e sociais, seja pela iniciação à vida sexual. Contudo, manifestações não se restringem fisiologicamente, mas também a profundas modificações que se processam psicologicamente (PADILHA et al., 2015).

Na busca por identidade, os valores e significados que norteavam seu lugar no mundo são questionados e os adolescentes buscam novos ideais. Nessa fase, ocorrem inúmeros conflitos, pois ao mesmo tempo em que não são mais vistos como crianças dependentes, eles também não são considerados adultos o suficientemente aptos para tomarem as próprias decisões e serem donos de suas próprias vidas; assim, uma fase de turbulências, descobertas e amadurecimento para a vida adulta (SANTOS et al, 2015)

Os adolescentes podem ser mais vulneráveis à modulação de seus sentimentos e comportamentos associados ao próprio corpo durante esta fase. Isso pode ser explicado pelas possíveis influências negativas de pais e amigos e pela pressão para perder peso e investir em sua aparência física, o que pode predispor ao desenvolvimento de comportamentos de vulnerabilidade para transtornos alimentares (FORTES; CIPRIANI; FERREIRA, 2013).

Os transtornos alimentares costumam relacionar-se com o aumento das demandas sociais sobre a aparência do corpo, que nas últimas décadas tem como modelo de sucesso a extrema magreza, dando um sentido de sucesso e triunfo a esse tipo de imagem. Não estar satisfeito com o corpo predispõe os jovens ao uso de estratégias extremas, como dietas restritivas, jejum, uso de laxantes e diuréticos, para alcançar a perda de peso com a ideia de obter benefícios físicos e psicossociais. A pressão social e a dos amigos para serem magras, contribuem para o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa e, portanto, comportamentos alimentares inadequados que colocam a saúde em risco (FAJARDO; MENDEZ; JAUREGUI, 2017)

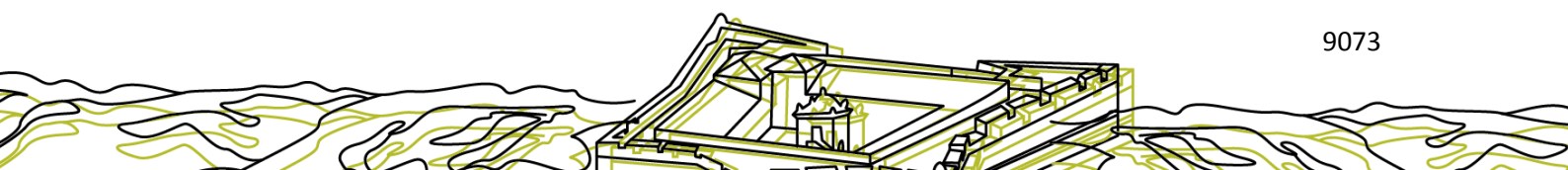
Os transtornos alimentares são considerados, como um distúrbio no comportamento alimentar e têm como principal característica uma séria distorção da imagem corporal. Entre os principais transtornos estão: a anorexia - que é caracterizada por uma recusa a manter, em um nível saudável, o peso corporal - e a bulimia, caracterizada por uma ingestão descontrolada de muitos alimentos, seguida de comportamentos de expulsão, como vômitos, jejuns e exercício físicos excessivos (PEDROSA; TEIXEIRA, 2015).

O estado de humor pode ser entendido como um conjunto de sentimentos positivos e negativos persistentes ao longo de um determinado período de tempo e que variam em intensidade e duração. As oscilações de humor, especialmente causadas pelo inconformismo momentâneo do corpo, podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares em busca do corpo perfeito (FORTES, 2015).

Além disso, os adolescentes são importantes consumidores de tendências, entre elas, usam intensamente as mídias sociais como modo de comunicação e informação, e estas, por sua vez, parecem exercer importante influência sobre a insatisfação corporal (LIRA, 2017).

Na contemporaneidade, os seres humanos encontram-se imersos em uma sociedade da informação caracterizada pelo desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação. Dessa maneira, podem-se destacar exemplos dessas tecnologias, a saber: as redes de telessaúde, o uso de softwares educacionais, a realidade virtual, a utilização dos computadores para simulações, o uso da internet e suas facilidades (BARRETO et al, 2016).

Com efeito, a relevância da tecnologia fortaleceu exponencialmente desde meados do século XX, inclusive nas áreas da saúde, de modo que para a prestação de um serviço com qualidade é indispensável o auxílio de recursos informacionais, muitas vezes de natureza inovadora. Ademais, as tecnologias empregadas nas ciências médicas, bem



como seus contínuos avanços para prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades, amparam a promoção da saúde individual, proporcionando bem-estar em todos os aspectos de sua vida, seja pela evolução de técnicas e fármacos, seja pelo uso e desenvolvimento de aplicativos (SOUZA, 2016).

Uma das formas de explorar as potencialidades das inovações tecnológicas consiste na utilização destes recursos por meios de estratégias que visem promover a saúde e prevenir doenças, dentre as quais destaca-se o Decreto 6.286, de 05 de dezembro de 2007 que instituiu, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola PSE, que tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Este decreto é uma ferramenta importante no combate à prevenção e desenvolvimento de patologias que acometem os adolescentes, contemplando também práticas de promoção e manutenção da saúde. Pode-se destacar como medidas previstas deste decreto: avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, educação permanente em saúde, que gerarão impactos positivos no combate aos casos e possíveis casos de transtornos alimentares e nas práticas de saúde da comunidade (BRASIL, 2007).

As tecnologias da informação e comunicação tornaram-se parte importante da vida dos adolescentes de hoje e seu principal meio de obtenção de informações. A geração da internet com base em aplicativos e tecnologias de redes sociais é cada vez mais utilizada para fins de saúde por leigos e profissionais. Assim, percebe-se o quanto essas ferramentas oportunizam os profissionais da saúde alcançarem o público adolescente e promoverem a difusão de conhecimentos relacionados à saúde (PINTO et al, 2017).

Nesta perspectiva, o enfermeiro atua como um profissional capacitado para realizar atividades de educação em saúde que contemplem os indivíduos de forma integral em parceria com o nutricionista, profissional habilitado para prescrever cuidados nutritivos e dietéticos podem desenvolver atividades que visem promover uma alimentação saudável, prevenir doenças, promover saúde e autocuidado, práticas de promoção da saúde mental e bem-estar (BRASIL, 2017)

Diante do exposto, esse estudo objetiva descrever a experiência e percepções de acadêmicos de enfermagem sobre a utilização de um aplicativo móvel sobre transtornos alimentares voltados para adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e transversal do tipo relato de experiência realizado durante o uso de um software sobre transtornos alimentares voltados para adolescentes em uma escola de ensino médio, localizada na cidade Redenção – CE, no Maciço de Baturité – CE, em março de 2018.

Participaram da atividade 43 adolescentes escolares, majoritariamente do sexo feminino, que estiveram presente no dia da realização da atividade, que cursavam o primeiro ano do ensino médio, com idade entre 14 e 16 anos e que residiam em três municípios do Maciço de Baturité: Acarape, Barreira e Redenção e três acadêmicos de enfermagem que atuaram como facilitadores. A atividade foi realizada no laboratório de software da referida escola por possuir recursos como computadores e internet. O local foi revisado precocemente por um técnico de informática para assegurar condições técnicas para a realização do estudo.

A atividade foi realizada em duas etapas: dinâmica para apresentação e interação entre os participantes e utilização do software para discussão da temática abordada. Inicialmente, os

estudantes e os facilitadores participaram de uma dinâmica denominada “Presente de alegria”. Em um círculo, cada integrante apresentava o colega que estava à sua direita, destacando uma qualidade dessa pessoa. Esse método de apresentação foi proposto com a finalidade de provocar a valorização pessoal e sentimentos positivos nos integrantes, visto que, muitas vezes se negligencia a experiência de realizar pequenas ações, como um elogio, mas que podem representar um grande significado.

Após a apresentação do aplicativo e seus objetivos, os estudantes descreveram seus conhecimentos prévios sobre cada temática, onde eram instigados a trazerem a discussão elementos relevantes do cotidiano e interdisciplinaridade. Em seguida, foi realizada a leitura e explanação dos tópicos abordados no aplicativo e as implicações de tais transtornos na adolescência.

Utilizou-se, como intervenção educativa em saúde, um aplicativo, gratuito e em fase de teste, para dispositivos móveis com sistema operacional Android denominado “Tralis” desenvolvido por um profissional da tecnologia da informação que participou da atividade de extensão. Os estudantes utilizaram o aplicativo em computadores através de emuladores, softwares que reproduzem as funções de um determinado ambiente, no

caso *Android*, a fim de permitir a execução de outros softwares sobre ele, pois, não era permitido a utilização dos celulares pelos alunos durante sua estadia na escola.

O *software* Tralis é dividido em tópicos, onde, para cada transtorno alimentar abordado, há uma galeria de imagens sobre sinais e sintomas de cada transtorno, bem como algumas definições. Os tópicos relacionavam-se aos transtornos alimentares como Anorexia Nervosa e bulimia, Transtorno Alimentares Compulsivos, hiperfagia e Transtorno Dismórfico Muscular, bem como os sinais, sintomas e comportamentos relacionados a esses transtornos. O aplicativo incluía ainda orientações acerca de profissionais de saúde recomendados e possíveis tratamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na implementação da primeira etapa da atividade que consistiam na dinâmica, os facilitadores buscaram relacionar a depressão e os conflitos que permeavam o cotidiano dos adolescentes no ensino médio como fatores preditores dos transtornos alimentares. Os adolescentes expressavam entusiasmo e curiosidade, o que possibilitou o compartilhamento de conhecimentos e dirimção de dúvidas.

Um estudo com adolescentes do ensino médio realizado por Benevides et al (2015) encontrou diferenças significativas entre a sintomatologia depressiva e a satisfação com a escola, com a turma, com os amigos da escola, com os professores e com o desempenho acadêmico. Níveis mais elevados de depressão foram associados a um desempenho escolar inferior, bem como os alunos mais satisfeitos tenderam a ter valores mais baixos na dimensão depressão.

Nesse sentido, devido à vulnerabilidade emocional do sujeito durante a adolescência, entende-se que esse momento de vida pode tornar-se propício ao aparecimento de sintomas e transtornos relacionados à depressão. O adolescente se encontra inserido em um mundo marcado por ambiguidades, instabilidades e contradições, o que pode facilitar o surgimento de psicopatologias, dentre elas os transtornos da alimentação (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017).

Na segunda etapa da atividade, os estudantes, após indagados sobre o que seriam os transtornos alimentares, demonstraram possuir conhecimentos sobre a Anorexia nervosa e a Bulimia. Os escolares relacionaram os distúrbios com a baixa autoestima, excessivo perfeccionismo, medo de mudanças, preocupações excessivas, hipersensibilidade, dificuldade em expressar emoções, necessidade de ser aceita e agradar a todos e chamar a atenção. Entretanto, eles destacaram que a insatisfação

corporal, em decorrência, sobretudo, da influência da mídia contemporânea, é o fator que mais predispõe aos transtornos alimentares.

Diante disso, é cabível a realização de ações de educação alimentar e nutricional nas escolas, bem como o fortalecimento de programas como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) de forma a melhor contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes, seu rendimento escolar, sua aprendizagem e sua formação em práticas alimentares saudáveis. Tais programas, assumem um caráter pedagógico, devendo estimular a integração de temas relativos à alimentação, nutrição na construção de conhecimentos e de aprendizagem na escola (SILVA et al, 2016).

Aos nutricionistas e enfermeiros competem, dentre outras atribuições, coordenar e realizar ações de educação alimentar e nutricional, de forma articulada com a direção e coordenação pedagógica das escolas, em uma perspectiva multiprofissional, de modo a minimizar os transtornos alimentares. O enfermeiro, no contexto escolar, acrescenta em sua formação uma responsabilidade social, e deve utilizar de suas habilidades para promover saúde, independente do espaço físico (ROSA et al, 2017).

Um estudo desenvolvido por Bressan e Pujals (2018), que objetivou apresentar a ortorexia e a vigorexia, dois tipos de transtornos alimentares moderno, além de uma discussão sobre a influência da sociedade contemporânea na imagem corporal e na manifestação dos transtornos alimentares, concluiu que nos dois transtornos existem algumas semelhanças, a qual um dos aspectos principais é o mesmo: a insatisfação com a imagem corporal. Essa por sua vez é resultante da grande intervenção em massa da mídia na sociedade, que é difundida através dos meios de comunicação, como televisão, revistas, internet e outros. Essa influência sobre a formação dos modos de pensar e agir acabam por impor normas e condutas e corpos desejáveis aos indivíduos, que sob pressão, buscam se enquadrar no que é socialmente certo e belo.

Quando explanadas as questões relacionadas a anorexia nervosa, os discentes relataram que a incidência de tal distúrbio era maior entre as mulheres, visto que os padrões de beleza atuais valorizam corpos magros. Os estudantes destacaram, entretanto, que na busca pelo corpo almejado, muitas mulheres realizam dietas extremamente restritivas e que, por conseguinte, causam danos ao organismo.

A pressão cultural para emagrecer é considerada um elemento fundamental da origem dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares para gerar a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de

engordar, característicos desse transtorno. A influência dos aspectos socioculturais é marcante, pois o impacto deste padrão no comportamento revela o desejo generalizado, especialmente entre as mulheres, por um corpo mais magro. A dessemelhança entre o peso real e o ideal leva a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo e as dietas para perder peso tornam-se extremamente frequentes. Surge assim um campo fértil para o desenvolvimento dos transtornos alimentares (DINIZ; LIMA, 2017).

Além disso, insatisfeitas com a imagem corporal, frequentemente adotam comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso, como o abuso de diuréticos, laxantes, autoindução de vômitos, realização de atividade física extenuante, entre outros. A insatisfação corporal também está correlacionada com o aumento do risco de suicídio, visto que, pode levar à baixa autoestima, depressão e ansiedade, o que intensifica os sintomas depressivos e posteriormente aumenta o risco de comportamento suicida (VERAS et al, 2018).

Tendo em vista que o enfermeiro é o profissional que visa cuidado ao ser humano, individualmente e coletivamente, pode-se desenvolver de forma individual ou em equipe multiprofissional, atividades de promoção, proteção, prevenção de distúrbios psicológicos que podem estar relacionados aos transtornos alimentares.

Foi apresentado aos estudantes o Transtorno Dismórfico Muscular, chamado vigorexia ou anorexia reversa. Embora seja catalogado como uma dismorfia corporal, abordou-se tal distúrbio por sua diferença fundamental com anorexia. Na anorexia a alimentação é o comportamento primário, na dismorfia muscular, o fator dieta é secundário em alcançar seu objetivo de diminuir gordura corporal (SEGURA, 2015). Os adolescentes mostravam-se curiosos ao transtorno e relacionavam sua prevalência ao sexo masculino.

Segundo Eufrásio e Nóbrega (2017), a imagem da beleza ideal masculina veiculada pela mídia apresenta o modelo atlético, um ideal no combate à obesidade. O corpo musculoso é ostentado como uma demonstração de masculinidade. A identidade é modelada nos músculos como um artefato pessoal e dominável. É buscada a força muscular por meio dos exercícios e que, diante dos espelhos, ela construirá significações acerca de sua imagem. O homem é convidado a modelar sua aparência, conservar a forma, ocultar o envelhecimento, preservar a saúde e construir um corpo "sob medida", para torná-lo seu belo representante.

Além de definirem o que seria um corpo belo e os investimentos que são feitos para se ter esse corpo, foi possível perceber ainda, a partir dos relatos dos adolescentes que há

uma diferenciação entre as noções de beleza, direcionadas aos corpos femininos e masculinos.

A partir de relatos de adolescentes em estudo desenvolvido por Bravo e Domingues (2018) com o objetivo de discutir as concepções de beleza construídas por um grupo de adolescentes que se consideram anoréxicos e bulímicos em uma Escola Estadual de Ensino Médio no Rio Grande do Sul, é possível perceber que os adolescentes apresentam concepções de beleza divididas por gênero, em que o homem deve expressar força e a mulher fragilidade. A beleza, além de servir para a apreciação, também serve para demarcar, nos corpos, traços de feminilidade e de masculinidade, determinando modos de se embelezar direcionados para a mulher e outros para o homem.

No decorrer de todo o processo de elaboração deste estudo, o cuidado na escolha e desenvolvimento da atividade proposta foi marcado por promover interesse dos integrantes do grupo, de modo a incentivar sua participação. Com vista à inclusão de todos, utilizou-se uma linguagem com adequação aos falantes e às necessidades do momento, de modo que os termos técnicos foram adaptados ao entendimento dos adolescentes.

Salientou-se, para fins de realização de atividades com grupos de adolescentes escolares, a importância do método de trabalho, na medida em que, apesar de enquadrarem-se na mesma faixa etária, entende-se que cada um dos adolescentes é singular. O desconforto e a inibição de alguns adolescentes em situações de interação foram as principais dificuldades enfrentadas, mas que não interferiram na realização dos objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta experiência, promoveu-se um debate sobre a problematização de questões referentes aos transtornos alimentares na adolescência e os conhecimentos trazidos pelos jovens, destacando-se o debate relativo à influência da mídia nos distúrbios alimentares e manutenção de padrões corporais de beleza. Nessa perspectiva, contribui-se para o processo de adesão de conhecimentos dos transtornos alimentares, favorecendo, em última análise, a emancipação dos sujeitos no campo da sua saúde mental.

Em suma, esse estudo contribuiu para ampliação do conhecimento sobre os transtornos alimentares, através do uso das tecnologias da informação e comunicação na educação

em saúde de adolescentes. Tal atividade propiciou a construção compartilhada de conhecimentos por meio de diálogo e uso de ferramentas tecnológicas, desenvolvendo, desse modo, o pensar crítico dos participantes.

A atividade de extensão realizada teve importantes significados sobre a formação dos acadêmicos de enfermagem, onde possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências importantes para a interação humana, como empatia, assertividade, comunicação e valorização do trabalho em equipe. Ao passo que a extensão é o caminho pelo qual a universidade dissemina seus saberes, representando um importante canal de integração entre a universidade e a comunidade, propiciou-se desenvolvimento pessoal, relacionado ao aprendizado e trabalho em equipe, em que houve a oportunidade de realizar atividades que não são encontradas na grade curricular. Ademais, a atividade serviu como um modelo de atenção à saúde de forma humanizada, crítica e reflexiva.

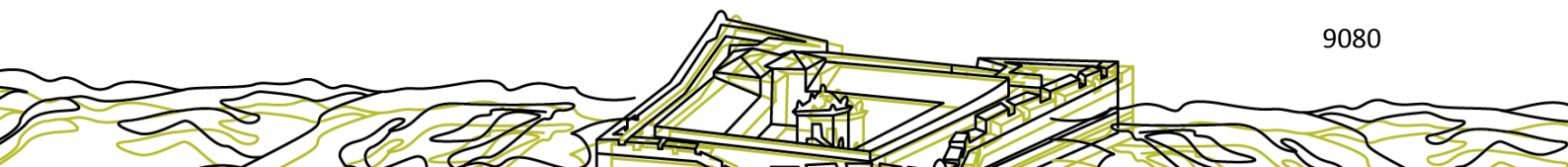
REFERÊNCIAS

BARRETO, R. M. A. Ações educativas em saúde para o público adolescente: uma revisão integrativa. **Revista de APS**, Juíz de Fora, v. 19, n. 2, p. 277-285, 2016. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2475/974>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BENEVIDES, J. et al. Sintomatologia Depressiva e (In)satisfação Escolar. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, [S.l.], v. 5, p. 013-018, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2015.0.05.1099>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm > Acesso em: 01 abr. 2018.

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). Disponível em:

<<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acesso em: 01 abr. 2018.

BRAVO, F. M.; DOMINGUES, J. V. Concepções de beleza para adolescentes anoréxicos(as) e bulímicos(as) em uma escola na cidade de Rio Grande/ RS. **RELACult - Revista Latinoamericana de Estudos em Cultura e Sociedade**, [S.l.], v. 4, fev. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23899/relacult.v4i0.750>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

BRESSAN, M. R.; PUJALS, C. Transtornos alimentares modernos: uma comparação entre ortorexia e vigorexia. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, [S.l.], v. 23, n. 3, jan. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1657>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

DINIZ, N. O.; LIMA, D. M. A. A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno alimentar de bulimia nervosa. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v. 32, n. 2, p. 214222, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rh/article/view/7478>>. Acesso em: 30 Mar. 2018.

EUFRASIO, J.J. G.; NOBREGA, T. P. Representações do corpo masculino na revista Men's Health. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 31-38, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2016.02.002>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

FAJARDO, E.; MENDEZ, C.; JAUREGUI, A. Prevalência do risco de transtornos alimentares em uma população de estudantes do ensino médio, Bogotá-Colômbia. **rev.fac.med.**, Bogotá, v. 25, n. 1, p. 46-57, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18359/rmed.2917>>. Acesso em: 30 Mar. 2018.

FORTES, L. S. et al. Alimentação desordenada, insatisfação corporal, perfeccionismo e estado de humor em adolescentes do sexo feminino. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 371-383, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000400004>>. Acesso em: 29 Mar. 2018.

FORTES, L. S.; CIPRIANI, F. M.; FERREIRA, M. E. C. Comportamentos de risco para transtorno alimentar: fatores associados em adolescentes escolares. **Psicoterapia Psicoterapêutica de Tendências**. Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 279-286, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2012-0055>>. Acesso em: 29 Mar. 2018.

GROLLI, V.; WAGNER, M. F.; DALBOSCO, S. N. P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 87-103, nov. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

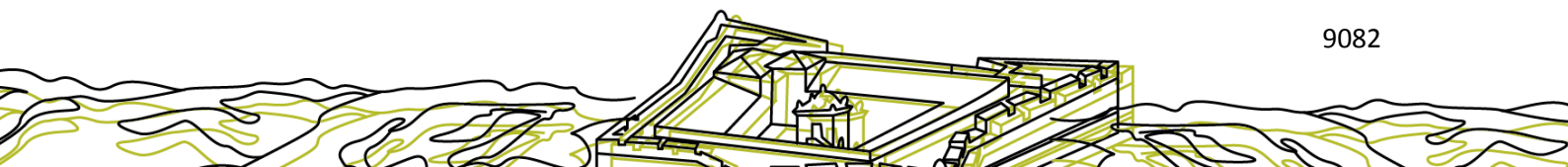
LIRA, A. G. et al. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 164-171, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000166>>. Acesso em: 30 Mar. 2018.

PADILHA, A. P. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [s.l.], v. 6, supl. 3, p. 2249-2260, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18673/gs.v0i0.22448>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

PEDROSA, R. L.; TEIXEIRA, L. Uma perspectiva biomédica dos transtornos alimentares e seus desdobramentos em atendimentos psicológicos. **Psicol USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 221-230, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420140035>>. Acesso em: 29 Mar. 2018.

PINTO, A. C. et al. Uso de tecnologias de informação e comunicação na educação em saúde para adolescentes: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 634-644, jan. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963v11i2a11983p634-644-2017>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

ROSA, E. F. T. et al. Considerações sobre a enfermagem na saúde escolar e suas práticas educativas. **HOLOS**, [S.l.], v. 5, p. 360-369, nov. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.15628/holos.2017.3644>>. Acesso em: 02 abr. 2018.



SANTOS, G. et al. Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doenças crônicas: uma revisão integrativa. **Aquichan**, v. 15, n. 1, p. 60-74, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/741/74137151007/>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SEGURA, A. M. et al. Avaliação da dieta de usuários de sala de musculação com distorção muscular (vigorexia). **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 32, n. 1, p. 324-329, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8922>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

SILVA, S. U. et al. **As ações de educação alimentar e nutricional e o nutricionista no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar**. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/as-acoes-de-educacao-alimentar-nutricional-e-o-nutricionista-no-ambito-do-programa-nacional-de-alimentacaoescolar/15927?id=15927&id=15927>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde, desenvolvimento e inovação: uma contribuição da teoria crítica da tecnologia para a discussão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00029615>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

VERAS, J. L. A. et al. Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão sistematizada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, n.

1, p. 289-294, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4949>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

PRÁTICAS DE EXTENSÃO BASEADAS NA VALORIZAÇÃO DE AÇÕES INTERDISCIPLINARES NO CUIDADO DE TRABALHADORES ADOECIDOS COM DISTÚRBIOS OSTEOMIOARTICULARES RELACIONADOS AO TRABALHO - DORT

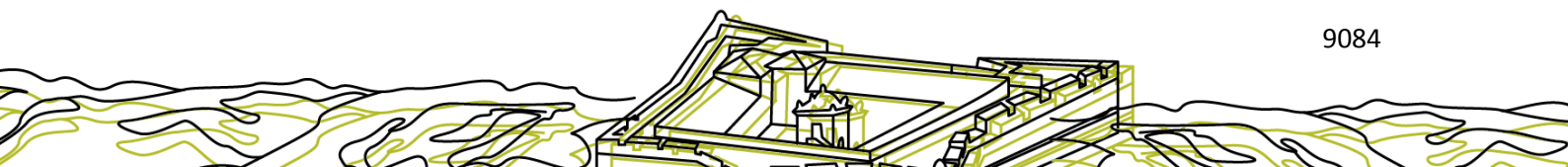
Área Temática: Saúde.

Gustavo Cordeiro Bezerra; Leonildo Santos do Nascimento Júnior; Cleane Toscano Souto Bezerra; Keyth Sulamita de Lima Guimarães; Rafael Gerbasi Nóbrega; Caio César Vaz Lacet Gondim; Lucas Lima Muniz de Albuquerque; Mariana Moroni; Maria Aline Simões Bento; Wellington Freire de Sousa; Rayane Maria Pessoa de Souza.

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Resumo

Introdução: O processo de trabalho com suas características operacionais, organizacionais e ambientais somadas às cargas físicas e cognitivas, possui uma forte relação com a saúde do trabalhador. Nesse contexto, é importante realizar avaliações multiprofissionais e interdisciplinares, como foram executadas pelos participantes do projeto de extensão RESAT: Repensando as ações em saúde do trabalho, para prevenir e tratar as doenças relacionadas ao trabalho. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo demonstrar as experiências e resultados das ações multidisciplinares desenvolvidas com os pacientes acometidos por doenças relacionadas ao trabalho atendidos no Projeto RESAT. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo acerca do projeto de extensão RESAT, o qual é desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia do UNIPÊ desde o primeiro semestre de 2017. **Resultados:** Foram acolhidos 98 trabalhadores, de março/17 até março/18, dos quais 53 foram assistidos de acordo com o plano de cuidados. Queixas e sintomas mais frequentes foram: dores em punho, ombro e coluna, parestesia, sensação de peso e fadiga. Em 238 atendimentos foram utilizados exercícios terapêuticos, eletrotermofototerapia, massoterapia, prescrição de medicamentos, além de práticas integrativas. Verificou-se um impacto positivo no que diz respeito ao cuidado e melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores assistidos, promovido através das propostas terapêuticas, do mapeamento dos riscos ergonômicos e biomecânicos, das ações educativas em saúde do trabalho e das modificações implementadas. **Conclusão:** Foram obtidos benefícios na saúde dos pacientes com ações multidisciplinares desenvolvidas numa perspectiva de cuidado integral, centrada em



queixas e expectativas de cada paciente. A construção do programa terapêutico permitiu um olhar interdisciplinar, complementando a compreensão dos processos de adoecimento, recuperação e reabilitação dos trabalhadores com DORT.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Trabalho; Transtornos Traumáticos Cumulativos.

Introdução

O campo da Saúde do Trabalhador, conforme Lacaz (2016), pretende determinar o papel do trabalho na determinação do processo saúde e da doença, considerando vários aspectos, desde os condicionantes técnicos, econômicos e sociais, por modo a criar uma assistência integral e ampla na qualidade de vida dos trabalhadores. Esse mesmo autor destaca a importância de que o trabalhador seja tratado como “sujeito coletivo ativo nos processos”.

A Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada através da Portaria GM/MS no 1.679, de 19/09/2002 e tem o objetivo principal de estabelecer uma articulação entre os serviços de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST é apresentado como principal articulador entre os serviços, fornecendo suporte técnico e científico no desenvolvimento de programas que visem a redução de agravos à saúde, bem como no tratamento de disfunções relacionados ao trabalho (BRASIL, 2009).

O amplo espectro de fatores que levam o trabalhador ao adoecimento relacionam-se com a necessidade de que a análise do processo de trabalho, em suas características operacionais, organizacionais e ambientais, considerando as cargas físicas, cognitivas e psíquicas, sejam avaliados por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, por modo a evitar ao surgimento de patologias relacionadas ao trabalho. Esse tipo de abordagem estende-se aos cuidados desenvolvidos em trabalhadores já adoecidos (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005; BRASIL, 2012).

Os problemas referentes a efetivação de políticas de atenção à saúde integral dos trabalhadores compreendem um grande desafio à saúde e a segurança do trabalho. Porto e

Almeida (2002) citam que a saúde do trabalhador, foi pensada, desde o início como um “empreendimento de integração disciplinar, no qual as diversas disciplinas ou campos disciplinares não se justapõem, mas coexistiriam como complementares”. Para esses

autores, desafios como estes somente poderão ser enfrentados quando diferentes profissionais com especialidades diversificadas compartilhem visões sobre os problemas analisados, assim como busquem “estratégias operacionais de intervenção”.

Sob esta óptica, no desenvolvimento de estratégias de cuidado à trabalhadores, há que se pensar, além da contribuição técnica específica de cada um dos profissionais de saúde, uma abordagem de atendimento em equipe, oportunizando a capacidade de que a saúde seja promovida em todos os contextos ambientais em que trabalhadores possam estar incluídos, confrontando a vulnerabilidade do acometimento de doenças físicas ou psíquicas relacionadas ao trabalho (MINAYO-GOMEZ E LACAZ, 2005).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012), institui que há uma necessidade de modificar o processo de trabalho, valorizando uma “atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalhosaúde”. Por interdisciplinaridade entende-se a reunião de diferentes disciplinas, onde se incluem as práticas de diferentes saberes, que se articulam em torno de uma mesma temática ou em torno de um objeto em comum (Minayo, 2010). No caso em questão, o foco da atenção deve ser a saúde do trabalhador.

Por isso, este trabalho pretende partilhar as experiências vivenciadas pelos participantes do projeto de extensão “RESAT: (re)pensando as ações em saúde do trabalho como estratégia de valorização dos fatores humanos”, ofertado pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ para os cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Medicina, como estratégia de atenção integral à saúde de trabalhadores.

Metodologia

O projeto de extensão RESAT: (re)pensando as ações em saúde do trabalho como estratégia de valorização dos fatores humanos iniciou-se no primeiro semestre de 2017, no Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. O objetivo principal é desenvolver ações multidisciplinares e interdisciplinares, numa perspectiva da integralidade, em saúde do trabalhador. Nesse sentido, o projeto oferece serviços tanto no âmbito preventivo, como melhorias e intervenções em processos de trabalho das instituições parceiras, quanto no restabelecimento da funcionalidade dos trabalhadores, através da assistência ambulatorial a trabalhadores adoecidos sob a perspectiva de uma atenção integral e em articulação com a Rede Nacional de Assistência em Saúde do Trabalhador – RENAST (BRASIL, 2009).

Na acolhida, que acontecem para suprir demanda espontânea e as de encaminhamentos do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST (Brasil, 2009), o trabalhador é recebido por uma equipe composta por acadêmicos dos cursos que participam do projeto para que sejam apresentadas queixas e também seja colhido o histórico dessa queixa, assim como a anamnese ocupacional, onde são questionados aspectos relacionados ao estado atual e progresso de trabalho. Esse tipo de procedimento se justifica, porque segundo Brasil (2012), a etiologia dos Distúrbios Osteomioarticulares Relacionados ao Trabalho - DORT é multifatorial, sendo necessário associar seu surgimento à “aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e de organização do trabalho”.

Na sequência, o trabalhador é encaminhado a avaliação multidisciplinar, conduzida por acadêmicos e sob supervisão dos docentes dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Medicina, onde são coletadas informações que compreendam o exame físico, o estado nutricional, e aspectos que avaliem a qualidade de vida e a funcionalidade do trabalhador que será assistido pelo projeto. A ficha de avaliação foi construída de forma participativa, onde foram feitas considerações dos profissionais envolvidos na elaboração do projeto e teve como referência teórica o Manual de Procedimentos para Assistência à Dor Relacionada ao Trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Com os dados obtidos nesta avaliação multidisciplinar busca-se o estabelecimento do nexos provável entre o adoecimento e o processo de trabalho em que os trabalhadores estão ou estiveram envolvidos, auxiliando a elaboração do diagnóstico presumido, assim como na formulação e implementação de um plano de cuidados que atenda as necessidades de cada trabalhador. Sobre esse processo de avaliação em Saúde do Trabalhador, Silveira e Marin (2006) referem que esses dados subsidiam a tomada de decisão clínica, assim como se tornam referências para a determinação do cuidado adequado e para a gestão da qualidade deste.

A construção do plano individual de cuidados se inicia com reuniões, onde todos os participantes do projeto estão presentes, onde são traçados objetivos e propostas terapêuticas baseadas nas informações partilhadas entre os integrantes que foram responsáveis pela acolhida e pela avaliação do trabalhador em questão, sendo que cada trabalhador recebe um grupo de discentes como cuidadores para execução da proposta. A proposta terapêutica varia de acordo com o impacto provocado pela sintomatologia nos pacientes, sendo que o tratamento pode ser menos complexo e abrangente em casos iniciais; entretanto, nos casos de caráter crônicos, ou com vários segmentos

acometidos, é importante que seja definido um programa de tratamento, com metas a curto e a longo prazo.

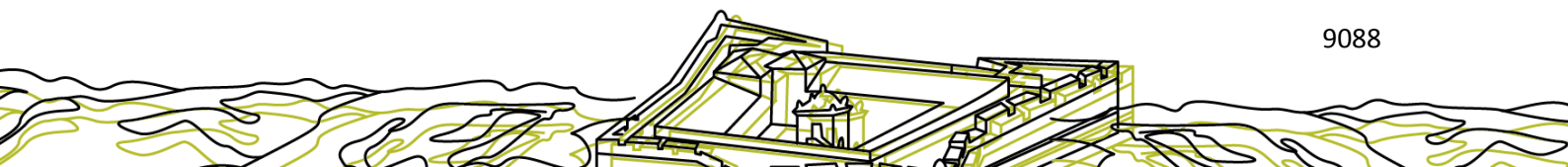
A execução do plano de cuidados se dá através de atendimentos na Clínica Escola de Fisioterapia do Unipê, em horário noturno, nas segundas e quartas-feiras, através de ações que se darão de forma individual ou em grupos (quando encaminhados para a Escola de Posturas), através de critérios de especificidades dos casos que serão demandados na Clínica Escola. O horário noturno de atendimento foi estratégia pensada para que um maior número de trabalhadores tenha acesso oportuno ao serviço, já que conforme Knauth, Couto e Figueredo (2012), “a inserção no mercado de trabalho formal, o receio de ser penalizado pela ausência no trabalho, e as dificuldades impostas pelas empresas para justificar a ausência ao trabalho mediante atestado médico” são barreiras para a procura de tratamento nos serviços de referência em saúde.

Uma vez que tenhamos a anuência da empresa em que o trabalhador encontra-se enquadrado, tem-se a possibilidade de que uma apreciação ergonômica seja aplicada para análise das situações reais de trabalho, onde os extensionistas irão conduzir observação dos ambientes e processos de trabalho em que cada um dos trabalhadores está inserido para que, finalizadas a observação da atividade, os dados serão discutidos e analisados por toda a equipe, para que possa subsidiar adaptações a serem implementadas através de discussões com a participação dos representantes corpo gestor, da equipe responsável pela saúde e pela segurança na empresa, além do próprio trabalhador, utilizando como referência teórica a Ergonomia Participativa, proposta Pereira & Vidal (2002).

Resultados e Discussão

Conforme análise quantitativa das ações desenvolvidas pelo projeto de extensão, foram acolhidos 98 trabalhadores, desde Março de 2017 até Março de 2018. Deste total, 53 pacientes foram assistidos de acordo com o plano de cuidados traçados para que metas individuais fossem alcançadas a curto e longo prazo. Todos passaram pelo processo de avaliação antes do atendimento e passam por novas avaliações ao término do tratamento proposto.

As queixas mais frequentes referem-se dor no punho, dor no ombro, dor na coluna, além dos trabalhadores com diagnóstico concluído de tendinites, espondilose lombar, síndrome do manguito rotador. A sintomatologia apresentada através das avaliações, não diferem da literatura, onde apresentam-se como sinais e sintomas, a dor, as

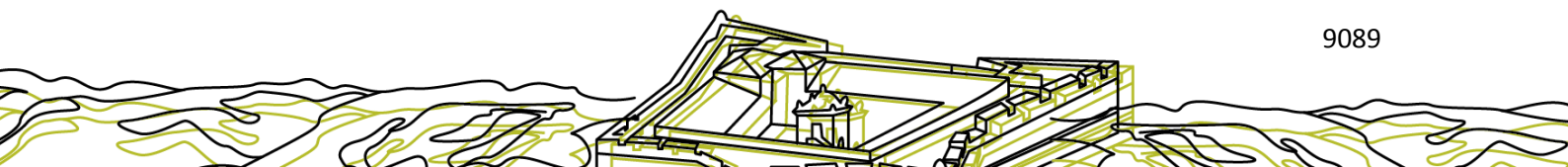


parestésias (frio, calor, formigamento ou pressão), a sensação de peso e a fadiga, principalmente nos membros superiores (ALVES E KRUG, 2017).

Ao todo foram 238 atendimentos pós avaliação, onde foram utilizados recursos como exercícios terapêuticos, eletrotermofototerapia e massoterapia, além da prescrição de medicamentos – analgésicos, anti-inflamatórios e ansiolíticos - e orientações quanto ao seu uso de forma adequada, assim como foram oferecidas terapias complementares como acupuntura e a formação de grupos de controle de sintomas em pacientes crônicos. Conforme Brasil (2012), as condutas terapêuticas utilizadas devem ter como objetivos principais “o alívio da dor, o relaxamento muscular e a prevenção de deformidades, proporcionando uma melhoria da capacidade funcional”.

A inclusão de um grupo de trabalhadores na Escola de Posturas justifica-se pelo fato de que a realização de atendimentos em grupo nos Centros de Atenção à Saúde do Trabalhador é pouco abordada e difundida, mesmo sendo uma proposta terapêutica oferecida pela literatura e pelo Ministério da Saúde. A Escola de Posturas, que tem esse nome derivado da denominação inglesa, “Back School”, tem por base uma proposta de intervenções teóricas e práticas com objetivos preventivos e de tratamento de indivíduos com queixas relacionadas a coluna vertebral, onde além dos aspectos físicos, há uma propositura de intervenção em aspectos sociais e psico-somáticos, através de uma abordagem participativa e de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que sofrem com queixas de algias de coluna (CARDIA, DUARTE e ALMEIDA, 2006). Conforme Merlo, Jacques e Hoefel (2001), tais grupos devem ter um caráter terapêutico e educativo, complementando a terapêutica tradicional, em que serão utilizados recursos como a condução de exercícios terapêuticos, mas também um “espaço de convívio, troca de experiências, mudança de atitudes e percepções e o enfrentamento do adoecimento e da incapacidade”, impulsionando estabelecimento de limites, resgate a cidadania e modificações físicas, psíquicas e sociais no trabalhador adoecido.

Foram realizadas, ainda, quatro intervenções em ambientes laborais, as quais objetivaram fazer um levantamento dos riscos, principalmente os ergonômicos e biomecânicos, durante o exercício das ações laborativas pelo trabalhador assistido pelo projeto. Essa metodologia possuía como proposta oferecer um panorama real do processo de trabalho para mapeamento dos riscos aos quais o trabalhador encontrava-se exposto. Sobre isso Silva et al. (2016) discorrem que a avaliação dos riscos deve ser conduzida por uma equipe multidisciplinar, onde incluem os de medicina, enfermagem, fisioterapia e o próprio trabalhador, para que todas as instalações, processos e materiais



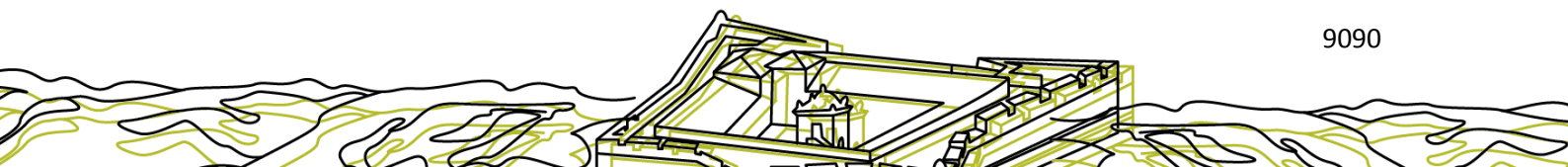
de trabalho sejam classificados como causas potenciais de agravos à saúde do trabalhador.

Posterior ao mapeamento dos riscos, em cada ambiente de trabalho avaliado, foi proposto uma reestruturação de processos ou materiais de trabalho. Melo et al. (2017) apresentam esse recurso como proposta passível a resultados significativos no que concerne a prevenção ou o agravamento dos sintomas de DORT, pelo fato de que a reestruturação do processo de trabalho torna-se um elemento palpável de minimização ou eliminação dos riscos. Coutinho et al. (2017) citam que neste sentido, o projeto do local de trabalho deve ser pensado à luz da ergonomia, utilizada como instrumento preventivo ou corretivo. Devem ser observados “o arranjo físico (layout), que se traduz pela distribuição espacial ou do posicionamento relativo aos diversos elementos que compõem um posto de trabalho, bem como a distribuição dos instrumentos e informação existente no local, tais como a luz, cor, paredes, tetos, piso, máquinas e mobiliários” quando se pensa na saúde dos trabalhadores.

Através do desenvolvimento das ações do projeto, verificou-se um impacto positivo no que diz respeito ao cuidado e na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores assistidos pelo projeto, promovido através das propostas terapêuticas apresentadas, do tratamento na Clínica Escola de Fisioterapia, do mapeamento dos riscos ergonômicos e biomecânicos nas atividades laborais desenvolvidas por eles nas empresas/instituições, das ações educativas em saúde do trabalho e das modificações implementadas com o objetivo de adequação do ambiente de trabalho às condições psicofisiológicas do trabalhador. Tais ações impactaram, ainda, através da minimização dos danos promovidos pelas patologias a que foram diagnosticados e da prevenção de agravos ou de novos casos de adoecimento e, consequentes afastamentos.

Para os participantes incluídos no projeto, a experiência no RESAT os transformou em elementos ativos e importantes no debate sobre as ações de cuidado integral em saúde do trabalhador, mostrando que durante o processo de aprendizagem há que se construir um ambiente em que seja possível efetivar os discentes como atores no processo de elaboração de uma proposta terapêutica, de forma multidisciplinar e com olhar ampliado, por forma ao rompimento da concepção tradicional e reducionista de apenas cumprir protocolos de tratamento para cada patologia relacionada ao trabalho.

Por fim, vê-se que as ações realizadas pelo projeto de extensão universitária, proporcionaram intervenções que objetivaram uma assistência integral em Saúde do Trabalhador, partindo dos pressupostos de efetivação da Rede Nacional de Assistência Integral em Saúde do Trabalhador – RENAST, garantindo assistência e tratamento a



trabalhadores acometidos por Distúrbios Osteomioarticulares Relacionados ao Trabalho na Clínica Escola do Unipê e em seus ambientes laborais.

Conclusão/Considerações Finais

Com as ações desenvolvidas pelo projeto de extensão percebe-se os benefícios promovidos aos trabalhadores que foram assistidos pelo projeto numa perspectiva de cuidado integral, centrada nas queixas e nas expectativas de cada trabalhador, por forma a compor uma programação terapêutica individual ou em grupo.

A construção do programa terapêutico, através das reuniões entre os membros do projeto de extensão, permitiu um olhar interdisciplinar, que acabou trazendo uma abordagem mais global do processo de entender o adoecimento, recuperação e reabilitação dos trabalhadores com Distúrbios Osteomioarticulares relacionados ao Trabalho. Esse olhar ampliado pode ter relação com o sucesso obtido nos tratamentos propostos para cada trabalhador.

Como diferencial do trabalho desenvolvido, destacamos a formação da Escola de Posturas, que construiu um ambiente de partilha sobre o processo de adoecimento relacionado ao trabalho entre os participantes, tornando-se uma estratégia importante para o sucesso no tratamento, através dos exercícios, da educação em saúde e do compartilhamento de experiências relacionadas às patologias ou disfunções da coluna vertebral.

Destaca-se ainda, a importância da investigação de aspectos que podem trazer agravos à saúde do trabalhador, para que sejam pensadas estratégias de manejo para esses riscos, “in locus” e com a participação de vários atores, onde incluem-se aqui os trabalhadores e a gestão da empresa. Ações como essas podem proporcionar um ambiente adequado com conforto e segurança para os trabalhadores, evitando novos casos de Distúrbios Osteomioarticulares relacionados ao Trabalho ou afastamentos dos postos de trabalho.

Por fim, destaca-se o fato de que, através do sentimento de automotivação e a inteligência emocional do discente, a formação acadêmica pode ser conduzida rumo a um olhar ampliado sobre o indivíduo adoecido e necessitado de cuidados, humanizando o serviço em saúde. Concluindo-se, assim, que as atividades de extensão devem ser valorizadas e estimuladas nas instituições de ensino superior para que os discentes possam se envolver num ambiente de compartilhamento de conhecimentos entre os docentes, discentes e a comunidade, representada pelos trabalhadores assistidos.

Referências

ALVES, Luciane Maria Schmidt; KRUG, Suzane Beatriz Frantz (org.) Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 7577, 12 novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CARDIA, Maria Claudia Gatto; DUARTE, Myrna Deirdre Bezerra; ALMEIDA, Rogério Moreira. **Manual de Escola de Posturas da UFPB**. Editora Universitária, 3ª ed, João Pessoa, 2006.

COUTINHO, Gilvania Barreto Feitosa et al. Avaliação das condições de trabalho em uma empresa atacadista de alimentos perecíveis: uma abordagem centrada na ergonomia física e organizacional. **Revista Ação Ergonômica**, v. 11, n. 1, 2017.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, 2012.

LACAZ, F. A. C. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, n. 13, p. 1-11, 2016.

MELO, Bruna Ferreira et al. Atuação do fisioterapeuta nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: indicadores das notificações dos Dort. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 136-142, 2017.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; JACQUES, Maria da Graça Corrêa; HOEFEL, Maria da Graça Luderitz. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre. Vol. 14, n. 1, p. 253-258, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 797-807, 2005.

PEREIRA, Mario Sergio; VIDAL, Mario. Ergonomia participativa: um alicerce para certificação de competências. In: **Anais do XII Congresso Brasileiro de Ergonomia**. Recife – PE, 2002.

PORTO, Marcelo Firpo de S.; DE ALMEIDA, Gláucia ES. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 335-347, 2002.

SILVA, Rafael Pires et al. O gerenciamento de riscos ocupacionais e as interferências na saúde do trabalhador: revisão integrativa The risk management and interference in occupational health worker: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4168-4185, 2016.

SILVEIRA, Denise Tolfo; MARIN, Heimar de Fátima. Conjunto de dados mínimos de enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. **Acta paulista de enfermagem**.

São Paulo. Vol. 19, n. 2 (abr./jun. 2006), p. 218-227, 2006.

VIVÊNCIAS DE GERAÇÃO DE RENDA NO CAPS AD III NO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA

Área Temática: Saúde.

Fernanda Maria Melo Pereira¹; Letícia Marcela Silva Santos²; Irisdalva França Soares³,
Maria Edileuza Soares Moura⁴

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Resumo

Após o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, novos modelos de cuidado ao portador de transtorno mental foram sendo estabelecidos de maneira a promover uma melhoria na qualidade das relações interpessoais e a reabilitação psicossocial. Nesta perspectiva, estão incluídas as oficinas terapêuticas que há alguns anos vêm sendo utilizadas como método de tratamento para pessoas portadoras de transtornos mentais. Objetivou-se desenvolver ações de produção artesanal para os usuários do CAPS Ad III interessados na geração de novas fontes de renda. Trata-se de um projeto de extensão da Universidade Estadual do Maranhão (Campus Caxias) desenvolvido por acadêmicas do curso de Enfermagem que com o auxílio de uma artesã e supervisionadas pela equipe de profissionais do serviço de saúde mental realizaram oficinas terapêuticas voltadas para a produção artesanal de produtos com potencial para comercialização local e potencial fonte de renda para usuários do CAPS Ad III no município de CaxiasMaranhão/Brasil. As oficinas já desenvolvidas, foram para confecção de brincos, colares, pulseiras, chaveiros e porta-chaves. Inicialmente, a execução da atividade necessitou de uma descrição e demonstração de como é o processo de produção das peças, desde a apresentação de moldes, dos materiais com os quais se trabalhará e o passo a passo para concluir a confecção da peça. Os participantes das oficinas têm

¹ Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (Campus Caxias).

² Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (Campus Caxias). ³ Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (Campus Caxias). ⁴ Doutora em Medicina Tropical e Saúde Pública, docente da UEMA (Campus Caxias).

mostrado interesse e boa adesão à proposta, autoestima elevada ao alcançar o objetivo de cada oficina, contando ainda sentimento de utilidade e bem-estar. Identificou-se que as oficinas terapêuticas se mostraram como estratégia de cuidado que possibilitou a melhoria das habilidades dos usuários e ainda uma renovação nas relações interpessoais entre os próprios participantes e destes com a equipe.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Transtornos Mentais. Enfermagem.

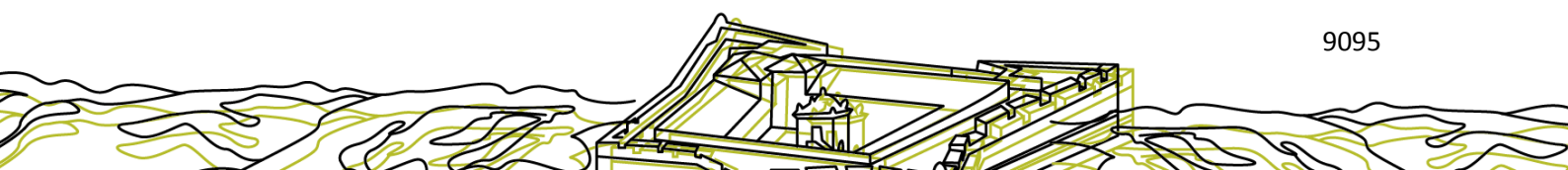
Introdução

A reforma psiquiátrica surgiu no Brasil no final da década de 1970, a partir do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inspirada nas denúncias da precariedade da assistência centrada no modelo hospitalocêntrico e em sua lógica de exclusão, abandono e violência e na insatisfação dos trabalhadores da área com as condições de trabalho (PEDROZA et al., 2012)

A exclusão social, o estigma e o confinamento do portador de transtorno mental foram condições propagadas nos hospitais psiquiátricos que contribuíram para difundir um construto social tradicional da pessoa com transtorno mental, influenciando até hoje a forma como esse ser humano é visto pela sociedade (JORGE et al., 2006). A reforma psiquiátrica, no Brasil e no mundo, questionou as instituições totais e seus métodos de intervenção, como a laborterapia e outras formas de ocupação, provocando exclusão e segregação, bem como pressionou, defendeu e estimulou investimentos na implementação de serviços territoriais substitutivos a lógica hospitalocêntrica (MENDONÇA, 2005).

Atualmente, avançando na direção dos princípios da reforma psiquiátrica e da desconstrução do modelo centrado no hospital psiquiátrico, tem-se buscado alcançar intervenções no território relacionadas à reconstrução da identidade dos sujeitos e ao reencontro da sua individualidade a partir do uso do trabalho e da geração de renda (LUSSI et al., 2011).

Dessa forma, ainda há a necessidade de superar o modelo de cuidado tradicional com enfoque no transtorno mental para priorizar a promoção da saúde, a cidadania e a participação no cotidiano das cidades (onde a vida acontece), direcionando a atenção para a singularidade do usuário, de forma a facilitar que ele exercite a autonomia e desenvolva ações produtivas em sua comunidade (MORATO; LUSSI, 2015).



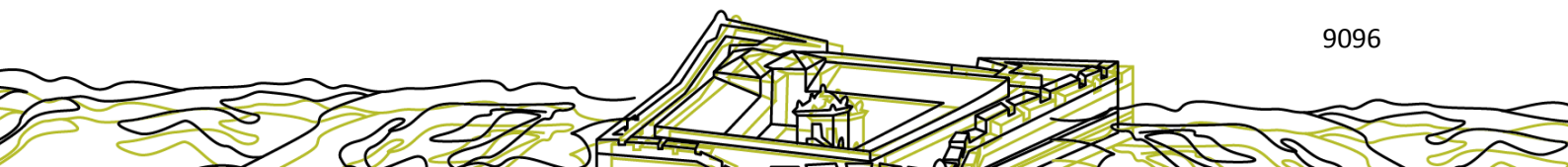
Na assistência leiga das instituições filantrópicas, o trabalho teve a função de auxiliar na manutenção da ordem social e econômica; no nascimento da Psiquiatria, com o tratamento moral e excludente, teve uma função disciplinadora na busca pela cura da loucura (FOUCAULT, 2003). Cidadania e loucura foram termos que, histórica e socialmente, se intitulava separadamente, o que foi assumido como natural pelo saber construído na área da saúde mental (BRASIL, 2005).

A reabilitação psicossocial consiste em um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com transtorno mental, proporcionando-lhe qualidade de vida. A reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer (SARACENO, 1999 *apud* JORGE et al., 2006). A reinserção social do sujeito portador de transtorno mental perpassa a prática clínica e constitui um processo longo e complexo. Assim, o desenvolvimento das abordagens terapêuticas no trabalho em saúde mental ocorre como proposta de melhorar o enfrentamento do transtorno mental (AMARANTE, 2007).

A inserção das pessoas com transtornos mentais e com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas no mercado de trabalho compreende o exercício de direitos e produção de autonomia e é uma das estratégias fundamentais nos projetos de inclusão social (GIGANTE, TOMASI, 2011). Em saúde mental, as oficinas são consideradas terapêuticas quando propiciam aos usuários dos serviços saúde mental ou não, um momento de fala, expressão e acolhimento. Além disso, avançam no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Um dos desafios para intervenções efetivas em saúde mental encontra-se na dificuldade de acesso dos usuários à vida produtiva. Dessa forma, a reinserção psicossocial por meio da geração de renda, expande os espaços de produção de saúde, além de ter grande impacto em suas vidas, pois proporciona momentos de prazer e ao mesmo tempo oportunizam gerar seu próprio dinheiro (MARTINS et al., 2015).

É válido destacar que o público com o qual trabalha-se nesse projeto tem uma singularidade em relação aos portadores de transtornos mentais que é a dependência química. Nesse grupo há uma necessidade de (re)estabelecimento de uma rede social, que em geral foi desgastada pelos reflexos sociais do uso abusivo de substâncias psicoativas. Assim, é preciso redescobrir um sentido para a vida. Nessa direção, o trabalho se destaca como alternativa privilegiada de resgate da autonomia e como instrumento de inclusão social para esta clientela (BARRETO; LOPES; PAULA, 2013).



Ressalta-se a importância de que a formação de futuros profissionais busque estimular o desenvolvimento de práticas que possam implantar ou consolidar ações inovadoras na área de saúde mental (LUSSI et al 2010). Dessa perspectiva decorre o interesse em executar esse projeto de extensão que vislumbra no trabalho um vértice essencial da cadeia de reabilitação e ao promover ações na comunidade com apoio da Universidade Estadual do Maranhão, possibilita um maior contato entre os estudantes da graduação com diferentes demandas da comunidade.

Assim, esse projeto tem como objetivo geral desenvolver ações de produção artesanal para os usuários do CAPS Ad III interessados na geração de novas fontes de renda; e como objetivos específicos estimular a vivência e o trabalho em grupo, possibilitando a troca de saberes e experiências entre os participantes, sobretudo, valorizando as produções da própria comunidade; colaborar com a construção de uma rede substitutiva diversificada que garanta os direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental; e capacitar os usuários interessados na geração de renda através da confecção de peças artesanais.

Metodologia

Trata-se de um projeto de extensão vinculado ao PIBEX (Programa Institucional de Bolsas de Extensão) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) em desenvolvimento no CAPS Ad III de Caxias, Maranhão. Os CAPS Ad III são serviços de atenção psicossocial voltados para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas que devem oferecer atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002).

A equipe multiprofissional desse serviço de saúde mental é composta por profissionais como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais de educação física e psiquiatras. Segundo dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística o CAPS Ad III de Caxias, Maranhão conta com 3000 pacientes cadastrados, com média de 40 pacientes por semana e dispõe de 7 vagas para acolhimento noturno.

O projeto teve início em setembro de 2017 e foi planejado em quatro etapas, apresentação e divulgação do projeto, execução das oficinas e confecção das peças artesanais, comercialização das peças produzidas e divulgação dos resultados (finalização).

No primeiro momento, foi apresentado o projeto de extensão, divulgando os objetivos e atividades desenvolvidas ao coordenador do CAPS Ad III que prontamente aceitou a proposta, foi realizada uma reunião com os acadêmicos e professor orientador envolvidos a fim de planejar o início das atividades a serem executadas, e logo depois apresentamos aos profissionais da instituição para conhecerem as atividades propostas e possíveis cooperações a efetivação das mesmas, e por fim a proposta foi apresentada aos usuários para só então e iniciar, de fato, as oficinas.

No segundo momento, realizou-se a primeira oficina de bijuterias, no qual foi produzida pulseiras, colares, brincos e chaveiros, com total 7 encontros, 1 vez por semana, inicialmente, o método de trabalho compreendeu a descrição de como é o processo de criação e confecção das peças, desde a apresentações de moldes, dos materiais que compõem a peça e o passo a passo para a construção do produto. Para tanto, foram disponibilizados moldes de cada item servindo como exemplo no momento de sua produção, a partir daí eles tiveram a oportunidade de interferir na criação pelas escolhas dos materiais e bijuterias. Ao final de cada oficina geração de renda, os materiais foram recolhidos pela equipe para receber um aprimoramento / acabamento e serem comercializados.

Na terceira etapa desenvolvemos a segunda oficina, onde foram produzidos portachaves, com um total de 6 encontros e passando pelo mesmo processo de apresentação e

montagem das peças. E no último momento, os produtos já prontos e o custo estabelecido segundo critérios ligados ao artesanato local.

Os produtos confeccionados nas oficinas terapêuticas são comercializados pela equipe executora em um espaço comunitário intitulado “Feirinha da Gente” que é um evento semanal promovido pela Prefeitura de Caxias por meio da Secretaria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres e Secretaria de Cultura, Patrimônio Histórico, Esporte, Turismo e Juventude em parceria com outras secretarias municipais: Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; Secretaria de Meio Ambiente; Secretaria de Indústria e Comércio, Secretaria de Agricultura e Pesca, além do apoio do SEBRAE (Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas) (Figura 03). O recurso financeiro arrecadado com a comercialização das peças é destinado a aquisição de material de higiene pessoal doado pela equipe executora aos usuários do CAPS Ad III de Caxias, Maranhão.

Resultados e Discussão

As oficinas realizam-se uma vez por semana (terça-feira) e duram em média 4 horas no turno da manhã, de acordo com a disponibilidade dos profissionais do CAPS Ad III e acadêmicos. Em cada semana a oficina terapêutica de geração de renda é elaborada e desenvolvida pela equipe de extensão, com auxílio da artesã, sob supervisão demais profissionais do serviço.

Os usuários convidados e participantes das oficinas de geração de renda foram selecionados a partir da própria manifestação do interesse em aprender a confecção de artesanato com produtos da natureza local (maioria do gênero masculino). No início das oficinas de bijuterias, houve uma dificuldade relacionada adesão dos pacientes na produção de bijuterias, pois no CAPS Ad III há predominância de homens, havendo estigma em relação as peças por serem considerados femininas, porém com o passar do tempo essa resistência foi reduzindo e houve uma maior adesão dos homens em relação as mulheres nas oficinas, participam em média 10 pacientes por oficina, e cada paciente produz em média 2 peças, dependendo da oficina oferecida.

Em um trimestre alcançou-se 13 encontros e foram produzidos 12 pares de brincos, 25 colares, 35 pulseiras, 19 chaveiros e 18 porta-chaves. Assim, admite-se que a oficina de geração de renda proporciona benefícios tanto externos (renda) como internos (autonomia).

Com esta proposta, houve a oportunidade de os usuários desenvolver aspectos de como lidar com diferentes materiais, organização, responsabilidade, dificuldades e aprendizagem, a partir disso gerar renda através da produção de peças artesanais.

Além de ser um elemento central na relação sujeito-sociedade, o trabalho é responsável pela integração desse indivíduo no meio social. A psicodinâmica do trabalho revela a importância do trabalho para a formação constante da identidade do sujeito (MERLO et al., 2009). Admite-se que a geração de renda por si só não contemple a diversidade de demandas dos sujeitos, mas compreende-se que uma atividade em que o sujeito se reinvente, que oportunize a reinvenção do trabalho e que construa suas próprias obras possibilita efetivamente trocas sociais (RODRIGUES; YASUI, 2016).

Ao final, é questionado aos usuários se gostaram ou se sentiram alguma dificuldade em confeccionar as peças, a maioria dos usuários que participa relatam gostar das atividades propostas, alguns sentem-se incapazes de confeccionar por acharem difícil, por conta da medicação, tremores, falta de coordenação motora e problemas para enxergar peças pequenas, porém conseguem realizar com esforço e apoio da equipe, o

que motiva ainda mais a continuar a produzir sempre e terminam com o sentimento satisfação, possibilitando uma melhora na sua habilidade, aumentando sua autoestima e autonomia. Durante o processo de trabalho, observase também uma melhora no relacionamento interpessoal entre os próprios participantes e destes com a equipe, onde uns ajudam os outros que tem mais dificuldades.

Neste sentido, as oficinas terapêuticas proporcionaram o resgate da identidade do usuário. Essa afirmativa justifica-se pelos relatos dos profissionais, pois eles entendem as oficinas como propostas de trabalho com fins de expressão, educação ou produção em que os usuários se manifestam de maneira saudável, mostrando suas potencialidades vencer dificuldades no trabalho e, quiçá, ampliando essas atitudes para seu convívio social (IBIAPINA et al., 2017).

Ressalta-se a importância da geração de renda para os usuários da área da saúde mental como forma a ampliar as oportunidades relacionadas ao trabalho através do processo de aprendizagem (oficinas); com representação de dignidade ao conseguirem gerar renda, além disso, produz nos usuários, a reabilitação psicossocial por meio das oficinas que são os instrumentos utilizados nos serviços de saúde mental como forma de tratamento, reabilitação e melhoria dos problemas decorrentes dos transtornos mentais.

Segundo a Portaria nº 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as iniciativas de geração de trabalho e renda / empreendimentos solidários / cooperativas sociais oportunizam para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a reabilitação psicossocial.

As iniciativas de geração de trabalho e renda articulam sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares. O desenvolvimento de oficinas terapêuticas nos CAPS permite a possibilidade de projeção de conflitos internos / externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, a miscigenação de saberes e a expressão da subjetividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Portanto, a experiência do trabalho das oficinas é positiva quando contribui com a cidadania e autonomia dos usuários. Tanto como forma de reabilitar e oportunizar aos

usuários a possibilidade de aprender a gerar renda através do artesanato. Buscou-se exercer uma prática de cuidado horizontalizada, estimulando os usuários a compartilharem e serem parceiros dos projetos e decisões, bem como a se conscientizarem de seus direitos de cidadãos.

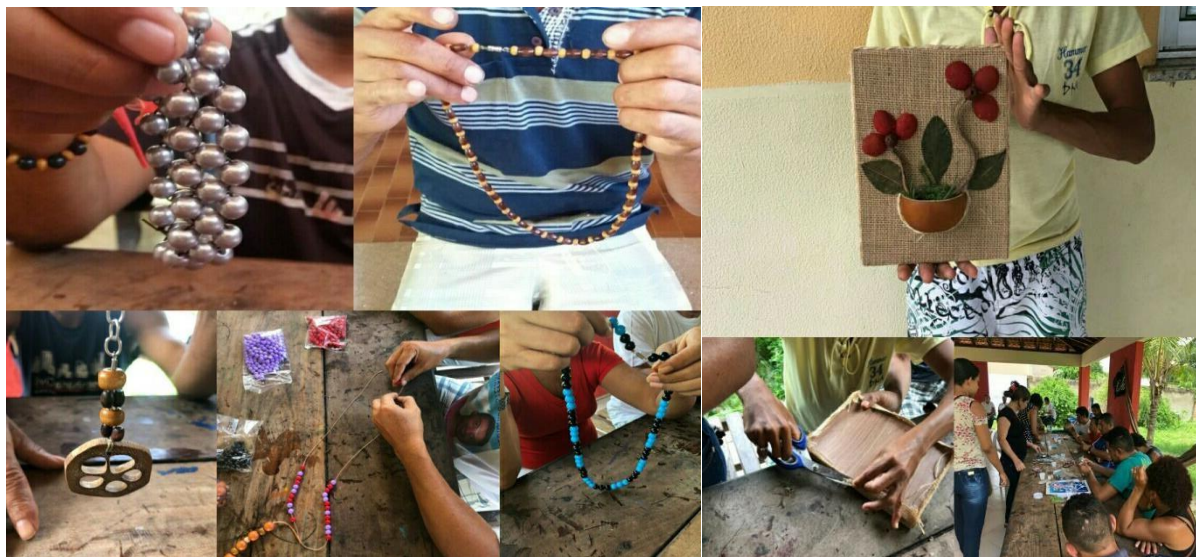


Figura 1- Processo de confecção na oficina de bijuterias e porta-chaves

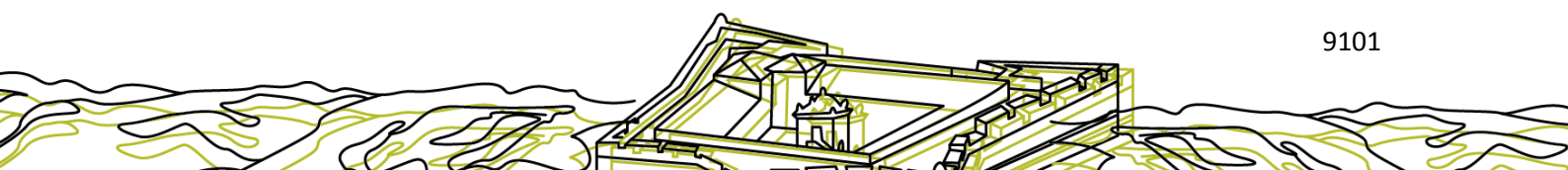


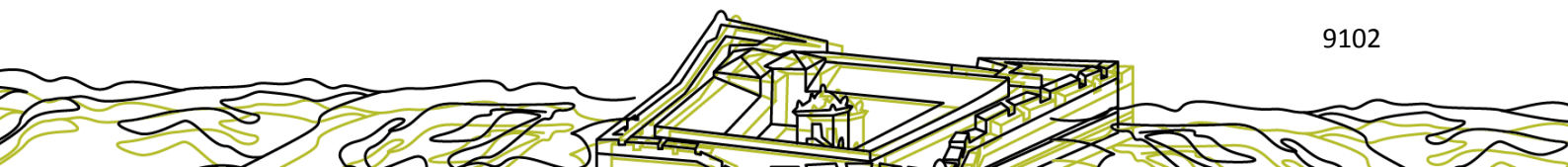


Figura 2- Peças produzidas – colar, chaveiro, porta-chaves, pulseira



Figura 3- Bolsista e voluntárias na Feirinha da Gente

Fonte: Arquivo de fotografias da equipe do projeto de extensão.



Conclusão/Considerações Finais

A realização de oficinas de geração de renda com usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas no CAPS Ad III tem possibilitado a interação grupal, estímulos das competências pessoais, o que tem se mostrado uma maneira eficaz na ativação e reconstrução do bem-estar / autonomia dos usuários. Assim, a prática na realização de oficinas promoveu melhora nos relacionamentos interpessoais dos usuários, tanto com os usuários, quanto com a equipe de extensão.

Dessa forma, pretende-se possibilitar conhecimentos que se constituam em subsídios para o desempenho das ações de enfermagem. Apresentado as oficinas terapêuticas como um aditivo na reabilitação psicossocial e minimizar dos efeitos colaterais causado pelo uso dos medicamentos psicotrópicos.

Percebeu-se, portanto, que estas ações foram muito gratificantes para o grupo, sendo demonstrada através dos rostos, o sentimento de trabalho cumprido, de meta alcançada e realização quando os trabalhos ficavam prontos. Deste modo, as oficinas se tornaram instrumentos de reabilitação e ressignificação social dos usuários na comunidade.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Oficinas Terapêuticas como instrumento de Reabilitação Psicossocial: Percepção de Familiares. **Esc.**

Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):339-345, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>

BARRETO, Raquel de Oliveira; LOPES, Fernanda Tarabal; DE PAULA, Ana Paula Paes. A economia solidária na inclusão social de usuários de álcool e outras drogas: reflexões a partir da análise de experiências em Minas Gerais e São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 41-56, 2013.



BRASIL (MS). **Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 20 mar. 2018

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GIGANTE, Marisa Petrucci; TOMASI, Elaine. Perfil das oficinas de geração de trabalho e renda no âmbito da atenção psicossocial no Brasil. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2011.

IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa; et al. Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em pacientes com transtorno mental. **Esc Anna Nery**., Rio de Janeiro, e20160375 - v.21, n.3, 2017.

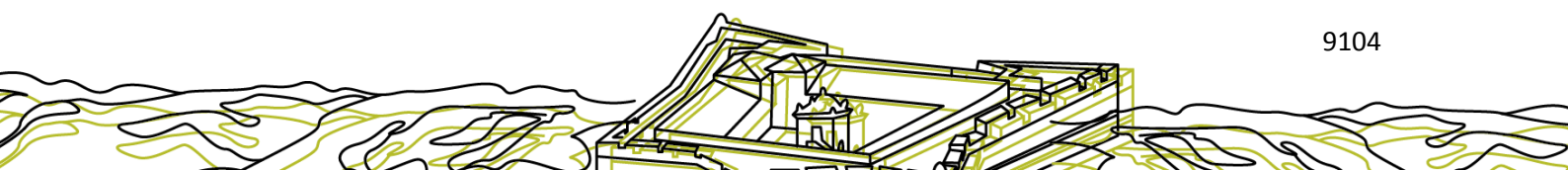
JORGE, Maria Salete Bessa; RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; RUIZ, Erasmo Miessa Ruiz. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.6, Nov./Dez. 2006.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira, MATSUKURA, Thelma Simões; HAHN, Michelle Selma. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental.

O Mundo da Saúde, São Paulo, v.35, n.2, p.185-192, 2011. Disponível em:

https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/185-192.pdf, acesso em 17 mar 2018

MARTINS, Álissan Karine Lima; et al. Práticas de equipes de saúde mental para a reinserção psicossocial de usuários mental. **SANARE**, Sobral, v.14, n.02, p.43-50, jul./dez. – 2015.



MENDONCA, Teresa Cristina Paulino de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 626-635, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932005000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 mar. 2018.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo e MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25746>>.

MORATO, Giovana Garcia; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e construções necessárias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 733-745, 2015.

PEDROZA, Ariadne Pereira, et al. Articulação saúde mental e economia solidária: relato de projeto de inclusão social. **Rev Rene.**, Fortaleza, v.13, n.2, p.454-62, 2012.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. *In*: AMARANTE, P.(Org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade.

Rio de Janeiro: Fiocruz, cap.12, p. 267-77, 2000.

RODRIGUES, Ariana Campana; YASUI, Silvio. Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. **Cad.**

Bras. Saúde Ment., Florianópolis, v. 8, n. 20, p. 1-23, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198421472016000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2018.

AS PRÁTICAS DO SERVIÇO SOCIAL DENTRO DO PROJETO BIBLIOTERAPIA PARA PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

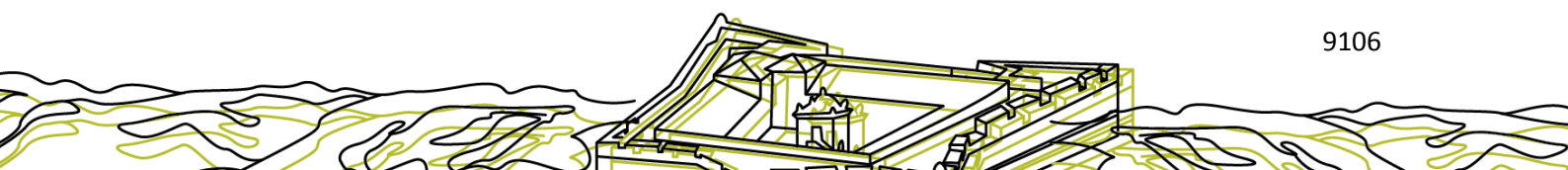
Área Temática: Saúde

Adriane Clícia Alves Paixão; Rosiany Amaral da Silva; Odenilce Vieira Pereira; Regeane Kelly Holanda do Carmo; Tamiris Serra Alves de Lima; Victória de Fátima Moraes Garcia

Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto HUIBB

Resumo

Ao momento que um paciente é hospitalizado este passa por ciclos de tensão emocional que prejudicam sua recuperação. O espaço que este paciente se insere ao longo dos anos não se traduz como uma estrutura para o acolhimento humanizado devido a culturalização do entendimento do ambiente hospitalar, é caracterizado primordialmente para a cura de doenças, o que potencializa o desempenho dos profissionais de saúde na busca de um tratamento clínico específico a se articular com o bem-estar emocional e psicológico do paciente, que por sua vez vê como um ambiente de solidão e isolamento, mesmo que cercado de profissionais de saúde e outros pacientes. Ao se confrontar com esta situação de fragilidade, pode desenvolver sentimentos de ansiedade, agressividade, angústia, tristeza e outras reações devido à doença e/ou o afastamento do lar. Buscando minimizar o sofrimento em detrimento a doença e a hospitalização, expomos como proposta, atividades de biblioterapia com o intuito de oportunizar o bem-estar além do físico, o psicológico e emocional através da leitura de textos, visualizações de imagens impressas e/ou em movimento além de outros instrumentos, assim como, o desenvolvimento de ações de educação em saúde que sinaliza orientação sobre direitos do Cidadão através de palestras e /ou oficinas de Seguridade Social e Previdência Social a fim de atender além dos pacientes, assim como os acompanhantes dependendo de cada caso, disseminando a informação de forma geral e seletiva atendendo o público-alvo. As ações são desenvolvidas através de abordagem individual e em grupo como: contação de histórias, leitura de mensagens, exibição de filmes, espetáculos, audição de músicas, disponibilização de leituras diversas (livros, revistas e jornais) de acordo com a temática definida pela equipe do projeto em conjunto com o paciente. Após cada sessão realiza-se avaliação com os

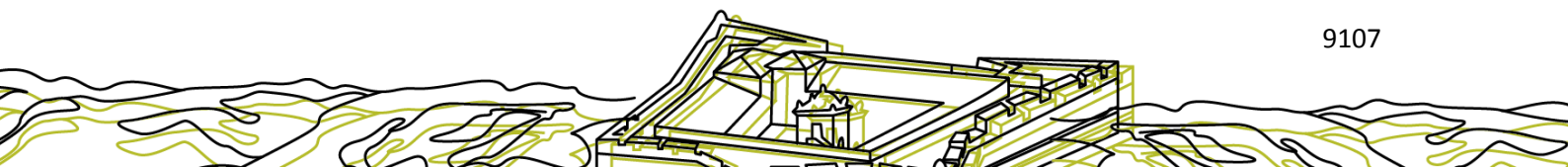


participantes, analisando desta forma, o impacto da ação quanto ao número de participantes e os pontos positivos.

Palavras-chave: Biblioterapia; Serviço Social; Usuários; Humanização.

Introdução

Ao momento que o paciente é hospitalizado passa por ciclos de tensão emocional que dificultam a sua recuperação. A hospitalização é um processo que o usuário não considera em seu cotidiano, potencializando assim o desempenho dos profissionais de saúde a buscarem melhores alternativas de tratamento do ponto de vista clínico, no entanto, embora com os novos moldes do SUS a partir da reforma sanitária, a humanização é ponto estratégico considerado em um modelo atualizado de tratamento abrangente, devido a cultura de hospital ser espaço de cura de doenças, habitualmente não se articula a vinculação do bem-estar emocional e psicológico destes no tratamento sugerido. Desta forma, o paciente visualiza o espaço hospitalar como uma estrutura de isolamento, solidão o que possibilita o desdobramento da doença nos campos psicológicos e emocionais se caracterizando pela ansiedade, agressividade, angústia, tristeza, medo e outras reações. Dentre essas premissas, o Assistente Social por ser um profissional liberal está embasado pelo seu Código de Ética Profissional – CEP, de 1993 o qual dentro da área da saúde, educação, defesa social e outros, norteia-se por competências e atribuições em seu espaço sócio-ocupacional validando com excelência a concepção do projeto ético-político e profissional preponderante no Serviço Social brasileiro desde 1970. Como contribuição neste projeto, vem buscando minimizar o sofrimento causado pela doença e suas múltiplas facetas, expomos como proposta, atividades de biblioterapia com a finalidade de proporcionar além do bem-estar físico, psicológico e emocional através de leituras de textos, visualização de imagens impressas e/ou em movimento além de outros instrumentos, assim como, o desenvolvimento de ações educativas em saúde e de orientação de Seguridade Social e Previdência, buscando atender tanto ao paciente quanto ao acompanhante, uma vez que estes estão neste processo para dar o suporte necessário para quem permanece internado, e de uma certa forma se encontra internado igual, disseminando assim a informação de uma forma geral e seletiva dependendo de cada caso, enfocando umas das atribuições do profissional de Serviço Social na área da saúde que é a prestação de serviços direto a população aqui direcionado na orientação do usuário, através de palestras e/ou oficinas trabalhando para a defesa e garantia dos direitos destes.



A biblioterapia é um tratamento que objetiva o bem-estar clínico, emocional e social do indivíduo por meio das práticas da leitura dirigida podendo ser empregada ou em grupo ou individual, ainda que seja uma prática que se depare na atualidade, na verdade a Biblioterapia é um tratamento que é revisado desde a antiguidade, pois desde o período egípcio se encontra registros em tal como “remédios para alma”

Desta forma, a Biblioterapia é caracterizada como terapia por meio de leitura dirigida a qual proporciona interação entre as pessoas possibilitando através de inúmeros recursos as resoluções de seus conflitos tanto clínicos, quanto emocional e/ou psíquico.

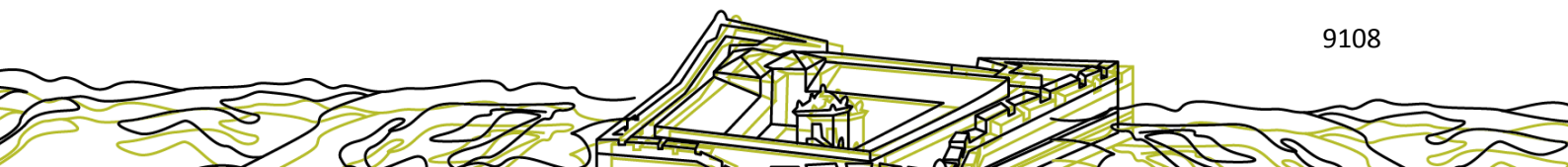
Esta prática surge desde a antiguidade, os gregos afirmavam que suas bibliotecas eram repositórios de remédios para o espírito, sendo que os romanos afirmavam que as leituras de orações aos pacientes ajudariam na saúde mental. Mas foi em 1916 que a prática da Biblioterapia se dá de forma mais incisiva, ações dos bibliotecários da Cruz Vermelha, os quais construíam bibliotecas em hospitais do exército, na Primeira Guerra Mundial, dando início a sua trajetória diretamente relacionada com a saúde pública.

Foi no âmbito hospitalar que a prática do biblioterapia se desenvolveu por orientação de bibliotecários, médicos, enfermeiros e posteriormente por outros profissionais da área da saúde como psicólogos, a partir daí expandia-se a prática em âmbitos além das clínicas, além de hospitais levando em espaços relevantes como penitenciárias, asilos, orfanatos, centros de recuperação de usuários de drogas e outras áreas.

Entende-se que a leitura tem sua função terapêutica desde a antiguidade, a terapia por meio dos livros se traduz como terapia a partir do pressuposto que se entende que toda leitura cabe uma interpretação própria, a qual busca a ideia de liberdade, pois permite a atribuição de vários sentidos ao texto.

A leitura é fundamental na absorção e produção de conhecimento e na formação do cidadão, quando congruente com a escrita se torna um instrumento imprescindível na efetiva participação social do ser humano no conhecimento e na defesa de seus direitos. A leitura se revela como condição primordial para a educação libertadora capaz de nos tornar cidadãos mais atuantes.

Outro segmento relevante a ser exposto é a dita Responsabilidade Social, embora muito debatida na atualidade, se percebe que há muito a se produzir e conhecer sobre esta segmentação. Geralmente se vincula a responsabilidade social a visão empresarial, no entanto ela pode e deve abranger as três esferas governamentais assim como a saúde e educação sob o aspecto de contribuir para o desenvolvimento da sociedade, não que seja inexistente, mas há uma necessidade de melhorar a qualidade de dos



produtos e serviços prestados, pois estas instituições não se tratam de organismos únicos, são órgãos da sociedade que possuem a finalidade social específica e atender as necessidades da sociedade.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB, com o propósito de buscar resultados positivos na melhoria do serviço público de saúde oferecido através da elevação da qualidade de vida dos pacientes internados e seus acompanhantes, desenvolve ações de humanização, não apenas como um entendimento superficial e popular da palavra, mas dentro de uma releitura, mas ampla desvelando sujeitos dentro do processo (Gestores – Trabalhadores – Usuários). A humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção e promoção a saúde, nela se resgata respeito a vida humana levando em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presente em todo relacionamento humano. Alguns projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos em áreas específicas da assistência, atualmente tem sido realizado diversas ações visando a implantação do programa de humanização nas instituições de saúde principalmente em hospitais. A Política Nacional de Humanização – PNH, traz como proposta uma nova relação entre os usuários e os profissionais que o atendem e a comunidade, o entendimento de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais confortável possível, visa lutar por um SUS construído com a participação de todos os envolvidos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos. A partir deste entendimento como proposição de humanização o

HUIBB, traz-se para esta integração o projeto “Biblioterapia para Pacientes Internados no

HUIBB”. A Biblioterapia contribui na recuperação do paciente, promovendo o bem-estar e transmitindo uma atmosfera mais relaxante e visão positiva do ambiente hospitalar, compreendendo não somente como um espaço de sofrimento e dor mais também uma estrutura que te oferece aprendizado, troca de experiência quando estão em contato com a leitura e em atividades em grupo tendo o contato com outros saberes e até mesmo tendo momentos de lazer. Na Idade Antiga e Média a aplicação da leitura com o objetivo terapêutico era uma constante e as bibliotecas recebiam denominações bem interessantes como “Casas da Vida”,

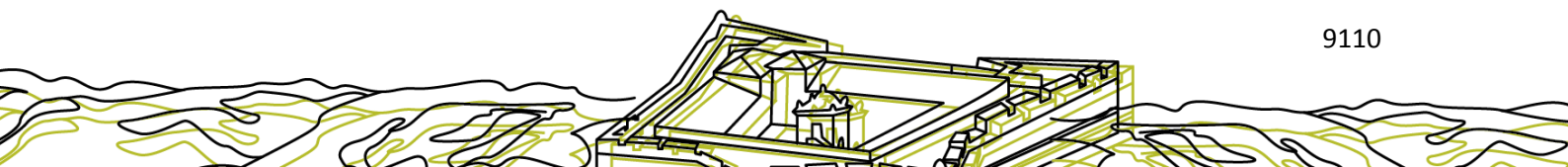
“Remédios para Alma”, “Tesouros dos Remédios da Alma”, caracterizando assim o valor terapêutico da leitura. Segundo ROCHA e de acordo com GALT (apud VICENTE) “(...) a leitura afasta os pensamentos menos saudáveis, informa, cria divertimento, melhora a atitude dos pacientes perante a terapia e mostra interesse que o hospital tem pelo

doente (...)”. Segundo CALDIN “(...) a função terapêutica da leitura admite a possibilidade de a leitura proporcionar a pacificação das emoções”. A leitura de um texto produz no leitor e no ouvinte um estado de calma, podendo-se afirmar que a literatura tem prioridades sedativas e curativas.

Metodologia

O projeto é desenvolvido na Biblioteca Drº Alexandre Barros dos Santos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, tal hospital a princípio foi construído para ser um sanatório de Belém, o qual fazia parte de um programa de construção de hospitalização de pacientes portadores de tuberculose, elaborado pelo Ministério de Educação e saúde, por meio do Departamento Nacional de Saúde que tinha a frente o ilustre sanitarista João de Barros Barreto.

A pedra fundamental do Sanatório de Belém foi lançada em 1938, porém suas obras só iniciaram dois anos depois, pelo Departamento Nacional de Saúde. A referida obra perpetuou por dois anos, ocorrendo uma paralisação desconhecida, a qual retornou em 1950, mas concluída em 1957. Através da portaria 249/BSB de 12 julho de 1976, assinada pelo ministro da saúde da época Paulo de Almeida Machado, o Sanatório Barros Barreto a se denominar Hospital Barros Barreto, pós sete anos por meio da portaria 337 de 1º de novembro de 1983, o então ministro da saúde Waldyr Arcoverde altera a denominação para Hospital João de Barros Barreto. Em 1990, a partir do Termo de Cessão de Uso firmado com a Universidade Federal do Pará – UFPA, o hospital passou a se chamar Hospital Universitário João de Barros Barreto, na atualidade o Hospital faz parte do Complexo Hospitalar Unidade de João de Barros Barreto e Bettina de Souza Ferro da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A Biblioteca Drº Alexandre Barros dos Santos, se localiza dentro do HUIBB no 1º andar da Unidade Hospitalar João de Barros Barreto e compõe um espaço físico integrado pela biblioteca, centro de estudos e núcleo de telessaúde com uma área total construída de 914,07 m². Em sua estrutura organizacional o gerenciamento da Biblioteca localizada na Unidade Hospitalar Barros Barreto e da Biblioteca localizada na Unidade Hospitalar Bettina Ferro estão administrativamente subordinadas à Gerência de Ensino e Pesquisa do Complexo do Hospitalar da Universidade Federal do Pará e tecnicamente à Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará. É uma unidade de assistência, ensino e pesquisa em diversas especialidades como Clínica médica, pneumonia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Neurologia, Gastreenterologia e Urologia em nível de Alta Complexidade, o



hospital é referência em HIV, o Projeto Biblioterapia para pacientes Internados no HUJBB, considera a participação de uma equipe multiprofissional formada por Bibliotecário, Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista, e bolsistas e Residentes de Serviço Social e outras categorias profissionais, que passam inicialmente por um processo de estudo e planejamento para a sistematização das ações. A primeira fase se dá através da divulgação ampla da proposta em âmbito interno (pacientes, funcionários, estagiários e equipe da assistência) e externo (voluntários e comunidade em geral). Como veículo de divulgação utilizamos o sistema de intranet, a Home Page da UFPA; reuniões com acompanhantes, além de cartazes e folders afixados nos murais existentes nas dependências do Hospital e entregue em leito aos pacientes e acompanhantes. A segunda fase se traduz na Biblioteca Itinerante, o qual as publicações recebidas por doação serão selecionadas pela Biblioteca e pelos bolsistas semanalmente e distribuídas nas enfermarias entre os pacientes e acompanhantes. Essas publicações objetivam o entretenimento e a informação no leito com a temática recomendada como: histórias de amor; religião e espiritualidade; agricultura; coleção sobre a Amazônia; lendas e histórias; mensagens de otimismo; ilustrações com paisagens; livros com tema infantil; livretos de recreação (passatempo); revistas de informação geral; revistas em quadrinhos; jornais. Ressalta-se que tais publicações não retornarão ao acervo para evitar a contaminação cruzada de germes hospitalares. Na terceira fase, serão desenvolvidas ações individual e grupal para pacientes e acompanhantes com ações específicas aos casos. Essas atividades serão realizadas periodicamente em clínicas diferentes, destacando que durante as atividades grupais, o paciente que não apresenta possibilidade de locomoção receberá atenção individualizada no leito. Para as atividades em grupo é feito uma pesquisa prévia do tema de interesse da maioria dos pacientes, para a preparação das sessões. Algumas datas comemorativas serão trabalhadas, bem como momentos com significado especial como o Dia da Páscoa, Dias das Mães, Dia da Mulher, Dia dos Pais. Também serão desenvolvidas atividades de interesse do cidadão como a promoção de palestras sobre educação em saúde e cidadania visando a garantia dos direitos do usuário, abordando temas de Seguridade e Previdência Social, (Tratamento Fora de Domicílio – TFD; Benefício Prestação Continuada - BPC, Auxílio-doença; Seguro-Desemprego; Direitos Trabalhistas). E várias dinâmicas de grupo nas Clínicas como: sessão de piada, sorteio de brindes, brincadeiras e música. A quarta fase acontecerá após cada sessão, com a realização de uma avaliação de atividades desenvolvidas quase sempre pelos pacientes e acompanhantes, bem como dos profissionais envolvidas nas atividades. A importância desse projeto está na contribuição para deixá-los mais à vontade com o ambiente hospitalar, considerando-o

como um espaço de acolhimento, possibilitando externar os seus anseios e inquietações e melhorar o seu estado geral.

Resultados e Discussão

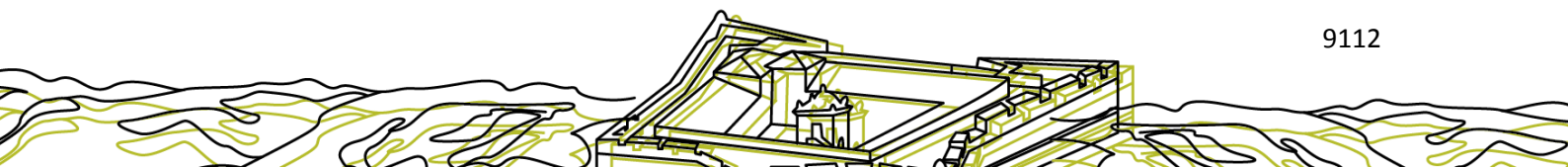
A palavra biblioterapia está associada a terapia através das leituras, levando em consideração que a população usuária dos serviços de saúde oferecidos pelo Hospital não tem o hábito da leitura, em função do acesso à escola e a informação, a equipe utiliza a transmissão dos conteúdos em variadas formas como teatro, filme, leitura, música, entre outros no período anual com a participação de aproximadamente 240 pessoas entre pacientes e acompanhantes, adultos e crianças, tanto do sexo masculino como do sexo feminino. Essas atividades possibilitam mostrar que, mesmo em ambiente hospitalar enquanto espaço de dor e sofrimento, a atenção pode ser redirecionada da doença para a reflexão e/ou troca de experiências entre pacientes, lazer através e/ou quando em contato com o conteúdo das leituras e até como espaço de alegria em datas comemorativas e outras ocasiões como, por exemplo, em sessões de cinema. Mostra ainda que além de melhorar o estado físico o hospital pode contribuir para elevação da autoestima, qualidade de vida e compreensão de seus direitos e a forma de efetivar esses direitos sociais no cotidiano e até mudanças de comportamento através de diferentes formas de ação.



Figura 01: Palestra sobre TFD

Conclusão/Considerações Finais

O projeto se encontra em plena vigência tendo suas atividades desenvolvidas até o momento, devido ser um projeto qualitativo já pode-se concluir que os objetivos propostos foram alcançados, permitiu que se diminuísse o nível de stress, ansiedade,



agressividade e a pouca interação dos pacientes junto a equipe multiprofissional, assim como fortaleceu saberes articulado com o conhecimento de seus direitos de cidadão atuante na sociedade, possibilitando que o tratamento fluísse de forma mais plena com chances maiores de recuperação compreendendo o sujeito com todas suas implicações respeitando sua dignidade e valorizando a vida seus aspectos mais abrangentes considerando suas particularidades .

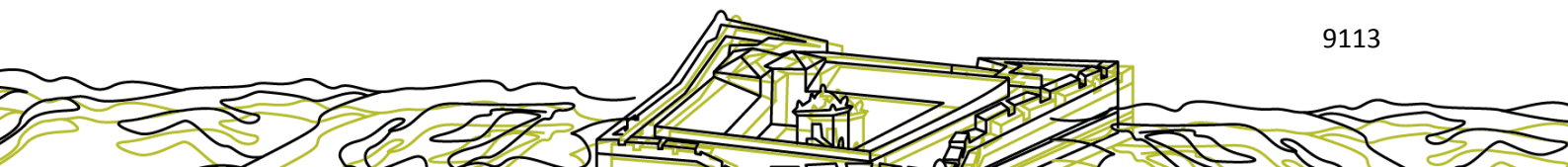
Referências

CALDIN, C. F. Biblioterapia para crianças internadas no Hospital Universitário da UFSC: uma experiência. Enc. Bibli: R. Eletr. Biblioteconom. Ci. Inf., Florianópolis, n. 14, p. 1-18, out. 2002.

MATTOS, C. R. de e QUEIRÓZ, M. P. C. P. Uma experiência de biblioterapia com os idosos em 24 nov. 2006.

do Abrigo do Salvador. Disponível em: <<http://biblioteca.estacion.br/artigos/009.htm>>. Acesso

SEITZ, E. M. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clínicas médicas. jan./jul., 2006. Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina. Florianópolis, v.11, n.1, p. 155-170,



CONSOLIDANDO O ENSINO-SERVIÇO NO CUIDADO INTEGRAL A MULHERES COM PERDA GESTACIONAL OU NEONATAL: EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCICO

Área Temática: Saúde

Gildecy Batista Alves Pinheiro¹; Caroline Araújo Lemos Ferreira²; Jessyca Lorena de Oliveira Teixeira Lima³; Maria de Lourdes Costa da Silva¹; Manuela Mayara de Medeiros Nunes¹; Adriane Denise Fonseca Lopes⁴; Ana Paula Ferreira da Silva⁴; Janine Conceicao de Araujo e Silva⁴; Robson Mechel Berto da Silva⁴; Anna Luiza Lopes Liberato⁵.

Instituição: Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Resumo

Introdução: A perda de uma gravidez desejada envolve diversas perdas, simbólicas e reais. Observa-se a necessidade da criação de um espaço de diálogo entre usuárias profissionais, discentes de graduação e pós-graduação e comunidade sobre a assistência diante do processo de enlutamento. **Objetivos:** Busca-se promover cuidado integral à mulher diante da perda gestacional e neonatal, com vista à ressignificação e adaptação à nova realidade. **Métodos:** Utiliza-se a estratégia de grupo aberto, uma vez que tem a possibilidade de agregar novos membros. Desde outubro de 2016, foram realizados 18 encontros quinzenais com a participação de 12 mulheres atendidas pela MEJC e 6 familiares que vivenciaram perda gestacional ou neonatal. Os encontros contaram com a participação de 9 profissionais de saúde, 3 discentes da graduação e 9 de pós-graduação. Foram realizadas ainda 4 reuniões de estudo científicos com troca de saberes de modo a contribuir para a consolidação de um trabalho em equipe ante as

¹ MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCICO (MEJC)/ EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH).

² UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN), PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE (MPES).

³ ASSISTENTE SOCIAL, PARTICIPANTE EXTERNO.

⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN), RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, ÊNFASE DE INTENSIVISMO NEONATAL.

⁵ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN), DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL.

demandas e necessidades apresentadas pelas participantes. Resultados: A perda gestacional e perinatal é um episódio indescritível para os pais, na qual surge o processo de elaboração do luto, que é uma experiência profunda e sofrida. Todos os membros da família são afetados de alguma forma, podendo haver afastamento, mudanças de papéis, entre outras dificuldades que precisam ser trabalhadas e reposicionadas de acordo com o bem-estar dos envolvidos. Observa-se que os encontros proporcionam um espaço de troca no processo de elaboração do luto, favorecendo o estabelecimento do estado de aceitação e confiança; promovendo assistência capaz de favorecer a adaptação à perda, contribuindo ainda para a reorientação da formação de profissionais de saúde para o SUS. Conclusões: A partir da complexidade da temática, observa-se a necessidade do cuidado interprofissional como um canal capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas aos envolvidos.

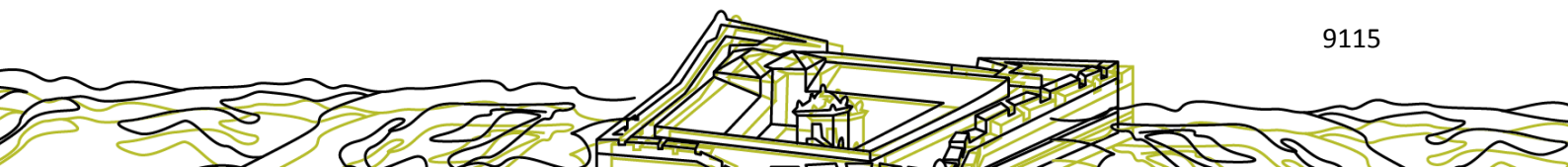
Palavras-chave: Educação em saúde, Humanização, Integração Ensino-Serviço, Luto materno, Relações Interprofissionais.

Introdução

O presente trabalho visa relatar a experiência de um projeto de extensão desenvolvido na Maternidade Escola Januário Cicco com o objetivo de oferecer um cuidado integral às mulheres que vivenciaram a perda gestacional ou neonatal, por meio da integração ensino-serviço.

A representação social da maternidade está relacionada com nascimento, vida, felicidade, plenitude. Porém, muitas vezes, acontecem situações que se contrapõem a esses significados. Apesar de não ser o esperado, a morte está presente mais do que se imagina nesse contexto da assistência materno-infantil (MUZA et al, 2013). Quando há uma intercorrência que culmina com o óbito fetal ou da criança, temos expectativas e possibilidades do exercício materno e paterno frustrados.

Óbitos perinatais são aquelas que ocorrem no período que começa na 22^a semana de gestação e termina sete dias completos após o nascimento, englobando mortes fetais (in útero) e mortes neonatais (WHO, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), morte fetal refere-se a morte de um concepto, antes da expulsão completa do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. Já o óbito neonatal, diz respeito a morte do nascimento ao 27^o dia de vida, sendo considerado precoce do nascimento até ao 6^o dia de vida e tardio do 7^o ao 27^o dia de vida. Geralmente, são considerados potencialmente evitáveis e estão associados em sua maioria às condições de saúde reprodutiva, acesso e qualidade da assistência pré-natal e ao parto.

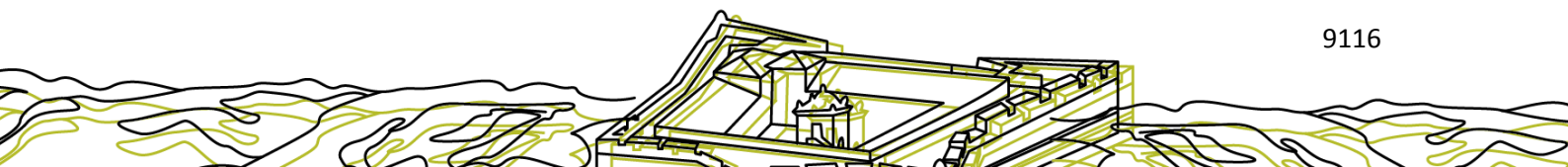


De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), anualmente, ocorrem cerca de 7,6 milhões de mortes perinatais, das quais 98% nos países em desenvolvimento. Cabe registrar que na Maternidade Escola Januário Cicco - Natal/RN, considerada a maior maternidade pública do Estado, entre Janeiro de 2015 e Setembro de 2016, ocorreram 205 casos de óbitos fetais intrauterinos (aqueles que acontecem a partir de 22 semanas de gestação) e 138 óbitos neonatais. Observa-se, portanto, que a perda gestacional e neonatal faz parte da rotina de uma Maternidade, sendo necessário refletir sobre o cuidado prestado às famílias que vivenciam essa difícil experiência.

Duarte e Turato (2009, p.486) afirmam que “a morte de um filho antes do seu nascimento costuma representar certa impossibilidade de transcendência de expectativas naturais humanas”. Pode-se afirmar que, no contexto da assistência materno-infantil, ocorrem vários tipos de perdas relacionadas à vivência da maternidade, sejam simbólicas (gravidez de risco, cirurgias ginecológicas, cesárea de urgência, nascimento prematuro), ou concretas (óbito fetal intrauterino, aborto, perinatal ou de recém-nascido, morte materna). Percebe-se que, diante de tal fato, há dificuldade dos profissionais no acolhimento e suporte aos pais e familiares que sofrem a perda, evidenciando, muitas vezes, a lacuna existente na formação dos profissionais de saúde.

A morte ainda é considerada um tabu e há, culturalmente, dificuldades em falar e lidar com a sua ocorrência. O processo de luto é considerado uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas (GESTEIRA et al, 2006).

A repercussão da perda gestacional e neonatal remete a diversos efeitos sejam a curto ou até em longo prazo. Dentre os efeitos em curto prazo, compreende-se a vivência do puerpério sem bebê; trabalho de parto e pós-parto são relatados como insuportavelmente mais dolorosos; sintomatologia traumática e resultados psicológicos adversos frente à experiência do parto; menor suporte social oferecido à mãe: falta de reconhecimento do bebê enquanto único e importante membro da família; sentimento no parto de um feto morto: medo, choque, entorpecimento e desejam “sumir”; após a alta hospitalar, as mães retornam para casa “vazias”, armários cheios de roupas e fraldas, peitos cheios de leite para um bebê que morreu, e a recepção de familiares e amigos com tristeza e tragédia (ROWE-MURRAY; FISHER, 2001; CACCIATORE, 2010, 2011, 2013; FROEN, CACCIATORE, MCCLURE, et al, 2011; TRULSSON, RADESTAD, 2004).



Em relação aos efeitos em longo prazo observam-se fatores associados a depressão, ansiedade, comportamentos obsessivos compulsivos, ideação suicida, culpa, vergonha, uso de substâncias, conflito conjugal e transtorno do estresse pós-traumático e pode durar anos e, às vezes, décadas; mesmo após 3 anos de perda, as mães relatam duas vezes mais sintomas de ansiedade comparada a mães com bebês vivos; relatos também de sentimentos de “luto não reconhecido”, com “pressão social para esquecer”, “seguir em frente” e “ter outro bebê”, muitas vezes, de amigos e familiares bem intencionados; experiência de sintomas somáticos nos meses e anos após a morte de um bebê tanto por pais como pelas mães; ser um pai enlutado tem uma influência marcante do luto na mortalidade prematura dos pais que persiste por até 25 anos após a morte da criança (BARR, CACCIATORE, 2007; RADESTAD, STEINECK, NORDIN, SJÖGREN, 1996; CACCIATORE 2010; CONDON, 1986;

HARPER, O’CONNOR, O’CARROLL, 2011; CALDERON-MARGALIT, FRIEDLANDER, YANETZ, et al, 2007).

Nesse sentido, torna-se necessário oportunizar momentos que busquem oferecer às mulheres e suas famílias cuidados adequados diante da vivência da perda e do processo de luto, investigando o significado da perda gestacional e o desenvolvimento do luto materno perinatal, além de sinalizar possibilidades de intervenções.

Dessa forma, a motivação para o presente projeto remete à reflexão das perdas e dores de famílias que, muitas vezes, não dispõem de serviços que auxiliem nesse processo, ficando expostas e vulneráveis num cenário totalmente estranho e novo. Assim, há necessidade premente da construção de uma assistência integral que oportunize as famílias um novo olhar e uma nova compreensão de suas dores, com vistas a amenizar as dificuldades vivenciadas e uma convivência cada vez mais salutar.

Por sua vez, o presente projeto busca estimular os profissionais do serviço na construção de uma prática interdisciplinar com vistas à qualidade da atenção à saúde e integralidade do cuidado, motivando maior compromisso e satisfação profissional.

Os discentes e docentes envolvidos no projeto tem a oportunidade de interagir com o serviço integrando ensino-serviço-comunidade, o que trará benefícios para o processo de aprendizagem e empoderamento do futuro profissional diante das necessidades do ser biopsicocultural e social.

De acordo com Mantamala (1995), é necessário ultrapassar a atenção focada no modelo biomédico ainda vigente na maioria dos serviços de saúde e aderir à concepção de

saúde integral, favorecendo os aspectos sociais, psicológicos, sexuais, biológicos, culturais e ambientais. Dessa forma, o projeto visa desenvolver práticas que compartilhem saberes, reconheçam direitos e valorizem as experiências das usuárias.

Nesse contexto, compreende-se fundamental o envolvimento de profissionais de saúde e estudantes de diversas áreas (Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Medicina) contribuindo para a construção de uma atenção humanizada, pautada no respeito e acolhimento diante do processo de luto das mulheres e suas famílias.

Embora a OMS aponte para a necessidade do cuidado integral à mulher, levando em consideração não apenas o aspecto biológico, mas também intelectual, emocional, social e cultural (BRASIL, 2006). Depois do óbito, os genitores ou a família enlutada ficam sem assistência, havendo um desamparo gerado pelo estado de vulnerabilidade frente às repercussões psicossociais que o processo de luto comunga.

Considerando que a perda gestacional e perinatal é um momento repleto de intensas emoções, um episódio indescritível para os pais, uma vez que os bebês representam o início da vida, e não o fim nesse momento surge o processo de elaboração do luto que é uma experiência profunda e sofrida. Todos os membros da família são afetados de alguma forma, podendo haver afastamento, mudanças de papéis, realinhamentos, entre outras dificuldades que precisam ser trabalhadas e reposicionadas de acordo com o bem-estar dos envolvidos.

Sendo assim, o luto gestacional e neonatal demanda uma assistência especial, com vistas ao estabelecimento do estado de aceitação, encorajamento e confiança; uma assistência capaz de favorecer a adaptação à perda com a restituição do equilíbrio da saúde integral. A partir da complexidade da temática, observa-se a necessidade do cuidado interprofissional como um canal capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas aos envolvidos.

Considera-se necessário, ainda, que as atividades do grupo sejam divulgadas de modo a extrapolar os limites institucionais da MEJC, sensibilizando os profissionais de saúde e a sociedade como forma de favorecer novas adesões de mulheres e seus familiares.

Diante desse cenário, faz-se necessário um trabalho que permita o desenvolvimento do processo de elaboração do luto respeitando o tempo de cada mãe e pai com suas histórias, vivências e personalidades. Mais ainda, deve-se fortalecer o compromisso do hospital, por meio dos seus profissionais, no atendimento integral a mulher e seus familiares mantendo uma comunicação efetiva e sensível, sendo assim, a instituição deve promover espaço de respeito, confiança e troca de saberes.

A inserção do aluno de graduação e pós-graduação nesse projeto possibilitará a integração ensino-serviço-comunidade, por meio da identificação e realização de ações coletivas frente aos problemas da comunidade, desenvolvendo atividades práticas extracurriculares que complementam os componentes curriculares nos projetos pedagógicos dos seus respectivos cursos. Além disso, objetiva responder a necessidade de maior aproximação da aprendizagem em sala de aula com a prática nos serviços de saúde, preenchendo a lacuna que possa existir na formação desses profissionais, sobretudo no que diz respeito ao tema da morte e do luto no contexto hospitalar, contribuindo assim para a

reorientação da formação de profissionais de saúde para o SUS. Tal prática ainda possibilita o interesse e engajamento no ensino, pesquisa e extensão.

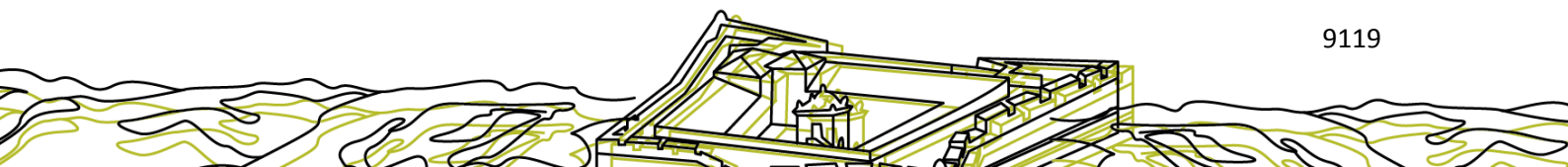
Metodologia

O projeto vem desenvolvendo um grupo de apoio à perda gestacional e neonatal com acolhimento às mulheres assistidas pela MEJC em ocasião de óbito de seus bebês. A Maternidade é um hospital escola especializado no atendimento às gestantes e recém-nascidos de alto risco, tido como serviço de referência pelo SUS no Rio Grande do Norte. São realizados dois encontros mensais nas dependências da MEJC, com duração de uma hora e trinta minutos e conta também com a participação dos profissionais de saúde da instituição, bem como de discentes da graduação e pós-graduação da UFRN. Trata-se de um grupo aberto, uma vez que tem a possibilidade de agregar novos membros, atendendo a rotatividade de usuários (ZIMERMAN, 1997).

Semanalmente, é realizado um levantamento da ocorrência de óbito neonatal e fetal junto ao setor do Serviço Social da MEJC. Nessa oportunidade, são identificados os contatos das famílias que estão vivenciando o processo de enlutamento para participar do grupo, por meio de telefone ou pessoalmente.

Cada encontro inicia-se com a breve exposição dos objetivos do Projeto, bem como suas expectativas. Busca-se estimular um espaço de conversação, no qual os participantes se sintam confortáveis para falar sobre o assunto, com vistas a amenizar as possíveis dificuldades. Neste momento, expressa-se o respeito e atenção aos convidados, ser um momento oportuno para a criação e fortalecimento de um diálogo próspero e produtivo, capaz de servir como um referencial de reflexão e construção de novas possibilidades.

No primeiro encontro, cada participante responde a uma entrevista semiestruturada investigando histórico clínico e psicossocial, objetivando a sistematização das ações dos



profissionais envolvidos, como forma de melhor se aproximar da vivência dos participantes. Tal técnica pode facilitar a criação de uma atmosfera confiável necessária para a obtenção de dados sobre os diversos aspectos da vida social e interação social utilizada não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação (GIL, 2008, p.109).

Além da entrevista, o trabalho busca desenvolver a observação como recurso técnico necessário para lançar um olhar cuidadoso sobre a temática na tentativa de entender e compreender sentimentos de dores e perdas que muitas vezes dificultam o desenvolvimento/andamento do curso normal das famílias. “A observação nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano (...)” (GIL, 2008, p.100).

O grupo se configura em um espaço de expressão de falas, gestos, ações ditas ou não ditas que constituem elementos relevantes para um trabalho que garanta um acolhimento humanizado com ações integradas e de empoderamento social.

A princípio, o grupo conta com a participação da psicóloga, assistente social, médica e enfermeira da MEJC, além de alunos de graduação e pós-graduação dos respectivos cursos, bem como a inserção de outros profissionais interessados. As ações do projeto são baseadas em uma perspectiva interdisciplinar com estudo científico da temática, reunião de planejamento, troca de impressões e registros sistematizados, de modo a contribuir com a programação das atividades propostas, bem como acompanhar as experiências e observar a necessidade de encaminhamentos para a rede de atenção disponível.

No que diz respeito ao estudo científico da temática, são viabilizadas reuniões mensais com os profissionais e discentes envolvidos, visando a leitura coletiva e discussão de textos acadêmicos que orientem a condução das atividades do projeto.

A análise dos dados foi realizada a partir da perspectiva hermenêutica-dialética uma vez que busca a interpretação dos sentidos da experiência nos envolvidos no desenvolvimento do projeto. Nessa abordagem, destaca-se a relevância histórica e dialética na compreensão do objeto de estudo, visto que consideram as múltiplas relações presentes entre as representações da realidade e na construção das teorias utilizadas (MINAYO, 2006).

Resultados e Discussão

O projeto teve início em março de 2017 e está sendo desenvolvido até o momento atual. Foram realizados 18 encontros estando presentes 16 mães, 04 companheiros, 03 familiares que se dispuseram a estar junto a mãe e a dialogarem sobre o seu processo de luto. Além das mães e familiares, o projeto, também, contou com 09 profissionais de diferentes áreas, 03 estudantes da graduação e 09 da pós-graduação totalizando 39 participantes. Houve ainda cinco reuniões de estudo e discussão de artigos científicos sobre o tema do luto e a maternidade, estando presentes nesses momentos cinco profissionais, quatro residentes e três estudantes da graduação.

Observou-se que a vivência do luto não é uma dificuldade apenas das mães, pois companheiros e familiares também são afetados e vivenciam esse processo de maneira diferente. Os companheiros costumam ser mais reservados e resistentes a demonstrarem suas dores, porém os encontros, possibilitaram a livre expressão sobre questões relacionadas ao luto e as dificuldades surgidas na vida conjugal. De uma maneira geral, os familiares passaram a compreender melhor esse momento, ao serem orientados que o luto é uma reação normal diante de uma perda significativa e é um processo doloroso, visto ser um momento em que a mulher passará a viver sem a pessoa amada. Essa nova realidade é um processo contínuo de despedida, e de recomeço na vida das mães e do seu ciclo familiar e social.

O grupo se constitui como espaço de expressão de falas, gestos, ações ditas ou não ditas que constituem elementos relevantes para um trabalho que garanta um acolhimento humanizado com ações integradas e de empoderamento social. As mães relatam sentimentos de “luto não reconhecido”, com “pressão social para esquecer”, “seguir em frente” e “ter outro bebê”, muitas vezes, de amigos e familiares bem intencionados. Nesse sentido, Duarte e Turato (2009) advogam sobre a importância da existência de espaços adequados para expressão dos sentimentos dolorosos da mulher que propiciarão a elaboração do luto pela perda do bebê.

No que se refere a presença da equipe multiprofissional o documento publicado pela revista The Lancet intitulado “pelo fim da mortalidade evitável” chama a atenção para a necessidade do profissional envolvido na assistência ao parto oferecer atendimento respeitoso ao luto materno, fetal ou neonatal. Nesse sentido, As reuniões viabilizam a promoção da educação na saúde, bem como a sensibilização de profissionais de diferentes áreas de atuação, contribuindo para a integração do ensino-serviço-comunidade. (Pelo fim da mortalidade evitável, 2016).

Quanto às contribuições do projeto para o ensino são bastantes significativas para a formação dos futuros profissionais, uma vez que fortalece o aprendizado na perspectiva da integralidade do cuidado. O espaço do grupo se delinea como momento pedagógico onde há reflexão sobre a prática do cuidado e suas repercussões, favorecendo um aprendizado muitas vezes não contemplado em sala de aula (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Os resultados desse trabalho apontam para troca de experiências entre os participantes sobre o processo de enfrentamento do luto, vindo a favorecer o estado de aceitação e confiança, bem como uma assistência capaz de favorecer a adaptação à perda. Além dessas questões, o envolvimento dos diversos profissionais de saúde, neste trabalho, possibilita a identificação de demandas que condizem especificamente a sua área de formação, provocando a reflexão e intervenções de acordo com as reais necessidades desse público. O grupo, também, busca potencializar as mulheres e seus familiares para o desenvolvimento de estratégias para novas possibilidades de lidar com os sentimentos, com a construção de novos projetos de vida.

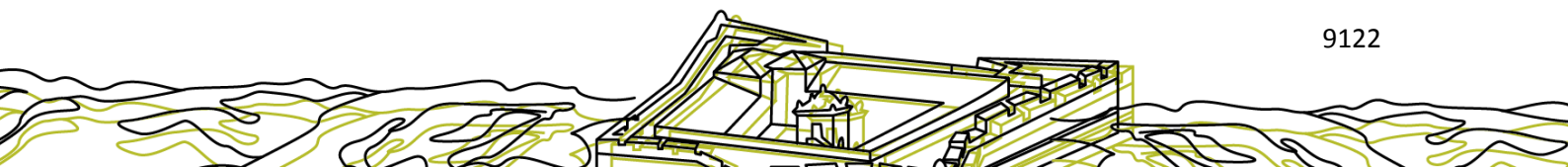
Conclusão/Considerações Finais

Observa-se que os encontros proporcionam um espaço de troca no processo de elaboração do luto, favorecendo o estabelecimento do estado de aceitação, encorajamento e

confiança; promovendo assistência capaz de favorecer a adaptação à perda, contribuindo ainda para a reorientação da formação de profissionais de saúde para o SUS.

A partir da complexidade da temática, os encontros do projeto têm contribuído para reorientação profissional, uma vez que verifica-se a necessidade do cuidado interprofissional como um canal capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas aos envolvidos. Nessa relação as pacientes, no tempo muito particular, têm buscado se adaptar a perda, havendo um processo contínuo de despedida do bebê, onde as mães e familiares passam a conviver de forma mais tranquila com esta perda.

A abordagem do tema é um desafio, uma vez que a instituição - MEJC - deixa de ser vista como simbologia de vida, alegria e passa a ser compreendida como um lugar de sofrimento, há desconforto em expressar a vivência da dor e da perda. Tendo em vista que esse momento é peculiar e implica em expor suas fragilidades.



É notório a importância desse trabalho na vida das mães, pois não fazia parte da rotina institucional da MEJC trabalhar a elaboração do luto materno após alta médica, como atendimento da rede pública. Mas foi a partir da iniciativa do projeto de extensão que um novo olhar e um novo passo foi dado em direção a humanização do luto materno, com atendimentos mensais que pudesse dar um suporte profissional de forma continuada a cada mãe e familiar, ouvindo e respeitando cada história de vida.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BARR P, CACCIATORE J. Problematic emotions and maternal grief. **Omega**, v. 56, p. 331-48, 2007.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CACCIATORE J. Psychosocial care. In: Spong C, editor. Stillbirth: prediction, prevention, and management. **Hoboken, NJ: WileyBlackwell**, p. 203-28, 2011.

CACCIATORE J. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. **Soc Work Healthc**, v. 49, p. 134-48, 2010.

CACCIATORE J. Psychological effects of stillbirth. **Seminars in Fetal & Neonatal Medicine**, v. 18, p. 76-82, 2013.

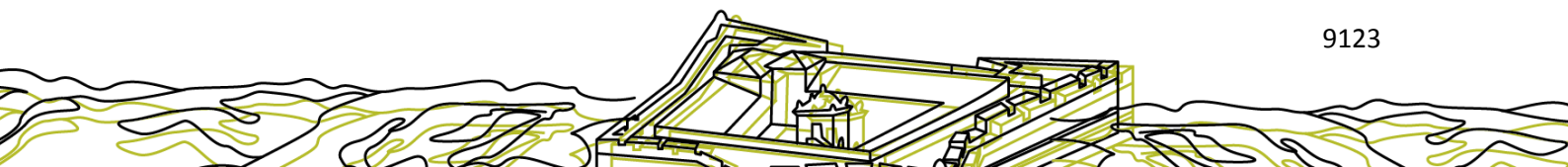
CACCIATORE J. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. **Soc Work Healthc**, v. 49, p. 134-48, 2010.

CALDERON-MARGALIT R, FRIEDLANDER Y, YANETZ R, et al. Late stillbirths and longterm mortality of mothers. **Obstet Gynecol**, v. 109, p. 1301-1308, 2007.

CONDON J. Management of established pathological grief reaction after stillbirth. **Am J Psychiatry**, v.143, p. 987-92, 1986.

DUARTE, C. A. M.; TURATO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Psicol. estud., Maringá**, v. 14, n. 3, p. 485-490, Sept. 2009.

FROEN JF, CACCIATORE J, MCCLURE E, et al. Stillbirths: why they matter. **Lancet**, v.



377, p. 1353-1366, 2011.

GESTEIRA, S. M. A., BARBOSA, V. L., ENDO, P. C. (). O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.4, p. 462-467, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARPER M, O'CONNOR R, O'CARROLL R. Increased mortality in parents bereaved in the first year of their child's life. **BMJ Support Palliat Care**, v.1, p. 306-309, 2011.

MATAMALA, M. I. et al. **Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

MUZA, J. C.; SOUSA, E. N.; ARRAIS, A. R.; IACONELLI, V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. teor. prat. [online]**. 2013, vol.15, n.3, p. 34-48.

PELO FIM DA MORTALIDADE EVITÁVEL. Um Sumário Executivo para a Série do **The Lancet**. Janeiro, 2016.

RADESTAD I, STEINECK G, NORDIN C, SJÖGREN B. Psychological complications after stillbirth e influence of memories and immediate management: population based study. **Br Med J**, v. 312, p.1505-1508, 1996.

ROWE-MURRAY HJ, FISHER J. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 108, p. 1068-7105, 2001.

TRULSSON O, RADESTAD I. The silent child e mothers' experiences before, during and after stillbirth. **Birth**, v. 31, p. 189-195, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Perinatal mortality**. A listing of available information. Geneva: World Health Organization; 2006.

ZIMMERMAN D. E. **Como trabalhamos com grupos**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed 1997.



O PROJETO DE EXTENSÃO “SAÚDE DO TRABALHADOR: FORTALECENDO O PROTAGONISMO DA CLASSE TRABALHADORA”

Área Temática: Saúde.

Adriana Maria Adrião dos Santos¹; Janine Giovanna Pereira Chaves²; Diego de Oliveira Souza³; Antônio Wilson da Silva⁴.

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Resumo

Esse trabalho possui o objetivo de relatar a experiência do projeto de extensão “Saúde do Trabalhador: fortalecendo o protagonismo da classe trabalhadora”, o qual almejou o fortalecimento das ações de saúde no trabalho, considerando uma perspectiva de protagonismo dos trabalhadores de Arapiraca, no âmbito das ações de saúde no trabalho. Faz parte do Programa Círculos Comunitários de Ações Extensionistas (ProCCAExt), promovido pela PROEX/UFAL. A partir de uma concepção de “comunidade” ampliada, foi realizado durante seu primeiro ano de ação uma aproximação com os trabalhadores dos três principais setores econômicos do município, através de seus respectivos sindicatos: Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde, Administração e Serviços do Município de Arapiraca, Sindicato dos Empregados no Comércio de Arapiraca e Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Arapiraca. A princípio, foi realizada a capacitação da equipe discente do projeto para atuar junto aos trabalhadores, posteriormente foi planejado e estruturado um curso intersindical de Saúde do Trabalhador para os trabalhadores, com carga horária de 80 horas, ofertado para 55 trabalhadores dos referidos sindicatos. Consecutivamente desencadeando uma organização política sistemática em Saúde do Trabalhador com a criação de um Fórum que permite a contínua discussão de suas demandas e interação com a sociedade e Universidade. Por fim, como produtos, além da formação da turma e da criação do

¹ Universidade Federal de Alagoas, Graduanda do Curso de Enfermagem, bolsista no PROSAT, vinculado do PROCCAEXT.

² Universidade Federal de Alagoas, Graduanda do Curso de Enfermagem, bolsista no PROSAT, vinculado do PROCCAEXT.

³ Universidade Federal de Alagoas, Docente do Curso de Enfermagem, coordenador do PROSAT, vinculado do PROCCAEXT.

⁴ Universidade Federal de Alagoas, Graduando do Curso de Enfermagem, bolsista no PROSAT, vinculado do PROCCAEXT.



Fórum, ainda pretende-se publicar um livro sobre a Saúde do Trabalhador em Arapiraca, com participação autoral dos discentes e dos trabalhadores envolvidos.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Enfermagem do Trabalho; Extensão Comunitária.

Introdução

A questão da saúde dos trabalhadores, na contemporaneidade, mais especificamente a partir da década de 1970, chega ao seu ápice no que diz respeito à complexidade e gravidade dos problemas de saúde (SOUZA, 2016). No contexto das respostas do capital a sua crise estrutural, surgem formas de intensificação da exploração da classe trabalhadora e degradação da saúde, agravadas pelo “desmantelamento” das políticas sociais (MÉSZÁROS, 2009). Para

Alves (2010), os elementos do “novo mundo do trabalho” trazem repercussões negativas ao corpo e à subjetividade do trabalhador, especialmente visível pelos altos patamares de adoecimento, sobretudo mental.

No cenário brasileiro, o reordenamento econômico-político chega a partir da década de 1990, com o Governo Collor (BEHRING, 2008), tendo as mesmas implicações negativas à saúde observadas internacionalmente e sendo até mais graves, com problemas sociais típicos dos países de “capitalismo tardio” (MELLO, 1982).

Em Arapiraca, alguns desses elementos são introduzidos nos últimos 15 anos. A economia predominantemente rural, mesmo que ainda seja da maior importância para a cidade, tem dividido espaço com outros setores, como serviços e comércio, inclusive fazendo com que a cidade tenha figurado no 1ª lugar do ranking nacional de saldo positivo na criação de postos de trabalho entre 2001 e 2015, com expansão justamente desses setores (AMÂNCIO, BASTOS, 2016).

Esse crescimento econômico precisa ser visto para além dos seus resultados imediatos, questionando-se a quem ele, primordialmente, beneficia e a qualidade dos postos de trabalho gerados. Exemplar disso é o fato dos problemas de saúde entre os trabalhadores arapiraquense tenham assumido os contornos da questão da saúde dos trabalhadores contemporânea. Identifica-se, nos relatórios estaduais que a 7ª Região de saúde apresenta, proporcionalmente, os piores indicadores de saúde no trabalho no estado (ALAGOAS, 2014).

Diante disso, o “Projeto de Extensão Saúde do Trabalhador: Fortalecendo o Protagonismo da Classe Trabalhadora” (PROSAT), que faz parte do “Programa Círculos Comunitários de Ações Extensionistas” (ProCCAExt), possui o objetivo de contribuir para fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores de Arapiraca nas ações de saúde no trabalho. Tal questão é central para a consubstanciação do campo da Saúde do Trabalhador, em oposição à passividade da classe trabalhadora predominante no campo da Saúde Ocupacional. Apesar da centralidade dessa questão, observamos a sua não concretização prática, sobretudo em face das atuais imposições do capitalismo contemporâneo. Diante disso, neste trabalho, temos o objetivo de realizar uma análise preliminar da experiência vivenciada no referido projeto.

Vale ressaltar que, a iniciativa tem parceria com o Fórum Intersindical SaúdeTrabalho-Direito do Rio de Janeiro e o Curso Intersindical realizado no Departamento de Direitos Humanos e Diversidade Cultural (DIHS) da ENSP/Fiocruz; Também contou com a parceria do Cerest/Arapiraca.

Estrutura e Dinâmica do PROSAT

O PROSAT foi estruturado em cinco momentos: capacitação da equipe discente, a qual foi executada no intervalo de agosto a janeiro de 2016; planejamento e estruturação do Curso Intersindical, com apoio de dirigentes dos sindicatos envolvidos, esse que foi realizado durante a capacitação discente, mais precisamente, no período de novembro à janeiro de 2016; realização do “Curso Intersindical em Introdução à Saúde do Trabalhador” para trabalhadores vinculados a três importantes sindicatos do município de Arapiraca - Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais, Sindicato dos Empregados do Comércio de Arapiraca e Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde, Administração, e Serviços do Município de Arapiraca - onde foram ofertadas 15 vagas para cada sindicato e 10 vagas para âmbito acadêmico do *Campus Arapiraca*, somando um total de 55 inscritos no curso; criação do Fórum de Saúde do Trabalhador de Arapiraca; e elaboração e submissão do livro à EDUFAL.

Algumas dificuldades foram desafiadoras ao longo do PROSAT, desde o seu planejamento, como: conciliação da agenda dos três sindicatos envolvidos para cumprimento da carga horária , o que ocasionou na oferta do curso durante dois sábados de cada mês, todos agendados previamente; e dificuldade na locomoção dos participantes até o *Campus*

Arapiraca, o que resultou na decisão de “transportar” o curso até um espaço mais viável para os trabalhadores inscritos, no centro do município.

As atividades do curso estiveram sob uma abordagem metodológica baseada na interação social dos envolvidos, mescladas com aulas dialogadas, rodas de conversa e dinâmicas de grupo. Como exemplo, podemos citar a elaboração de Matriz de Planejamento por Sindicato, trabalhando suas Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (matriz FOFA) no que tange às ações de saúde. Também vale mencionar a oficina de construção de Mapa de Risco Ambientais, assim como a dinâmica para apreensão da legislação no campo de

Trabalho e Saúde no Brasil. Além disso, contou-se com a participação de discente do curso de Educação Física da UFAL, *Campus Arapiraca*, no desenvolvimento de atividades de ginástica laboral com os participantes do curso, ressaltando a importância do cuidado e atenção à saúde física, com direcionamento aos possíveis agravos físicos ocasionados pelo trabalho.

A seguir, detalhamos como se deu a experiência das ações do PROSAT, em cada uma de suas etapas.

Desenvolvendo as Ações: Construindo uma Experiência Coletiva em Saúde do Trabalhador

A primeira etapa, a capacitação da equipe discente foi mediada pelos docentes coordenadores do projeto, a qual foi proposta uma aproximação inicial com os conteúdos do campo da Saúde do Trabalhador, ocorrida no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017 e abrangendo carga horária de 30 horas. Essa capacitação foi estruturada tendo em vista os mesmos módulos temáticos que iriam estruturar, posteriormente, o curso intersindical: Introdução à Saúde do Trabalhador, Lutas dos trabalhadores pela saúde, Riscos ambientais no ambiente de trabalho, Mapa de risco, Legislação Brasileira na área de trabalho e saúde, e

Política Nacional de Saúde do Trabalhador(a) (RENAST/ CEREST), realizados nas dependências da UFAL/Campus Arapiraca e no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Arapiraca.

No decorrer da capacitação discente, foi sendo construído o material didático do Curso Intersindical, composto pelas temáticas abordadas durante a capacitação, assim como foi iniciada a segunda etapa do PROSAT: Planejamento do curso intersindical. Nesta etapa, foi possível conhecer os três sindicatos convidados à participar do projeto, o que permitiu o planejamento e discussão conjunta do Curso Intersindical a ser realizado.

Assim, ao concluir-se as duas primeiras etapas do PROSAT, deu-se início ao propriamente dito curso intersindical. O Curso Intersindical de Introdução à Saúde do Trabalhador para os trabalhadores conteve carga horária de 80 horas, diluídas em dez encontros distribuídos, como fora desencadeado em consenso durante o planejamento do curso, em cada dois sábados no período de fevereiro a julho de 2017. A partir da metodologia socializada de ensino esperou-se desencadear a construção de uma pauta comum de discussão, mobilização e organização política sistemática, sobretudo no campo de ações de saúde no trabalho.

Desde o primeiro encontro, dia 11 de fevereiro de 2017, esse tipo de organização coletiva foi instigada, na ocasião, através da exploração lúdica do poema "O operário em Construção" de Vinícius de Moraes, exaltando a relação de trechos do poema com as evoluções práticas de Saúde do Trabalhador, a partir de uma analogia com as fases e categorias teóricas suscitadas no poema, ao tocar no assunto da construção da consciência de classe. Também foi abordada a discussão sobre as diferenças entre Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador - discussão central do primeiro módulo do curso. Para tanto, destacou-se as diferenças quanto à origem, sujeito, objeto, âmbito institucional e posicionamento ideológico de cada um desses campos, a fim de demonstrar que a Saúde do Trabalhador é a única área (entre as três) que surge vinculada às lutas dos trabalhadores e que, portanto, os coloca na posição de protagonistas das ações de saúde (MENDES; DIAS, 1991; VASCONCELLOS, 2011).

Seguindo a sequência planejada, tratou-se das Lutas dos trabalhadores pela saúde, estabelecendo elo introdutório entre as lutas gerais dos trabalhadores e as lutas específicas pela saúde. Em debate sobre a Luta dos Trabalhadores pela Saúde, ressaltou-se uma das maiores conquistas no âmbito da Saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo das premissas sobre Saúde do Trabalhador, considerando suas bases vinculadas às lutas sociais, alguns aspectos históricos do Modo de Produção Capitalista foram problematizados, colocando os fundamentos da organização da classe trabalhadora no bojo da luta de classes. Isso porque, conforme Marx (1988) esclarece, as sociedades de classe (sobretudo, o capitalismo) se consubstanciam mediante o antagonismo de suas classes fundamentais, expressão da exploração engendrada no mundo do trabalho. Assim, considerando que a questão da saúde dos trabalhadores está plasmada nessa exploração, o reflexo político disto (sob a forma de luta de classes) comparece como decisivo para o campo da Saúde do Trabalhador.

Em seguida, visando contribuir na promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores dos respectivos sindicatos, objetivando o sentido de multiplicação de saberes,

desenvolveu-se a oficina de construção de mapa de risco, a qual proporcionou a contribuição coletiva das realidades de cada sindicato, mesclando com a teorização científica do conteúdo e, posteriormente, em coletividade, desenvolveu-se a construção dinâmico didática de um mapa de risco fictício. Vale lembrar que tal prática possui suas origens no Movimento Operário Italiano, tão emblemático no que diz respeito à articulação das lutas gerais contra o capitalismo com as lutas específicas pela saúde (BERLINGUER, 1983).



Figura 1: Um dos momentos de discussão realizados durante o Curso Intersindical de Introdução à Saúde do Trabalhador.

Os demais temas propostos no planejamento deram continuidade ao curso, como também discussões sobre agricultura familiar e movimentos sociais, pontos de partida para a discussão conceitual sob esfera nacional, e discussão regional na explanação da vivência dos sindicatos (Figura 1).

Ademais, com o olhar crítico sócio histórico, desenvolveu-se junto aos sindicatos a discussão utilizando-se de um modelo didaticamente adaptado da Matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), que serviu de base para a apresentação de relato de experiência de cada sindicato. Complementando esses relatos, colocou-se alguns questionamentos para os trabalhadores, adentrando em temáticas como: a história do sindicato, número de trabalhadores de cada ramo produtivo e categoria ali representada, média de trabalhadores sindicalizados, informações da esfera do sindicato pertinentes para o planejamento de ações de saúde, as principais formas de adoecimento e quais as ações desenvolvidas pelo sindicato em prol do enfrentamento dos trabalhadores à esses agravos a saúde. Os relatos foram apresentados em três encontros, disparando discussões extremamente enriquecedoras no que toca a construção de uma pauta coletiva de lutas, sem ignorar aquilo que é específico de cada categoria (Figura 2).



Figura 2: Discussão Coletiva sobre o uso didático da Matriz FOFA para construção e fortalecimento das lutas de cada sindicato.

Ao se tratar de saúde do trabalhador é impossível que não sejam mencionados os programas governamentais existentes que servem de apoio à classe trabalhadora, sobre articulados através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador (RENAST), estruturada pelos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's). A participação da equipe do CEREST, Arapiraca-AL, foi de tamanha relevância na condução do curso intersindical, a qual proporcionou uma melhor explanação sobre a execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dando ênfase ao que se é realizado no município e região. A partir da discussão em esfera regional deu-se a oportunidade de expressão aos sindicatos, que apresentaram suas dificuldades e soluções em prol do melhoramento da atenção à saúde do Trabalhador da região.

Por fim, realizamos a dinâmica sobre legislação em Trabalho e Saúde no Brasil, quando foi possível abordar esse conteúdo de forma não convencional. A partir de um jogo de tabuleiro e dados, os sindicatos disputaram uma corrida movida por questões e respostas a respeito da temática. Foi possível perceber os conflitos existentes entre as perspectivas da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador, expressos nas contradições e incrogruências legais.

A quarta etapa do PROSAT, a criação do Fórum, teve como objetivo a continuação das atividades aqui iniciadas, bem como a contínua discussão de suas demandas e interação com a sociedade civil, incluindo a Universidade. O primeiro fórum em Saúde do Trabalhador no município de Arapiraca/AL foi inaugurado (Figura 3) e aprofundado mediante a participação de convidados com experiência na formação de outros fóruns sociais, expressando a concretização dessa rede de interação, com protagonismo dos trabalhadores, mas com participação ativa dos discentes, estabelecendo os nexos entre seu conhecimento acadêmico e sua atividade política e profissional.



Figura 3: Inauguração do primeiro fórum em Saúde do Trabalhador no Município de Arapiraca/AL.

E, por fim, há a elaboração e submissão do livro à EDUFAL, baseado nos relatos trazidos pelos trabalhadores sindicalizados, transversal ao transcorrer do curso, contendo fundamentação teórica que dialoga com o saber/experiência dos trabalhadores. O livro será composto por um capítulo para cada setor envolvido no projeto (agricultura, comércio e serviços), além de capítulos introdutórios elaborados pelos professores e pesquisadores integrantes do projeto, com possível participação de outros convidados.

Conclusão

É de importância esclarecer que a Saúde do Trabalhador surge como um campo técnico-científico distinto do tradicional campo da Saúde Ocupacional (com origens na Medicina do Trabalho). Enquanto este último campo surgiu das demandas da classe capitalista (uma vez que o adoecimento dos trabalhadores compromete a produtividade), a Saúde do Trabalhador tem sua origem consignada às lutas da classe trabalhadora pela sua saúde, tendo, portanto, caráter contra-hegemônico. Assim, o trabalhador deve assumir seu papel de protagonista no processo de intervenção nas relações trabalho-saúde, como sujeito ativo.

Sendo o objeto de intervenção o processo de trabalho insalubre, tenta-se, portanto, abandonar a ideia de que o trabalhador é apenas mais um objeto das intervenções “orquestradas” pelos profissionais de saúde, a serviço do patronato, no sentido de adaptar-se ao processo de trabalho e garantir a produtividade.

Com isso, abre-se um novo caminho de compreensão da saúde para além dos seus aspectos biológicos (conhecimento até então nas mãos dos profissionais de saúde), mas como processo social (premissa aprofundada pela Medicina Social Latino-Americana e a Saúde Coletiva Crítica, em especial a partir da década de 1970), o que implica outras

formas de conhecimento que não apenas aquele de caráter pragmático da Saúde Ocupacional.

Por isso, é peremptório resgatar a essência da Saúde do Trabalhador, contribuindo para a classe trabalhadora assumir seu papel de sujeito ativo nas relações saúde-trabalho, o que implicaria redirecionar o próprio SUS às suas origens. A experiência do PROSAT situa-se nessa perspectiva, pois formar trabalhadores capazes de articular o seu saber/sua experiência aos conhecimentos das relações trabalho-saúde deve ser prioridade para todos aqueles que se dedicam a Saúde do Trabalhador, entendendo-a tal qual a corrente inaugurada pelos italianos (ODDONE et al., 1986). A transformação efetiva de tais relações só podem se dar sob a intervenção dos trabalhadores, os protagonistas da Saúde do Trabalhador.

Além disso, a experiência do PROSAT fortalece a extensão universitária enquanto um dos pilares da Universidade, permitindo a aproximação discente com um universo nem sempre abordado, com a importância que deveria, na esfera do ensino. Aprofundar a aproximação da Universidade com a sociedade em geral é um caminho a ser perseguido e defendido, tendo as extensão como estratégia central.

Referências

ALAGOAS. Saúde Alagoas. Análise da situação de saúde. 7ª Região. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde/Superintendência de Vigilância em Saúde/Diretoria de Análise da Situação de Saúde, 2014.

ALVES, Giovanni. O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1ª ed. 2ª reimpressão. Boitempo Editorial: São Paulo, 2010.

AMÂNCIO, Thiago; BASTOS, Patrícia. Arapiraca, em Alagoas, lidera ranking de saldo positivo de vagas de emprego. Folha de São Paulo, 2016. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/02/1741524-arapiraca-em-alagoas-lideraranking-desaldo-positivo-de-vagas-de-emprego.shtml>, acessado em 29 de julho de 2016.

BEHRING, Elaine. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERLINGUER, Giovanni. A saúde nas fábricas. Trad. Hanna Augusta Rothschild; José Rubem de A. Bonfim. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1983.

HARVEY, David. A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo, Loyola, 1992.

MACCACARO, Giulio. Clase y salud. In: BASAGLIA, F; GIOVANNINI, E; MINIATI, S.; PINTOR, L.; PIRELLA, A. et al.. La salud de los trabajadores: aportes para una política de salud. México: Editorial Nueva Imagen, 1980.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. Livro primeiro, Tomo I. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988

MELLO, João Manoel Cardoso. Capitalismo tardio. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde pública. São Paulo, v. 25, 1991.

MÉSZÁROS, István. Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição. 1ª ed. 3ª reimp. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

ODDONE, Ivar; MARRI, Gastone; GLORIA, Sandra; BRIANTE, Gianni; CHIATTELA, Mariolina; RE, Alessandra. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. Trad.

Salvador Obiol de Freitas. São Paulo: Hucitec, 1986.

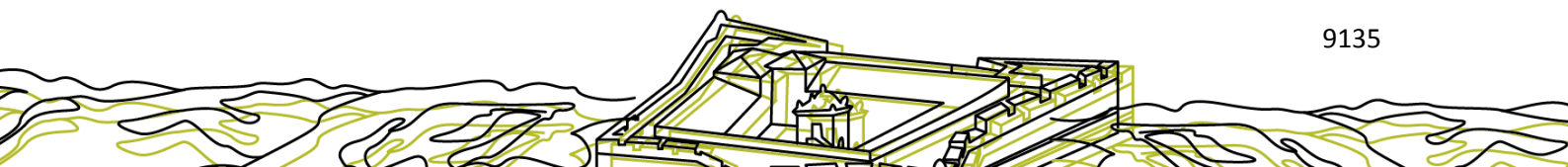
SOUZA, Diego de Oliveira. A questão da saúde dos trabalhadores na perspectiva históricoontológica. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2012.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; OLIVEIRA, Maria



Helena Barros de Oliveira (org.). Saúde, trabalho, direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

_____. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013.





MEDITAR COM CRIANÇAS DE QUATRO E CINCO ANOS DE IDADE É POSSÍVEL? RESULTADOS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Área Temática: Saúde

Adriana M. W. Stadnik¹; Milena Nichel²

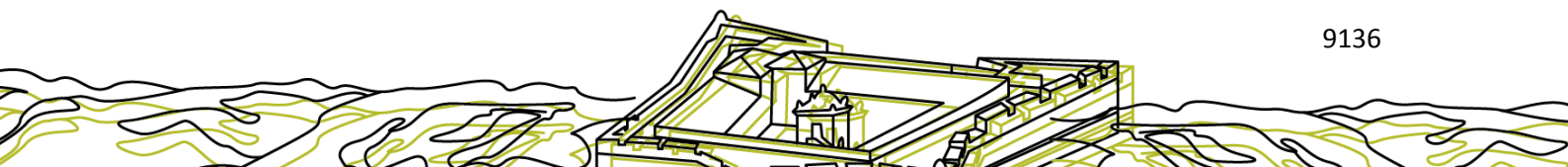
Instituição: Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)

Resumo

Serão apresentados os resultados do Projeto de Extensão Meditando na Infância nos anos de 2016 e 2017. Este projeto ocorre em um Centro de Educação Infantil (CEI), em Curitiba, desde 2013, ensinando exercícios respiratórios, de concentração e meditação, para crianças pré-escolares, de quatro a cinco anos de idade. A metodologia utilizada para as atividades, baseia-se na técnica de meditação desenvolvida pela Organização não Governamental Mãos Sem Fronteiras, adaptada pela equipe do projeto para a realidade infantil. Participaram do projeto todas as crianças matriculadas no Pré II – recebendo aulas semanais de meditação; e a equipe pedagógica do CEI – que participa de um curso ministrado pela equipe do projeto. Durante o ano letivo, todas as aulas de meditação são anotadas num Diário de Bordo, e, ao final de cada ano, a equipe pedagógica do CEI é entrevistada para compartilhar suas impressões. Esse material coletado é compilado e analisado, a partir de uma Análise de Conteúdo, e o resultado é materializado num Relatório Descritivo Anual. Observou-se, que o objetivo principal do projeto, que é ensinar crianças pequenas a terem mais calma e concentração utilizando-se de exercícios respiratórios e meditativos, foi alcançado – todas as crianças do Pré II participantes do projeto em 2016 e 2017 conseguiram atingir momentos de concentração e relaxamento. Adicionalmente, as professoras e a direção do CEI relataram aspectos positivos no comportamento dos participantes. Decorrente deste resultado, o Projeto Meditando na Infância acabou por inspirar outro projeto na Universidade Tecnológica Federal do Paraná e ampliou suas parcerias. De forma geral, considerou-se que o projeto tem sido bem sucedido, atingindo diretamente as crianças com as aulas de um Programa de Meditação e ampliando significativamente seu alcance

¹ Professora **Doutora**, **Câmpus Curitiba**, **Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)**, stadnik@utfpr.edu.br

² **Acadêmica do Curso de Bacharelado em Educação Física – Câmpus Curitiba – (UTFPR)**, milenanichel@yahoo.com.br



com a adesão de novas instituições.

Palavras-chave: concentração, respiração, meditação, infância, projeto de extensão.

Introdução

O início deste projeto foi em meados de 2007 com a Organização não Governamental Mãos Sem Fronteiras (ONG MSF), que desenvolveu um programa denominado Meditando na Infância, visando difundir a prática de meditação também para crianças. Em 2013, o projeto foi constituído como um projeto de extensão por meio da parceria entre a ONG MSF, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) e a Universidade Federal do Paraná (UFPR) (MÃOS SEM FRONTEIRAS, 2013).

A criação do projeto baseou-se no fato de que as crianças, mesmo muito pequenas, podem apresentar sintomas de estresse e falta de concentração. Segundo Bertolletti e Santos (2012), decorrente do desenvolvimento social acelerado, o tempo necessário para a adaptação das crianças frente às atualizações é escasso e isto interfere no equilíbrio infantil, desencadeando efeitos psicológicos, podendo originar sintomas de fadiga, ansiedade, déficit de atenção, hiperatividade, irritabilidade e distúrbios do sono, possibilitando o início de um quadro de estresse.

Em virtude destas constatações, o uso de medicamentos para amenizar estes efeitos nas crianças tem aumentado consideravelmente. Brzozowski e Caponi (2013), alegam que essa medicalização infantil iniciou-se na década de 70 e vem aumentando no decorrer dos anos podendo ser considerada como epidemia. O principal transtorno mental identificado em crianças e que se apresenta corriqueiramente no ambiente escolar é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Em contrapartida a esta realidade, Amihai e Kozhevnikov (2014), reconhecem que exercícios relacionados à respiração, concentração e meditação, ativam o sistema parassimpático e proporcionam relaxamento, diminuição da frequência cardíaca e respiratória, redução da pressão sanguínea, menor consumo de oxigênio e redução da liberação de cortisol e de noradrenalina.

Segundo Golleman (1999), a meditação é considerada o método mais antigo para acalmar a mente e relaxar o corpo, sendo considerada um treinamento sistemático da atenção, e tem como objetivo aumentar a habilidade de concentração. Pode permitir ao corpo um repouso profundo, mantendo a mente em alerta, fazendo com que a pressão sanguínea fique mais baixa, diminuindo também o ritmo cardíaco, contribuindo na recuperação do estresse. Goleman também lembra que, porventura, o efeito mais

significativo da meditação seja a paz interior.

Sendo assim, a prática da meditação no contexto educacional, afirma Cosenza (2016), pode trazer efeitos positivos, pois melhora o foco e a atenção, reduz o estresse e diminui o comportamento agressivo. Em conjunto, docentes que meditam e utilizam esta prática complementando com a respiração em sala de aula, observam mudanças significativas no comportamento das crianças.

A partir dessas constatações, o objetivo do projeto de extensão Meditando na Infância é ensinar crianças de quatro a cinco anos de idade a terem mais calma e concentração por meio de exercícios respiratórios e meditativos.

Aditivamente, o objetivo deste relato é demonstrar a exequibilidade de um projeto de extensão com crianças tão pequenas, aquelas de quatro e cinco anos de idade.

Metodologia

O trabalho compreende exercícios de respiração e concentração, que foram adaptados de uma técnica de meditação da ONG MSF, entendendo a respiração como instrumento condutor que estimula o relaxamento (MÃOS SEM FRONTEIRAS, 2013).

A partir de 2017, as atividades são realizadas duas vezes por semana, em sessões de 30 minutos, ao que optou-se chamar de Programa de Meditação, posto que esse conjunto todo de atividades que envolvem os exercícios de respiração, foco, concentração, sociabilização, solidariedade, brinquedos cantados, artes, vão aos poucos levando às crianças ao objetivo final, que é aprender a meditar.

Para a consecução do projeto de extensão, e buscando torná-lo mais interessante e lúdico para as crianças, tem sido utilizado o material criado pela ONG MSF. Esse material funciona como um introdutor da atividade nas instituições de ensino em que o projeto vem sendo aplicado, preparando o grupo de crianças para as aulas de meditação, concentração e relaxamento que virão na sequência (ALMEIDA e STADNIK, 2017).

O material consiste em um personagem infantil chamado Manolindo, representado na Figura 1. É por meio deste que as crianças iniciaram sua participação no Programa de Meditação. O personagem, que é um adulto vestido como Manolindo, vai até a sala de aula e ensina os primeiros passos da prática da meditação (ALMEIDA e STADNIK, 2017)

Figura 1 – Personagem Manolindo



Manolindo

Fonte: Stadnik (2017)

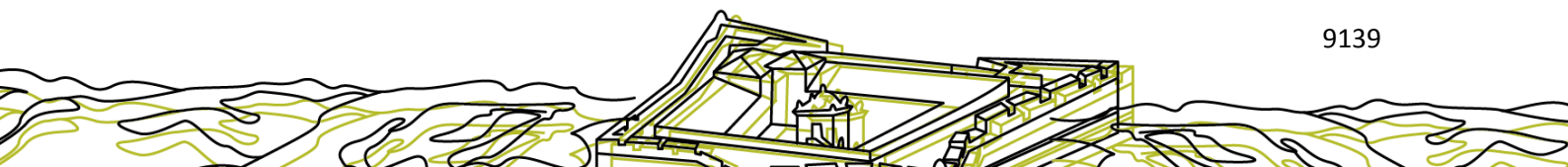
Adicionalmente, conta-se com o apoio: a) de um livro infantil (MIRANDA, 2009); b) um clipe musical (ONG MÃOS SEM FRONTEIRAS, 2009a) e; c) um vídeo (ONG MÃOS SEM FRONTEIRAS, 2009b). O personagem central do livro infantil, do clipe musical e do vídeo é também o Manolindo. Todo esse material fica à disposição das instituições em que o projeto de extensão é aplicado para ser acessado quando a direção ou professoras julgarem necessário. A equipe do projeto de extensão tem cópia do material e o utiliza quando necessário.

Relativamente ao exercício de meditação utilizado com as crianças, o mesmo consiste em: início do exercício na posição sentada e com a coluna ereta, cinco respirações conscientes e com os olhos abertos (inspiração e expiração), dois minutos em meditação (concentração) com os olhos fechados e mais cinco respirações conscientes no final (NICHEL e STADNIK, 2016). Esse exercício foi realizado em todas as aulas do projeto desde o seu início em 2013.

Essas respirações conscientes e completas são acompanhadas do comando de voz de algum dos integrantes da equipe do projeto de extensão (a pessoa que estiver ministrando a atividade naquele determinado dia) que costuma associar o movimento de inspiração e expiração a frases motivadoras e esclarecedoras, como por exemplo: cheira a florzinha (para a inspiração) e assopra a velinha (para a expiração) ou cheira a pipoca (para a inspiração e assopra o catavento (para a expiração).

Antes e depois dessa atividade de meditação/concentração, as crianças realizam atividades lúdicas, como brincadeiras cantadas, jogos cooperativos, roda de conversa, pintura, buscando motivá-las para a atividade.

Essas aulas acontecem semanalmente. Entre os anos de 2013 e 2016 foram ministradas aulas uma vez por semana e em 2017 passaram a ser duas aulas semanais, a pedido da equipe pedagógica do CEI Menino Jesus de Nazaré. As aulas têm a duração de 30 minutos e são anotadas integralmente num Diário de Bordo. Adicionalmente, a equipe pedagógica do CEI Menino Jesus de Nazaré recebe, desde 2014, o segundo ano do projeto, um curso de formação pedagógica (capacitação) na área da meditação,



visando sensibilizar e auxiliar as professoras e a direção da instituição na potencialização do projeto.

Ao final de cada ano letivo, a equipe pedagógica do CEI Menino Jesus de Nazaré é entrevistada, esclarecendo suas impressões sobre o projeto e sobre a sua repercussão junto às crianças e o ambiente escolar.

Resultados e Discussão

Todo o material coletado, advindo das anotações no Diário de Bordo, das entrevistas concedidas, dos relatórios dos estagiários do projeto e das publicações produzidas pela equipe do projeto, encontra-se num documento chamado *Corpus* de Análise. A partir da criação desse *Corpus* foi realizada uma Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). O resultado dessa análise (anos 2016 e 2017) demonstrar-se-á na sequência.

Inicialmente serão apresentadas as Tabela 1 e Tabela 2 que demonstram o número de aulas semanais, de uma por semana em 2016, para duas semanais a partir de 2017; o número de crianças participantes em cada uma das intervenções do Programa de Meditação e o total de crianças matriculas em cada ano, sendo 35, em 2016 e 25, em 2017; e as capacitações realizadas anualmente no CEI Menino Jesus de Nazaré, sendo para 14 professoras, uma pedagoga e a diretora da Instituição, em 2016 e para nove professoras, em 2017.

Em seguida comentar-se-á sobre o crescimento das parcerias associadas ao projeto, que sai de dois parceiros em 2013, para três em 2016 e quatro em 2017; e da criação de um outro projeto, mas para adolescentes, chamado de Meditando na Adolescência, sob coordenação da UTFPR e realizado com a Equipe de Nado Sincronizado da UTFPR, mas contando com os mesmos parceiros do projeto de extensão Meditando na Infância.

Finalmente, será apresentado um resumo das considerações retiradas das entrevistas realizadas pela equipe do projeto Meditando na Infância com as professoras e com a diretora do CEI Menino Jesus de Nazaré.

A apresentação e análise dos resultados do projeto de extensão Meditando na Infância serão realizadas por ano.

No ano de 2016, o projeto de extensão foi associado a um trabalho de conclusão de curso (TCC) que pesquisa a criação de um Protocolo de Meditação para Crianças de Quatro a Cinco Anos de Idade. Conforme Tabela 1, participaram do projeto 35 crianças e 16 profissionais do CEI Menino Jesus de Nazaré.

Tabela 1 - Projeto Meditando na Infância – 2016 – CEI Menino Jesus de Nazaré

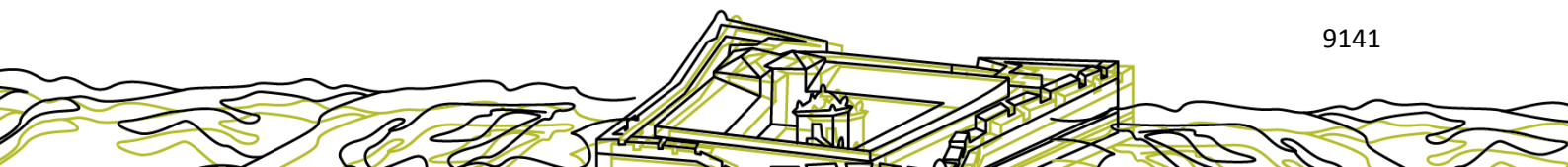
Dia	Atividades Desenvolvidas
1	Capacitação (14 professoras, a pedagoga e a diretora da Instituição).
2	Apresentação das duas novas turmas de crianças Pré II.
3	Reunião com os pais e responsáveis para apresentação do projeto.
4	Intervenção 1 – 33 crianças participaram.
5	Intervenção 2 – 31 crianças participaram.
6	Intervenção 3 – 33 crianças participaram.
7	Intervenção 4 – 27 crianças participaram.
8	Intervenção 5 – 34 crianças participaram.
9	Intervenção 6 – 34 crianças participaram.
10	Intervenção 7 – 34 crianças participaram.
11	Intervenção 8 – 32 crianças participaram.
12	Intervenção 9 – 33 crianças participaram.
13	Intervenção 10 – 34 crianças participaram.
14	Entrevista com a equipe pedagógica.
15	Confraternização e Encerramento do projeto na instituição no ano de 2016.

Fonte: Adaptado de Nichel e Stadnik (2016).

Houveram 10 intervenções do Programa de Meditação realizados com a equipe do projeto ou seja, 10 aulas de meditação. As outras possíveis atividades ocorreram com as professoras em sala – as professoras da turma do Pré II aprendem a meditar na capacitação e são incentivadas a realizar as atividades com as crianças durante o ano letivo.

Acerca da Análise de Conteúdo advinda das anotações no Diário de Bordo, das entrevistas concedidas, dos relatórios dos estagiários do projeto e das publicações produzidas pela equipe do projeto em 2016, selecionou-se o seguinte:

a) Analisou-se que o projeto têm auxiliado as crianças na sua concentração, tranquilidade e também no relacionamento social. As professoras observaram melhoras no comportamento individual de algumas crianças e relataram satisfação com as aulas ministradas.



b) Como resposta para a questão feita às professoras sobre os benefícios que a meditação proporcionou para aquelas que praticaram a meditação em outros momentos para além da prática com as crianças, foram citados: equilíbrio emocional, controle de emoções negativas, melhorias no sono, relaxamento, calma, tranquilidade e clareza em tomadas de decisões. Portanto, observou-se que a meditação trouxe aspectos positivos também para as professoras que a praticaram.

c) Relativamente aos benefícios proporcionados pela meditação às crianças, todas as professoras afirmaram que notaram benefícios no comportamento das crianças, tais como: calma, tranquilidade, atenção, concentração, compreensão, foco mental, aprendizagem da fala em grupo (aprender a hora de falar e a hora de ouvir o colega), respeito.

d) A diretora da instituição vem demonstrando ao longo desses anos de aplicação do projeto muita satisfação e considerou benefícios inclusive no que tange a relação entre os profissionais do CEI. Desde 2013, o CEI conta com a mesma diretora, então observou-se que a opinião dela tem sido sempre a mesma e não foi diferente em 2016.

e) No encerramento das atividades do projeto do ano de 2016, as docentes do CEI sugeriram que para o próximo ano, os encontros pudessem ter maior frequência, pelos bons resultados encontrados.

Diante do sucesso obtido com o Projeto de Extensão Meditando na Infância, muitos mais estabelecimentos de ensino passaram a integrar a parceria. Já em 2016, para além dos tradicionais parceiros da UTFPR desde 2013, a ONG MSF e a UFPR, entrou para o grupo, compondo a parceria, a Rede Municipal de Educação de Curitiba (RME). Houve também a criação do projeto Meditando na Adolescência, pela UTFPR, que deu início às suas atividades realizando atividades de extensão e pesquisa com as atletas da Equipe da Nado Sincronizado da UTFPR. Todos esses parceiros concordaram em também apoiar este novo projeto de extensão criado.

Quanto ao ano de 2017, com base na sugestão das professoras do ano de 2016, de aumentar o número de aulas semanais do Programa de Meditação, em 2017 foram organizados dois encontros semanais com as crianças para que a aprendizagem do método fosse mais efetiva e oportunizasse maiores benefícios. Conforme Tabela 2, participam do projeto naquele ano, 25 crianças – o CEI teve um número menor de crianças matriculadas no Pré II em 2017.

Tabela 2 - Projeto Meditando na Infância – 2017– CEI Menino Jesus de Nazaré

1º semestre	Capacitação realizada pela equipe do projeto de extensão com 9 professoras
--------------------	----------------------------------------------------------------------------

de 2017		
Semanas	1º Encontro semanal e total de crianças	2º Encontro semanal e total de crianças
Semana 1	1º Encontro - 20 crianças.	2º Encontro - 21 crianças.
Semana 2	3º Encontro - 23 crianças.	4º Encontro - 22 crianças.
Semana 3	5º Encontro 5 - 24 crianças.	6º Encontro 6 - 21 crianças.
Semana 4	7º Encontro - 22 crianças.	8º Encontro 8 - 23 crianças.
Semana 5	9º Encontro - 21 crianças.	10º Encontro - 20 crianças.
Semana 6	11º Encontro - 24 crianças.	12º Encontro - 23 crianças.
Semana 7	13º Encontro - 23 crianças.	14º Encontro - 24 crianças.
Semana 8	15º Encontro - 24 crianças.	16º Encontro - 22 crianças.
Semana 9	17º Encontro - 22 crianças.	18º Encontro - 21 crianças.
Semana 10	19º Encontro - 24 crianças.	20º Encontro - 24 crianças.
Semana 11	21º Encontro - 23 crianças.	22º Encontro - 22 crianças.
Semana 12	Confraternização e Encerramento do projeto na instituição no ano de 2017.	

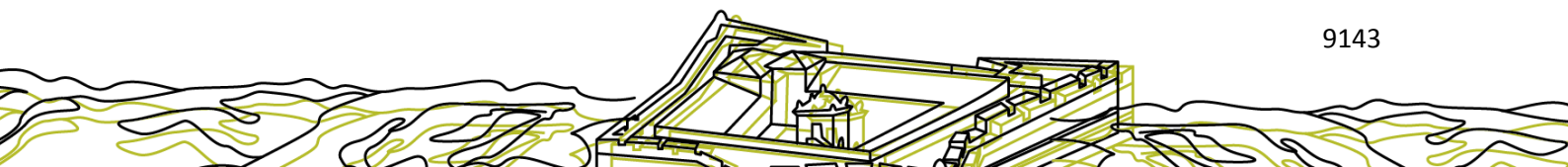
Fonte: As autoras.

Houveram 22 intervenções do Programa de Meditação realizados com a equipe do projeto ou seja, foram 12 aulas a mais de meditação do que em 2016. Da mesma forma, as outras possíveis atividades ocorreram com as professoras em sala, que novamente receberam uma capacitação para aprender a meditar e foram incentivadas a realizar as atividades com as crianças durante o ano letivo.

Acerca da ampliação do número de parceiros do projeto de extensão Meditando na Infância, em 2017 o projeto passou a contar com mais uma parceria, o Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR).

Acerca da Análise de Conteúdo advinda das anotações no Diário de Bordo, das entrevistas concedidas, dos relatórios dos estagiários do projeto e das publicações produzidas pela equipe do projeto em 2017, selecionou-se o seguinte:

a) Segundo relato de uma das estagiárias do projeto, nenhuma das crianças matriculadas na pré-escola desistiu das aulas, ao contrário, as crianças demonstravam gosto pelas atividades, mesmo aquelas que exigiam muita concentração, como a meditação em si (ALMEIDA e STADNIK, 2017). É importante lembrar que a meditação ou seja, a atividade de silêncio e concentração – era a única obrigatoriamente realizada em



todas as aulas ministrada pela equipe do projeto, o restante das atividades era bem mais variado.

b) Ainda, segundo a mesma estagiária “O maior problema enfrentado era o tempo em que as crianças se mantinham nesta atitude meditativa de concentração: em torno de dois a três minutos, este foi o tempo máximo de meditação que as crianças alcançaram.” Portanto, esse fato, de “(...) as crianças conseguirem meditar efetivamente por tão pouco tempo acabou por refletir-se na forma como as aulas foram planejadas, com uma enorme valorização das conversas, o uso do diálogo e também a utilização de atividades que conduzem naturalmente à calma.” (ALMEIDA e STADNIK, 2017, p. 4-5).

c) Mais uma vez, como ocorrido em todos os outros anos desde a criação do projeto em 2013, as professoras, a pedagoga e a direção da instituição fizeram inúmeros elogios ao projeto, comentaram da sua ação calmante sobre as crianças e da alegria da instituição em receber o projeto. Entretanto, a equipe do projeto observou que com o aumento do número de aulas aplicadas pela equipe, diminuiu a participação efetiva das professoras do CEI, diminuiu, por exemplo, a motivação delas em trabalhar a meditação com as crianças durante a semana, nos momentos em que a equipe não estava presente. A equipe do projeto refletiu sobre a possibilidade de as professoras considerarem que já era o suficiente e pensa em trabalhar esse ponto como uma melhoria para 2018 – especialmente porque considera-se que o ideal é que a prática do exercício de meditação seja realizada todos os dias.

Conclusão/Considerações Finais

Observou-se que um número considerável de crianças e professoras tiveram a oportunidade de aprender um método específico de respiração e concentração que lhes proporcionou melhorias no ambiente escolar. Nesta direção, considera-se que o projeto atendeu seus objetivos e até os superou, com a entrada de novos parceiros e com a criação de um novo projeto de extensão na área, mas com adolescentes.

Respondendo à questão que se coloca já no título deste relato: é possível que crianças de quatro e cinco anos de idade meditem? Sim, é possível, mas por pouco tempo, observou-se com o avanço do projeto de extensão Meditando na Infância que as crianças tão pequenas não se mostraram capazes de manter uma atitude meditativa, de concentração por mais de dois ou três minutos.

Relativamente ao ano de 2018, as atividades dos dois projetos: Meditando na Infância, iniciado em 2013; e Meditando na Adolescência, iniciado em 2016, estão sendo continuadas e, a partir dos resultados obtidos, optou-se por prosseguir a realizar

as aulas do Programa de Meditação em 2018, duas vezes por semana, com as 30 crianças matriculas no Pré II do CEI Menino Jesus de Nazaré, contudo, conversando e incentivando as professoras de sala de aula a darem continuidade às atividades nos dias em que a equipe do projeto de extensão não estiver presente, visando que as crianças possam meditar todos os dias na escola.

Referências

ALMEIDA, T. P.; STADNIK, A. M. W. Práticas de Meditação na Infância. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO E INOVAÇÃO DA UTFPR, 7, 2017, Londrina. **Anais eletrônicos do 7º. Seminário de Extensão e Inovação da UTFPR**. Londrina: UTFPR, 2017.

AMIHAI, I.; KOZHEVNIKOV, M. Arousal vs. Relaxation: A Comparison of the Neurophysiological and Cognitive Correlates of Vajrayana and Theravada Meditative Practices. **PLOS ONE**, v. 9, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1ª ed. revisada e ampliada. Edições 70: Brasil, 2011.

BERTOLETTI, J.; SANTOS, S. C. G. Avaliação do Estresse na Obesidade Infantil. **Revista Psico**, PUCRS, Porto Alegre, v. 43, n.1, p. 32-38, 2012.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, Brasília, 2013.

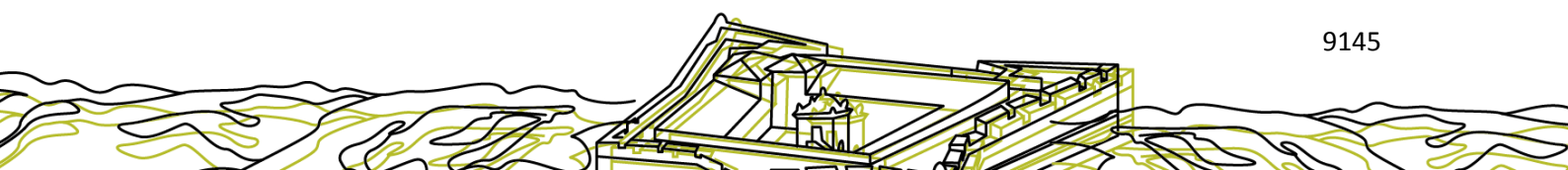
COSENZA, R. M. Meditação nas Escolas. **Neuroeducação**, nº 6, p. 25-33, 2016.

GOLEMAN, D. **A arte da meditação**. Sextante, 1999.

MÃOS SEM FRONTEIRAS. **Projeto Meditando na Infância**. Curitiba: Organização não Governamental Mãos sem Fronteiras do Brasil, 2013.

NICHEL, M.; STADNIK, A. M. W. Meditação na Infância: o resgate histórico da trajetória de quatro anos de um projeto de extensão. **6º Seminário de Extensão e Inovação da UTFPR**, Francisco Beltrão, 2016.

ONG MÃOS SEM FRONTEIRAS. **Clípe Manolindo**. Projeto Meditando na Escola. Organização MSF Mãos sem Fronteiras: dez/2009a.

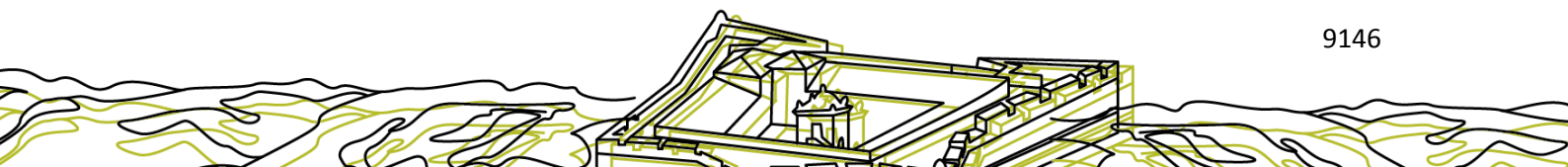




ONG MÃOS SEM FRONTEIRAS. **Meditação Manolindo**. Projeto Meditando na Escola. Organização MSF Mãos sem Fronteiras: dez/2009b.

MIRANDA, Maria Clara. **O Mundo de Manolindo**. Projeto Meditando na Escola. Organização MSF Mãos sem Fronteiras: 2009.

STADNIK, Adriana Maria Wan **Projeto de Extensão Meditando na Infância**. UTFPR: DEPEX, 2017.



ARTESANATO, CULTURA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Área Temática: Saúde.

Leticia Marcela Silva Santos³; Fernanda Maria Melo Pereira ⁴; Irisdalva França Soares⁵; Laiane Silva Mororó⁶; Wyllma Rodrigues dos Santos⁷; Maria Edileuza Soares Moura⁸.

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Resumo

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados locais de atendimento em níveis de alta complexidade em saúde mental e objetivam reduzir a gravidade do impacto do transtorno mental no cotidiano do sujeito, visando estabelecer um programa de reabilitação psicossocial. Dentre as estratégias de tratamento oferecidas nos CAPS, estão as oficinas terapêuticas que representam uma importante ferramenta de socialização e inserção individual e coletiva. Objetivou-se com esse projeto de extensão universitária resgatar através do artesanato o interesse pela cultura local utilizando-se oficinas terapêuticas relacionadas às habilidades de pessoas com transtornos mentais. Trata-se de um projeto desenvolvido pelas acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (Campus Caxias) utilizando-se de oficinas terapêuticas direcionadas aos usuários do CAPS Ad III no município de CaxiasMaranhão/Brasil. As oficinas já realizadas foram de bijuterias, chaveiro e porta-chaves. O método de trabalho compreendeu exposições dialogadas sobre a origem das plantas, o método de cultivo, sua colheita, o processo de criação, confecção dos produtos e sua importância na cultura maranhense. Os materiais utilizados foram juta, pau de buriti, sementes, coco babaçu desidratado, cabaça, folhas desidratadas, barbante, pedaços de madeiras recicladas e colas em geral. Através do manuseio de uma diversidade de materiais nas atividades de artesanato vislumbram aos usuários

³ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual Maranhão-UEMA.

⁴ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual Maranhão-UEMA.

⁵ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual Maranhão-UEMA.

⁶ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual Maranhão-UEMA.

⁷ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual Maranhão-UEMA.

⁸ Doutora em Medicina Tropical e Saúde Pública, Docente da Universidade Estadual Maranhão-UEMA.

desse serviço de saúde mental as possibilidades e limites, de acordo com cada particularidade existente nesse espaço de socialização, visando proporcionar maior criatividade e desenvolvimento cognitivo, podendo os mesmos se expressarem por meio dessa atividade, desenvolver suas potencialidades e ultrapassar barreiras.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Transtorno Mental. Enfermagem.

Introdução

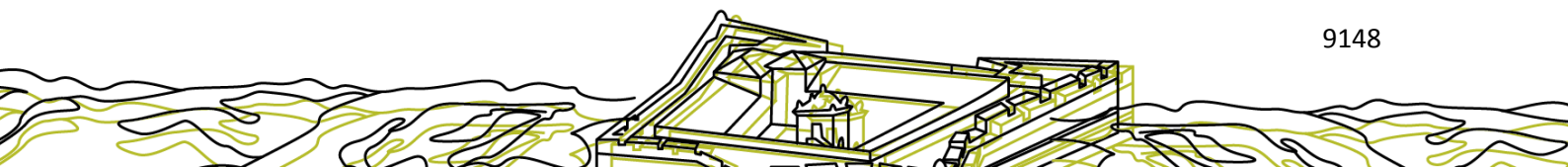
A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores de saúde que foi iniciada na década de 1978, com o principal objetivo de modificar a realidade das mais de 100 mil pessoas portadoras de transtornos mentais que viviam em hospitais psiquiátricos na época (BRASIL, 2013).

O tema foi impulsionado principalmente pela grande importância dos direitos humanos adquiridos no combate à ditadura militar, alimentado também através das experiências exitosas nos países europeus, onde os modelos de saúde mental centralizado nos hospitais psiquiátricos foram substituídos por modelos que privilegiavam os serviços comunitários de forte inserção territorial (BRASIL, 2013).

Na década de 1970, em meio ao combate ao Estado autoritário, surgiram denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços de saúde e, ainda mais grave, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do país (DELGADO, 1992). Inicialmente, não se censuravam as pressuposições do papel do hospital psiquiátrico e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios. O internamento e isolamento social da pessoa com transtorno mental era basicamente um dispositivo de exercício de poder que através do isolamento dos excluídos sociais promovia higiene social e separava os diversos tipos de diversidade humana, excluindo as minorias desviantes (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Na década de 1980 as primeiras experiências exitosas de desinstitucionalização de moradores de hospitais psiquiátricos iniciaram, criando um processo de trabalho onde os usuários eram reinseridos no território, chamados assim de serviço de atenção psicossocial (BRASIL, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados locais de atendimento em níveis de alta complexidade em saúde mental e objetivam reduzir o impacto do transtorno mental, visando estabelecer um programa de reabilitação



psicossocial, com a possibilidade de acolhimento, cuidado, construção de vínculos, bem como proporcionar maior grau de sociabilidade ao sujeito portador de transtorno mental (RABELO, 2006).

Os CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da rede de atenção psicossocial (RAPS): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo centrado no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2017).

Dessa forma, as ações realizadas nos CAPS visam à potencialização e valorização de formas de livre criação dos usuários, melhora da autoestima, desenvolvimento do equilíbrio emocional e minimização dos efeitos negativos da doença mental (RABELO, 2006). Além do tratamento medicamentoso e psicológico, os CAPS são espaços de socialização que contam com estratégias terapêuticas de grupos e oficinas, dentre outras.

Os grupos terapêuticos primam por desenvolver habilidades; melhorar a autoestima; promover a autonomia; exercer a cidadania, o autoconhecimento, a reinserção social, o lazer, a educação em saúde; discutir questões relacionadas à medicação e à integração dos familiares ao tratamento (CARDOSO; OLIVEIRA; PIANI, 2016). Já as oficinas terapêuticas são grupos específicos que têm definido um propósito de “fazer atividades” mediante ações e uso de materiais, na confecção de artesanatos, em artes plásticas, desenho, teatro, entre outras (MAXIMINO, 2001). A autora ainda sugere que a escolha da atividade e sua execução variam conforme o perfil e as necessidades de cada oficina.

Com a perspectiva de uma nova compreensão sobre a clínica ampliada nesta configuração de intervenções, há a necessidade da ação ocorrer no território de atuação dos serviços substitutivos (LIMA, 2006). A oficina terapêutica não tem como objetivo a remissão dos sintomas, mas a promoção de vida e de “saúde vital” mesmo quando o sujeito ainda está doente. Nesta lógica, cada indivíduo, dentro de suas singularidades, ao fazer artesanato, pintura, desenho, canto e outras atividades, faz algo maior que apenas expor a si e seu sofrimento.

Dentre as estratégias de tratamento oferecidas nos CAPS, estão as oficinas terapêuticas oportunizando o trabalho, o agir e o pensar coletivo, a partir de uma lógica de respeito à capacidade e habilidades de cada pessoa. As oficinas terapêuticas representam uma importante ferramenta de ressocialização e inserção individual e coletiva. Através do manuseio de uma diversidade de materiais nas atividades de artesanato permitem aos usuários as possibilidades e limites, de acordo com cada particularidade existente nesse espaço de socialização, visando proporcionar maior criatividade e desenvolvimento cognitivo, podendo os mesmos se expressarem por meio da atividade desenvolvendo suas potencialidades e ultrapassando barreiras.

Mais recentemente de acordo com a Portaria nº 3088/2011 a RAPS foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando e promovendo acesso à população, garantindo articulação com os outros pontos da rede, qualificando o cuidado e o acompanhamento, bem como o atendimento as urgências. Essa portaria também modificou totalmente o modelo de assistência prestada por componentes que formam a RAPS desde o cuidado em saúde mental na atenção básica até os serviços mais especializados onde destacamse os CAPS, os serviços residenciais terapêuticos, os centros de convivência, os leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros (BRASIL, 2011).

Assim, esse projeto de extensão universitária tem por objetivo geral resgatar através do artesanato o interesse pela cultura local utilizando-se oficinas terapêuticas relacionadas às habilidades de pessoas com transtornos mentais acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial. Tem como objetivos específicos realizar oficinas de artesanato com produtos oriundos da vegetação local; possibilitar o aprendizado e a criatividade dos usuários e garantir a expressão de suas ideias e produções.

Metodologia

As atividades estão sendo desenvolvidas por uma equipe executora formada por bolsista, voluntárias e a artesã, sob supervisão dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Ad III), no município de Caxias-Maranhão.

No primeiro momento o projeto foi apresentado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e o projeto foi prontamente acolhido, após apresentar o projeto para o coordenador do serviço de saúde mental o gestor que não mediu esforços para concretização da proposta. O CAPS AD III é referência no tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Precedeu o início das atividades no CAPS alguns encontros entre as discentes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão e a artesã para apresentação dos materiais a serem utilizados nas oficinas e planejamento das ações a serem desenvolvidas com os usuários.

Foram necessárias repetidas reuniões com a equipe executora e como também da professora orientadora Maria Edileuza Soares Moura, a fim de planejar o início das atividades, logo em seguida apresentou-se a proposta aos profissionais da equipe multiprofissional do serviço de saúde mental para melhor detalhamento do que seria feito nas oficinas de artesanatos.

A primeira oficina de bijuterias e chaveiros teve início em novembro de 2017. Em seguida, foram expostos os materiais da natureza local, que foram utilizados, explicando a importância de se utilizar matéria prima direto da natureza e os outros materiais (coco babaçu desidratado, sementes, bolinhas de madeiras, argolinhas, argolas para chaveiros, alicates, tesoura, linhas de silicone e fios variados). Durante as ações foi possível conversar e ouvir histórias dos usuários, favorecendo uma relação mais próxima e maior produção artesanal.

A segunda oficina teve início em janeiro de 2018 foi voltada para a produção de portas chaves, o método de trabalho compreendeu exposições descritivas sobre a origem, o método de cultivo, sua colheita, o processo de criação, confecção dos produtos e sua importância na cultura maranhense. Os materiais utilizados foram juta, pau de buriti, sementes, coco babaçu desidratado, cabaça, folhas desidratadas, barbante, pedaços de madeiras recicladas e colas em geral.

No início das atividades os usuários estavam um pouco apreensivos, por algumas dificuldades encontradas, mas com as explicações e o manuseio dos materiais, as barreiras foram sendo vencidas com a elaboração de peças de bom acabamento e com potencial de comercialização. Cada oficina exige cerca de 05 encontros, cada encontro tem duração de aproximadamente 4 horas e envolve cerca de 10 pacientes, conduzida pela artesã, conta com as discentes no auxílio e supervisão dos trabalhos de cada participante.

Resultados e Discussão

Foram realizados cinco encontros na oficina de bijuterias nas quais foram utilizados materiais como: coco babaçu desidratado, sementes, corda, bolinhas de madeira, argolinhas, argolas para chaveiros, alicates, pinos, tesoura, linhas de silicone e fios

variados. Foram confeccionados 12 pares de brincos, 25 colares, 35 pulseiras e 19 chaveiros.

Foram realizados três encontros da oficina de portas chaves. Os materiais utilizados foram juta, pau de buriti, sementes, coco babaçu desidratado, cabaça, folhas desidratadas, cipó, barbante, pedaços de madeira reciclada, cola quente e cola cascorez. Foram confeccionados 18 porta chaves.

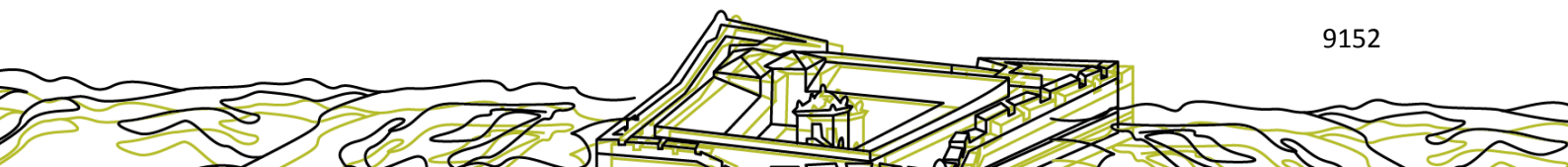
Ao final de cada oficina é questionado aos usuários se gostaram ou se tiveram alguma dificuldade em fazer as peças, a maioria dos usuários participantes são homens e relatam que foi prazeroso a atividade proposta, ao mesmo tempo, outros mencionaram que não foi tão eficaz para os mesmos em consequência de dificuldades decorrentes dos efeitos colaterais dos medicamentos em uso no serviço de saúde mental, tais como: tremores de extremidades e falta de coordenação motora fina.

Assim, as oficinas terapêuticas promovem a oportunidade do sujeito produzir, propiciando também a interação social da qual muitas pessoas portadoras de transtornos mentais ficam privadas em função das diferentes alterações decorrentes destes (CARDOZO; BORRI; MARTINEZ, 2009).

Estudos epidemiológicos realizados em populações da Suécia, Noruega, Reino Unido e Estados Unidos da América têm demonstrado fortes e positivas correlações entre as atividades culturais e saúde pública/saúde mental. Há evidências consistentes de estudos quantitativos e qualitativos em diferentes países, que outros programas culturais baseados em artes podem reduzir os sintomas psicológicos e fisiológicos negativos e são determinantes positivos para a sobrevivência, o bem-estar, qualidade de vida e saúde do indivíduo e das populações (CAMIC; CHATTERJEE, 2013).

A mudança do modelo de atenção em saúde mental, com seus componentes de combate ao estigma, elaboração de novas referências conceituais para a questão da “loucura”, do sofrimento mental e seu tratamento, sustentação da ideia do protagonismo e cidadania de usuários e familiares, em síntese, de “construção de um novo lugar social para o chamado louco”, certamente que é uma política que fala diretamente à cultura e depende de mudanças no ambiente cultural. Assim, no sentido amplo, o componente cultural não é secundário, mas essencial ao êxito do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2007).

Nesse mesmo relatório a perspectiva de intersecção entre as políticas públicas de saúde mental e de cultura é sinalizada em direção aos centros de convivência; as atividades de geração de renda a partir de manifestações culturais; e as ações de



interface com o Ministério da Cultura, com destaque para os pontos de Cultura, alguns dos quais localizados em CAPS e Centros de Convivência (BRASIL, 2007).

Oficinas culturais são atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (musicais, artesanato, festas anuais, monumentos, prédios históricos dentre outros) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia (BRASIL, 2004).

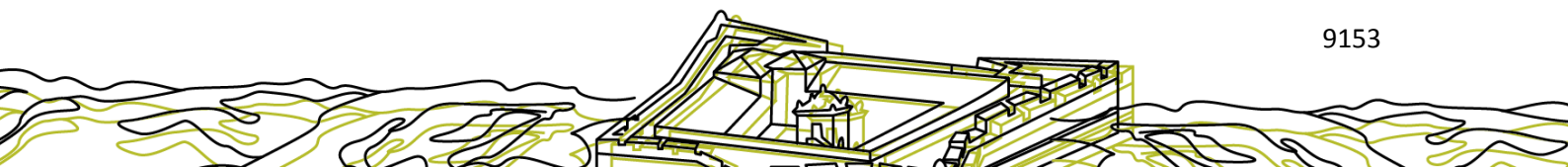
No Brasil, considera que os direitos culturais estão estreitamente ligados aos Direitos Humanos e são pontos de referência para as políticas de desenvolvimento, inclusive no SUS. E desta forma, visa que a diversidade cultural seja não só reconhecida e valorizada, como também possa vicejar em condições de equidade, liberdade e dignidade. Direitos culturais, igualdade de oportunidades e políticas de inclusão estão inevitavelmente vinculados para que a diversidade cultural possa se fortalecer (ALVAREZ, 2005), bem como fomentar a cidadania e autonomia das pessoas com transtorno mental por meio dos projetos culturais.

Assim, o fazer artístico permitiu práticas e uso de técnicas para o exercício da expressão de sentimentos que nem sempre se pode manifestar pela palavra, constituindo-se, esse conjunto de meios, como alternativa para a expressividade não verbal (FARIAS et al., 2016).

Desta forma, esse novo olhar configura uma nova proposta que converge para mudanças estruturais na sociedade, sendo importante que haja mudanças ligadas às práticas clínicas e de saúde pública e particularmente, à saúde mental, ampliando inclusive o conceito de saúde para outras áreas de políticas públicas, na cultura coletiva e individual e da própria vida cotidiana dos indivíduos em questão.

O público beneficiado com as oficinas foram os usuários do CAPS Ad III no município de Caxias, familiares, além da equipe multidisciplinar e os acadêmicos envolvidos no projeto. Existiu um diferencial nas oficinas desenvolvidas neste projeto, pois incluíram a questão da capacidade produtiva de cada usuário. Essas oficinas permitem o alcance de resultados econômicos como uma via de reinserção social.

Os produtos confeccionados nas oficinas terapêuticas são comercializados pela equipe executora em um espaço comunitário intitulado “Feirinha da Gente” que é um evento semanal promovido pela Prefeitura de Caxias por meio da Secretaria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres e Secretaria de Cultura, Patrimônio Histórico, Esporte, Turismo e Juventude em parceria com outras secretarias municipais: Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; Secretaria de Meio Ambiente;



Secretaria de Indústria e Comércio, Secretaria de Agricultura e Pesca, além do apoio do SEBRAE (Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas) que exhibe uma diversidade de produtos locais para comercialização como comidas típicas maranhenses, artesanato e produtos hortifrútiis, se constituindo uma etapa importante pois, além das vendas, tivemos a oportunidade de divulgar o projeto para a comunidade e na internet através da publicação em site local. O recurso financeiro arrecadado com a comercialização das peças é destinado a aquisição de material de higiene pessoal doado pela equipe executora aos usuários do CAPS Ad III de Caxias, Maranhão.

A equipe executora identificou que há uma escassez de recursos e projetos no CAPS AD III. O projeto instigou os usuários desse CAPS a buscarem conhecer mais sobre a cultura maranhense, sobre o cultivo de algumas plantas, de como ocorre a colheita do material e onde poderia encontrar algumas sementes. Outro ponto relevante foi à responsabilidade dos usuários em cumprir com o que foi proposto.

As oficinas promoveram oportunidades aos usuários de desenvolverem aspectos para lidar com diferentes materiais, organização, responsabilidade, dificuldades e aprendizagem. Além disso, permitiu aos pacientes a superação da ociosidade e ansiedade decorrentes da abstinência de substâncias psicoativas.

Vislumbramos as oficinas terapêuticas como um aditivo na reabilitação psicossocial e superação do foco nos efeitos colaterais do uso de medicamentos psicotrópicos. Entendemos que as oficinas culturais são um instrumento que possibilita a inclusão social e promove a cidadania da pessoa com transtorno mental.



Figura 1. Confecção de portas chaves.



Figura 2 – Porta-chaves prontos.

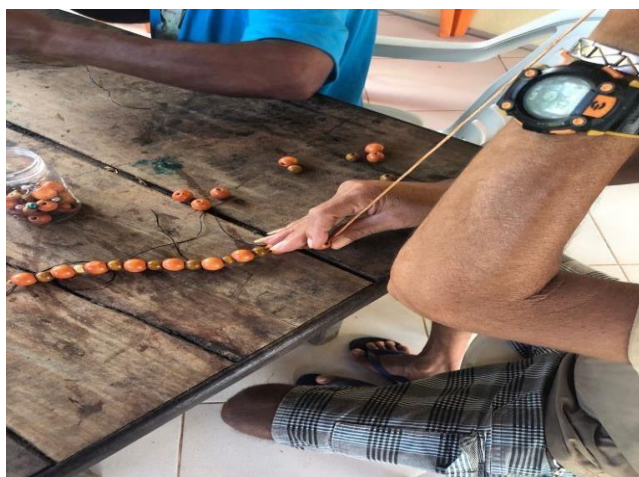


Figura 3- Confeção de colares na Oficina de bijuterias.

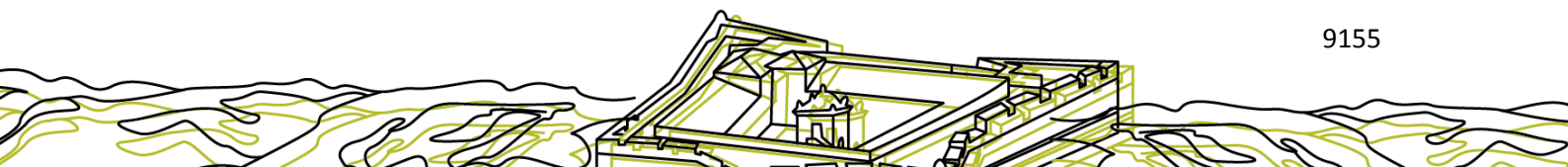




Figura 4 – Comercialização das peças produzidas na “Feirinha da Gente”

Considerações Finais

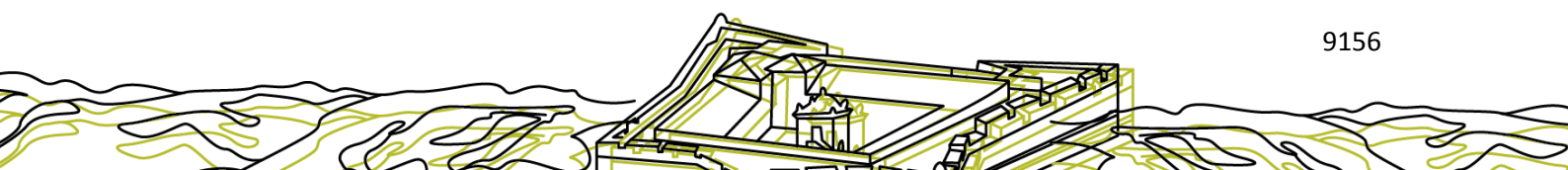
As oficinas terapêuticas mostraram-se como valiosos instrumentos de (re) socialização e reabilitação psicossocial, acolhendo a relevância da interação de forma efetiva de toda equipe de saúde, a comunidade universitária que puderam cooperar no tratamento desse serviço de saúde mental.

A prática na realização de oficinas promoveu melhoria nos relacionamentos interpessoais dos usuários, e destes com a equipe. Avaliou-se que estas oficinas de artesanato foram gratificantes para todos, que aprenderam juntos, sendo mostrado nas expressões faciais, o sentimento de trabalho cumprido, de meta alcançada ao final de cada atividade, pois percebiam que eles também são capazes.

Deste modo, as oficinas se tornaram instrumentos de reabilitação psicossocial de e ressignificação dos usuários. Temos a pretensão de continuar ajudando em ações sociais para maior contribuição e melhoramento de pessoas, de vidas e de mundo.

Referências

ALVAREZ, V. C. Diversidade cultural: algumas considerações. In: Diversidade cultural. AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>.

BRANT, L. (org.). São Paulo: Ed. Escrituras/Instituto Pensarte, p. 167-173, 2005. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/bgg/article/view/4149/3647>

BRASIL, Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS; Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS; acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.20, p.114-136, 2016. Disponível em:

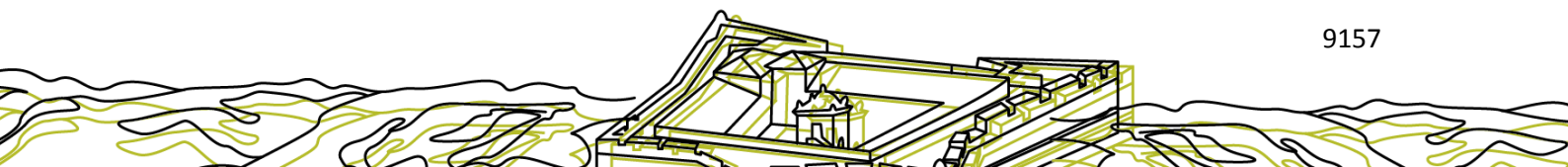
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/3706/4791>

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro, PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde Debate.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8699, abr-jun, 2016.

COSTA, L. F. P.; et al. Oficinas terapêuticas: um instrumento eficaz na reabilitação psicossocial para internos de um hospital psiquiátrico. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 2, p. 104-114, 2012.

FARIAS, Izamir Duarte, et al. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade **SMAD**, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** São Paulo, v.12, n.3, p.147-53, jul.-set., 2016. Disponível em: <http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n3/03.pdf>

GALVANESE, Ana Tereza Costa. A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS no município de São Paulo. Dissertação (mestrado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2010.



MONTREZOR, Janaina Bussola. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n.

3, p. 529-536, 2013. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/913>

NORONHA, A. A. et al. . Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.

37, n. 4, e56061, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000400402&lng=en&nrm=iso

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes, et al. Saúde mental e inclusão social: um estudo de revisão sistemática da literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.18, p.43-54, 2016. Disponível em:

<http://www.incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4033/4705.pdf>

SANTOS, Irma Maria de Moraes; BARROS, Sônia; SANTOS Jussara Carvalho dos. Projetos culturais nos Centros de Atenção Psicossocial: um desafio em direção à cidadania.

SOUZA, L. G. S.; PINHEIRO, L. B. Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial: álcool e drogas. **Aletheia** [online]., n.38-39, p. 218-27, 2012.

VALLADARES, A. C. A.; et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1 p. 04 – 09, 2003.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista>

GRUPO OPERATIVO: PRÁTICA EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO EM IDOSOS

Área Temática: Saúde.

Francisca Manuele Oliveira Silva¹; Gláucia Maria Cavalcante Maia²; Carolina Maria de Lima Carvalho³.

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Resumo

No Brasil e no mundo, é crescente o número de idosos, pessoas com 60 anos ou mais. Por esse motivo, faz-se necessário difundir a ideia de que envelhecer pode ser sinônimo de saúde. Dessa forma, o presente estudo se justifica pela necessidade de manter o bem-estar e ou de lidar com o adoecimento durante o envelhecer, refletir sobre os determinantes do envelhecimento, estimular comportamentos para a manutenção da saúde, autonomia e participação na vida para um envelhecimento bem-sucedido. Este projeto objetivou promover o autocuidado em idosos através de ações de educação em saúde, com base no manual do autocuidado do idoso (Nicarágua, 2006). As ações de extensão foram realizadas segundo a metodologia participativa e a estratégia de grupo operativo, a técnica consiste em um trabalho com grupos, elaborado com a finalidade de se tornar um espaço de interação com dinâmicas, diálogo e troca de conhecimentos entre os participantes, em encontros quinzenais, com idosos homens e mulheres, cadastrados no programa do centro de referência em assistência social (CRAS) dos municípios de Acarape e redenção - ceará. As atividades tiveram início no mês de setembro de 2015 e se estenderam até abril de 2016. Como resultados, decorrentes da realização das ações educativas, destaca-se a formação de vínculos com a comunidade, aquisição de conhecimentos relativos à promoção do autocuidado em idosos, bem como atitudes e práticas voltadas para uma vida mais saudável e melhor qualidade de vida. Além disso, a pessoa idosa é rica em conhecimentos o que proporcionou uma troca de

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). ³ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

conhecimentos que levou discussões e reflexões sobre temas relacionados à saúde do idoso.

Palavras-chave: grupo operativo; autocuidado; saúde do idoso.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como pessoa com 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento. O Brasil já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido. Os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira são a diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infraestrutura básica, além dos avanços da medicina (SCARIOTT; FERREIRA; MIGNONI, 2007).

O processo de educação em saúde tem como principal objetivo a prevenção, bem como controle, recuperação e eliminação de problemas à saúde de uma população. Nesta perspectiva, o trabalho com grupos de idosos funciona como instrumento a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida do idoso, uma vez que as ações vão além das atividades físicas e de lazer e, muitas vezes, envolvem aspectos emocionais e comportamentais (PENA; SANTO, 2006; MELO et al, 2009).

O autocuidado é um conjunto de práticas exercidas por uma pessoa, no sentido de se conservar sadia, de recuperar sua saúde ou de minimizar os efeitos de uma doença sobre sua vida. Enfim, é tudo o que uma pessoa pode fazer intuitivamente ou como resultado de um processo educativo em benefício de sua saúde (MAROCCO; NEGRI, 2010).

Encontros de grupos vêm sendo bem aceito e solicitado, uma vez que vem desempenhando um papel social e educativo de grande valia na área da saúde, da psicologia, da educação, dentre outras áreas.

Para Pichón-Riviere, o grupo é um conjunto restrito de pessoas, que ligadas por constantes de tempo e espaço, e articulada por sua mútua representação interna, se propõem de forma explícita ou implícita à realização de uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo para isso através de complexos mecanismos de trocas e assunção de papéis (OSÓRIO, 1986).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo incentivar a promoção do autocuidado em pessoas idosas, desenvolvendo ações com foco na educação em saúde,

guiando as ações com base no Manual do autocuidado do idoso (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 2006).

Metodologia

As ações de extensão iniciaram no período de setembro de 2015 e concluíram em abril de 2016. Seguiu-se a metodologia participativa e a estratégia de grupo operativo, em encontros quinzenais, ou seja, dois encontros mensais, com um grupo com cerca de 30 idosos homens e mulheres cadastrados nos programas dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) dos municípios de Acarape e Redenção, Ceará. Os encontros aconteceram em dias diferentes em cada CRAS, e cada bolsista foi responsável pelo desenvolvimento das atividades do grupo operativo em um CRAS. No CRAS do Município de Acarape os encontros aconteceram normalmente às segundas-feiras (quinzenais) no período da tarde e no CRAS de Redenção, os grupos são realizados às quintas-feiras (quinzenais) no período da manhã, com duração média de duas horas. Abordam-se temas relativos à saúde do idoso de acordo com as necessidades e interesses do grupo. As estratégias educativas utilizadas incluem-se roda de conversa, folders educativos, dinâmicas, dança circular, automassagem, dentre outros. Os grupos operativos são ferramentas de incorporação do saber caracterizados pela didática horizontal que torna o indivíduo um agente ativo e responsável da mudança de hábitos. Além de serem instrumentos de acolhimento, vínculo, integralidade, corresponsabilidade e trabalho em equipe (DIAS; CASTRO, 2006). A técnica do grupo operativo pressupõe uma tarefa explícita, no caso, a aprendizagem para o autocuidado; uma tarefa implícita, ou seja, o modo como cada integrante vivencia o grupo; e um enquadre que são os elementos fixos como: o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador. Foram abordados temas importantes para a saúde do idoso, baseados no Manual de Autocuidado do Idoso (Manual de Autocuidado del Adulto Mayor - Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, 2006), como: As alterações físicas na terceira idade; cuidados com os olhos, a pele, ouvido, cavidade oral e nariz; o sistema digestivo; o sistema musculoesquelético; a diabetes; a hipertensão arterial; a próstata; câncer de mama; câncer cervicouterino; osteoporose; prevenção de quedas; sexualidade no idoso; exercício e saúde; o cuidado da autoestima e dicas de envelhecimento saudáveis e ainda temas de interesse e necessidade da população da pesquisa. Um tema por encontro, durante 16 encontros quinzenais.

Resultados e Discussão

No período de um ano foram trabalhados diversos temas importantes para a saúde do idoso. No primeiro encontro foi realizada a apresentação da proposta do projeto de extensão com a explanação dos objetivos e a apresentação da bolsista e da coordenadora, e nos demais encontros foram abordados os temas: As alterações físicas na terceira idade, Câncer de Mama, Valorização do Idoso, Prevenção do câncer de colo uterino, Câncer de próstata, o diabetes, o envelhecimento e a mente, cuidados com os olhos, a pele, ouvido, cavidade oral e nariz, sistema musculoesquelético, osteoporose e prevenção de quedas e hipertensão. As atividades finalizaram no mês abril de 2016 e no mês de maio foi realizada a confraternização com o grupo.

A maior parte das mulheres do grupo participa, gosta de dar opinião e de se sentir incluída, mostraram-se mais empoderadas que no início das atividades, mais abertas ao conteúdo dos encontros e ao diálogo e troca de saberes e experiências. Os homens, que são três, no grupo de Redenção e um deles frequenta também o grupo de Acarape, aumentaram consideravelmente sua participação e não se mostram intimidados pelo grande contingente feminino no grupo, expressam sua opinião com maior frequência e segurança, embora precisem ser convidados à fala algumas vezes.

Tanto os homens quanto as mulheres se dispuseram a participar das dinâmicas propostas. Houve momentos que a troca de impressões foi tão intensa que vários idosos conversavam entre si e com as bolsistas facilitadoras sobre suas experiências com os temas abordados. Ambos os grupos, de Acarape e de Redenção, estavam bem abertos ao diálogo e aos novos conhecimentos.

Os resultados finais incidem em aquisição de conhecimentos relativos à promoção do autocuidado em idosos, assim como de atitudes e práticas voltadas para uma vida mais saudável e melhor qualidade de vida. Foi sugerida a participação da família dos idosos nos encontros e no último encontro alguns idosos trouxeram um membro familiar para participar do grupo operativo. Observou-se que a dinâmica utilizada foi favorável para facilitar a aprendizagem. Percebeu-se a importância de ter informação, mas indo além, refletir sobre, conscientizar-se de ambos os estados (saúde e doença), da necessidade da prevenção através de hábitos salutares e do autocuidado é essencial para que se promovam mudanças benéficas no comportamento destes idosos, e que estes passem a ser multiplicadores de conhecimento, uma vez empoderados e conscientes. Observou-se também a necessidade de continuidade na prestação do serviço, o trabalho no CRAS é fortalecido pelo engajamento da equipe, assim como pelo trabalho inter e multidisciplinar, no qual o projeto do grupo operativo se inclui.

Conclusão/Considerações Finais

As atividades desenvolvidas no projeto promoveram a troca de experiência entre os profissionais docentes, profissionais dos CRAS, discentes e idosos homens e mulheres, usuários do serviço de ação social, resgatando a importância do autocuidado e investimentos na qualidade de vida dos indivíduos e sociedades, bem como fortalecendo o acolhimento e a humanização da assistência em saúde. Proporcionou também aquisição de conhecimentos, atitudes e práticas adequados a promoção do autocuidado por todos os sujeitos envolvidos no projeto (idosos, docentes, discentes e profissionais do serviço) e despertando o interesse dos alunos envolvidos no projeto pela temática de promoção da saúde do idoso.

No âmbito da assistência, muitos estudos comprovaram a eficácia dos grupos operativos com a atuação do enfermeiro como facilitador do grupo. A enfermagem, por buscar uma visão mais completa do indivíduo e atuar principalmente na promoção e prevenção da saúde, obtém sucesso nas atividades com grupos.

A avaliação geral do projeto tem um julgamento positivo, uma vez que se estabeleceu uma boa parceria com o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS em Acarape, abrindo as portas para a oportunidade de outras ações a serem desenvolvidas. Os participantes, por sua vez, também ressaltaram a relevância do projeto para o desenvolvimento da promoção da sua saúde e, ainda, para a coordenadora do projeto e demais membros envolvidos, as ações corresponderam às esperadas e atenderam as expectativas.

O Grupo Operativo no CRAS/ Redenção superou a expectativa esperada, uma vez que nos últimos encontros, constatou-se com ingresso de novas participantes, interessadas em adquirir novos conhecimentos, mesmo ainda não inclusas na faixa da terceira idade, algumas sendo filhas das idosas já integrantes. Interessante também foi o incremento da participação masculina ao longo dos encontros.

Pode-se observar a superação de preconceitos e tabus acerca da própria saúde por parte dos idosos homens, que passaram a questionar, a narrar experiências, e a participar ativamente das ações propostas. Profissionais do serviço também participaram de diversos encontros, oferecendo suporte e buscando adquirir novos conhecimentos. Foi enfatizada a importância dos idosos como multiplicadores dos conhecimentos ali construídos, em suas famílias e comunidades, o que foi positivo, pois lhes proporcionou maior autonomia e autoconfiança.

Ambos os grupos de idosos solicitaram a continuação do projeto e sugeriram maior participação dos familiares que lidam diariamente com eles, a fim de conscientizá-los da importância dos temas abordados e dos conhecimentos adquiridos na mudança de hábitos e de percepção de si, de sua saúde, assim como do próprio envelhecimento por parte dos idosos.

Reforçamos a importância da implementação da educação em saúde nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)/Acarape e Redenção, integrando os setores do serviço social e da saúde mais especificamente a enfermagem em prol da promoção do autocuidado aos idosos da comunidade com o intuito de que essas pessoas vivam mais e com qualidade. É necessário também a constante busca e o envolvimento multiprofissional quando na proposição de ações e atividades que fujam da rotina dos serviços e realizem ações que vão ao encontro dos idosos que carecem de maiores e diferenciados investimentos em sua saúde.

Referências

DIAS, RB; CASTRO, FM. Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em <http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm> [acesso em 08/03/2018].

INSTITUTO NICARAGÜENSE DE SEGURIDAD SOCIAL. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor/ Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. -1a. ed. -Managua: INSS, 2006.

MAROCCO, J. L. S.; NEGRI, J. P. Promoção do autocuidado aos idosos e cuidadores/familiares do Centro de saúde da família Chico Mendes fundamentado na teoria de Dorothea e. Orem. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó/Unochapecó, Chapecó – SC, julho de 2010.

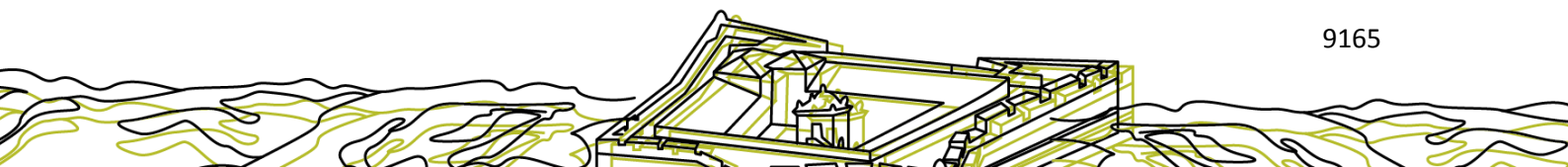
MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1579- 1586, 2009. OSÓRIO LC, et al. Grupoterapia hoje. In: Berstein M, Contribuições de Pichón-Riviere à psicoterapia de grupo. *Artes Médicas*. p. 108-132, 1986.



PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia/GO, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SCARIOTT, C.; FERREIRA, F. F.; MIGNONI, J. I. Promoção do autocuidado aos idosos no Centro de Convivência do Idoso Companheiro Leão Mantovani, fundamentado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem. 2007. Monografia (Conclusão do curso de Enfermagem) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2007.



AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ALDEIAS ALTAS - MA

Área Temática: Saúde

Beatriz Aguiar da Silva¹; E'lide Karine Pereira da Silva²; Francielle Borba dos Santos³; Francisco Henrique Machado⁴; Gleciane Costa de Sousa⁵; Hellem Pamerra Nunes de Moraes⁶; José de Ribamar Ross⁷; Maria Edileuza Soares Moura⁸.

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Resumo

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, granulomatosa, de evolução lenta que afeta a pele e os nervos periféricos. Apresenta importante potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. As incapacidades e deformidades podem acarretar consequências, como diminuição da capacidade de trabalho e limitação da vida social. Objetivou-se conhecer a situação dos casos de hanseníase no município de Aldeias Altas – MA e traçar intervenções específicas e eficazes, a partir dos dados obtidos, para melhorar a qualidade da prevenção, controle, tratamento e da assistência aos pacientes com hanseníase neste cenário. Trata-se de um projeto de extensão ligado ao Edital Mais Extensão da PróReitoria de Assuntos Estudantis que fomentou projetos com ações voltadas para os municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Maranhão (também menores IDH do Brasil). Para a concretização do projeto foram feitas 04 imersões com duração de quinze dias, no período das férias acadêmicas. Nas imersões houve um levantamento do número de casos registrados de hanseníase no município de Aldeias Altas, tipo de

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus Caxias).

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus Caxias).

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus Caxias).

⁴ Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus Caxias).

⁵ Graduada em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus Caxias).

⁶ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA (Campus Caxias).

⁷ Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA

⁸ Doutora em Medicina Tropical e Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA.

entrada, a classificação e demais dados pertinentes para o levantamento epidemiológico do referido agravo, bem como o tipo de acompanhamento realizado por cada UBS, para ser feito uma comparação com os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Realizou-se encontros com as equipes de saúde da família; aproximação com os agentes comunitários de saúde; visitas domiciliares; avaliação de incapacidades em pacientes em tratamento para hanseníase e avaliação de contatos intradomiciliares de casos de hanseníase e identificação de contato suspeito. Foi feito a avaliação dermatoneurológica com avaliação de incapacidades de 44 pacientes; destes, 67,5% (27) eram do sexo masculino; pardos; variando a idade de 11 a 86 anos, sendo 7 eram menores de 18 anos; baixa escolaridade; apresentando uma média de 3 contatos para cada caso; predominou a classificação multibacilar (80%) de casos em tratamento e todos residiam na zona urbana. Foram avaliados 105 contatos domiciliares e identificação de um contato suspeito. Portanto, a prevalência da hanseníase neste município é no sexo masculino, classificação multibacilar, apontando para diagnóstico tardio. Identificou-se a necessidade de intensificação de ações que incentivem a busca ativa e avaliação dos contatos (parâmetro de avaliação da qualidade do programa de hanseníase). **Palavras-chave:** Hanseníase; Epidemiologia; Infecção.

Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, granulomatosa, de evolução lenta que afeta a pele e os nervos periféricos. Apesar de ser tratável, muitas vezes resulta em deficiências e deformidades graves ao longo da vida devido a atrasos ou erros de diagnóstico, ainda constituindo-se um problema de saúde pública para alguns países em desenvolvimento, dentre eles o Brasil (BOBOSHA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a hanseníase como problema de saúde pública que acomete a população mais carente, principalmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassa 1/10.000 habitantes (BRASIL, 2007). É uma doença antiga que remete ao preconceito por parte de algumas pessoas, em virtude da falta de conhecimento, mesmo com esforços de pessoas no âmbito da saúde e social, o estigma ainda existe e mostra-se mais resistente do que a própria doença (CID, et al., 2012).

A suscetibilidade ou resistência à infecção pelo *Mycobacterium leprae* depende de fatores imunológicos e predisposição genética do indivíduo (MISCH, et al., 2010). Assim, a maioria dos indivíduos expostos ao bacilo é capaz de desenvolver uma resposta imune eficiente e, conseqüentemente, apresentar resistência ao patógeno. Apenas um baixo

percentual adoece e passa a manifestar as diferentes formas clínicas (PINHEIRO, et al., 2011).

A OMS estabeleceu a classificação clínica da hanseníase em dois grupos para melhor delimitar os esquemas terapêuticos: multibacilar, caracterizada pela presença de carga bacilar positiva na biopsia, cinco ou mais lesões cutâneas e esfregaço positivo para a presença *do M. leprae*; e paucibacilar, onde raros bacilos são observados, apresentando menos de cinco lesões cutâneas e esfregaço negativo (WHO, 1998).

A hanseníase apresenta relevantes características sociais e demográficas. Mais comum nas grandes cidades, principalmente nas periferias e favelas, frequentemente associadas a indicadores sociais de pobreza, como exclusão social, baixo nível educacional, habitacional, desnutrição, dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde, alcoolismo, população privada de liberdade, domicílios úmidos e escuros, com pouca circulação de ar (LOPES;

RANGEL, 2014). Tanto a característica clínica quanto epidemiológica dessa doença tem sido objeto de inúmeros estudos, no entanto, trabalhos científicos e ações eficazes que revelem a magnitude da hanseníase nas cidades do Maranhão são oportunos.

Segundo a OMS para se avaliar a endemicidade da hanseníase em um cenário geográfico utiliza-se o parâmetro da incidência ou coeficiente de detecção. Na população em geral, quando o coeficiente de detecção é maior ou igual a 40 / 100000 habitantes o cenário é hiperendêmico; quando este coeficiente se encontra entre 20,00 a 39,99 / 100000 habitantes a endemicidade é muito alta; se entre 10,00 a 19,99 / 100000 habitantes, alta; se entre 2,00 a 9,99 / 100000 habitantes, média e se menor que 2, baixa.

O estado do Maranhão no ano de 2010, apresentava um coeficiente de detecção de hanseníase de 5,7 casos/10 mil habitantes, precisando ainda de uma intensificação das ações para eliminação da doença, por este apresentar alta endemicidade conforme parâmetros de incidência. Já o coeficiente geral de detecção no mesmo ano foi de 60,5 casos / 100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 19,2 casos / 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Em 2012, foram diagnosticados 33.303 casos novos, 2.246 (7%) em menores de 15 anos. O coeficiente geral de detecção (17,2/100 mil habitantes) é considerado alto. Segundo os parâmetros de referência deste indicador, os estados de Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Pará e Maranhão foram classificados como hiperendêmicos, com mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes, em 2011 (BRASIL, 2012).

A Vigilância em Saúde é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e/ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos faz-se necessário a aplicabilidade mais eficaz dessa estratégia.

Portanto pode-se inferir que a vigilância epidemiológica da hanseníase não alcançou os resultados esperados, e esta doença permanece ao longo da história, sendo necessários maiores esforços a fim de se aprimorar o controle dos casos, bem como estratégias que visem a sensibilização acerca da corresponsabilidade da sociedade. Apesar das ações existentes neste sentido, a situação de prevenção e controle da hanseníase parece não ter sofrido alterações significativas, apontando para um grande distanciamento entre o preconizado pela OMS e a realidade.

Considerando a proximidade geográfica de Aldeias Altas com três cidades identificadas como de alta endemicidade do Estado são: Timon, Caxias e Codó optou-se por trabalhar ações de combate à hanseníase neste município. Acredita-se que a realização de ações eficazes, pautadas no controle da hanseníase, onde o enfermeiro desenvolve papel fundamental frente às ações executadas, dentre elas a avaliação de contatos intradomiciliares, possam diminuir a magnitude desta doença.

Diante deste contexto, pode-se inferir que a vigilância epidemiológica da hanseníase não alcançou os resultados esperados, e esta doença permanece ao longo da história, sendo necessários maiores esforços a fim de se aprimorar o controle dos casos, bem como estratégias que visem a sensibilização acerca da corresponsabilidade da sociedade (BRASIL, 2016).

Outro fator relevante para o tratamento dos casos de hanseníase no município é a avaliação dermatoneurologia e detecção precoce dos contatos dos casos de hanseníase. Sendo que a principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores através de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar (BRASIL, 2008).

A investigação epidemiológica de contatos consiste em: anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase; exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos, independente da classificação operacional e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação (BRASIL, 2016).

O projeto teve como objetivo conhecer a situação dos casos de hanseníase no município de Aldeias Altas – MA e traçar intervenções específicas e eficazes, a partir dos dados obtidos, para melhorar a qualidade da prevenção, controle, tratamento e da assistência aos pacientes com hanseníase neste cenário. Portanto, vislumbra-se com este projeto de extensão promover e incentivar a mobilização da sociedade e dos profissionais quanto à importância da prevenção, controle e tratamento dos casos de hanseníase, considerando todos os atores envolvidos como ativos e responsáveis pelo cuidado com a saúde coletiva.

Metodologia

Trata-se de um projeto de extensão ligado ao Edital Mais Extensão da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis que fomentou projetos com ações voltadas para os municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Maranhão (também menores IDH do Brasil) alinhado às ações do governo do Estado que almejam melhorar os indicadores dos 30 municípios mais carentes do Estado.

Para a concretização do projeto foram feitas 04 imersões com duração de quinze dias, no período das férias acadêmicas no período de 2016 a 2018. Na primeira imersão (julho/2016), houve um levantamento do número de casos registrados de hanseníase no município de Aldeias

Altas, tipo de entrada, a classificação e demais dados pertinentes para o levantamento epidemiológico do referido agravo, bem como o tipo de acompanhamento realizado por cada UBS, para ser feito uma comparação com os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Posteriormente, esses dados estatísticos foram compilados para a produção do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que serviu de instrumento norteador do processo de trabalho dos grupos componentes deste projeto. O PES avaliou toda complexidade da problemática, possibilitou ações específicas para cada nível de assistência, considerando a organização do sistema local de saúde e a responsabilidade de cada uma das formas de atenção à saúde.

Na segunda imersão (janeiro/2017) considerou-se o tipo de acompanhamento realizado por cada equipe de saúde da família e numa aproximação com os profissionais que conferem maior capilaridade de acesso, os agentes comunitários de saúde,

viabilizaram-se as visitas domiciliares. Houve uma experiência diferenciada nessa imersão dada uma transição na formação das equipes de saúde família que ocorreu secundariamente a mudança da gestão local (decorrente das eleições municipais).

Após, efetivado o diagnóstico e planejamento situacional da vigilância em saúde, foram realizadas reuniões com as equipes diretamente envolvidas na assistência e vigilância, nos serviços de saúde, com o intuito de interagir com os profissionais, conhecendo a dinâmica real e as dificuldades de cada setor, de modo a direcionar melhor este projeto, além de estabelecer as prioridades, selecionar as estratégias para cada contexto, e, implementar as ações programadas.

Na terceira imersão (julho/2017), optou-se por acompanhar as equipes que encontravam-se completas e receptiva à proposta deste projeto (Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde). Alcançou-se dois encontros com esta equipe nos quais foram realizadas reuniões com as equipes de saúde, coordenadora, colaboradores e acadêmicos extensionistas para a exposição do problema e da estratégia de enfrentamento do mesmo e firmou-se os grupos de busca ativa para avaliação de contatos de casos de hanseníase e avaliação de incapacidades para os casos em tratamento.

Resultados e Discussão

O município de Aldeias Altas - MA conta com uma população de 23.952 habitantes, 09 equipes de saúde da família e 03 Unidades Básicas de Saúde (zona urbana). Desde janeiro de 2017 conta com a Enf. Rosângela Almeida como Secretária Adjunto de Saúde que tem apoiado a execução desse projeto de extensão universitária (Figura 1).



Figura 1: Equipe Mais Extensão da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA e gestores da Secretaria de Saúde do Município de Aldeias Altas.

Na segunda imersão foram realizados encontros com as equipes de saúde da família do Centro de Saúde, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) onde se alcançou com êxito 15 ACS e pode-se identificar a importância dos mesmos para a vigilância em saúde na comunidade (Figura 2).

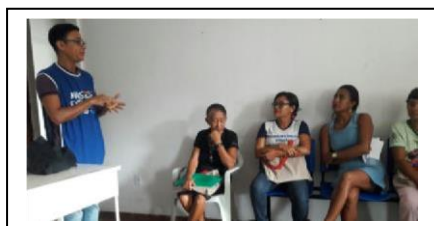


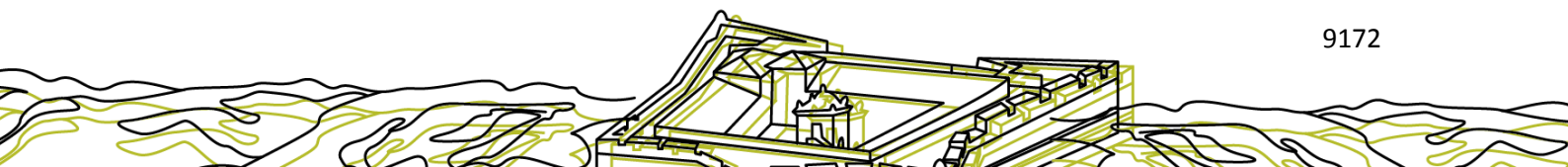
Figura 2: Reunião com Agentes Comunitários de Saúde

Foram visitados 44 pacientes onde foi feita a avaliação dermatoneurológica com avaliação de incapacidades e avaliados 105 contatos domiciliares e identificação de um contato suspeito. Destes, 67,5% (27) eram do sexo masculino; pardos; variando a idade de 11 a 86 anos, sendo 7 eram menores de 18 anos; baixa escolaridade; apresentando uma média de 3 contatos para cada caso; predominou a classificação multibacilar (80%) de casos em tratamento para hanseníase e todos residiam na zona urbana.

A alta prevalência de casos de hanseníase em indivíduos do sexo masculino em relação ao sexo feminino, corrobora com dados nacionais e internacionais sobre o tema (WHO, 2008; VERONESI; FOCCÁCIA, 2002). Pode-se assumir como características do gênero masculino, o maior contato inter-humano em locais de trabalho, menor preocupação com aspectos relacionados ao seu corpo e sua saúde, assim como a complexidade de acesso aos serviços de públicos de saúde. Esses motivos, dentre outros, levam os homens a um quadro de maior risco de adoecimento (ALMEIDA et. AL. 2012). A relação da classe operacional da hanseníase com o sexo dos pacientes, resultou na maior parte dos homens apresentando a forma multibacilar, aspectos também descritos em outros trabalhos sobre o tema (LONGO; CUNHA, 2006, MELÃO, 2011).

No tocante a variável cor, a maior frequência de indivíduos foi de cor parda.
Em

virtude deste achado é possível constatar que isso é apenas a reprodução do processo histórico de colonização, miscigenação, movimentos migratórios, dinâmica de ocupação territorial e organização espacial, aspectos já apontados em outros estudos (BRASIL,



2012; LIMA et al, 2010). Essa predominância da cor parda pode está diretamente relacionada com a miscigenação que existe no Brasil, onde reúne povos de diferentes origens, dentre eles, índios, africanos, europeus.

Em relação ao baixo nível de escolaridade observado neste estudo, encontraram-se

resultados semelhantes nos estudos de Lobato, Neves e Xavier (2016), ao investigar as ações de vigilância de contatos de hanseníase no município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, no período de 2004 a 2008, onde observaram que mesmo com a predominância do ensino fundamental completo entre os contatos, ainda, ser considerada baixa escolaridade (75,17%) como somatória dos que possuem o ensino fundamental incompleto e os analfabetos.

Tanto a classificação das formas clínicas da hanseníase quanto o grau de aproximação do contato com o caso índice são fatores que contribuem para aumentar o risco de adoecer. Geralmente, os pacientes desconhecem qualquer exposição prévia ao bacilo e a maioria dos casos não relata ter estado em contato com outros pacientes doentes. No entanto, estudos mostram que o fato de pessoas morarem no mesmo domicílio que os pacientes acometidos por hanseníase aumenta o risco de contatos desenvolver a doença (VAN BEERS, HATTA, KLASTSER, 1999; MOET et al., 2004).

O alto índice de casos multibacilares em relação aos paucibacilares é uma característica peculiar de áreas em eliminação, em que os casos pertencentes a áreas de acesso restrito aos serviços de saúde ou aqueles que possuem predisposição genética a formas clínicas multibacilares estejam adoecendo (BRASIL, 2015).

Resultados semelhantes quanto a predominância da classificação operacional

multibacilar foram encontrados no estudo de Crespo, Gonçalves e Padovani (2014), quando compararam perfis de hansenianos de ambas as formas atendidos em Unidade Hospitalar de Campinas-SP, durante o período de 2007 a 2011, onde detectaram uma frequência de 43 casos de hanseníase multibacilar entre um universo de 57 participantes.

No entanto, resultados como estes são preocupantes, pois além de revelar um diagnóstico tardio da doença, evidencia também que formas transmissíveis estão circulando entre a população, o que pode resultar em um maior número de indivíduos infectados, e que corre um sério risco de adoecer futuramente.

Ao analisar o perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase no período de 2008 à 2014 no município de São Luís de Montes Belos-GO, Zanardo e colaboradores (2016) obtiveram resultados semelhantes ao deste estudo quanto ao número de lesões, 74% (n=39) dos pacientes apresentaram mais que 5 lesões e apenas 26% (n=39) possuíam 1 a 2 lesões.

De acordo com Pinto e colaboradores (2011) a presença de múltiplas lesões está associada a estágios avançados da doença, tendo em vista que o período de incubação da hanseníase é muito prologado, o que consequentemente pode resultar em um diagnóstico tardio.

Ao longo do desenvolvimento viu-se uma grande interação entre os profissionais de saúde e acadêmicos, principalmente entre os ACS. Essa interação e compartilhamento de saberes contribuiu para uma melhor assistência e ações que visam a prevenção da hanseníase entre a população. Por meio das visitas domiciliares foi feita educação em saúde para os casos de hanseníase que apresentavam incapacidades, além de orientá-los sobre a importância de práticas de atividades físicas para o fortalecimento e diminuição de dores nos membros afetados.

Conclusão

O projeto ofereceu aos alunos extensionistas por meio da vivência da realidade de trabalho da rede pública da saúde e da diversidade dos cenários uma visão holística da situação de saúde do público trabalhado. Diante das atividades feitas houve uma melhoria da competência na atuação profissional através do reconhecimento das necessidades de saúde da população por meio das ações de vigilância desenvolvidas pelos acadêmicos.

Identificou-se que o município de Aldeias Altas (Maranhão) mantém a prevalência da classificação multibacilar, sendo (80%) de casos da hanseníase (reconhecidamente a forma que mantém a cadeia de transmissão ativa), apontando para diagnóstico tardio. Mantém a necessidade de intensificar ações que incentivem a busca ativa e avaliação dos contatos (parâmetro de avaliação da qualidade do programa de hanseníase).

Por meio desse projeto os extensionistas poderão se inserir na comunidade e ver a realidade dela como um todo, por meio dessa vivência os mesmos conseguiram ver de

perto os motivos que levam a hanseníase ser uma doença negligenciada, tão comum no meio que vivemos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - n.21. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Distribuição da Hanseníase no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2012. [Citado 2012 abr. 24]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Exercício de Monitoramento da Eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BOBOSHA, K, *et al.* Field-Evaluation of a New Lateral Flow Assay for Detection of Cellular and Humoral Immunity against Mycobacterium leprae. **PLoS Negl Trop Dis** v.8, n.5: e2845. doi:10.1371/journal.pntd.0002845, 2014.

CID, R. D. S.; LIMA, G. G.; SOUZA, A. R.; MOURA, A. D. A. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Rev Rene**. Fortaleza; v. 13, n.5, p.1004-14, 2012.

CRESPO, M. J. I.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes?. **Medicina** (Ribeirão Preto), v.47, n.1, p.43-50, 2014.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med**; v.8, n.4, p.323-7, 2010.

LOBATO, D. C.; NEVES, D. C. O.; XAVIER, M. B.. Evaluation of surveillance actions of household contacts of patients with leprosy in the City of Igarapé-Açu, Pará State, Brazil. **Rev Pan-Amaz Saude** [online]. vol.7, n.1, pp.45-53, 2016,

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.817-29, 2014.

LONGO, J. D. M., CUNHA, R.V. Perfil clínico- epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. **Hansenol Int**; v.31, p.9-14, 2006.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no extremo sul de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Rio de Janeiro, v.44, n.1, p.79-84, 2011.

MISCH, E. A.; BERRINGTON, W. R.; JUNIOR, J. C. V.; HAWN, T. R. Leprosy and the human genome. **Microbiol Mol Biol Rev**. Washington; v.74, n.4, p.589-620, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3008172/>>. Acesso em: 14 de Jan de 2016.

MOET, F. J. et al. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. **Leprosy Review**, 75: 310-326, 2004.

PINHEIRO, R.O.; SALLES, J. S.; SARNO, E. N.; SAMPAIO, E. P. Mycobacterium leprae – host - cell interactions and genetic determinants in leprosy: an overview. *Future Microbiol*.



London; v.6, n.2, p.217-30, 2011. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123826/>>. Acesso em: 14 de Jan de 2016.

PINTO, R. A. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico Dos Pacientes Notificados Com Hanseníase Em Um Hospital Especializado Em Salvador, Bahia. **Rev B.S.Publica Miolo**. v.34, n.4, p.906, 2011.

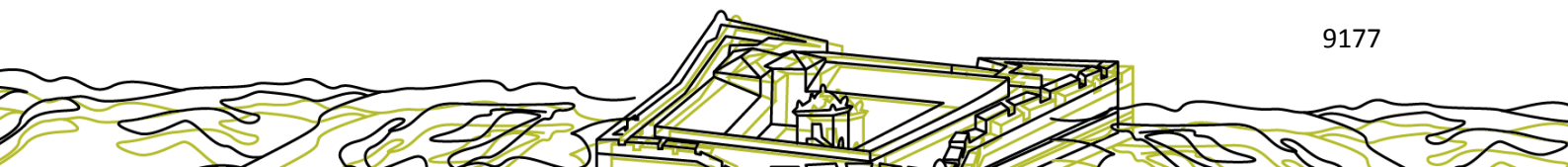
VAN BEERS, S. M.; HATTA, M.; KLATSER, P. R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacteriology Diseases**, 67: 119-128, 1999.

VERONESI R, FOCACCIA R. Tratado de infectologia. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2002.

WHO / World Health Organization; 1998. In: <http://www.who.int>.

WHO. Leprosy, global situation. Wkly Epid Rec; v.33, e:293300. 2008

ZANARDO, T. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase na atenção básica de saúde de São Luis de Montes Belos, no período de 2008 A 2014. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v.9, n.2, p.77-141, 2016.





PROJETO AMAR: ACOLHIMENTO, MEDITAÇÃO, AUTOCUIDADO E RELAXAMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Área Temática: Saúde.

Gláucia Maria Cavalcante Maia¹; Francisca Manuele Oliveira Silva²; Wanderson Souza Marques³; Lucas Silva de Sousa⁴; Carolina Maria de Lima Carvalho⁵.

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Resumo

A meditação é descrita como treinamento da atenção plena à consciência, tem sido associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional e considerada uma fonte de redução da ansiedade e do estresse. Pesquisas sugerem a influência da prática da meditação de maneira positiva na vida dos praticantes. Além da meditação, a Terapia Comunitária (TC) emerge no contexto da promoção da saúde. Estudos evidenciam sua importância como prática de apoio ao estudante universitário na valorização de sua vida e suas potencialidades. O objetivo do presente estudo é discutir ações de extensão desenvolvidas que proporcionam aos estudantes e servidores universitários a experiência da prática da meditação, bem como da TC, em diálogo com outras práticas integrativas e complementares da saúde, a fim de colaborar para uma melhor qualidade de vida. O projeto se configura no planejamento e realização de encontros regulares envolvendo a comunidade acadêmica da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) na prática semanal da meditação e mensal da TC. Os encontros semanais com um público médio de 20 a 25 pessoas, no horário de treze horas às treze horas e cinquenta minutos, em unidade acadêmica da referida IES. Evidencia-se que os encontros são de grande importância na promoção do autoconhecimento dos participantes e de sua saúde integral, colaborando com sua

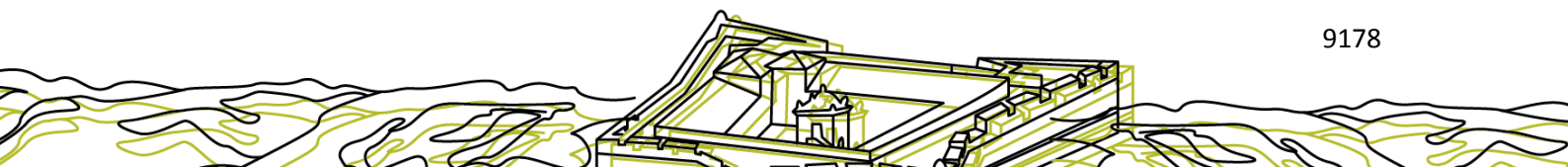
¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

³ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

⁴ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

⁵ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).



motivação para o estudo/trabalho e consequentes melhorias na qualidade e eficiência dos serviços prestados à sociedade.

Palavras-chave: enfermagem; meditação; terapia comunitária; práticas complementares.

Introdução

Os estudantes universitários, quando recém-admitidos nas universidades, para desempenhar as atividades acadêmicas, são expostos a altas demandas e a horários irregulares de aulas que, conseqüentemente, alteram seu padrão do ciclo sono vigília (CARVALHO, 2013).

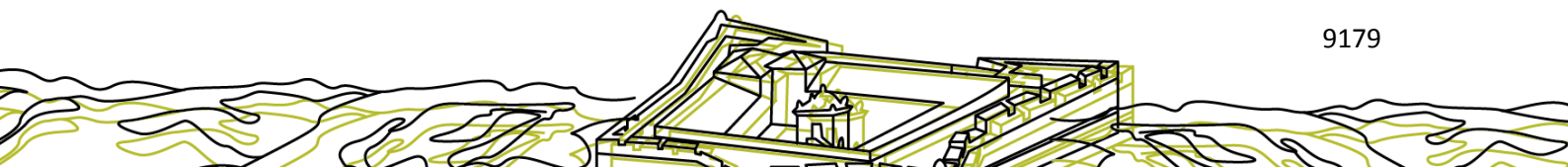
Estudos apontam que a fase universitária pode ser marcada por algumas dificuldades, dentre elas acadêmicas, interpessoais e pessoais (MENEZES, 2012). Tais mudanças no estilo e na qualidade de vida dos estudantes tendem a intensificar a ansiedade, o estresse e o cansaço mental, que podem culminar em adoecimento físico e mental, como a depressão e a hipertensão arterial.

A meditação é descrita como um treinamento da atenção plena à consciência e tem sido associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional. É uma prática antiga, que ganhou força na década de 60, seus benefícios vêm sendo amplamente estudados em diversos contextos, tornando-se evidentes no campo da saúde mental e física (SHAPIRO, SCHWARTZ, & SANTERRE, 2005; MENEZES E DELL'AGLIO 2009).

Segundo a portaria nº 849, de 27/03/2017, do Ministério da Saúde, “a meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo” (Brasil, 2017, p.4), além de trazer benefícios para o sistema cognitivo, e, auxiliar na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde (Brasil, 2017).

Durante a realização da prática de meditação ocorre o aumento da concentração, o controle da respiração e o relaxamento do corpo. A meditação estimula o bem-estar e é considerada uma fonte de redução da ansiedade, do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos (Brasil, 2017). Ocorre ainda, o aumento do fluxo sanguíneo e da atividade cerebral nos lobos frontal e occipital. (BERNARDI GALLI, 2012).

A inclusão da meditação na formação de alunos pode ser benéfica para a formação acadêmica e pessoal do estudante. Além disso, as pesquisas relatam uma adesão, com



baixa taxa de perdas, e que os alunos, pais, professores e instituições se interessam e apoiam este tipo de atividade (MENEZES, 2012).

Dessa forma, é necessário que as instituições universitárias desenvolvam ações e projetos que visem à promoção e a melhoria da saúde física e mental dos estudantes, visto que se encontram inseridos em um ambiente de constante estresse.

Além da meditação, outras práticas não convencionais vêm emergindo no contexto da promoção da saúde como ferramentas eficazes. Vale enfatizar a metodologia proposta pelo psiquiatra e antropólogo cearense Dr. Adalberto Barreto, docente do curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, a Terapia Comunitária (TC).

Primeiramente desenvolvida em 1987, na comunidade do Pirambu, em Fortaleza, Ceará, a TC visa atender as necessidades de saúde da comunidade, uma vez que considera o adoecimento físico e mental decorrentes (BARRETO, 2005). Assim, a TC surge como uma tecnologia de cuidado, que traz consigo um retorno satisfatório aos que dela se beneficiam, a tornando mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde no cuidado a indivíduo e comunidade (FERREIRA; DIAS, 2006).

A partir da fala e da interação grupal, a TC se apresenta eficaz no alívio da ansiedade, do estresse, bem como dos conflitos comuns aos estudantes e trabalhadores no ambiente universitário para a promoção da saúde mental destes segmentos. Estudos tem demonstrado a efetividade das rodas de TC na promoção da saúde e na constituição de redes solidárias entre os estudantes (e servidores), além de evidenciarem sua importância como uma prática de apoio ao estudante universitário na valorização de sua vida e suas potencialidades (BUZELI, COSTA & RIBEIRO, 2012).

A TC é um espaço para partilha de saberes e sofrimentos que possam a vir acometer o indivíduo, ocorre de maneira circular e horizontal. Se constitui por ser um espaço de escuta, reflexão e troca de experiências, criando por meio desta estratégia uma teia de relação social entre os participantes, que estão à procura de soluções para os conflitos pessoais e familiares (LOPES; NÉRI; PARK, 2005).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é discutir ações de extensão desenvolvidas que proporcionam aos universitários e demais membros da universidade a

experiência da prática da meditação e, junto a isso, a inclusão de sessões de terapia comunitária e em diálogo com outras práticas integrativas e complementares da saúde, a fim de colaborar para uma melhor qualidade de vida.

Metodologia

O projeto se configura no planejamento e realização de encontros regulares envolvendo a comunidade acadêmica da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), com a finalidade de praticar a meditação, de forma grupal, mediada por colaboradores, alternando-se mensalmente com reuniões da Terapia Comunitária (TC), conforme metodologia criada pelo psiquiatra e antropólogo cearense Adalberto Barreto.

Os encontros ocorrem semanalmente, às terças-feiras, no horário de treze horas às treze horas e cinquenta minutos. O local de realização é uma sala de aula localizada na unidade acadêmica dos Palmares, no município de Acarape, Ceará. Os encontros se desenvolvem com um público médio de 20 a 25 pessoas, dentre discentes, de todos os cursos ofertados, e servidores, técnico-administrativos e docentes, da instituição de ensino superior (IES).

Nos primeiros encontros houve a apresentação do projeto aos participantes. Em seguida foi explanado o conceito de meditação, comentou-se o histórico e fatos científicos acerca das práticas meditativas. Então, instruiu-se aos participantes as técnicas de meditação. De forma semelhante, nos primeiros encontros da Terapia Comunitária (TC) foi apresentada a metodologia em seu conceito, histórico e técnica, antes do início da sessão terapêutica.

Cada encontro é dividido em três etapas: Acolhimento, Meditação e Partilha. No acolhimento são usadas técnicas de alongamento e respiração, além de contos, vídeos e áudios. A meditação gradativamente tem a duração estendida, de maneira que se iniciou com uma meditação de cinco minutos, e, ao longo dos encontros, ampliou-se o tempo a 10, 30, 40 minutos. Algumas práticas são guiadas por áudio contendo o método de meditação adotado pelo Padre Domingos Cunha, do Instituto Eneagrama Shalom, Fortaleza, Ceará. Outras modalidades de meditação são introduzidas em alguns encontros, a citar: meditação da consciência plena, dos chakras, dinâmica, transcendental, dentre outras. A partilha é o momento de troca e integração, em que as pessoas podem expor suas impressões sobre o encontro, sobre a meditação ou sobre si.

Em alguns encontros tem sido possível aliar à meditação outras práticas integrativas e complementares, como: água solarizada, do-in, fitoterapia, yoga, aromaterapia, cromoterapia, reiki, massoterapia, arteterapia e dança circular.

As sessões mensais de TC são dirigidas por uma terapeuta, que é uma enfermeira mestranda da IES e um co-terapeuta, graduando colaborador do grupo. Cada sessão se organiza em seis etapas: Acolhimento; Escolha do Tema; Contextualização; Problematização; Rituais de agregação e conotação positiva; Avaliação. (Barreto, 2008)

O acolhimento, dirigido pelo co-terapeuta, trata-se da recepção e acomodação dos participantes, iniciada com uma música interativa para “quebrar o gelo”, em seguida, falas de boas-vindas e celebração pelos aniversariantes e pelas conquistas recentes, e segue com algumas informações importantes ao sucesso da terapia.

A escolha do tema inicia com um estímulo à fala dos participantes e a partilha de suas preocupações cotidianas, evitando expor segredos. Depois que todos os que se sintam à vontade se expressam, o grupo vota no tema a ser escolhido para a discussão do dia.

A contextualização é o aprofundamento do tema, onde quem sugeriu cede mais informações para que o grupo possa compreender melhor o problema dentro do contexto.

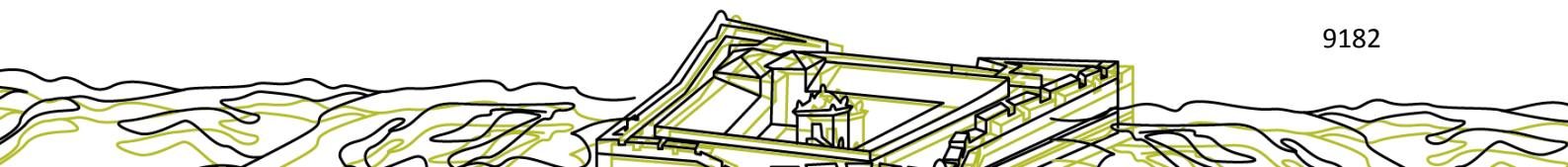
Na etapa da problematização, a pessoa que expôs o problema silencia e os demais refletem e se expressam sobre o problema com base em um mote lançado pelo terapeuta, enquanto alguém da equipe anota as falas que julga importantes para o fechamento da problematização.

O encerramento se caracteriza pela conotação positiva e pelos rituais de agregação, relacionados ao caso trabalhado. Todos em pé, formam um círculo (teia), apoiados de ombro a ombro e se balançando suavemente para um lado e para o outro, canta-se uma música, e o terapeuta sempre atento para valorizar a pessoa, o que foi de positivo que emergiu na terapia do dia, o sentimento de pertencimento a uma comunidade, o benefício de estar junto, de compartilhar.

Resultados e Discussão

Evidencia-se que os participantes do grupo têm buscado optar por hábitos saudáveis a partir das vivências, culminando com o impacto positivo na saúde dos sujeitos. A partir dos relatos, percebe-se que os resultados alcançados na promoção da saúde incluem melhora no rendimento acadêmico e na qualidade de vida.

A partir de atitudes e práticas voltadas para melhorias na qualidade de vida durante as vivências em grupo, os participantes demonstram mudanças positivas na saúde,



resultadas das práticas integrativas e complementares e do autoconhecimento, os participantes têm se afirmado como autores da própria trajetória.

Após um ano de experiência do projeto, com a realização da meditação, da terapia comunitária, em diálogo com outras práticas integrativas e complementares, os resultados incidem na promoção do bem-estar físico e mental dos participantes. Houve, inclusive relatos de melhora da qualidade do sono.

A despeito da interrupção das atividades durante os períodos de recesso estudantil, o grupo obteve um aumento no número de participantes, evidenciando uma demanda crescente no ambiente universitário. Os servidores e professores ainda apresentam baixa adesão, acreditase ser relacionada à excessiva carga horária das atividades laborais.

Os iniciantes referem incômodos maiores e mais frequentes com relação à manutenção da postura e da concentração. Contudo, após alguns meses os participantes assíduos do grupo demonstraram ter adquirido conhecimentos e técnicas adequadas à prática meditativa independente de crenças religiosas, eficazes no alívio de tensão e ansiedade, inclusive buscam pesquisar sobre a temática contribuindo para a multiplicação de saberes e técnicas.

A TC obteve boa aceitação e atualmente mantém adesão semelhante à meditação. Algumas pessoas se apresentam dificuldades em expressar-se sobre seus problemas e dificuldades com estranhos. A cada sessão de TC, os vínculos são fortalecidos e a consciência do ambiente universitário como espaço comunitário, em que os desafios enfrentados pelos acadêmicos são compartilhados permite, então, uma troca de experiências/soluções entre os participantes.

Em uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva realizada na Universidade Federal de Campina Grande, em 2015, em um campus na região rural, com realidade semelhante, os temas predominantes foram os relacionados à família, a saudade de casa e de amigos, problemas de saúde, problemas de relacionamento, a ansiedade e a angústia relacionada com a carreira profissional e sobrecarga de atividades acadêmicas, como observado com os estudantes da UNILAB.

O bem-estar proporcionado pela participação em atividades grupais contribui para que o sujeito vivencie a troca de experiências e propicia melhor relacionamento do sujeito consigo mesmo, com o meio ambiente e em sociedade.

Ainda se destaca o fato de que a ampliação do bem-estar de acadêmicos e servidores influencia beneficentemente a qualidade dos serviços prestados pelos futuros e atuais profissionais praticantes frequentes da meditação, terapia comunitária, e demais integrativas e complementares.

Conclusão/Considerações Finais

O Projeto AMAR vem abrir um espaço na universidade para a prática da meditação e a discussão e busca por soluções de problemas comuns no contexto acadêmico, através da TC para a promoção da saúde de estudantes e servidores.

Os participantes tem desenvolvido o hábito da meditação, com a ampliação do estado de consciência, atenção e concentração, melhorando seu rendimento acadêmico/laboral gradativamente.

Considera-se que as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) da saúde, aqui representadas pela meditação e pela Terapia Comunitária e associadas às demais foram introduzidas com sucesso no ambiente universitário.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa Saúde da Família. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BARRETO, A. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.

BUZELI, Cintia Poletto; DA COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Correa; RIBEIRO, Rosa Lúcia Rocha. Promoção da saúde de estudantes universitários: contribuições da terapia comunitária. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 3, n. 1, p. 332-342, 2012.

FERREIRA, F. M. O.; DIAS, M. D. Terapia Comunitária: uma ação básica de saúde mental. João Pessoa: Projeto de Extensão (PROBEX)/UFPB; 2006.

GALLI, K. S. B.; SCARATTI, M.; DIEHL, D. A.; LUNKES, J. T.; Débora ROJAHN, D.; SCHOENINGER, D. Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: Relato de experiência. Santa Catarina. Revista de Enfermagem | FW | v. 8 | n. 8 | p. 245-255 | 2012.

MENEZES, C. B.; FIORENTIN, B.; BIZARRO, B. Meditação na universidade: a motivação de alunos da UFRGS para aprender meditação. São Paulo. Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, vol. 16. n. 2. 2012.

MOURÃO, L. F.; OLIVEIRA, L. B.; MARQUES, A. D. B.; BRANCO, J. G. O. QUIMARÃES, M. S. O.; NERY, I. S. Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. SANARE, Sobral - V.15 n.02, p.129-135, Jun./Dez. – 2016.

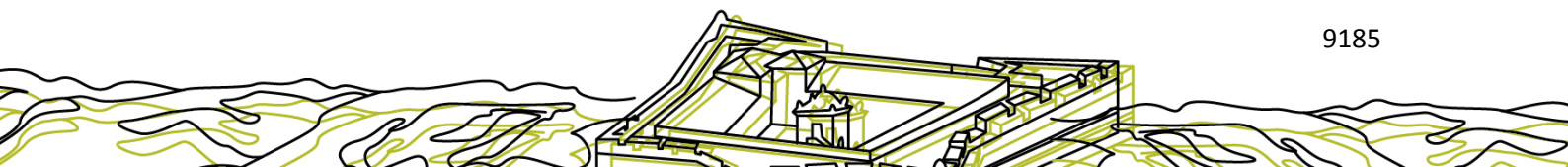
NUNES, P. C.; SARAIVA, A. M.; MOURA, S. G.; SILVA, P. M. C.; CORREIO, M. O. F. F.; CORREIO, S. T. T. B. “Coração de estudante”: a terapia comunitária integrativa no contexto universitário. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-. 2015 jul-sep, 7(3). En: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2015/72919.php>> Consultado em 22 mar. 2018.

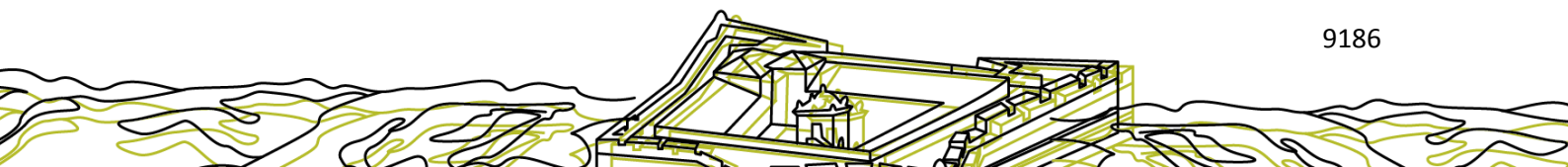
PAPA, M. A. B.; DALLEGRAVE, D.; PEREIRA, A. G. Práticas integrativas e complementares em centros de atenção psicossocial como ampliação do cuidado em saúde. Saúde em Redes. 2 (4): 409-417. 2016.

SHAPIRO, S. L.; SCHWARTZ, G. E.; & SANTERRE, C. Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 632-645). New York: Oxford USA Trade. 2005.



Acolhimento – Grupo AMAR





A CONTRIBUIÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A REDUÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS

Área Temática: Saúde

Ewerton Victor de Barros Batista¹; Jozilma Medeiros Gonzaga²; Vanielson Gonçalo da Silva³; Maria Goretti da Cunha Lisboa²; David Alves Martins⁵

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba - (UEPB)

Resumo

A hipertensão arterial está sendo uma das grandes causas da mortalidade em idosos. Diante disso, um programa de extensão do departamento de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba oferece atividade física sistematizada e tais ações têm se mostrado bastante eficazes no controle da pressão arterial, pois o exercício físico é uma das melhores opções não medicamentosa que ajuda tanto a prevenir quando a redução das taxas pressóricas. Este estudo teve como objetivo analisar a contribuição que um programa de extensão de atividade física pode ajudar na redução da pressão arterial de idosos. A presente pesquisa se caracteriza como de campo e de cunho descritivo, cuja amostra teve como participantes 15 idosos do programa de extensão Universidade Aberta no tempo Livre do Departamento de Educação Física - UEPB, do sexo masculino e feminino escolhidos de modo aleatório que participassem há mais de seis meses do Programa, que já tinham sido diagnosticados hipertensos por médicos e que participam das atividades de Ginástica Geral e da Musculação, oferecido pelo mesmo. Foi assinado pelos participantes um termo de consentimento livre e esclarecido e logo em seguida foi aplicada uma anamnese pelo pesquisador. Em três dias diferentes, referente aos dias do Programa (segunda, quarta e sextas feiras), foram verificadas as pressões arteriais antes e depois do treino. De acordo com os resultados

¹ Universidade Estadual da Paraíba, graduando do último período do curso de licenciatura em Educação Física. ² Universidade Estadual da Paraíba, Professora Dr^a do curso de licenciatura em Educação Física

³ Universidade Estadual da Paraíba, formado em licenciatura em Educação Física.

² Universidade Estadual da Paraíba, Professora Dr^a do curso de licenciatura em Educação Física. ⁵ Universidade Estadual da Paraíba, graduando do curso de licenciatura em Educação Física.

obtidos, os participantes encontraram-se com a hipertensão controlada, sendo necessária nova avaliação médica para possíveis reajustes de medicamentos. Conclui-se, portanto, que vários fatores podem influenciar na hipertensão, entretanto, a prática de atividade física, quando bem orientada pode beneficiar no controle e na redução dos níveis pressóricos.

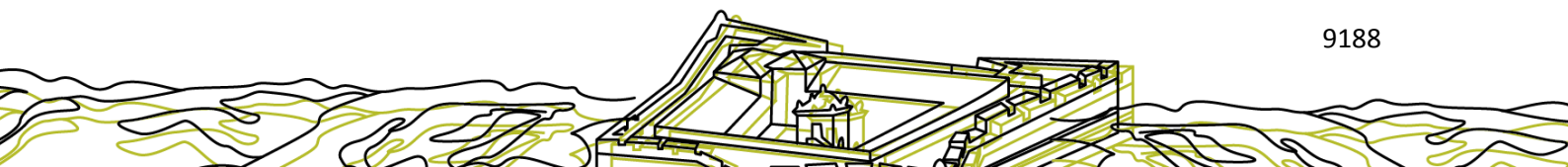
Palavras-chave: Hipertensão; Exercício Físico; Idosos

Introdução

A hipertensão arterial é um expressivo problema de saúde pública principalmente para os idosos, podendo acarretar em acidentes vasculares, levando a morte e está associado a degradação de diversas doenças. A sociedade Brasileira de Hipertensão (2016), fala que hipertensão arterial é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, segundo a mesma instituição no Brasil a Hipertensão Arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular, dados epidemiológicos nacionais e internacionais demonstram que a elevação da pressão arterial (PA) está intimamente relacionada ao processo de envelhecimento, principalmente os valores da pressão sistólica.

Diante dessa premissa existem uma grande preocupação em intervir nessa epidemiologia, sendo um proposta do referido projeto de extensão viva a velhice com plenitude do departamento de educação física da universidade estadual da Paraíba, para comprovar ainda mais a justificativa dessa pesquisa nos fundamentamos nos estudos de Brum et al., (2004) cujo demonstra que o risco de hipertensão aumenta nas sociedades em que a ingestão de sal e de álcool é elevada, acompanhada da ausência de atividade física e conseqüentemente a obesidade. O risco da HÁ também é elevado entre africanos, pessoas com história familiar de hipertensão e idosos. No Brasil, de acordo com o inquérito do Ministério da Saúde,(2009), a prevalência de HA é superior a 50% entre a população idosa, o que torna a HA a doença crônica mais prevalente nesse segmento da população.

Nesse sentido, nota-se que a população idosa no país aumenta, e o índice de pessoas idosas com hipertensão estão tendo um grande acréscimo. O percentual de pessoas com mais de 60 anos aumentou de 8,6% em 2000, para 10,8% em 2010, e a previsão é de que, entre 2035 e 2040, a população idosa poderá alcançar um patamar de 18% superior ao das crianças (ESTORCK; ERBA e CORREA, 2014).



De acordo com Dias (2007) envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem uma forma individual para envelhecer. Sendo assim, o processo de envelhecimento é um conjunto de fatores que vai além do fato de ter mais de 60 anos, deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que está intimamente relacionada com a idade cronológica.

No entanto a atividade física tem sido descrita como um excelente meio de atenuar a degeneração provocada pelo envelhecimento, além de proporcionar um maior bem-estar, pode contribuir tanto para controlar a hipertensão quanto para preveni-la. A prática regular de atividade física também, pode possibilitar ao idoso a melhor capacidade de realização de suas atividades cotidianas, com maior independência (TRIBESS e VIRTUOSO, 2016).

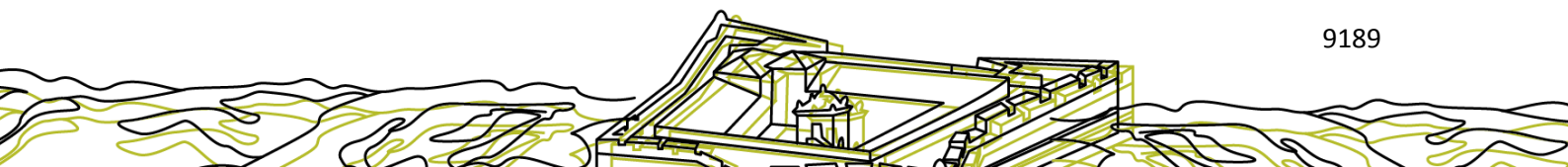
O exercício físico é parte da conduta não farmacológica para tratamento da Hipertensão Arterial (HA), sendo capaz de reduzir os níveis tensionais e os fatores de risco relacionados a hipertensão (PESCATELLO et al., 2004).

Diversos estudos têm mostrado a importância da prática da atividade física para idosos hipertensos. A maioria dos estudos conclui que através dos exercícios físicos possa haver um controle e até mesmo a redução das taxas pressóricas. Porém a opção medicamentosa ainda continua mais prevalente, tanto pela falta de oportunidades dos idosos praticarem exercícios físicos, pois a locomoção e poucos projetos voltado para o idoso quanto pelo fato do comodismo e a motivação da participação em programas de atividades físicas.

No entanto, os Programas de exercícios físicos são de particular importância para idosos hipertensos, pois, além de estarem sujeitos aos efeitos da HA como os declínios da capacidade funcional também estão sujeitos às limitações físicas inerentes ao avanço da idade (VIRTUOSO et al., 2008).

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), o indivíduo hipertenso deve iniciar um programa de exercícios físicos regular, sendo que necessitam passar por um exame físico prévio. O exercício físico além de diminuir a pressão arterial pode reduzir o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral.

Com base nas principais recomendações para a população hipertensa, a frequência mínima semanal de exercício físico é de três sessões semanais, sendo que quanto maior a frequência semanal, maior o benefício para o indivíduo que está realizando (PESCATELLO et al., 2004). Diante disso, o objeto desse estudo foi analisar a influência



da atividade física na pressão arterial de idosos que frequentam o projeto de extensão 3 vezes na semana.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, em que Gil (1999), retrata que o principal objetivo é descrever características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

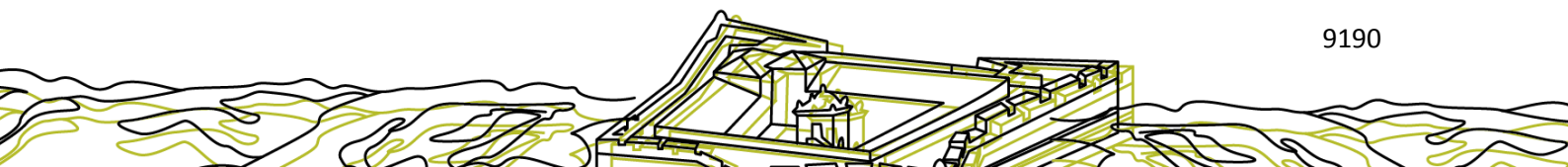
A pesquisa foi realizada com 15 idosos do sexo masculino e feminino, no Programa Universidade Aberta no tempo Livre implantado na Universidade Estadual da Paraíba no Departamento de Educação Física, Campina Grande- PB. Foi realizado de modo aleatório que participam do programa há mais de seis meses, que já tinham sido diagnosticados hipertensos por médicos, ter mais de 60 anos e que a presença fosse regular no programa. As atividades realizadas no programa foram de Ginástica Geral e Musculação.

Primeiramente foi assinado pelos participantes um termo de consentimento livre e esclarecido como preconiza o comitê de ética e aprovado a pesquisa pela mesma, logo depois foi utilizado como técnica de coleta de dados um questionário aplicado pelo pesquisador para se conhecer melhor a população pesquisada e a verificação da pressão arterial por três dias diferentes, referente aos dias do Programa Universidade Aberta ao Tempo Livre (segunda, quarta e sexta feira). Foi utilizado o tensiômetro e estetoscópio para aferição da pressão arterial. A verificação foi aferida antes com os indivíduos sentados com o tempo mínimo de descanso por 5 minutos e depois com os indivíduos sentado logo após os exercícios com ajuda de colaboradores pois o tempo máximo para aferir após os exercícios foi de 2 minutos, foi mantido uma ordem de aferição de acordo com a chegada dos pesquisado do primeiro dia.

As informações que foram obtidas foram tratadas por meio de um programa estatístico SPSS 22.0, sendo realizada estatística descritiva por meio da média.

Resultados e Discussão

As atividades desenvolvidas no projeto são exercícios de força, aeróbicos, coordenação motora, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e cognição. O projeto contribui



de uma forma geral para a qualidade de vida dos praticantes, ajudando na melhoria da saúde quanto nas relações sociais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) Em relação à combinação dos Exercícios Físicos (EF), foi possível constatar que a utilização de um programa de treinamento físico baseado em EF aeróbios associados a EF de resistência (circuito com pesos) resultou em reduções significativas na Pressão Arterial Média e Frequência Cardíaca de repouso, sendo superior à realização das modalidades de exercício de forma isolada, corroborando as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Quando se pratica uma atividade física os níveis pressóricos baixam depois de alguns minutos, visto que através dos exercícios, ocorre a liberação de um gás chamado óxido nítrico (NO), que quando liberado passa pelo os vasos sanguíneos causando a dilatação das artérias e ocasionando o aumento do fluxo sanguíneo e diminuindo a pressão interna existente dentro dos vasos, esse efeito é denominado de hipotensão.

Segundo Brum et al.,(2004) o efeito hipotensor encontrado pode ser justificado pela redução do DC decorrente da diminuição da FC associada à melhora da resposta vasodilatadora. Para esses autores, os efeitos são ocasionados por uma maior disponibilidade de óxido nítrico, associados a uma diminuição da atividade nervosa simpática

Outro benefício dos exercícios é por causa da aterosclerose, que nada mais é que um acúmulo de gordura, que dificulta a passagem do sangue e aumenta a pressão dentro dos vasos, de modo que, os exercícios junto com uma alimentação balanceada irão auxiliar na redução dessa gordura e conseqüentemente diminui a pressão dentro dos vasos sanguíneos.

No Quadro 1 está apresentado as variáveis do questionário referentes às influências da hipertensão arterial.

Quadro 1 - Variáveis das anamneses³

Variável	Praticantes de Atividade Física
Idade	71,8 anos
Renda Familiar	66,67% recebe \geq de 1,5 salario

³ Produção do próprio pesquisador.

Escolaridade	60% estudou até o fundamental I
Uso de medicamentos	93,33% usa
Diagnóstico de hipertensão	100% acima de 10 anos

Neste estudo pode-se observar que a média de idade é de aproximadamente 72 anos, de forma que, quanto mais idade, mas a possibilidades de ser hipertenso pelo fato que o vaso enrijece e dificulta a passagem do sangue aumentando a pressão sanguínea.

Um estudo realizado no Ceará com 85 pacientes, (69,4%) que tem hipertensão arterial, dos quais 59 dos pacientes têm acima de 60 anos aonde o percentual chega em 91,5%, o que corrobora com a ideia de que a hipertensão arterial é mais comum em pessoas idosas (S.B.H 2016).

A prevalência de HAS até os 40 anos é de aproximadamente 10% (20% para a raça negra), até os 50 anos chega a 20% (40% para a raça negra), após 60 anos ultrapassa os 40%, e atinge 60% após 70 anos (MANO, 2007).

Para Shephard (2003), a categorização funcional do idoso não depende apenas da idade, mas também de sexo, estilo de vida, saúde, fatores socioeconômicos e influências constitucionais, estando provado, assim, que não há homogeneidade na população idosa. As alterações que vão ocorrendo durante o processo de envelhecimento, embora variem de indivíduo para indivíduo são bastante frequentes entre os idosos.

Quando a hipertensão não é detectada e tratada ela pode acarretar aumento do coração, podendo levar à insuficiência cardíaca; produzir a formação de aneurismas nos vasos cerebrais, podendo causar um acidente vascular cerebral; ocasionar estreitamento dos vasos sanguíneos dos rins, podendo levar à insuficiência renal; causar um "endurecimento" das artérias do organismo, especialmente no coração, cérebro e rins, podendo levar ao ataque cardíaco, ao acidente vascular cerebral ou à insuficiência renal (NIEMAN, 1999).

Quanto à renda familiar, 66,67% dos pesquisados, recebem no máximo 1,5 salários mínimos, sendo 100% aqueles que recebem no máximo dois. Pode-se afirmar que este dado pode caracterizar assim uma população de baixa renda.

Esta renda limitada pode dificultar a aquisição de hábitos adequados à sua nova condição de vida, como a compra de alimentos apropriados, os quais de forma geral são mais caros que os comumente adotados em sua dieta; além de alguns medicamentos, que por vezes não são adquiridos na rede pública de saúde. Nesses casos, o tratamento

é ameaçado pela dificuldade de adotar hábitos e condutas que possam contribuir para o controle da pressão arterial, além de desestimular a continuidade do mesmo.

É notável que quanto maior a escolaridade do indivíduo mais precauções sobre a doença ele irá ter, de modo que os conhecimentos possam lhe favorecer a tomar precauções para evitar e controlar a hipertensão. Pode-se observar que 60% dos pesquisados tem o ensino fundamental I, isso é considerado um nível de escolaridade baixa.

No que diz respeito à escolaridade, percebe-se que 82,3% da amostra pesquisada têm uma baixa escolaridade, refletindo um grande número de pessoas com, no máximo, o 1º grau incompleto. Considerando um Intervalo de Confiança de 95%, o percentual de clientes analfabetos pode chegar a 36,5%, e os que têm somente o 1º grau incompleto podem atingir até 48,8% da população. Isso pode se configurar como um fator que contribui para dificultar o entendimento por parte destes, acerca das orientações recebidas, sobretudo das medidas de tratamento correto (S.B.H. 2016).

Além dos exercícios realizados durante os três dias na semana, são oferecidos aos idosos praticantes do programa, palestras educacionais mensais sobre o que se pode fazer fora a prática de atividades física para manter a pressão arterial, onde eles irão ter o conhecimento tanto sobre a hipertensão arterial, como outras doenças, nutrição, entre outras possibilidades de palestras que pode fazer total diferença no cotidiano deles.

Gonçalves, Silva e Navarro (2011), comprovaram em um estudo realizado com idosos entre 60-80 anos que caminhadas de 30 minutos a 50 a 75% da frequência cardíaca de reserva, foi suficiente para desencadear uma hipotensão durante a recuperação. A PAS apresentou redução abaixo do valor basal após dez minutos e diminuiu cerca de 20 mmHg os valores da PA até 30 min, cerca de 85% dos sujeitos hipertensos, obtiveram essa queda pressórica.

Uma das grandes preocupações que foram observadas refere-se ao grande consumo de medicamentos farmacológicos, visto que todos os pesquisados receberam o diagnóstico de hipertensão há mais de 10 anos atrás, de forma que, 93,33% dos praticantes usam medicamentos que foi recomendado a tomar anos atrás, sem ter acompanhamento médico de forma regular.

A dose de medicação, muitas vezes necessita ser adaptada, aumentada ou reduzida de acordo como o momento da vida do paciente, como no caso de um paciente idoso que usa um diurético com frequência, necessitando da redução da dose no verão, quando as perdas insensíveis estão muito aumentadas ou ainda em outros casos é preciso associar

um ou mais medicamentos para se conseguir o efeito satisfatório (DIAS e FERNANDO, 1999).

O Quadro 2 mostra os resultados das médias sobre a aferição da Pressão Arterial nos 3 dias consecutivos, segunda, quarta e sexta-feira.

Quadro 2- Média da Aferição da pressão arterial nos 3 dias ⁴

Variável	Pré PAS	Pré PAD	Pós PAS	Pós PAD
1º Dia	13,27	7,80	14,53	8,40
2º Dia	12,80	7,33	14,07	8,13
3º Dia	12,67	7,40	14,33	7,87

De acordo com as médias das pressões arteriais, foram considerados que os idosos mantiveram uma pressão controlada, durante os três dias de verificação. Assim sugerindo que a prática de atividade física pode beneficiar na manutenção das taxas pressóricas.

Com os achados neste estudo, foi solicitado que os participantes retornassem ao médico para um novo diagnóstico e assim, verificar a possibilidade da redução e ajuste de medicamentos.

Segundo Fagard e Tipton(1994), pode-se observar mudanças nas pressões após alguns meses da prática de atividade física, onde é necessário para ter obtenção de respostas na redução da PA, somente após um prazo de três semanas a três meses pode-se observar uma redução na PA como resultado de treinamento físico. Na maior parte dos casos, os efeitos dos treinamentos dar-se-iam após 10 semanas e, após 9 meses de treinamento, o exercício não seria capaz de induzir reduções adicionais na pressão.

Já no estudo de Fisher et al., (2001) no qual se demonstrou que uma única sessão de exercícios resistidos foi capaz de provocar leve resposta hipotensiva sistólica durante o período de recuperação.

Fagard, (2001) demonstrou, através de metanálise, que atividades físicas de caráter aeróbio com intensidade leve a moderada (40-70%) consumo máximo de oxigênio ou

⁴ Produção do próprio pesquisador.

60-80% da frequência cardíaca máxima, realizada no mínimo três vezes por semana, teriam potencial de influenciar positivamente o perfil tensional de hipertensos.

Wallace (2003) relata que a prescrição de exercício físico para reduzir a PA mais recomendada são os exercícios aeróbios, realizados de 3 a 5 sessões por semana, com duração de 20 a 60 minutos e com frequência de 40 a 70% da FC máxima.

Simão et al., (2007), verificaram que um programa de treinamento com exercícios aeróbios, de força e flexibilidade com hipertensos que não fazem uso de medicamentos, mostrou-se eficaz para a redução da PA em repouso. A PA foi verificada 48 horas após a sessão, e os sujeitos exibiram reduções significativa na PA, após 4 meses de treinamento.

É importante ressaltar que, além da pratica regular de exercícios precisamos manter uma dieta equilibrada, para a pressão arterial se manter controlada.

Através dessa pesquisa pode-se observa a importância da atividade física, de modo que, os idosos pesquisados possam ter uma nova avaliação médica, pois dependendo do estágio de cada indivíduo, possa haver uma redução medicamentosa.

O exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas em consequência de alterações autonômicas que influenciam o sistema cardiovascular apresentando efeito benéfico sobre a pressão arterial e desempenhando importante papel como elemento não medicamentoso para seu controle ou como coadjuvante ao tratamento farmacológico (Monteiro e Filho, 2004).

Os Exercícios provocam alterações no nosso corpo ajudando no processo de dilatação no nosso corpo; de modo que essas adaptações fisiológicas levam o aumento do VO₂ máx. e conseqüentemente a diminuição da PA e chegar a um controle da pressão, além de trazer vários benefícios à saúde e o bem estar. Estudos têm demonstrado que a prática de exercícios do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da PA (LOPES et al., 2003).

Dentre os benefícios proporcionados pelo exercício físico, as pessoas fisicamente treinadas apresentam o coração maior e mais forte, ocorrendo aumento de suprimento de sangue e oxigênio e as artérias coronarianas podem expandir-se melhor, sendo mais largas e menos rígidas na velhice (NIEMAN, 1999).

Considerações Finais

Neste estudo, observou-se que todos os pesquisados receberam o diagnóstico de hipertensão a mais de 10 anos. Assim se faz necessária uma nova avaliação, pois de

acordo com os resultados obtidos, os participantes da pesquisa encontram-se com a hipertensão controlada. Portanto, esta nova avaliação médica servirá para possíveis reajustes na dose medicamentosa administrada ou até mesmo a suspensão de medicamentos.

No presente estudo a influência da atividade física ajudou no controle dos níveis pressóricos, visto que através dos exercícios de força e principalmente os aeróbicos, ocorre a liberação de um gás chamado óxido nítrico (NO), que quando liberado passa pelo os vasos sanguíneos causando a dilatação das artérias e ocasionando no aumento do fluxo sanguíneo e diminuindo a pressão interna existente dentro dos vasos, esse efeito é denominado de hipotensão.

Outro benefício identificado pela prática de atividade física é no combate contra aterosclerose, que é acúmulo de placas de gordura dentro dos vasos sanguíneos, através de exercícios e uma alimentação controlada existe uma redução dessas placas liberando espaço nas artérias e aumentando o fluxo sanguíneo, logo diminuindo a pressão arterial.

Vários fatores podem influenciar no controle da hipertensão arterial, como pode se observar no estudo, o grau de escolaridade dos pesquisados é baixo, de modo que, isso pode refletir diretamente aos cuidados com a prevenção da pressão arterial. A renda também pode influenciar no controle medicamentoso da hipertensão, até mesmo impossibilitando os indivíduos a se locomoverem de sua casa, na aquisição de hábitos adequados à sua nova condição de vida, como a compra de alimentos apropriados, os quais de forma geral são mais caros que os comumente adotados em sua dieta; além de alguns medicamentos, que por vezes não são adquiridos na rede pública de saúde.

Sugerimos que os profissionais de Educação Física procurem mais estudos relacionados a pressão alta e atividade física, pois o índice de pessoas hipertensas que estão buscando por tratamentos não farmacológicos estão aumentando, visto que essas pessoas possam encontrar profissionais capacitados, que possa orientar de forma segura e eficiente e assim fazendo um trabalho multidisciplinar trabalhando com as demais áreas para ter melhores resultados.

Conclui-se que vários fatores podem influenciar na hipertensão, entretanto a prática de atividade física foi benéfica na redução dos níveis pressóricos.

Referências

BRUM, Patrícia Chakur et al. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. **Rev Paul EducFís**, v. 18, n. 1, p. 21-31, 2004.

DE OLIVEIRA GONÇALVES, Ivan; SILVA, Gustavo José Justo; NAVARRO,

AntonioCoppi. Efeito hipotensivo do exercício físico aeróbio agudo em idosos hipertensos entre 60 e 80 anos. **RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 1, n. 5, 2011.

DIAS, Alexsandra Marinho et al. **O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso.** 2007.

DIAS, T.L.V.; FERNANDO, T. In: Boresntein, M. S. **Organizadora. Manual de Hipertensão.** Porto Alegre. Sagra Luzzato. V. 1 p. 71 – 73, 1999

ESTORCK, A.; ERBA, I. L. L.; CORREA, R. C. **Os efeitos da musculação para a terceira idade no desenvolvimento da qualidade de vida.** 2014.

FAGARD, Robert H. Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 33, n. 6 Suppl, p. S48492; discussion S493-4, 2001.

FISHER MM. **The effectofresistanceexerciseonrecoverybloodpressure in normotensiveandborderlinehypertensivewomen.** J. Strength. Cond. Res., 2001; 15: 210216.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GONÇALVEZ, I.O.; Silva, G.J.J.; Navarro, A.C. Efeito Hipotensivo do Exercício Físico Aeróbio Agudo em Idosos Hipertensos entre 60 e 80 Anos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.** São Paulo. Vol 1 nº 5. p. 76-84. 2007.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2002 – SBC.

LOPES, H.J. et al. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v.13, n.1, 2003.

MALACHIAS MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et AL. 7º **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *ArqBrasCardio* 2016; 107

(3Supl.3):1-83

MANO, R., 2007, “**Hipertensão Arterial Sistêmica**”, Manuais de cardiologia,MS. Disponível em:<<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>>. Acesso em: 04 de nov. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na Internet]. Vigitel Brasil 2009: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso em 2017 SET 25]. Disponível em: www.saude.gov.br/svs.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. bras. med. esporte**, p. 513-519, 2004.

NIEMAN, D. C. **Exercício e Saúde**. São Paulo, Maoole, 1999.

SHEPHARD, Roy J. Envelhecimento, atividade física e saúde. In: **Envelhecimento, atividade física e saúde**. 2003.

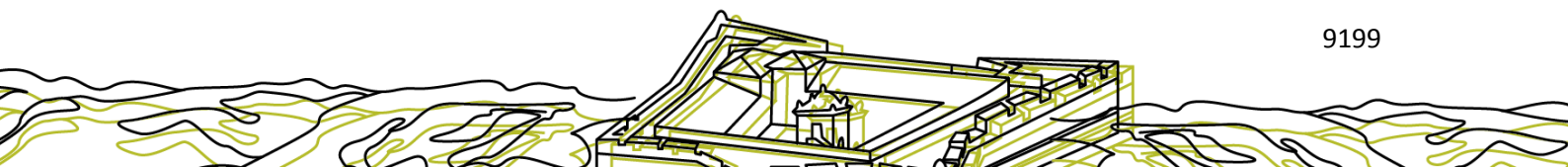
SIMÃO, R.; Serra, R.; ALBUQUERQUE, M.A.; REBELO, P.; MELLO, A.M. **Efeito de um Programa de Treinamento Físico Desenvolvido no Espaço Bem Estar do CENPES / PETROBRAS na Pressão Arterial em Hipertensos Não- Medicados**. *Fit Perf J*, Rio de Janeiro. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *RevBrasHipertens*; 2010; 17(1): 1-64.

TRIBESS, Sheilla. Prescrição de exercícios físicos para idosos. **Saúde. com**, v. 1, n. 2, 2016.



WALLACE, Janet P. Exercise in hypertension. **Sports Medicine**, v. 33, n. 8, p. 585-598, 2003.





PERCEPÇÕES DE MÃES E CUIDADORES ACERCA DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Área Temática: Saúde.

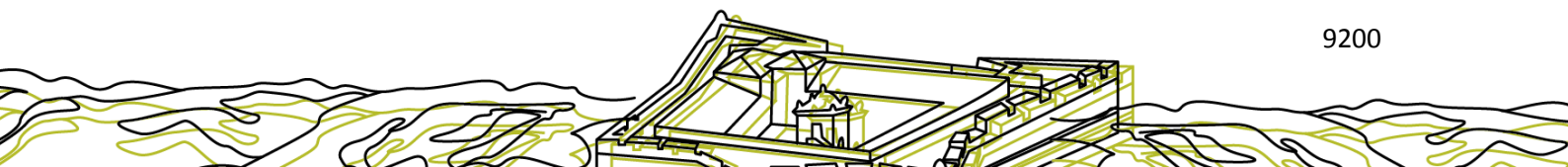
Nome dos autores: BARROSO, I.S.¹; GUERREIRO, M.R.²; COUTO, A.S.³; SILVA, C.V.C.⁴; DAMIÃO, J.J.⁵.

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Resumo

Introdução: O Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC) é um projeto de extensão universitária realizado em parceria academia-serviço-comunidade e visa desenvolver ações para fortalecer o processo de construção coletiva das políticas de alimentação e nutrição. Em parceria com o município do Rio de Janeiro (RJ), foi desenvolvido o presente estudo para conhecer melhor a alimentação infantil. A nutrição adequada nos dois primeiros anos de vida é fundamental para a promoção da saúde da criança. No entanto, vem sendo observada a introdução precoce e crescente de alimentos ultraprocessados na infância. Objetivo: Trata-se de um estudo qualitativo visando identificar as percepções e motivações das mães e cuidadores sobre os alimentos oferecidos na alimentação de crianças menores de dois anos. Metodologia: O estudo foi realizado com mães e cuidadores de crianças com a faixa etária entre zero a 24 meses de idade, de áreas socioeconômicas distintas, usuárias do serviço de pediatria do Centro Municipal de Saúde (CMS) da AP 2.2 no município do Rio de Janeiro (n=31). A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas e na segunda etapa, foi aplicada a técnica do grupo focal e uma entrevista semiestruturada. Resultados: Foi observado que a percepção das mães sobre a alimentação das crianças sofre influência de fatores como a

mídia, orientação profissional e praticidade, e, além disso, verificou-se a importância da habilidade culinária na promoção de hábitos alimentares saudáveis. O baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade materna mostraram uma associação maior com a presença de ultraprocessados na alimentação infantil. Conclusão: Os achados deverão



estimular os profissionais de saúde a elaborarem estratégias eficazes para fortalecer a promoção da alimentação saudável na infância, com intuito de prevenir o aparecimento de doenças de forma precoce.

Palavras-chave: Alimentação infantil. Alimentos ultraprocessados. Percepção. Práticas alimentares. Habilidade culinária.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC).

Introdução

O Internato de Nutrição em Saúde Coletiva (INSC) é um projeto de extensão universitária realizado em parceria academia-serviço-comunidade e visa desenvolver ações para fortalecer o processo de construção coletiva das políticas de alimentação e nutrição.

Desde março de 2016, o INSC vem sendo desenvolvido no município do Rio de Janeiro, na Área Programática 2.2. Nesse ano, suas ações foram realizadas em um Centro Municipal de Saúde, da área. Esta inserção tem acontecido junto às ações do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/GraduaSUS, projeto implementado com financiamento dos Ministérios da Saúde e educação, que tem como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho.

Dentre as ações do INSC, destaca-se o apoio às ações de promoção à saúde e alimentação saudável, à qualificação do cuidado em nutrição e ao processo de educação permanente das equipes. Nesse sentido, o INSC desenvolveu diversas ações direcionadas a famílias de crianças menores de dois anos, uma vez que este é um grupo prioritário na agenda da Alimentação e Nutrição. Para esse intento, identificou-se a necessidade de desenvolver ferramentas e processos de educação em saúde, voltados para a formação de profissionais e promoção da alimentação adequada e saudável neste grupo.

Em parceria com o município do Rio de Janeiro (RJ), foi desenvolvido o presente estudo para compreender as práticas alimentares infantis e subsidiar abordagens dos profissionais sobre o tema.

ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

A nutrição nos primeiros anos de vida da criança, em especial os dois primeiros anos, desempenha um papel crucial, pois é um período caracterizado por um ritmo de crescimento acelerado. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), o aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês e a introdução da alimentação complementar deve ser iniciada após esta idade (WHO, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2013), no entanto, observa-se que esta etapa nem sempre é realizada no tempo oportuno e da forma adequada. No Brasil, estudos apontam para a alta prevalência na introdução precoce de alimentos antes do sexto mês de vida (SCHINCAGLIA et al., 2015; BRASIL et al., 2012).

Nos últimos anos houve uma mudança no padrão alimentar com maior participação de alimentos ultraprocessados na dieta familiar brasileira, que é um marco significativo na transição nutricional (FERREIRA et al, 2014). Estes alimentos são definidos como formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos, ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão. A grande presença destes alimentos ultraprocessados no início da vida assim como os impactos causados à saúde tem sido observada em diversos estudos.

Os alimentos ultraprocessados quando introduzidos na AC podem favorecer a ocorrência de desnutrição, obesidade, anemia e diarreia, além de contribuir para a formação de hábitos alimentares não saudáveis que poderão estar presentes na fase adulta (BRASIL, 2009a).

Portanto, analisar as práticas alimentares como uma prática social se faz importante para compreender não somente os alimentos consumidos, mas também às condições que os favorecem, pois são determinados pela disponibilidade, por influências culturais, pelo modo de vida, pela introdução de novos alimentos através da mídia, entre outros (ROTENBERG et al, 2004). Além disso, conhecer a percepção de mães quanto à alimentação complementar dos seus filhos propicia ao profissional de saúde o direcionamento para ações de promoções de práticas corretas e nutritivas da alimentação complementar. (BARROS et al, 2014).

Metodologia

O estudo foi realizado com mães de crianças com a faixa etária entre zero a 24 meses de idade, usuárias do serviço de Pediatria do Centro Municipal de Saúde na Ap 2.2 (CMS), localizado no bairro de Vila Isabel, do município do Rio de Janeiro. O CMS é classificado como uma unidade de saúde tipo B, isto é, uma unidade de saúde tradicional com a inserção de seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A população selecionada para realizar a pesquisa foi de mães e responsáveis pelos cuidados das crianças menores de dois anos de áreas socioeconômicas diferentes. Deste modo, foi escolhida a área mais favorecida coberta pela equipe 1 e a área menos favorecida coberta pela equipe 2.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas e na segunda etapa, foi aplicada a técnica do grupo focal e uma entrevista semiestruturada.

Resultados e Discussão

Do total de crianças avaliadas (31), observou-se uma prevalência de crianças do sexo masculino (64,5%) e maiores de seis meses (71,0%) participantes do estudo. Com relação à faixa etária, foi verificada uma variação de crianças entre um mês de vida e um ano e onze meses, com idade média de onze meses.

No que diz respeito à faixa etária das mães e cuidadores que participaram da pesquisa, variou entre 16 a 41 anos. A partir da Tabela 1, é possível comparar o perfil das mães de cada equipe.

Tabela 1 – Características socioeconômicas das mães participantes do estudo, por equipe.

	Equipe 1		Equipe 2	
	n	%	n	%
Nível de escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	1	6,2	6	40,0
Ensino fundamental completo	3	18,8	1	6,7
Ensino médio incompleto	2	12,5	8	53,3
Ensino médio completo	7	43,7	0	0
Ensino superior incompleto	2	12,5	0	0
Ensino superior completo	1	6,3	0	0
Situação conjugal				
Casada	1	6,2	2	13,3
Solteira	8	50,0	2	13,3
Viúva	0	0	0	0
União consensual	7	43,8	11	73,4
Separada/Divorciada	0	0	0	0
Número de filhos				
1	10	62,5	4	26,7
2	5	31,3	5	33,3
3	1	6,2	3	20,0
4	0	0	3	20,0

Ocupação				
Estudante	1	6,2	1	6,7
Do lar	9	56,3	10	66,6
Trabalha fora	6	37,5	4	26,7

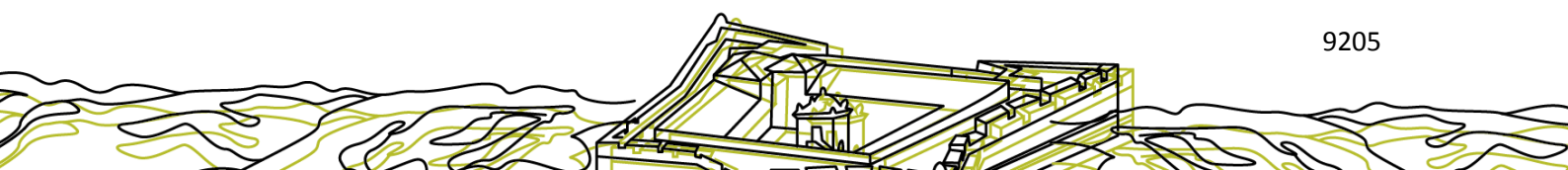
Fonte: Elaborada pelas autoras.

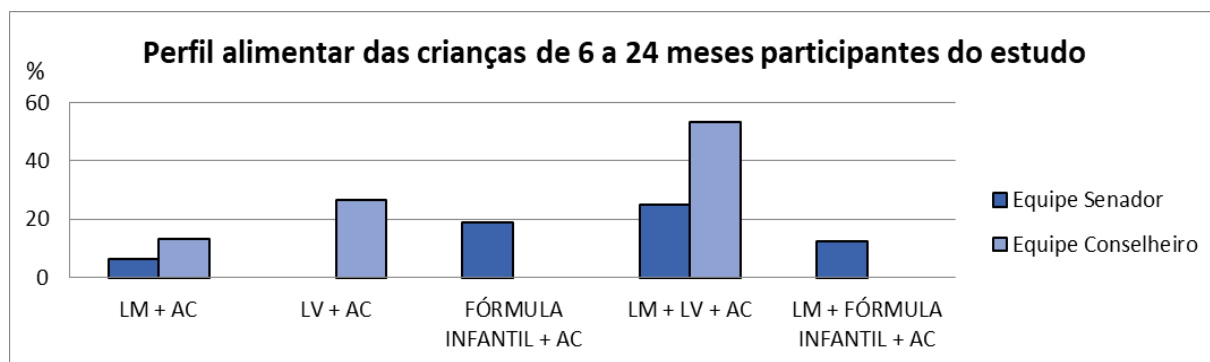
Foi observado que na equipe 1 o nível de escolaridade materna é maior do que na equipe 2. Em relação à situação conjugal, na equipe 1 verificou-se um maior número de mães solteiras, em contrapartida, na equipe 2, havia um maior número de mãe em união consensual. Quanto ao número de filhos, observou-se que as mães da equipe 1 possuíam menos filhos do que as mães da equipe 2. No tocante a ocupação materna, em ambas as equipes, a maioria das mães relataram serem do lar.

A partir do R24h, foi possível analisar o tipo de alimentação oferecida para as crianças. Dentre as sete crianças menores de seis meses da equipe 1, quatro se encontravam em AME, porém, uma mãe relatou ter oferecido água e outra mãe relatou ter tentado oferecer purê de batata para o bebê, ambas apenas uma vez. As outras três estavam em aleitamento misto, sendo uma com leite materno (LM) e leite de vaca (LV) e as outras duas com LM junto com a fórmula infantil. Na equipe 2, duas crianças eram menores de seis meses, sendo que uma estava em AME e a outra estava recebendo LM e AC.

Conforme o Gráfico 1 abaixo, observou-se uma prevalência da amamentação nas crianças maiores de seis meses da equipe 2 (66,7%) do que da equipe 1 (43,7%). Quanto à presença de fórmulas infantis, foi verificada apenas na alimentação das crianças maiores de seis meses, da equipe 1.

Gráfico 1 – Alimentação das crianças de 6 a 24 meses, do grupo estudado, por equipe.





Fonte: Elaborado pelas autoras.

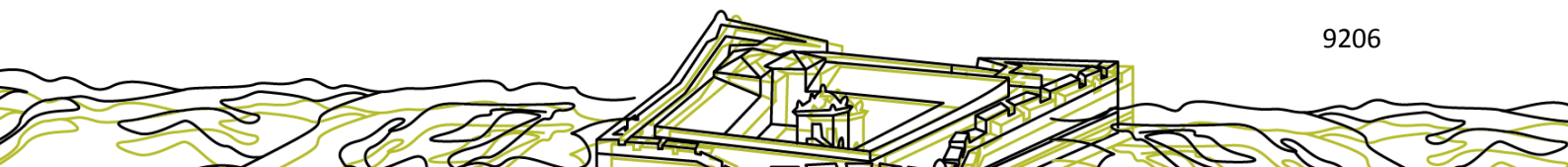
Das 31 crianças analisadas, 67,7% consumiram alimentos ultraprocessados, sendo mais frequente na equipe 2 (93,3%) do que na equipe 1 (43,7%).

Toloni et al. (2011), observou uma associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade materna e a introdução precoce de alimentos ultraprocessados. Neste estudo, o autor observou que a baixa escolaridade materna está associada com um menor poder aquisitivo, falta de acesso a informações em saúde e como consequência maior, a chance de escolhas incorretas dos alimentos para as crianças, além dessas mães também estarem mais suscetíveis à influência da publicidade. Estes dados são consonantes com o presente estudo, pois analisando os resultados, foi notado que na área caracterizada como a menos favorecida, da equipe 2, as mães das crianças além de possuírem menor nível de escolaridade, também foram as mães que ofertaram um número de vezes e uma variedade maior de alimentos ultraprocessados.

A partir do material produzido no grupo focal e na entrevista, foram identificados os temas: práticas alimentares, alimentos consumidos pelas crianças e a presença de alimentos ultraprocessados e motivações da oferta dos alimentos.

No tema de práticas alimentares, estão lembranças da construção das práticas alimentares desde a infância das mães e as principais pessoas que as inspiraram e ensinaram. Foram agrupados neste tema também aspectos que nos ajudam a conhecer e entender como é, nos dias de hoje, realizar o processo desde o planejamento das compras até a limpeza do local onde a refeição é servida para as crianças.

Quando o assunto foi qual alimento era mais presente na infância das mães, observouse a presença de frutas como maçã e goiaba, porém, a maior lembrança é dos alimentos considerados por elas como “besteiras”, como biscoitos, achocolatados, queijo do tipo



petit suisse e geleias, produtos ultraprocessados, como pode ser observado nas seguintes falas das mães:

“Mãe 1: É... maçã, goiaba... (...) e outras coisas também.”

“Mãe 2: Danoninho, toddynho, biscoito recheado.”

“Mãe 4: Papa, só que é tipo farinha comum, é o leite, a papa, o açúcar, a manteiga.

Parece grude. Tipo mingau.”

“Mãe 5: Geléia de Mocotó...”

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, mudanças importantes vem sendo observadas nos hábitos de consumo dos brasileiros nos últimos 30 anos. Dentre essas mudanças, nota-se a diversificação da alimentação do brasileiro (BIELEMANN et al., 2015). Foi possível constatar através das falas das mães participantes do estudo essa transformação no perfil alimentar e que elas fazem parte de uma geração que já sofreu com a exposição aos alimentos ultraprocessados desde a infância. As frutas tiveram menos destaque, quando comparada as falas com a presença de alimentos ultraprocessados.

Outro aspecto identificado refere-se às pessoas que influenciaram a alimentação das crianças e mães. Percebeu-se através das falas uma maior participação feminina, de mães e avós, com relação à oferta da alimentação e a identificação das principais influenciadoras das práticas alimentares. Além disso, notou-se que as mães faziam uma associação do consumo dos alimentos mais naturais com as avós, bem como havia uma grande associação do consumo de alimentos ultraprocessados com os pais. Nas falas a seguir as mulheres falam de suas primeiras experiências na cozinha:

“Mãe 5: Eu aprendi com a minha avó. Com 10. Comecei com um arrozinho, depois um feijão. Ajudava a temperar, fazer uma galinha. ”

“Mãe 1: Eu não sabia... (?) ou se eu ia lavar o arroz e o feijão. A minha mãe colocou a panela de pressão no fogo e falou, você vai colocar...”

Esses achados corroboram com a afirmação de Giard (1998), que diz que no passado, as formas de preparação dos alimentos e as receitas eram aprendidas em conversas de mulheres com as experiências e vivências que eram passadas de mãe para filha e de avó para neta.

Os alimentos considerados de criança pelas mães, através do resgate que fizeram à memória, estão presentes no hábito alimentar delas até os dias de hoje. Além do que, notaram-se também expressões e falas que remetiam uma sensação de prazer e alegria

ao lembrar os alimentos mais consumidos na infância, principalmente com relação aos ultraprocessados, como pode ser observado a seguir:

“Mãe 5: O que eu gosto muito, faço até de vez em quando é leite com biscoito maisena misturado. Geleia de mocotó. Amo! Adoro!”

“Mãe 3: Geléia de mocotó! É verdade! Risos... Engraçado que vai trazendo, você vai começando a lembrar né? É muito bom!”

Segundo Bogado e Freitas (2016), a alimentação imprime marcas na memória, na identidade e na história de cada um. A infância representa um momento marcante na experiência alimentar, sendo guardados na lembrança saberes, sabores, aromas, afetos e também valores vinculados às práticas alimentares vivenciadas.

Conhecendo um pouco sobre como é realizado todo o processo desde o planejamento das compras até a limpeza do local onde é servida a refeição, observou-se que as mães, em sua maioria, perceberam mudança após o nascimento dos filhos na organização das compras dos alimentos para a casa. As habilidades envolvidas com a compra, seleção, pré-preparo, tempero, cozimento, combinação e apresentação dos alimentos e limpeza dos utensílios podem ser consideradas como habilidades culinárias (Brasil, 2014). O processo de transmissão de habilidades culinárias entre gerações vem perdendo força e as pessoas mais jovens possuem cada vez menos confiança e autonomia para preparar os alimentos. As razões para isso são complexas e envolvem a desvalorização do ato de preparar, combinar e cozinhar alimentos como prática cultural e social, a multiplicação das tarefas cotidianas e a incorporação da mulher no mercado formal de trabalho, além da oferta massiva e da publicidade agressiva dos alimentos ultraprocessados. Este processo pode levar a criação de uma dependência de alimentos ultraprocessados e insegurança alimentar a longo prazo. Porém, com a chegada dos filhos no ambiente familiar, as mães, muitas das vezes precisam reorganizar seu tempo e desenvolver habilidades para que ocorra todo o processo de preparo da comida da criança. Aspectos como diversidade dos alimentos, modo de preparo, consistência, entre outros, estão fortemente presentes nas orientações dadas às mães e complexificam esse processo (MONTE e GIUGLIANI, 2004; IBFAN, 2009).

Outro fator que influencia estas práticas é o acesso aos alimentos. Uma mãe relatou que possuía dificuldade financeira e que conseguia comprar apenas o básico para alimentação de todos os integrantes da família ou pegava doações, sendo assim, não havia a possibilidade de diversificar muito a alimentação. Neste contexto, não se pode desconsiderar das análises que ainda há famílias que vivem em situação de insegurança

alimentar e nutricional, tendo seu direito à Alimentação Adequada e Saudável é violado (BURITY et al., 2010).

Em relação ao preparo, a maior parte das mães relatou que costumava preparar a alimentação das crianças separadas do restante da família e também utilizavam diferentes ingredientes nas preparações. Apenas uma relatou que a comida da criança era a mesma preparada para a família. Nos documentos oficiais de orientação para famílias e profissionais sobre alimentação deste grupo, não é dada ênfase para estratégias que simplifiquem a preparação dos alimentos para as crianças pequenas, o que facilitaria este momento tão delicado para a prática alimentar deste grupo (BRASIL, 2013).

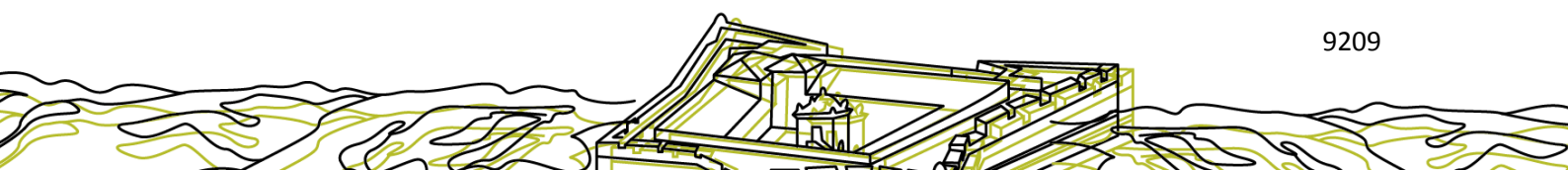
Além disso, a hora da oferta da alimentação foi vista como uma etapa difícil para a mãe que estava iniciando a AC e tranquilo para as mães das crianças maiores. Mesmo assim, todas as mães consideraram este um momento que exige paciência, pelo fato das crianças se dispersarem facilmente querendo brincar na hora de comer. Há evidências de que o estilo mais ativo de alimentar a criança melhora a ingestão de alimentos e o seu estado nutricional, bem como seu crescimento (ENGLE, BENTLEY e PELTO, 2000; PELTO, LEVITT e THAIRU, 2003; PAHO/WHO, 2003; RUEL et al, 1999; STERNIN, STERNIN e MARSH, 1997; CREED DE KANASHIRO et al, 2001)

Com relação ao ato de cozinhar, identificou-se nas falas de todas as mães, que cozinham porque gostam e também preferem, para que seja garantida a qualidade na alimentação de seus filhos. Este fato pode ser observado nas seguintes falas em destaque:

“Mãe 5: Sim, eu que faço a comida da minha família, faço questão disso. Eu sei o que eu boto, o que eu não boto. Sou meio chatinha pra essas coisas.”

“Mãe 4: Ah eu gosto...Eu acho que é melhor, porque eu acho que não tem nada melhor do que a mãe cozinhar pro próprio filho, porque a mãe é que sabe o que é melhor.... me sinto mais segura.”

No estudo de Assunção (2008), observou-se achados semelhantes à do presente estudo, uma vez que foi mostrado com relação às práticas alimentares que as mulheres, especificamente as mães, ocupam um lugar central tanto na escolha quanto no preparo das refeições familiares, além de conhecerem as preferências alimentares dos membros da família. Alencar et al (2016), afirma que um aspecto essencial normalmente atribuído às mulheres é o papel de cuidar da família e das refeições.



Nem relação à presença de ultraprocessados foi observada uma variedade de alimentos consumidos pelas crianças, desde alimentos que fazem parte do grupo dos alimentos *in natura* até os produtos ultraprocessados, como pode ser visto a seguir:

“Mãe 4: Adora banana, melancia e uva.”

“Mãe 5: banana, maçã, pêra, é.. banana. Que.. são as principais que eu dou pra ela. Ela come de tudo! Tanto os legumes também, chuchu, cenoura, batata, beterraba, feijão ela adora, macarrão, arroz.”

Alimentos ultraprocessados como: salsicha, sardinha em lata, biscoitos, geleias, queijo do tipo *pettit suisse*, refrigerantes, salgadinhos e outros, se mostraram comuns na alimentação das crianças do presente estudo. A oferta desses alimentos vem na maioria das vezes, acompanhada com uma justificativa, o que pode ser observado nas seguintes falas:

“Mãe 1: ... Sardinha e salsicha.”

“Mãe 5: Biscoitinho de maisena... rs. E é isso... Mas as vezes eu ofereço a banana com a geleia de mocotó.”

“Mãe 4: Fandangos é culpa do pai. Esqueci de uma coisa, refrigerante.” “Pega dois danoninho por dia.”

Essas falas corroboram com a afirmação de Ferreira et al (2014), que diz que existe uma maior participação de alimentos ultraprocessados na dieta familiar brasileira o que caracteriza a mudança no padrão alimentar. Este padrão contribui para a formação de hábitos alimentares não saudáveis que poderão estar presentes na fase adulta (DUTRA, 2015 e BRASIL, 2009^a).

Segundo Dutra (2015), Birtch (1999), Jomori, Proença e Calvo (2008) e Ramos e Stein (2000), esta realidade tem sido vivenciada pelos pais de forma conflituosa, primeiro porque a necessidade de uma educação alimentar envolve toda a família, e o exemplo dos pais e cuidadores influencia ; e segundo, porque as crianças e os adolescentes vivem atualmente, a maior parte do tempo, distantes dos pais, em creches ou escolas, . As falas são consonantes com o estudo de Dutra (2015), pois refletem que os pais ofertam esses tipos de alimentos para as crianças, mas observa-se que existe um nível de percepção para algumas mães, de que esses alimentos não deveriam estar presentes na rotina alimentar de sua família, porém no cotidiano existe uma certa permissividade para o consumo regular desses produtos. Porém, a hiperpalatabilidade dos alimentos ultraprocessados e as sofisticadas e agressivas estratégias de marketing que estimulam sua aquisição fazem com que o seu consumo baixo ou moderado sejam improváveis,

provocando a gradativa substituição das dietas tradicionais por dietas compostas por esses alimentos (MONTEIRO et al., 2013 e BRASIL, 2014).

As falas das mães mostraram mais uma vez a percepção que elas possuem do que é “saudável”, diferente das próprias experiências da infância, e a intenção de estimular o consumo de alimentos *in natura*, ainda que esta prática pareça não acontecer no cotidiano:

“Mãe 2: Essa lembrança que a gente tem de danoninho né, e geleia de mocotó, de biscoito de maisena, pelo menos na primeira infância, na primeira fase alimentar dela, eu pretendo que ela não tenha essa lembrança. Eu falo, eu quero que a minha filha chegue pra mim já com quatro anos, fale “mãe, me dá uma maçã?” no meio da tarde do que ela falar “mãe, me dá biscoito?”, sabe? Eu não quero incentivar isso antes, porque vai comer”

“Mãe 3: Ah.. o meu tá entre o que eu tenho de expectativa e realidade. Eu também assim como todas aqui, eu tenho a intenção de dar uma alimentação mais saudável possível.”

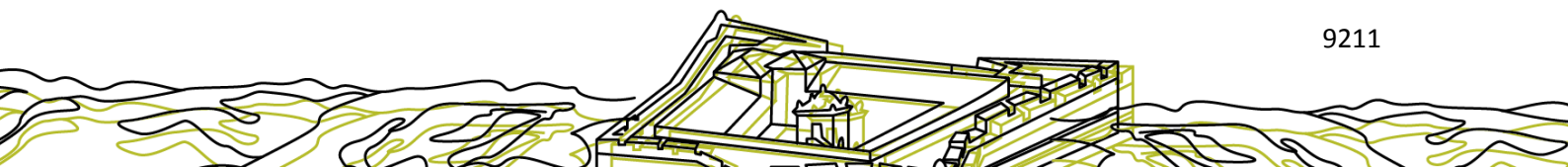
O maior acesso à informação e através das mídias sociais, a orientação profissional e a praticidade, mostraram ser elementos motivadores da oferta de alguns alimentos.

“Mãe 2: Depois de ter engravidado ou talvez um pouco antes quando eu comecei a pensar em gravidez e ver páginas de facebook, pessoas compartilhando textos, então passei já a acompanhar várias páginas de mães, de estilo de maternidade, e você começa a ter acesso a certas coisas, então você começa a quebrar alguns tabus, né?”

“Mãe 1: Na, na última consulta que ela liberou alimentação. Falou das frutas, três legumes pra fazer a papinha “Mãe, nada de danoninho, tá?” Falei “não, pode deixar, eu sei”. O.. a informação que nesse quesito, pelo menos pra mim ainda é pouca.”

“Mãe 5: Eu dou porque é prático e pra variar também... a geleia de mocotó, as vezes você ta na rua e não dá tempo de planejar e levar uma fruta picadinha, eu dou a geleia.”

Rotenberg e De Vargas (2004), identificaram que as práticas alimentares na infância provêm de conhecimentos, vivências e experiências que são construídas por diversos fatores, como pelas condições de vida, cultura, redes sociais e saber científico de cada época histórica e cultural e mostrou que a visão das mães sobre os alimentos ultraprocessados é ambígua, pois apesar de oferecerem aos filhos, consideram esses alimentos como besteira e que fazem mal à saúde da criança. Toloni et al (2011), também afirma que a substituição dos alimentos tradicionais, caseiros e naturais por alimentos ultraprocessados, pode ser atribuída por vários fatores, dentre eles a globalização, a influência do mercado publicitário, o ritmo acelerado de vida nas



grandes cidades e o trabalho da mulher fora do lar. Filhos de mães com baixa escolaridade, mais jovens e com menor renda, são mais suscetíveis à introdução alimentar precoce de alimentos ultraprocessados e a razão pela qual são introduzidos precocemente são a praticidade e o sabor (TOLONI et al., 2011).

Conclusão

O presente estudo permitiu compreender as práticas referidas pelas mães em relação à alimentação dos seus filhos. Os achados do presente estudo mostram que as mães gostam de cuidar da alimentação e se preocupam com o que as crianças consomem, apesar dos desafios encontrados no dia a dia, como a questão financeira que possui grande impacto na diversidade de alimentos oferecidos, tendo muitas vezes condições de comprar apenas o básico. A violação de direitos experimentada pelas famílias que vivem em situação de pobreza impede o acesso aos alimentos de qualidade suficientes para atender as necessidades nutricionais, e é uma causa significativa, dentre os motivos pelos quais as crianças são alimentadas de forma inadequada (IBFAN, 2009).

As informações obtidas neste estudo são importantes para identificar fatores motivadores e influenciadores da oferta de alimentos ultraprocessados para as crianças menores de dois anos, sendo observada a necessidade de realizar mais estudos nos serviços de saúde a fim de explorar mais a fundo os fatores determinantes das práticas alimentares. Além disso, os achados deverão estimular os profissionais de saúde a elaborarem estratégias eficazes para reforçar a importância da duração do AME, bem como, a adequada introdução da AC saudável e fortalecer a promoção de hábitos alimentares saudáveis, com intuito de prevenir o aparecimento de doenças de forma precoce, modificando o cenário apresentado.

A parceria universidade-serviço-comunidade contribui para repensar a formação em Nutrição e a prática do cuidado nos serviços de saúde.

Referências

ALENCAR, B; TORAL, N; RECINE, E; RIZZOLO, A. *Fatores relacionados ao envolvimento com alimentação da população adulta*. **Rev. Nut.**, Campinas, v. 29, n. 3, p.

337-345, junho 2016.

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732016000300337&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Nov. 2017.

ASSUNÇÃO, V. K. *Comida de mãe: nota sobre alimentação e relações familiares*. Universidade Federal de Santa Catarina. **26ª Reunião Brasileira de Antropologia**. 2008.

Disponível

em:

<

http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalho_s/GT%2027/viviane%20kraieski%20de%20assun%C3%A7%C3%A3o.pdf > Acesso em: 18 nov.2017.

BIRTCH, L. L. *Development of food preferences. Annu. Rev. Nutr.*, v.19, p.41 – 62, 1999.

BOGADO, A. M; FREITAS, B. *A reconstrução de memórias da alimentação na formação inicial de professores de ciências: um reencontro com saberes, sabores, aromas e afetos. ETD – Educ. Temat. Digit.* Campinas, SP v.18 n.3 p.670-689 jul./set.2016.

Disponível

em:

<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/viewFile/8645410/13383>>
Acesso em 18 nov.2017.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.* 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, L. M. B. F; NEVES, O. M. D; AMORIM, C. S. C; LOPEZ, F. A; Arias, E.

H.L;PIANI, P. P. F. *Introdução de alimentos complementares em lactentes. Universidade*

Federal do Pará, 2012. Disponível em:
<<http://files.bvs.br/upload/S/01015907/2012/v26n1/a3082.pdf>> Acesso em 12 nov.2017.

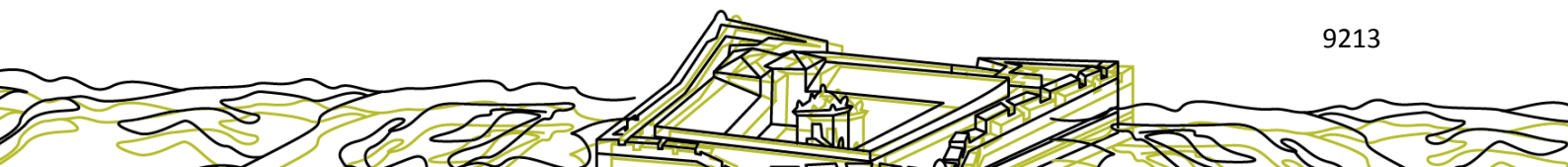
BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.* Brasília; 112p. 2009a.

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, 156 p.: il.* 2014.

BURITY, V; FRANCESCHINI, T; VALENTE, F; RECINE, E; LEÃO, M;

CARVALHO, M. *Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.* Brasília, DF: **ABRANDH**, 2010. 204p

CREED DE KANASHIRO, H; PENNY, M; ROBERT, R; NARRO, R; CAULFIELD,



L; BLACK, R. *Improving infant nutrition through an educational intervention in the health services and the community*. Presentation at the WHO Global Consultation on Complementary Feeding. Geneva; December 2001.

DUTRA, R, C, A. *Consumo alimentar infantil: quando a criança é convertida em sujeito*. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 30 Número 2 Maio / Agosto 2015.

ENGLE, P. L; BENTLEY, M; PELTO, G. *The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda*. **Proc Nutr Soc**. 2000; 59:25-35.

FERREIRA, J. S. G.; SILVA, Y.; MORAES, O. M. G.; TANCREDI, R. P. *Marketing de alimentos industrializados destinados ao público infantil na perspectiva da rotulagem*. **Rev. Visa em Debate**. FIOCRUZ. 2014.

IBFAN - International Baby Food Action Network. *What is complementary feeding? A philosophical reflection to help a policy process*. A discussion paper developed for the International Baby Food Action Network (IBFAN) by Gabrielle Palmer, 2009. Disponível em: < http://www.ibfan.org/art/IBFAN_CF_FINAL_document.pdf> Acesso em 30 nov.2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>> Acesso em 18 nov.2017.

JOMORI, M. M, PROENÇA, R. P. C, CALVO, M. C. M. *Determinantes de escolha alimentar*. **Rev Nutr**. 2008;21(1):63-73

MONTE, C. M. G; GIUGLIANI, E. R. G. *Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno*. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, N°5(supl), 2004

MONTEIRO, C. A, MOUBARAC, J. C, CANNON, G. N. S. W, POPKIN, B. *Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system*. **Obesity Reviews** 2013.14 Suppl 2, 2128.

PAHO/WHO. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition Program. Pan American Health Organization/ World Health Organization. Washington/Geneva; 2003.

PELTO, G; LEVITT, E; THAIRU, L; *Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions*. **Food Nutr Bull**. 2003; 24:45-82

RAMOS, M.; STEIN, L. M. *Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil*. **Jornal de Pediatria**, v. 76, supl.3, p.229 – 237, 2000.

ROTENBERG, S. DE VARGAS, S. *Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família.* **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.** Recife, 4 (1): 85-94, jan./março., 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/CLIENTEK2/Downloads/Artigo%20pr%C3%A1ticas%20alimentares.pdf> Acesso em 16 de outubro de 2016.

SCHINCAGLIA, R. M; OLIVEIRA, A. C; SOUZA, L. M; MARTINS, K. A. *Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia.* **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 24(3): 465-474 jul-set 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>> Acesso em 12 nov.2017.

STERNIN, M; STERNIN, J; MARSH, D. L. *Rapid, sustained childhood malnutrition alleviation through a positive-deviance approach in rural Vietnam: preliminary findings.* In: Wollinka O, editor. *Health nutrition model: applications in Haiti, Viet Nam and Bangladesh.* Arlington, VA: **BASICS**; 1997. p. 49-61.

TOLONI, M. H. A; LONGO-SILVA, G.; GOULART, R. M. M.; TADDEI, J. A. A. C. *Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo.* **Rev. Nutr. [online].** Vol.24, n.1, pp. 61-70. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001.*

AMBULATÓRIO INTERPROFISSIONAL DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: GARANTINDO A QUALIDADE DO CUIDADO ATRAVÉS DE INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

Área temática: Saúde

SIMAS, B. C. C.¹; SILVA, R. C.¹; RÜGER, M. C.¹; LIRA, N. R. D.²; VIANA, M. F. O. C.³;
NOGUEIRA, N. S.⁴; DINIZ, R. V. Z.⁵

1 – Aluno(a) de graduação do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

2 – Nutricionista e professora do departamento de nutrição da Universidade Federal do Rio

Grande do Norte

3 – Psicóloga assistente do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Onofre Lopes

4 – Farmacêutica assistente do serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Onofre Lopes

5 – Cardiologista e professora do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo:

Introdução: Insuficiência Cardíaca (IC) é um agravo cardiovascular que causa importante limitação física ao paciente. A mortalidade relacionada à IC é elevada sobremaneira em países em desenvolvimento. No Brasil, a mortalidade chega a 12,6% em pacientes internados, valor superior ao de países desenvolvidos. A Qualidade de Vida (QV) dos pacientes com IC é frequentemente deteriorada, e piores níveis associam-se à readmissão hospitalar. Objetivo: Descrever o projeto e resultados do Ambulatório Interprofissional de Insuficiência Cardíaca (AMIIC) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), que integra atividades de ensino, pesquisa e extensão. Metodologia: O AMIIC funciona semanalmente possuindo como públicoalvo pacientes com IC que foram

internados no HUOL ou referenciados dos níveis primário e secundário de atenção. O objetivo do Serviço é promover uma elevação na expectativa e qualidade de vida dos pacientes através da assistência interprofissional. As atividades de ensino são vinculadas aos programas de residência médica e multiprofissional do HUOL, e consistem no atendimento interprofissional ao paciente com IC. As atividades de extensão vinculam alunos de graduação que avaliam periodicamente a QV dos pacientes utilizando o Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Resultados: São realizados aproximadamente 500 atendimentos anuais. Até março de 2018, foram feitos 686 registros de QV. A evolução dos escores médios de QV indica sua melhora nos pacientes que mantiveram acompanhamento no AMIIC. A inclusão de alunos de extensão ampliou as interações entre profissionais e entre membros da equipe em diferentes níveis de formação. Aspectos importantes da terapêutica que não eram detectados em outras etapas surgiam durante a avaliação da QV. Conclusões: A inclusão de atividades de extensão no AMIIC elevou a qualidade do cuidado e favoreceu uma assistência centrada no paciente. O AMIIC consiste num cenário de prática importante para a educação interprofissional.

Palavras-chave: Cardiologia, Trabalho Interprofissional, Capacitação em Serviço, Extensão Universitária

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome cardiovascular caracterizada pelo coração que falha em sua função de ejetar sangue sob pressões cardíacas normais e numa frequência que garanta suprimento de oxigênio aos tecidos (BLOOM *et al.*, 2017). A nível celular, a IC está descrita como um processo desencadeado pela depleção energética a nível cardíaco, tendo o coração em falência sido comparado a um motor sem combustível (NEUBAUER, 2007).

Clinicamente, o paciente com IC apresenta um desconforto respiratório que piora progressivamente a partir do início da doença, que se exacerba no período noturno e quando o paciente se mantém em posição deitada. Ocorrem episódios em que o paciente desperta de seu sono devido ao desconforto respiratório, e a realização de atividades que demandam esforço físico é progressivamente prejudicada, chegando a ocorrer diante de qualquer esforço na IC avançada. A IC também é marcada por um

acúmulo de líquido em membros inferiores, que eleva o desconforto e a limitação física do paciente (BLOOM *et al.*, 2017; WANG, C. S., 2005).

O manejo do paciente com Insuficiência Cardíaca envolve a avaliação do grau de limitação física imposto pela doença. Essa limitação pode ser avaliada objetivamente pela definição da Classe Funcional (CF) do paciente seguindo o sistema da New York Heart Association. Esse sistema abrange pacientes sem sintomas (CFI), aqueles com leves (CFII), moderados (CFIII) e severos (CIV) sintomas. Sua ampla utilização permite acompanhar a progressão da doença, bem como os efeitos de planos terapêuticos sobre ela (YANCY *et al.*, 2013).

Globalmente, existe uma marcante disparidade em termos de mortalidade atribuível a IC, com evidências indicando um fardo mais elevado em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (DOKAINISH *et al.*, 2017). Na América do sul, a IC se configura como principal causa de internação hospitalar (BOCCHI, 2013).

No Brasil, o registro BREATHE seguiu por um ano 1.263 pacientes hospitalizados por IC. Foi observada uma mortalidade em um ano de 12,6%, superior às taxas encontradas em estudos de desenho semelhante realizados na Europa e na América do Norte. A principal razão para descompensação da IC observada foi uma má aderência medicamentosa. No registro observam-se pontos frágeis em relação à qualidade do cuidado, vinculados às orientações sobre a farmacoterapia, importância de mudanças de estilo de vida e atitudes a ser tomadas mediante piora clínica (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

A falta de suporte social e emocional estão associados a um risco elevado de readmissão. A Qualidade de Vida (QV) do paciente com IC pode ser mensurada objetivamente em pacientes brasileiros através do Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), validado em 2009 para a língua portuguesa. O MLHFQ possui 21 questões, que devem ser respondidas pelo paciente com um escore de 0 a 5, a partir da percepção de desconforto ocasionado pelo sintoma em questão. Escores mais elevados indicarão, portanto, uma pior qualidade de vida. (CARVALHO *et al.*, 2009). A mensuração da QV fornece importantes informações a respeito de aspectos físicos, afetivos e sociais relacionados à condição clínica dos pacientes, sendo um preditor importante do risco de novas internações (GIAMOUZIS *et al.*, 2011).

Considerando a elevada mortalidade durante e após a hospitalização, mesmo em pacientes que mantêm adequadamente o tratamento farmacológico, estratégias assistenciais que atuem em outros pontos da terapêutica, além do alto índice de

reinternações provocadas por má adesão, tornam-se necessárias modelos de seguimento que ampliem o perfil de estratégias terapêuticas, tendo em vista uma melhora nos desfechos clínicos dos pacientes com IC (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Nesse sentido, um crescente corpo de evidências tem demonstrado que estratégias de assistência multidisciplinar estão associadas a uma redução de mortalidade e novas hospitalizações, bem como a uma melhora na qualidade de vida dos pacientes vivendo com IC (JENSEN *et al.*, 2017; MCALISTER *et al.*, 2004; MOHAMMED; MOLES; CHEN, 2016; RICH *et al.*, 1995). O trabalho interprofissional possibilita a abordagem coordenada de vários pilares essenciais para o tratamento da IC, se configurando como uma prática baseada em evidências para o cuidado desses pacientes (JAARSMA, 2005).

Este texto objetiva relatar o projeto e resultados de um Ambulatório Interprofissional que assiste pacientes com IC no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), e que funciona atrelado a atividades de ensino, pesquisa e extensão, visando o cuidado integral aos indivíduos com IC.

Metodologia

O Ambulatório Interprofissional de Insuficiência Cardíaca (AMIIC) desenvolve atividades desde 2008, ocorre semanalmente no HUOL, hospital de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Norte localizado no município de Natal, que está integrado à Rede de Hospitais Universitários Federais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O AMIIC tem seu funcionamento vinculado ao Departamento de Cardiologia e Transplante Cardíaco, inserido no nível de atenção terciária à saúde do estado do Rio Grande do Norte.

O público-alvo externo do projeto consiste em pacientes que atendem critérios para IC, referenciados ao nível terciário de atenção. Os pacientes internados no setor de cardiologia do HUOL são triados para identificação de IC e, em caso de comprovação da doença, acompanhamento no AMIIC. O serviço também recebe pacientes referenciados dos níveis primário e secundário de Atenção à Saúde.

O público-alvo interno do projeto consiste em estudantes de graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu* da área da saúde, que integram o serviço a nível de ensino, extensão ou pesquisa.

A assistência no AMIIC é de natureza interprofissional, com integração de diferentes programas de serviço, ensino, e extensão. Ao nível de serviço, estão envolvidos médicos, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos assistentes do setor de cardiologia do HUOL.

Os programas de ensino estão inseridos no nível de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* e incluem os programas de residência médica em clínica médica e cardiologia, o programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUOL. O programa de extensão envolve alunos de graduação em medicina orientados pela coordenação do ambulatório e que são treinados para avaliar a QV dos pacientes através do MLHFQ.

No AMIIC são desenvolvidas atividades orientadas pelo atendimento interprofissional ao indivíduo com IC, que é realizado prioritariamente pelos membros da equipe que participam a nível de ensino e serviço; e pela avaliação periódica (usualmente trimestral) da QV dos pacientes, usualmente realizada pelos alunos de graduação que integram a equipe a nível de extensão.

A partir desses pilares, objetiva-se aumentar a sobrevida dos pacientes assistidos pelo ambulatório e proporcionar uma melhoria na QV. O acompanhamento da evolução dos pacientes tendo em vista esse objetivo é feito com o registro de informações sociodemográficas e clínicas. Informações sociodemográficas concernem essencialmente características geográficas (local de moradia) e socioeconômicas (trabalho, renda mensal, etc.). Características clínicas registradas no início do acompanhamento incluem a etiologia da IC, internações prévias por IC, comorbidades, história familiar, etilismo e tabagismo; características clínicas registradas rotineiramente incluem a CF na consulta, internações durante acompanhamento, estado nutricional, nível de atividade física, adesão às orientações dietéticas, adesão ao tratamento farmacológico, regularidade do acompanhamento e QV obtida pela aplicação do MLHFQ. Todos os registros alimentam bancos de dados que permitem avaliar objetivamente a evolução ambulatorial dos pacientes e fomentar o desenvolvimento de pesquisa clínica.

Resultados e discussão

O ambulatório realiza anualmente uma média de 500 atendimentos interprofissionais. Desde o início das suas atividades até o final de março de 2018 foram feitos 686 registros de QV. Atualmente, são acompanhados 160 pacientes com IC, todos com importante agravo cardíaco.

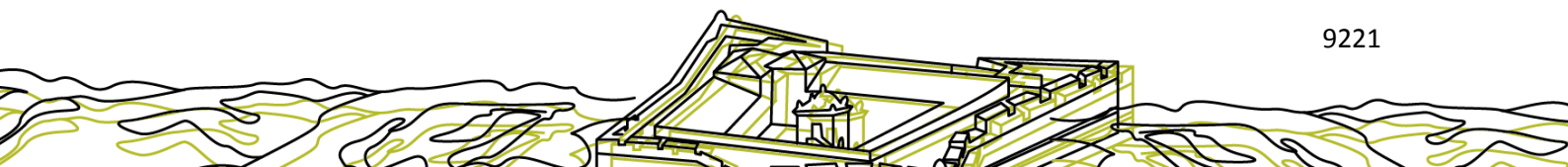
A avaliação contínua da QV no contexto da extensão universitária vinculada ao AMIIC tem sido importante para a visão holística da condição dos pacientes durante seu seguimento clínico. Por isso, sua mensuração através do MLHFQ se configura como uma importante ferramenta para avaliar a qualidade do cuidado ao paciente com IC num

modelo assistencial interprofissional em que as decisões são tomadas de forma compartilhada. Em um estudo prospectivo conduzido em 2013 a partir da coleta de sucessivos escores de QV, foi possível observar uma redução no escore médio de QV nos pacientes que mantiveram seguimento no AMIIC, indicando a importância da dinâmica ambulatorial adotada para garantir uma melhor assistência prestada e elevar a aderência dos pacientes às recomendações (PAULA, V. T. *et al.*, 2013).

Alguns itens relacionados à QV também foram estudados isoladamente. Um estudo prospectivo observacional acompanhou pacientes assistidos pelo AMIIC de 2011 a 2014, e demonstrou uma redução na mediana dos escores de QV, associado a uma redução na mediana do escore atribuído às dificuldades durante atividades sexuais em pacientes do sexo feminino, o que pode ser atribuído a uma evolução positiva da satisfação sexual nesse grupo (PESSOA *et al.*, 2015). Um outro estudo observacional, de natureza transversal, avaliou o nível de atividade física de 60 pacientes assistidos no AMIIC, e obteve resultados em que os pacientes predominantemente realizavam atividade física em níveis moderados, resultado mais elevado que o padrão observado na literatura. Este último resultado pode ser justificado pela assistência especializada em IC, pelo atendimento interprofissional e pelo suporte psicológico integrado às atividades do ambulatório (BENDASSOLLI *et al.*, 2015).

O estabelecimento de uma equipe capacitada para o provimento de assistência interprofissional tem importantes desdobramentos que trespasam as atividades no ambulatório. Em 2015, um estudo descritivo realizado em 2015 por profissionais que integram o AMIIC indicou a abordagem interprofissional como fator de melhora para a assistência a pacientes internados com IC, possibilitando uma abordagem integral e continuada e auxiliando nas decisões tomadas pela equipe (PAULA, C. S. S. *et al.*, 2015).

Através da integração do serviço às atividades de ensino e extensão, foi possível também gerar um importante impacto educacional na formação de profissionais da saúde na UFRN. A educação interprofissional tem sido reconhecida no currículo de cursos de graduação da instituição como um ponto de difícil alcance, e diversas estratégias têm sido buscadas para proporcionar treinamento nesse modelo assistencial (OLIVEIRA *et al.*, 2018). A dinâmica de trabalho do AMIIC possibilita o engajamento de alunos de graduação em uma equipe interprofissional onde eles possuem o papel bem definido de avaliar a QV dos pacientes, contribuindo para a compreensão de como o trabalho interprofissional é operacionalizado e para a criação de senso de responsabilidade social (OLIVEIRA *et al.*, 2017).



Ainda nesse sentido, a integração de alunos de graduação com profissionais em outros níveis de formação permitiu o estabelecimento de contribuições mútuas importantes para o manejo do paciente. A aplicação do MLHFQ identificou aspectos que por vezes não são detectados em outras etapas do acompanhamento, o que reitera a importância dessa atividade para o treinamento de futuros profissionais da saúde e como uma estratégia para aprimorar a qualidade do cuidado (COSTA *et al.*, 2013).

A evolução na QV observada é consistente com resultados de estudos de intervenção que apresentam um melhor resultado em desfechos relacionados a QV, readmissão hospitalar ou mortalidade em pacientes que recebem cuidados prestados por equipes multidisciplinares (JENSEN *et al.*, 2017; KASPER *et al.*, 2002; MCALISTER *et al.*, 2004; RICH *et al.*, 1995; STEWART; MARLEY; HOROWITZ, 1999), e reforçam a condição desse modelo assistencial como padrão do cuidado.

Os resultados de estudos observacionais em pacientes do AMIIC mostram desfechos positivos, superando as expectativas gerais de pacientes com IC, a exemplo do nível de atividade física. A IC caracteristicamente acomete pacientes em idade mais avançada, que acumulam comorbidades, e a terapêutica muitas vezes demanda de um número elevado de medicações. Discutir a necessidade de atingir um peso corporal adequado, a manutenção de uma dieta com restrição de líquidos e sódio, o engajamento em um programa regular de atividades físicas, o manejo de fatores psicossociais estressantes e a adesão ao tratamento farmacológico são pontos melhor administrados por equipes interprofissionais, contando com nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e médicos, o que pode justificar os resultados positivos observados (JAARSMA, 2005).

O impacto educacional do AMIIC, em relação a percepções e atitudes dos alunos que se engajam em suas atividades, bem como em termos de impacto institucional e no cuidado com o paciente também convergem com resultados de intervenções direcionadas à educação interprofissional. Um mecanismo importante para que experiências de educação interprofissional impactem positivamente o desenvolvimento de competências profissionais diz respeito à autenticidade e adequação do serviço para que o cuidado prestado tenha reflexo nas necessidades clínico-epidemiológicas da população, garantindo a relevância da assistência prestada. Considerando a importância central que o manejo da insuficiência cardíaca tem na medicina cardiovascular moderna, as experiências proporcionadas nesse contexto ao estudante certamente se configuram como uma prática educacional baseada em evidências (REEVES *et al.*, 2016).

Conclusão/Considerações finais

O AMIIC tem prestado assistência ambulatorial no nível terciário de atenção do Sistema Único de Saúde. Os pacientes são acompanhados por uma equipe interprofissional, preparada para atender o amplo espectro de necessidades que o perfil clínico desses pacientes demanda.

A avaliação contínua de desfechos como a QV denota o impacto que a assistência prestada pelo serviço tem em relação aos objetivos, e indica que o cuidado oferecido pelo ambulatório permite que os pacientes tenham uma vida mais prolongada e de melhor qualidade. A equipe interprofissional que foi formada traz impactos que transcendem a assistência no AMIIC. Abordagens interprofissionais hoje são frequentes em pacientes internados nas enfermarias de cardiologia, que recebem atenção coordenada de diferentes profissionais, otimizando o manejo de suas queixas e a tomada de decisões clínicas. Além disso, foi gerada uma interface para o desenvolvimento de pesquisa clínica envolvendo profissionais de diferentes áreas, que, além de prestar cuidados de forma coordenada, produzem e respondem perguntas de pesquisa unindo a *expertise* particular a cada profissão.

A ampliação das atividades inicialmente direcionadas apenas à residência no AMIIC para alunos de graduação expandiu as possibilidades de treinamento e desenvolvimento de competências em educação interprofissional, um campo ainda sub-representado nas estruturas curriculares. A vinculação do aluno de graduação através de programas de extensão possibilitou avaliação da QV dos pacientes de forma contínua e melhor sistematizada, contribuindo para a análise de evolução dos pacientes do ambulatório e aprimorando a qualidade do cuidado. A aquisição de competências relacionadas ao trabalho interprofissional no contexto da extensão também contribuirá para a formação de profissionais capacitados para desenvolver atividades dessa natureza, que tem demanda crescente no atual contexto clínico-epidemiológico.

O AMIIC funciona hoje com a integração de 4 profissões: medicina, farmácia, nutrição, psicologia. A dinâmica assistencial se beneficiaria com um número maior de profissões, tais como enfermagem, educação física e fisioterapia, e esforços institucionais têm sido desempenhados para que essa ampliação ocorra. Recentemente, a integração com a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde tem sido considerada uma potencial estratégia para suprir essa necessidade.

Como perspectiva futura, a equipe trabalha para validação da versão português do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). O KCCQ é um questionário autoaplicável de 23 questões que quantifica a limitação física, sintomas, auto-eficácia,

interferência social e qualidade de vida de forma específica para pacientes portadores da síndrome de Insuficiência Cardíaca. Esse instrumento foi validado em 2000 para a língua inglesa, porém, ainda não apresenta uma versão traduzida e validada para o português, de modo a poder ser utilizado rotineiramente nos serviços especializados no acompanhamento de pacientes portadores de IC em nosso país.

Apesar da existência de eventuais limitações, ao longo de 10 anos, tem sido possível oferecer através do AMIC uma assistência integral, centrada no paciente, com alto padrão de cuidado e pautada em uma prática baseada em evidências, que tem como reflexo um desfecho positivo: pacientes com IC que vivem mais e que vivem melhor.

Referências

ALBUQUERQUE, D. C. De *et al.* I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2015. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20150031>>.

BENDASSOLLI, I. M. F. *et al.* Avaliação do Nível de Atividade Física de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Através do IPAQ. In: Temas Livres Apresentados no 70º Congresso Brasileiro de Cardiologia, 2015, Curitiba. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2015. v. 105, n.

3, supl. 1, p. 82. Disponível em:

<http://www.arquivosonline.com.br/2015/10503/pdf/TEMAS_LIVRES_70_CBC.pdf>.

BLOOM, M. W. *et al.* Heart failure with reduced ejection fraction. **Nature Reviews Disease Primers**, 2017. v. 3, p. 1–20. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.58>>.

BOCCHI, E. A. Heart Failure in South America. **Current Cardiology Reviews**, 2013. v. 9, n. 2, p. 147–156. Disponível em:

<<http://www.eurekaselect.com/openurl/content.php?genre=article&issn=1573403X&volume=9&issue=2&spage=147>>.

CARVALHO, V. O. *et al.* Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2009. v. 93, n. 1, p. 39–44.

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009000700008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

COSTA, P. V. A. *et al.* Integração de Acadêmicos em Iniciação Científica no Acompanhamento de Pacientes em Ambulatório Multiprofissional: quais os Impactos para o Serviço e para a Educação Médica? In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), 2013, Recife. **Revista de Educação Permanente em Saúde**, 2013. v. 37, n. 3, supl. 1, p. 481-482. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Anais-51-COBEM2013.pdf>>.

DOKAINISH, H. *et al.* Global mortality variations in patients with heart failure: results from the

International Congestive Heart Failure (INTER-CHF) prospective cohort study. **The Lancet Global Health**, 2017. v. 5, n. 7, p. e665–e672.

GIAMOUZIS, G. *et al.* Hospitalization epidemic in patients with heart failure: Risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. **Journal of Cardiac Failure**, 2011. v. 17, n. 1, p. 54–75. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.08.010>>.

JAARSMA, T. Inter-professional team approach to patients with heart failure. **Heart**, 1 jun.

2005. v. 91, n. 6, p. 832–838. Disponível em:

<<http://heart.bmj.com/cgi/doi/10.1136/hrt.2003.025296>>.

JENSEN, L. *et al.* Improving Heart Failure Outcomes in Ambulatory and Community Care: A Scoping Study. **Medical Care Research and Review**, 26 out. 2017. v. 74, n. 5, p. 551–581.

Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558716655451>>.

KASPER, E. K. *et al.* A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. **Journal of the American College of Cardiology**, 2002. v. 39, n. 3, p. 471–480. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S07351097\(01\)01761-2](http://dx.doi.org/10.1016/S07351097(01)01761-2)>.

MCALISTER, F. A. *et al.* Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. **Journal of the American College of Cardiology**, 2004. v. 44, n. 4, p. 810–819. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055>>.

MOHAMMED, M. A.; MOLES, R. J.; CHEN, T. F. Impact of Pharmaceutical Care Interventions on Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. **Annals of Pharmacotherapy**, 2016. v. 50, n. 10, p. 862–881.

NEUBAUER, S. The Failing Heart – An Engine Out of Fuel. **New England Journal of Medicine**, 15 mar. 2007. v. 356, n. 11, p. 1140–1151. Disponível em:

<<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra063052>>.

OLIVEIRA, D. F. M. *et al.* Engaging medical students in real-life interprofessional experiences.

Medical Education, maio. 2017. v. 51, n. 5, p. 552–553. Disponível em:

<<http://doi.wiley.com/10.1111/medu.13310>>.

OLIVEIRA, D. F. M. *et al.* School of Medicine of Federal University of Rio Grande Do Norte: A traditional curriculum with innovative trends in medical education. **Medical Teacher**, 2018. v. 0, n. 0, p. 1–5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1440080>> PAULA, C. S. S. *et al.* Abordagem interprofissional como estratégia para a melhoria da assistência integral ao paciente internado com insuficiência cardíaca. In: Resumo das comunicações do XIV Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca, 2015, Rio de Janeiro.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2015. v. 105, n. 1, supl. 1, p. 34. Disponível em:

<http://www.arquivosonline.com.br/2015/10501/pdf/deic_2015.pdf>.

PAULA, V. T. *et al.* Utilização do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire para análise de qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca de serviço de referência em Natal - RN. In: Resumo das comunicações do XII Congresso Brasileiro de Insuficiência Cardíaca, 2013, Porto de Galinhas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2013. v. 101, n. 1, supl. 1, p. 16. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/10101/pdf/deic_2013pdf.pdf>

PESSOA, R. S. *et al.* Evolução da satisfação sexual na qualidade de vida de pacientes acompanhados em um serviço de referência em Insuficiência Cardíaca do Nordeste do Brasil. In:

Resumo das comunicações do XVIII Congresso Norterriograndense de Cardiologia, 2015, Natal.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2015. v. 105, n. 3, supl. 2, p. 1. Disponível em:

<www.arquivosonline.com.br/2015/10503/pdf/Resumos_Cardiologia.pdf>

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, 2016. v. 38, n. 7, p. 656–668.

RICH, M. W. *et al.* A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure. **New England Journal of Medicine**, 1995. v. 333, n. 18, p. 1190–1195. Disponível em:

<<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199511023331806>>.

STEWART, S.; MARLEY, J. E.; HOROWITZ, J. D. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. **The Lancet**, set. 1999. v. 354, n. 9184, p. 1077–1083.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/675826>>.

WANG, C. S. Does This Dyspneic Patient in the Emergency Department Have Congestive Heart Failure? **JAMA**, 19 out. 2005. v. 294, n. 15, p. 1944. Disponível em:

<<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.294.15.1944>>.

YANCY, C. W. *et al.* 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: Executive summary: A report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, 2013. v. 62, n. 16, p. 1495–1539. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.05.020>>.

INTEGRANDO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO, NA PERSPECTIVA INTERPROFISSIONAL

Área Temática: Saúde.

Elaine Cristina Alves¹; Caroline Araújo Lemos Ferreira²; Lucas Dantas Lima³; Andreia Alves Praxedes de Aquino⁴; Adriane Denise Fonseca Lopes⁵; Alessandra Pinheiro da Silva⁵; Amanda de Melo Cândido⁵; Ana Paula Ferreira da Silva⁵; Debora Gabriela Fernandes Assunção⁵; Geisa Andréa de Menezes Chaves⁴; Janice França de Queiroz⁴; Janine Conceição de Araújo e Silva⁵; Kerolayne Fonseca de Lima⁵; Lahelya Carla de Andrade Oliveira⁵; Manuela Mayara de Medeiros Nunes⁴; Mariana Carvalho da Costa⁴; Momyka Ferreira Borges⁵; Robson Mechel Berto da Silva⁵; Rômulo Helton de Araújo⁵; Ruth Batista Bezerra⁵; Salomé Ribeiro da Silva⁵; Thatiane Monick de Souza Costa⁵

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC); Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

Resumo

Introdução: A prática do aleitamento materno (AM) é importante para o vínculo mãe-filho, além disso, também é a mais sábia estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui uma sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil, como se não bastasse, é de grande relevância para os profissionais de saúde em exercício e em formação em uma maternidade escola do Rio Grande do Norte. Objetivo: Promover o empoderamento das gestantes, puérperas e seus acompanhantes no cuidado integral aos recém-nascidos, assistidos pela Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), pela equipe da Residência Multiprofissional, docentes e discentes da graduação, proporcionando atividades

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Centro de Ciências da Saúde (CCSA). Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES).

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Graduação em Psicologia.

⁴ Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Intensivismo Neonatal

práticas interprofissionais no processo de formação e de trabalho. Método: É realizada a capacitação com os colaboradores sobre AM e Método Canguru, reuniões de planejamento e oficinas para construção de materiais. São realizadas ainda ações de educação em saúde utilizando a metodologia de “Rodas de Conversa” e recursos lúdicos, produzidos nas oficinas. Os encontros ocorrem duas vezes por semana em algumas unidades e enfermarias do hospital. Resultados: De março a dezembro/2017 foram realizados 63 rodas, com 664 participações de usuários, sendo 92% de pessoas do sexo feminino e 8% do sexo masculino; de setembro a dezembro 36% das participações foram de moradores de Natal, e 55% de interioranos. A faixa etária predominante foi dos 27 aos 36 anos, porém abrangendo um público de 12 a 63 anos. Conclusões: Percebeu-se que os encontros propiciaram a disseminação de informações indispensáveis ao manejo do AM, a desmistificação de alguns mitos relacionados ao AM e orientações sob adoção de hábitos saudáveis, levando a conscientização do público-alvo quanto ao seu papel ativo para o fortalecimento dessas práticas. Também configurou-se por atividades educacionais colaborativas e integrativas, com a perspectiva interprofissional do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Integração Ensino-Serviço. Relações Interprofissionais. Educação em Saúde.

Introdução

A prática do aleitamento materno configura uma temática de grande relevância para os profissionais dos mais diversos campos do saber, sobretudo, no que se refere à saúde. Dados da literatura apontam que o aleitamento materno é a mais sábia estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui uma sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009). Estima-se, portanto, que ações de promoção do aleitamento materno sejam capazes de diminuir em até 13% a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES, 2003 *apud* BRASIL, 2015). Assim, envolver a mãe nos cuidados com o seu filho e a promoção do vínculo mãe/filho desde o nascimento, são condições indispensáveis para a qualidade de vida e a sobrevivência do recém-nascido.

Quanto à saúde da criança, a amamentação oferece benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos, econômico-sociais e de aporte para o desenvolvimento; além dos benefícios à saúde materna, de modo que ações de incentivo, promoção e apoio ao

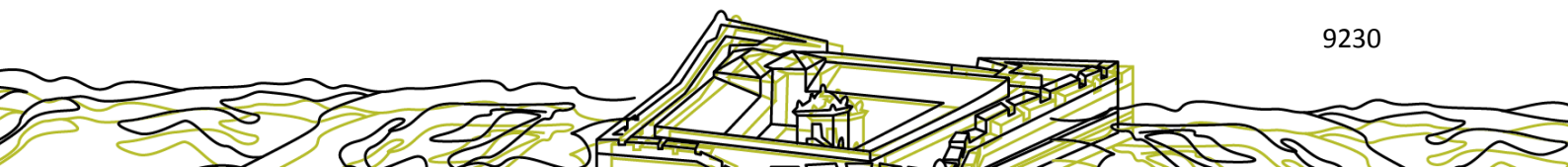
aleitamento materno devem fazer parte do repertório de intervenções da equipe de saúde (ALMEIDA, LUZ, UED, 2015).

A Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) é um hospital escola pertencente à rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) especializado no atendimento às gestantes e recém-nascidos de alto risco, tido como serviço de referência para o Estado do Rio Grande do Norte. A Maternidade Escola é a maior maternidade do estado do Estado e realiza em média 331 partos por mês, segundo o Setor Unidade de Monitoramento de Avaliação Ambulatorial e Hospitalar da MEJC. Cientes da responsabilidade educacional, sanitária e social desta instituição, percebe-se a necessidade de subsidiar o empoderamento das puérperas e seus acompanhantes para maior autonomia no cuidar (de si e de seu recém-nascido) e de fortalecê-las na vivência do aleitamento materno, evidenciando a valoração da troca dialógica com a equipe multidisciplinar em saúde envolvida na assistência à díade mãe-filho. Além de ser cenário para o processo de aprendizagem do ensino em serviço, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Desse modo, para que seja possível um trabalho efetivo na promoção do aleitamento materno, é imprescindível considerar um trabalho interdisciplinar, levando em conta que esta temática está atravessada por diversas perspectivas e olhares, de modo que o diálogo interprofissional faz-se necessário. Assim, os discentes de Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) envolvidos neste projeto, têm a oportunidade de atividades práticas extracurriculares, que complementam os componentes curriculares, previstos nos Projetos Políticos Pedagógicos dos seus cursos.

Busca-se, desta forma, correlacionar a teoria com a prática, preenchendo algumas lacunas que possam existir na formação destes profissionais, proporcionando a vivência do trabalho em equipe, de forma interprofissional, com práticas voltadas para a promoção e cuidado integral à saúde no ambiente hospitalar, sendo uma forma de estabelecer no processo de trabalho a integração ensino-serviço-comunidade.

Portanto, o projeto “A integração ensino-serviço na promoção do aleitamento materno: uma estratégia multiprofissional entre a graduação e a pós-graduação.” surgiu como uma ferramenta de contribuição e continuidade para a atenção à saúde prestada ao binômio supracitado, intervindo de forma direta para a promoção e proteção do aleitamento materno e, indiretamente, para a redução da morbimortalidade infantil do nosso estado. Ademais é uma estratégia significativa para a aproximação entre a



academia e o serviço de saúde, e muito importante para a formação dos discentes da graduação e da pós-graduação, que participam da ação.

Outro ponto importante a se destacar, é que a Maternidade Escola Januário Cicco é uma Hospital Amigo da Criança, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem como objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A base da iniciativa são os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (OMS, 2001) usados para capacitar toda a equipe hospitalar que trabalha com mães e bebês e para informar sobre o correto manejo do aleitamento materno bem como seus benefícios, sinalizando as desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, e das mamadeiras e chupetas (BRASIL, 2011).

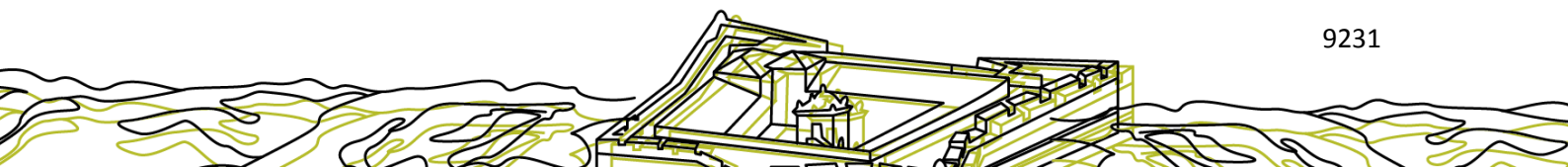
O Hospital Amigo da Criança é caracterizado por um estabelecimento reconhecido de saúde que ofereça informações completas e corretas sobre as vantagens da amamentação natural. A iniciativa promove a capacitação de profissionais de saúde e da própria maternidade a adotar práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento, bem como para prestarem informações corretas sobre a amamentação (LAMOUNIER, 1998).

Portanto, este projeto de extensão busca qualificar tanto os profissionais que prestam assistência às estas gestantes, puérperas e acompanhantes, como também empoderar essas mães para o cuidado a seus recém-nascidos, numa perspectiva interprofissional do cuidado integral à saúde. E evidenciar a importância desta iniciativa, pois é a única existente na maternidade em questão, enfatizando-se assim sua importância, pois esta instituição tem o compromisso de ser um Hospital Amigo da Criança.

Metodologia

Inicialmente, foram realizados treinamentos sobre “*Manejo Clínico do Aleitamento Materno*” e “*Sensibilização do Método Canguru*” para os profissionais envolvidos com o público alvo do projeto, os discentes da graduação e os residentes multiprofissionais do primeiro ano (R1), com a carga horária 20 e de 30 horas, respectivamente. Tais cursos são promovidos pela maternidade em sua agenda oficial há alguns anos. Após este treinamento, os colaboradores participaram de reuniões para o planejamento das atividades de educação em saúde, bem como da execução das mesmas com as gestantes, puérperas e acompanhantes.

Para o encontro com as puérperas e gestantes internadas no serviço, foram realizadas 63 atividades de educação em saúde, usando também a metodologia de “rodas de



conversa” e materiais lúdicos. As atividades tiveram uma frequência de duas vezes por semana, voltadas para o público atendido nas Unidade de Obstetrícia, Unidade de Gestação de Alto Risco, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade do Método Canguru. Esta distribuição de locais se fez necessária em virtude da acessibilidade para estas pacientes.

Nas rodas de conversa, priorizou-se a valorização dos diferentes saberes, de modo acolhedor, oferecendo a oportunidade de esclarecer dúvidas pertinentes, compartilhamento de suas experiências e sentimentos em relação ao cuidar; buscando a colaboração para troca de conhecimentos entre todos os envolvidos: nutrizes, residentes, graduandos, equipe multiprofissional (tutores, preceptores e residentes) de saúde do serviço e docentes, assim, fortalecendo o elo ensino-serviço-comunidade.

A equipe de assistência fora composta por 14 residentes (nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas), 12 profissionais de saúde de diferentes áreas e 5 alunos de graduação ao longo do ano de 2017. A condução dos encontros foi protagonizada pelos discentes da graduação e p s-graduação, subsidiados pela equipe de serviço, a fim de estimular o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades interdisciplinares no cenário de educação em saúde. Cada encontro, foi composto pelas seguintes etapas:

1. **Acolhimento:** momento dinâmico de integração de grupo;
2. **Socialização dos Saberes:** podendo ter apresentação da temática por meio vídeos, exposições (em painel), músicas, poemas, textos e outras atividades lúdicas, provocando o diálogo entre os participantes e propiciando expansão dos conhecimentos;
3. **Encerramento:** podendo haver dinâmicas de reflexão sobre o tema do dia ou temáticas afins.
4. **Avaliação e assinatura da lista de frequência:** uma avaliação qualitativa feita pelos participantes, de forma verbal, da roda daquele dia. Após isso, pedia-se aos participantes que assinassem a lista de frequência.

O planejamento dos momentos se fez por meio de oficinas para a construção de materiais lúdicos e educativos, com o objetivo de desenvolver uma linguagem e metodologia acessível a maior parte da comunidade. Além disso, foram realizados grupo de estudo com textos acadêmicos inerentes ao tema, por meio da metodologia Clube de Revista (CR), envolvendo preceptores, discentes da graduação e p s-graduação, e demais interessados. O CR é uma abordagem interativa utilizada no ensino na saúde que propicia um ambiente no qual é possível ensinar e avaliar

métodos científicos de forma crítica por meio da análise da literatura com a participação de preceptores e residentes (VALENTINI; DANIELS, 1997 *apud* VIEIRA et. al., 2014).

Os temas e as atividades foram escolhidos e abordados de forma interdisciplinar e incluíram: Cuidados com o recém-nascido e sua alimentação; imunização na infância; cuidados e hábitos saudáveis para nutrizes; saúde sexual, reprodutiva e ao planejamento familiar; uso racional de medicamentos na lactação; mitos e verdades sobre aleitamento materno, bem como temas sugeridos pelos participantes.

É importante frisar que entre os meses de março a agosto o projeto não contou com a presença de um bolsista, somente de setembro a dezembro. Com a entrada do bolsista houve mudança da lista de frequência, ela passou a coletar mais informações sobre os participantes. Nesse sentido, alguns dados só puderam ser coletados entre o período de setembro a dezembro, tais como: local de moradia, grau de parentesco, situação (se gestante, puérpera, visitante ou acompanhante). Dessa forma, os dados a seguir serão apresentados em duas seções.

Resultados e Discussão

De março a dezembro/2017 foram realizadas 63 rodas, com 664 participações de usuários. O projeto foi caracterizado por um número expressivo de participações de usuárias do SUS, 609 (92%), que compreende as mães (gestantes e puérperas), familiares (avós da criança, filhas mais velhas, sogra, cunhada, prima, irmãs, tias). Observou-se ainda um total de 55 participações de usuários do sexo masculino (pai, companheiro, avô, filho, primo), representando 8%.

Esse resultado expressivo de mulheres é esperado em função de se tratar de uma maternidade, e culturalmente as mulheres da família recebem a atribuição do cuidado à gestante e puérpera (PRATES, SCHMALFUSS, LIPINSKI, 2015). No entanto, a participação dos homens embora muito menor numericamente foi significativa em dúvidas e apontamentos trazidos para a roda.

Nesse sentido, o projeto de extensão referido contribui ainda mais dando voz ao parceiro ou homem que esteja no momento da roda, facilitando seu auxílio uma vez que o possibilita expressar dúvidas e conflitos.

Outrossim, o maior número de participações do público foi no mês de agosto, conforme figura 1, em função do evento comemorativo da Semana Mundial de Aleitamento Materno, realizada, em 2017, na MEJC, entre os dias 01 a 04 de agosto, no qual

ocorreram várias atividades simultâneas e diárias com envolvimento dos colaboradores do projeto.

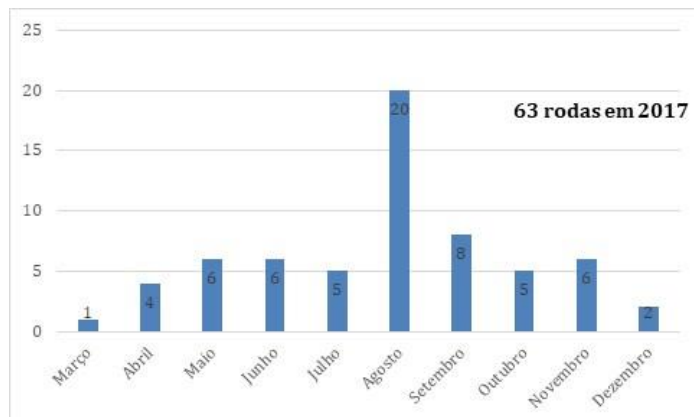
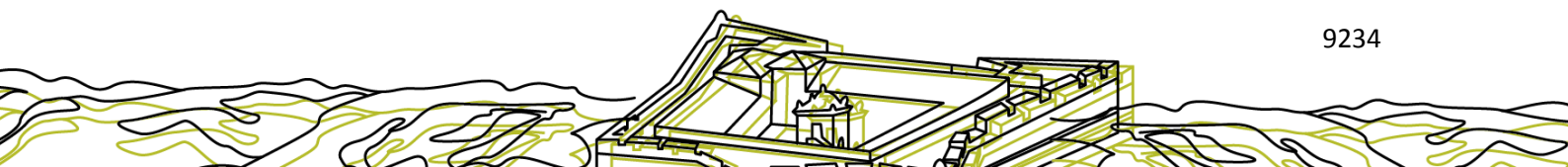


Figura 1 – Distribuição das rodas por mês.

A Semana Mundial de Aleitamento Materno teve sua criação em 1992 pela Aliança Mundial de Ação pró-amamentação visando promover as metas da Declaração de *Innocenti*. Esse documento foi elaborado em 1990 após um encontro organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e apresenta objetivos para promover e proteger o aleitamento materno para reduzir a mortalidade infantil (REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO, 2016). Nesse sentido, as rodas de conversas desenvolvidas na MEJC pelo projeto de extensão auxiliaram na participação do evento com mobilização simultânea em 120 países com objetivo de contribuir na redução da morbimortalidade infantil.

Além disso, os meses com menor quantidade de rodas (março e dezembro) coincidem com a entrada e preparo de novos residentes para o trabalho, e apresentação parcial do trabalho de conclusão de curso dos residentes (R1), respectivamente, o que demandou investimento da equipe em outras atividades em detrimento das rodas de conversa.

A seguir, a participação dos graduandos e dos profissionais de saúde (residentes e preceptores) está descrita na figura 2.



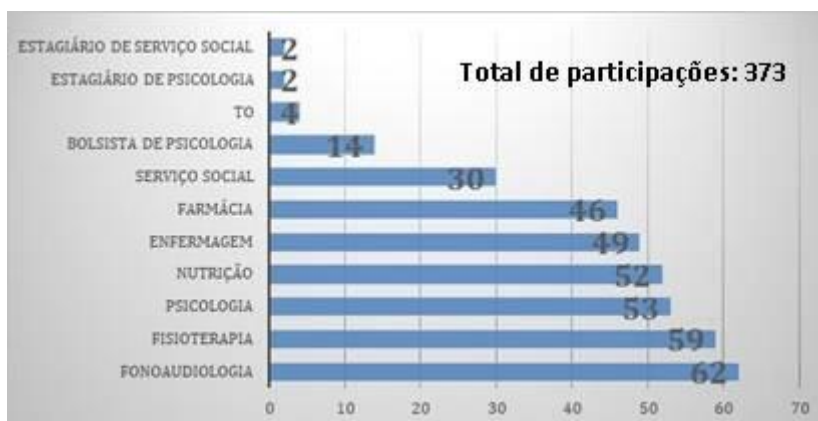


Figura 2 – Participação dos graduandos e profissionais de saúde (residentes e preceptores).

Quanto às participações de residentes, preceptores e estudantes de graduação, destacam-se a presença de várias áreas de conhecimento relacionadas à saúde, com maior ênfase a participação dos profissionais de fonoaudiologia, um saber muito requisitado dentro do hospital em função dos problemas com a pega inadequada do bebê no seio da mãe. No entanto, encontra-se significativa participação de várias áreas do saber, indicando a multidisciplinaridade do trabalho e das demandas das mães.

Ademais, o projeto contou com poucas participações de alunos da graduação, esse fator pode estar relacionado há uma falta de aproximação/inserção de docentes de alguns cursos de graduação dentro deste ambiente hospitalar.

Os dados a seguir representam informações coletadas somente entre os meses de setembro a dezembro de 2017 em função da entrada de um bolsista, o que viabilizou a mudança da ficha de preenchimento de informações e maior coleta de dados dos participantes.

A maior participação do público nas rodas foi de puérperas, seguido pelo de gestantes, conforme figura 3.

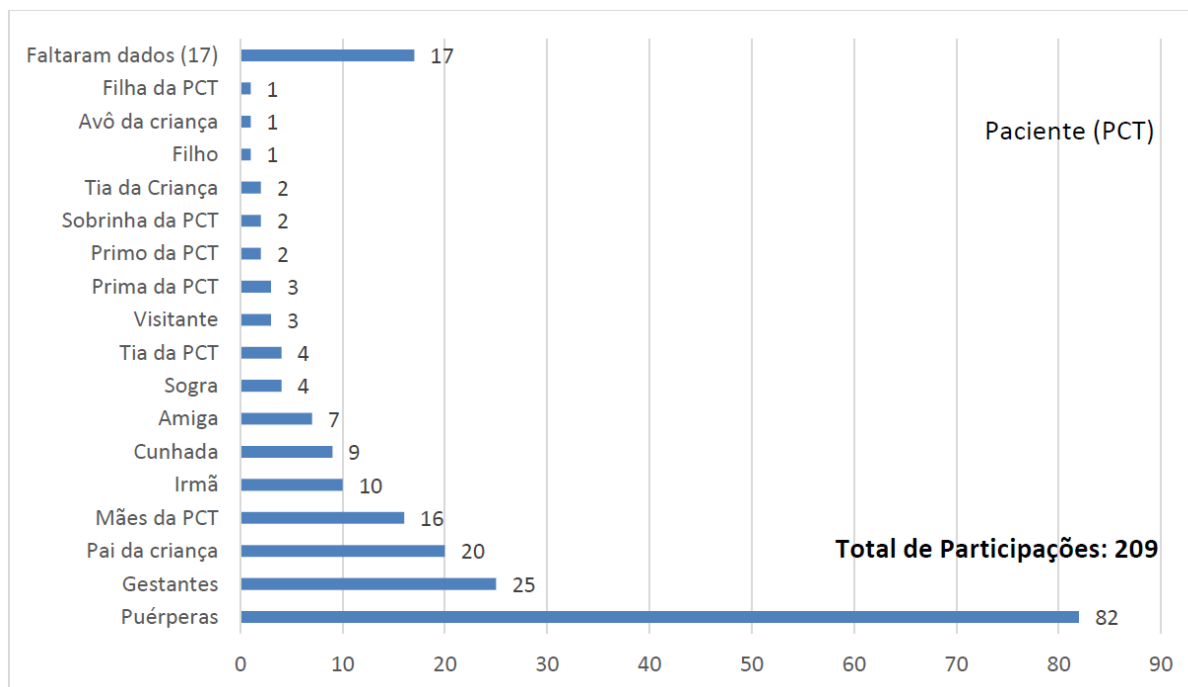
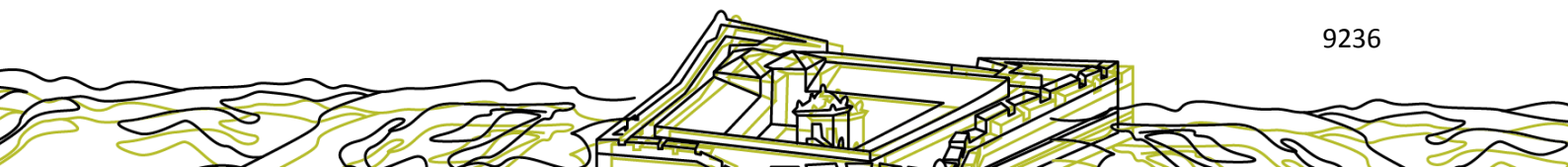


Figura 3 – Caracterização do público participante (setembro a dezembro).

Esse dado se relaciona com a maior rotatividade no serviço das puérperas em relação às gestantes, pois estas acabam ficando um período de internação maior, devido aos tratamentos clínicos. Destaca-se a maior frequência das rodas em setores de assistência pós-parto em função dessa grande rotatividade, no intuito de atingir o maior público possível.

Percebe-se também, a partir da figura 3, que a rede de apoio das mães assistidas pelo hospital compõe-se por um número expressivo de homens em relação às mulheres, destacando-se o pai da criança. No entanto, no somatório geral de todos os graus de parentesco, a rede de apoio é composta majoritariamente por mulheres da família, uma realidade muito presente no sistema de saúde e apontado pela literatura (PRIMO et al., 2015).

Esse dado demonstra que as mães assistidas pelo hospital recebem ajuda principalmente de outras mulheres da família, em especial suas mães, porém a figura masculina também adentra ao hospital. A participação masculina nos sistemas de saúde sofre pelas várias interferências culturais e institucionais (BRASIL, 2009; FONTES et al., 2011). No entanto, desde 2005, a lei 11.108, conhecida como a Lei do Acompanhante favorece a entrada do homem dentro do SUS. Além disso, visando promover maior participação do homem dentro do ambiente da maternidade a MEJC,



em 2017, elaborou um programa chamado “Maternidade Amiga do Pai” onde diversas atividades são desenvolvidas diariamente (BRASIL, 2017).

Dos meses de setembro a dezembro, das 209 participações 76 delas (36%) foram de usuários residentes em Natal, e 115 (55%) residentes nos diversos interiores do estado, conforme figura 4.

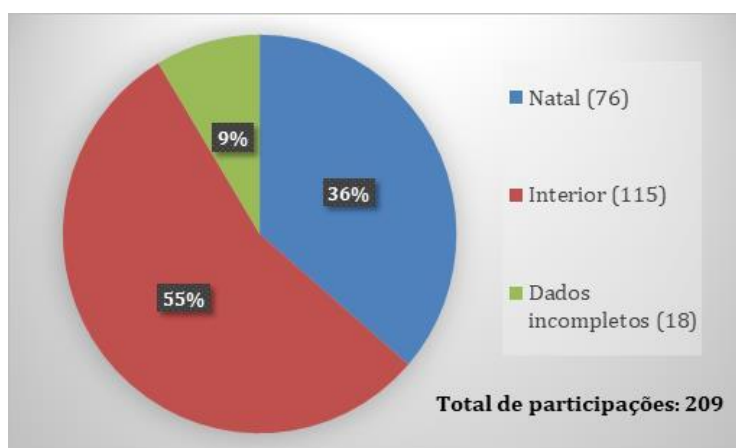


Figura 4 – Local de moradia do público

Estes dados retratam o perfil e a importância da Maternidade Escola Januário Cicco como a maior maternidade do RN e de referência em Gestaçã de Alto Risco para nosso Estado. Assim, as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão contribuem para a difusão da promoçã e proteção do aleitamento materno em vãrios interiores do Estado, abrangendo regiões distantes da capital e com possíveis dificuldades de acesso às informações.

As idades dos participantes giraram em torno da faixa de 27 a 36 anos de idade, porém com uma participação feminina de 12 a 63 anos, conforme figura 5.

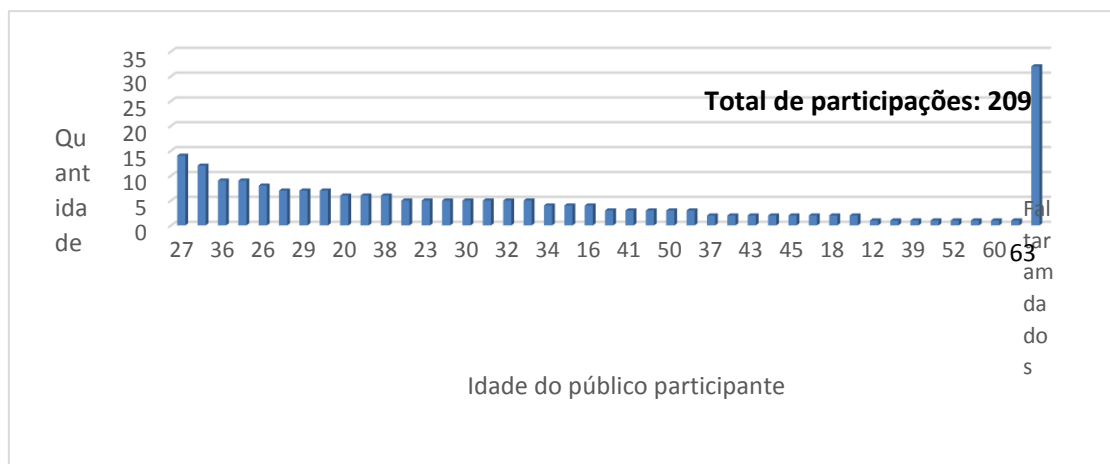


Figura 5 - Idade do público participante.

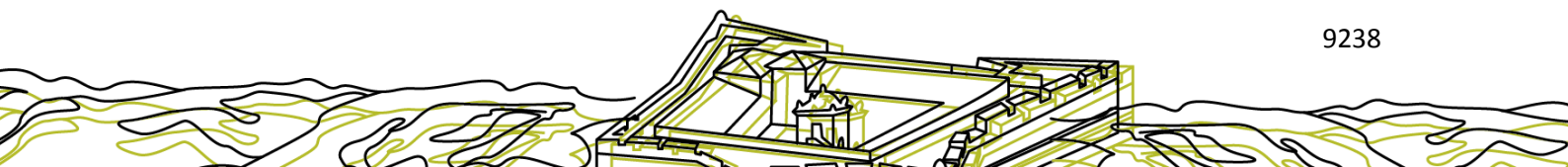
A partir desses dados, percebe-se a grande abrangência de faixas etárias do projeto, o que favorece o empoderamento feminino diante da prática do AM, uma vez que fortalece a rede de apoio, composta majoritariamente por mulheres, e de diferentes idades. Ademais, o papel das mulheres mais velhas tais como mães e avós é importante, pois influencia na promoção e proteção do AM, uma vez que é uma prática permeada pela cultura (PRATES, SCHMALFUSS, LIPINSKI, 2015). Ou seja, o projeto consegue discutir mitos e estigmas sobre a amamentação que podem estar presentes em gerações mais antigas e sendo ensinadas às presentes mães.

Outrossim, sobre os cursos de capacitação promovidos com a ajuda do projeto de extensão supracitado, o curso de Manejo Clínico da Lactação foi realizado entre 23 a 25 de maio com carga horária de 20h, contando com a participação de 45 pessoas e 8 palestrantes. E o Curso de Sensibilização do Método Canguru foi realizado entre 08 a 10 de agosto, com 30h de carga horária contou com a participação de 25 profissionais e 08 tutores.

Com base nesses dados, encontramos o incentivo e a propagação da cultura do AM dentro do hospital, favorecendo a incorporação de práticas saudáveis no que diz respeito a esse tema por parte dos profissionais que lá trabalham.

Conclusão/Considerações Finais

Percebeu-se que os encontros propiciaram a disseminação de informações indispensáveis ao manejo do AM, a desmistificação de alguns mitos relacionados ao tema, fornecendo orientações sobre adoção de hábitos saudáveis, levando a



conscientização do público-alvo quanto ao seu papel ativo para o fortalecimento dessas práticas. Também configurou-se em cenários práticos para as atividades educacionais colaborativas e integrativas, com um forte apelo ao trabalho em equipe, tão essenciais para o processo de formação destes profissionais/discentes para melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada pelo nosso SUS.

A partir dessa perspectiva de equipe, percebeu-se troca de saberes entre participantes-participantes e participantes-profissionais, o que promoveu a oportunidade de vivenciar o trabalho em equipe e de forma interprofissional, estimulando a construção de uma rede de apoio e de compartilhamento de informações.

Além disso, este projeto trouxe muitos benefícios, tais como: incentivo ao empoderamento e autonomia dos clientes, favoreceu o desenvolvimento de habilidades comunicativas dos profissionais; disseminação da cultura do aleitamento materno no interior da maternidade e multiplicação em suas cidades de origem; e incentivo à capacitação/atualização profissional em Aleitamento Materno e Método Canguru.

Considera-se que o objetivo proposto por esse projeto de extensão foi alcançado durante o ano de 2017. No entanto, nosso trabalho apresentou algumas limitações como: parte dos dados não puderam ser coletadas antes de setembro e sobrecarga dos profissionais envolvidos na assistência e conseqüente redução, em meses específicos, do número de atividades.

Assim, dentre as sugestões para melhoria com a continuidade do projeto, acreditamos que deverá acontecer uma melhor conscientização a respeito da importância do aleitamento materno institucionalmente, buscando uma maior participação dos profissionais da maternidade nas atividades de educação em saúde e promover uma maior integração entre a equipe multiprofissional e as pacientes assistidas pela Januário Cicco.

Referências

ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga.

Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015.



BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Unidade em Natal lança programa “Maternidade Amigo do Pai”**. 2017. Disponível em:

<<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticia-destaque1/->

[/asset_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/1900707/2017-03-unidade-em-natal-lancaprograma-maternidade-amigo-do-pai->](http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticia-destaque1/-/asset_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/1900707/2017-03-unidade-em-natal-lancaprograma-maternidade-amigo-do-pai->). Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Gráfica e Editora Brasília, 2009. 92 p. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

BRASIL (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Aleitamento_Complementar_MS.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

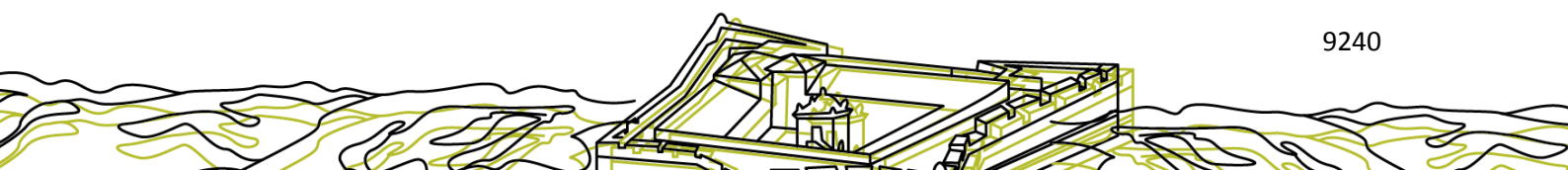
BRASIL. (Brasil). Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: S.n., 2011. 19 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf>.

Acesso em: 02 abr. 2018.

BRASIL (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Editora Ms, 2015. 152 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.





FONTES, Wilma Dias de et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, S.L., v. 20, n. 3, p.430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

LAMOUNIER, J.A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 44, n. 4, p. 319-324, 1998.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Brasília (DF): A Organização; 2001.

PRATES, Lisie Alende; SCHMALFUSS, Joice Moreira; LIPINSKI, Jussara Mendes. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v.

19, n. 2, p. 310-315, 2015 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000200310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 abr. 2018.

PRIMO, Cândida Caniçali et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação.

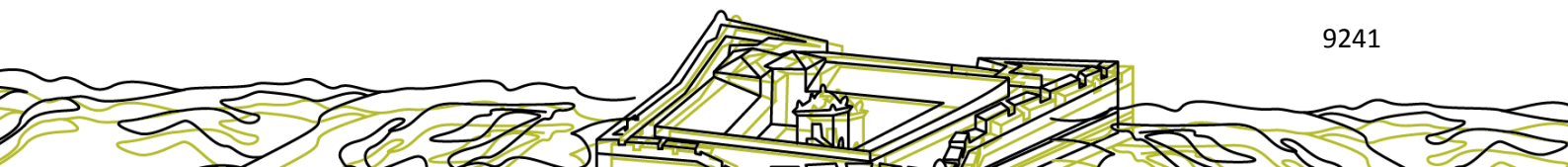
Cogitare Enferm, S.L., v. 20, n. 2, p.427-433, 2015. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/html/4836/483647679024/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. **Semana Mundial de Aleitamento Materno: SMAM**. [2016]. Disponível em:

<<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

VIEIRA, Joaquim Edson et al. Avaliação do clube de revista de anestesiologia por meio de mudanças semânticas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, S. L., v. 64, n. 4, p.258-262, 2014.



ARTICULAÇÃO ENTRE A INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR, SERVIÇO DE SAÚDE E COMUNIDADE NO COMBATE AO AEDES AEGYPTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área temática: Saúde

Jordana de Oliveira Freire¹; Soraya Maria de Medeiros²; Marília Souto de Araújo³; Nayara Cristina da Silva Bento⁴; Fillipi André Santos da Silva⁵; Bianca Calheiros Cardoso⁶; Wanesca Caroline Pereira⁷; Leandro Melo de Carvalho⁸; Naryllenne Maciel de Araújo⁹; Márcia Laélia de Oliveira Silva¹⁰; Raissa Lima Coura Vasconcelos¹¹; Anderson Felipe de Souza¹²; Marília Flávia Brito de Lima¹³.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

A universidade está ancorada sobre os pilares, do ensino, da pesquisa e da extensão acadêmica, no qual atuam constantemente de forma efetiva. Nesse âmbito é que se insere o presente trabalho, considerando a importância da extensão tanto para a formação dos estudantes quanto para um retorno ao serviço e a sociedade, visando a integração entre a Instituição de Ensino Superior, os serviços de saúde e as instituições educativas, no planejamento e execução de ações para prevenção e redução dos casos de Dengue, Zika e Chikungunya, tendo em vista a redução dos altos índices e gravidade das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* e as epidemias vivenciadas no contexto brasileiro. Com isso, objetiva-se relatar um projeto de extensão desenvolvido por estudantes da graduação em enfermagem ancorado no Programa Saúde na Escola. O projeto foi desenvolvido em escolas da cidade de Natal -RN, no bairro de Candelária e dividido em cinco etapas. Como resultados o projeto conseguiu sensibilizar estudantes e profissionais de nível fundamental e médio acerca da importância da prevenção e redução das arboviroses, além disso, levantou questões de importância ambiental, que foram abordadas ao final do projeto e os alunos se mostraram conscientes e

preocupados quanto a essa importância mundial. Dito isso, conclui-se que este projeto contribuiu no que se refere à ampliação do conhecimento acerca destas doenças, devido ao envolvimento da instituição de ensino superior na pré-escola e nas escolas de ensino fundamental. O trabalho educativo desenvolvido pelos discentes da graduação, favoreceu ao aprendizado de medidas preventivas, que serão replicadas pelas crianças e adolescentes, ultrapassando os muros da escola, envolvendo a comunidade e disseminando informações sobre o combate ao *Aedes aegypti* e as arboviroses.

Palavras-chave: Saúde escolar; Educação em saúde; *Aedes aegypti*; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Uma das principais preocupações atuais das universidades brasileiras é quebrar o paradigma da educação tradicional, na qual só existe a transmissão de conhecimento do professor para o aluno. Este método de ensino não fornece ao graduando uma aprendizagem crítica, relacionada com a realidade, como também não o prepara para situações em que ele precisará trabalhar em equipe, observar, analisar, explorar e buscar soluções para problemas identificados (BISCARDE et al; 2014; BORDENAVE, 1994).

Desta forma, a construção da universidade está ancorada sobre os pilares, do ensino, da pesquisa e da extensão acadêmica, no qual atuam constantemente de forma efetiva. Podemos dizer que a extensão acadêmica possui destaque quando se discute o papel social de uma Instituição de Ensino Superior (IES), pois faz a ponte entre os saberes acadêmicos (gerados no ensino e na pesquisa) e o popular, realizando ações de integração junto à comunidade, objetivando a transformação social (RODRIGUES, 1993).

Os centros universitários brasileiros são os maiores formadores de cultura, uma vez que estão engajados em pesquisa e ensino, no entanto o êxito de projeto de extensão só é garantido quando todo esse conhecimento chega à população, formando assim um elo entre a instituição e a comunidade (RODRIGUES et al; 1993).

Segundo Biscarde et al; (2014) e Rodrigues et al; (1993) a formação do aluno do curso de enfermagem deve ser voltada não só para o conhecimento clínico e prático, mas também para a formação política social e isso só é possível quando o

estudante se coloca no lugar do outro, exercício que é facilitado nos programas de extensões universitárias.

O simples fato de fazer com que o discente leve seu conhecimento à população faz com que haja uma integração entre a universidade e os trabalhadores que atuam diretamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (BISCARDE et al; 2014), além de promover a assistência à comunidade (RODRIGUES et al; 1993).

O enfermeiro tem o papel de promover a educação em saúde, causando o avanço da assistência integral à crianças e adolescentes. Felizmente este conteúdo pode ser trabalhado de maneira multiprofissional (SIGAUD et al; 2017), aumentando assim o elo entre as escolas e profissionais da saúde.

Para além disso, as escolas são consideradas espaços ideais para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, principalmente quando este é estimulado por vias externas, desencadeando a construção de crenças, valores e conceitos capazes de interferir diretamente na produção social da saúde. Além disso, é considerado um espaço privilegiado quando se tratando da promoção e prevenção da saúde, criando o conceito de escolas promotoras de saúde (BRASIL, 2011).

É nesse sentido que surge o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 pelo Ministério da Saúde, visa a intersetorialidade entre o ambiente escolar e a Estratégia Saúde da Família. Faz com que os profissionais de saúde estejam próximos à realidade da criança e do adolescente em idade escolar, além de relação com os profissionais na educação, focando em suma síntese na promoção e prevenção da saúde (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015).

Em suma, vê-se a escola como local para prática social. Na qual as propostas de ensino voltadas para a saúde devem acompanhar o raciocínio crítico, deixando o aluno livre para ter discernimento sobre como alcançar a melhoria na qualidade de vida. E os profissionais devem estar capacitados para alcançarem uma comunicação efetiva com a comunidade (SANTOS, 2016; CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015).

O PSE atrelado às extensões universitárias conseguem fortalecer ações na perspectiva de integrar saúde e educação no enfrentamento das vulnerabilidades, e proporcionar dentro do ambiente escolar e comunidade a ampliação de ações de saúde para estudantes e profissionais da rede pública da educação básica de maneira permanente e continuada (BRASIL, 2018).

Um dos principais temas a serem abordados em projetos de extensão universitárias são as arboviroses, pois acredita-se que anualmente 50 milhões de pessoas são infectadas por um desses vírus, dentro desses casos estima-se que ocorra 500 mil casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e aproximadamente 21 mil óbitos, sendo esta evolução mais comum em crianças (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da saúde (2012), já ocorreram, nos últimos 20 anos, quatro grandes epidemias. Estes surtos ocorreram nos anos de 1998, 2002, 2008 e 2010, sendo causadas pelos sorotipos 1, 3, 2 e 1, respectivamente. No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico da semana oito de 2018, estima-se que houveram o registro de 38.043 casos prováveis de Dengue, 9.493 casos de febre Chikungunya e 705 casos prováveis de Zica.

A Dengue é uma das doenças presente na região dos trópicos, a temperatura agradável e as chuvas frequentes facilitam a reprodução do mosquito transmissor. Pode atingir a área urbana e regiões rurais. Está relacionada ao adoecimento de homens e mulheres de diferentes faixas etárias (DONALÍSIO; GLASSER, 2001). Pode ser dividida em Dengue clássica e febre hemorrágica por dengue, sendo a última um estágio mais preocupante da doença (SOUZA, 2008).

A Chikungunya foi descrita pela primeira vez em 1950, sendo caracterizada por quadros febris unidos a dores articulares intensas, cefaleia e mialgia, geralmente o paciente está curado em até 10 dias, contudo existem casos em que a dor perdurou após esse intervalo de tempo. (DONALÍSIO E FREITAS, 2015).

Semelhante às demais arboviroses, o *Zika vírus* é responsável por desencadear os seguintes sintomas: febre, cefaléia, exantema, mal-estar, edema, dores articulares, podendo ser benigna, quando evolui para uma cura rápida ou maligna quando associada a disfunções do Sistema nervoso central (SNC) como na síndrome de Guillain-Barré ou causando microcefalia em fetos de mães infectadas pelo vírus (VASCONCELOS, 2015).

Em 2015 estudos observaram que houve um aumento de quase nove vezes do número de nascimento de crianças com microcefalia, totalizando 1.608 casos. A maioria dos casos estavam presente no estado de Pernambuco, no nordeste brasileiro. Tal epidemia causou uma mudança em toda uma geração de crianças (MARINHO; MENDES, 2016).

Uma Universidade, enquanto instituição educativa, é ancorada sobre os pilares do ensino, da pesquisa e da extensão universitária. Sua função social é, dentre muitas

outras, a de fomentar ações educativas para a construção de uma cidadania que objetive a transformação social e o exercício dos direitos individuais e coletivos (SANTOS JÚNIOR, 2013).

A extensão universitária corresponde a um processo educativo, cultural e científico, que articula-se com o ensino e a pesquisa de forma indissociável, na perspectiva de viabilizar relações transformadoras entre a universidade e a sociedade. Caracteriza-se por possibilitar a formação do profissional cidadão e se credencia, cada vez mais, junto à sociedade como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes (SANTOS, 2004).

Nesse âmbito é que se insere o presente relato de experiência, no qual, considerando a importância da extensão tanto para a formação dos estudantes quanto para um retorno ao serviço e a sociedade, objetiva-se, além da identificação das lacunas existentes no que se refere ao controle e combate do vetor *Aedes aegypti*, integrar a Instituição de Ensino Superior e os serviços de saúde no planejamento e execução de ações para prevenção e redução dos casos de Dengue, Zika e Chikungunya.

Portanto, é importante tratar este tema no âmbito escolar, pois este ambiente proporciona a execução de intervenções coletivas, atingindo um maior público alvo (SIGAUD et al; 2017). Tudo isso se dá por meio do uso de metodologias ativas, fazendo com que os alunos se envolvam, melhorando assim a sua aprendizagem (STINA et al; 2015).

Neste sentido, este trabalho tem como objetivos:

- Relatar um projeto de extensão desenvolvido por estudantes da graduação em enfermagem e ancorado no Programa Saúde na Escola;
- Analisar o conhecimento de jovens e adolescentes acerca do combate ao *Aedes aegypti*;
- Analisar o uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência, acerca do projeto de extensão intitulado “Articulação entre a instituição de ensino superior, serviço de saúde e comunidade no combate ao *Aedes aegypti*” executado em quatro escolas do bairro de Candelária, situado na cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte, que por sua vez fazem parte do distrito sanitário Sul. Este foi executado por alunos do curso de graduação em enfermagem entre os meses de março a dezembro de 2017.

O processo metodológico do trabalho foi dividido em cinco etapas, sendo a primeira etapa utilizada para a confecção dos materiais que seriam utilizados nas ações da extensão, atividades essa que envolvia a preparação de jogos, cartilhas, folders, fantasias para teatro, brindes e materiais para terminar de construir o aprendizado, dentre outros recursos lúdicos.

A segunda etapa foi voltada para a apresentação dos objetivos do projeto às escolas que eram o público alvo, entre elas estavam as escolas estaduais Prof. Luiz Antônio, Prof. Luiz da Câmara Cascudo, Walfredo Gurgel e o CMEI Kátia Fagundes Garcia.

Em seguida, na terceira etapa, foi realizada a visita às escolas para sondar como acontecia a dinâmica escolar, além de observar a faixa etária do público alvo e a quantidade de alunos existentes, visando adequar as atividades ao perfil encontrado, além de agendar um dia para a sua execução.

A quarta etapa aconteceu até o fim da execução do projeto e foi marcada pela realização das oficinas, sendo estas ministradas para alunos de séries iniciais (1º ao 5º ano do ensino fundamental), no qual foram abordados conteúdos que envolvem a promoção, prevenção, aspectos clínicos, epidemiológicos e ações de promoção e prevenção de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Todos os conteúdos foram ministrados de maneira lúdica, em que utilizou-se atividades lúdicas como a teia do conhecimento, jogos (show da prevenção), teatro, vídeos, pinturas e rodas de conversas.

A quinta e última etapa foi destinada a realização de reuniões informativas e para divulgação de dados obtidos a partir da realização do projeto de extensão universitária. Neste momento também foram construídos relatórios, resumos e artigos como este destinados as apresentações em eventos e congressos a fim de apresentar os resultados para toda a comunidade acadêmica.

Os resultados deste processo estão descritos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Sousa, a enfermagem deixou de orientar e impor conhecimentos e passou a favorecer a conscientização das pessoas acerca da situação que vivem e da consequência de suas escolhas na saúde. Esta ideia partiu de Paulo Freire e diz que a educação em saúde deve ser transformadora. Além disso, neste processo não há detentores do saber, contudo diferentes saberes que culminam em reflexão, conscientização e liberdade de escolha (SOUSA et al; 2010; FREIRE, 1999).

Sobral e Campos (2012), diz que a metodologia ativa (MA) é um método educativo que estimula o processo de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, onde o educando se torna o ator principal e o professor se torna um facilitador da aprendizagem, no qual consiste na elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas; pesquisar sobre os problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções.

No âmbito das MA, embasadas na educação de Paulo Freire, a partir da Pedagogia do Oprimido, e da educação marxista, há a pauta na educação visando democracia e emancipação do sujeito da relação à sala de aula, para trazer o conceito de educação cultural. A mesma se faz com a troca de saberes e construções culturais, tornando a realidade da comunidade, algo importante e de contribuição para o conhecimento em criação (SIMON, 2014).

Adequando ao projeto, as metodologias ativas mais utilizadas e apropriadas para a faixa etária de crianças e adolescentes, que desperta a percepção crítica sobre o tema abordado, foram a criação de jogos (perguntas e respostas), cenários reais de simulação de combate ao vetor e atividades lúdicas.

Uma característica encontrada foi a sensibilização dos estudantes e profissionais (no caso os professores e coordenadores da escola) de nível fundamental e médio acerca da importância da prevenção e redução das arboviroses. A integração entre a instituição de nível superior com o serviço de saúde e a comunidade, mostrou-se uma abordagem efetiva, pois através da propagação de saberes nas escolas, viu-se que a informação é passada de forma efetiva a uma maior quantidade de pessoas, fazendo assim com que diminua a quantidade de casos em determinada comunidade.

Além disso, questões de importância ambiental foram abordadas, em relação ao descarte de lixo inadequado e o processo de reciclagem. Ao final, os alunos se mostraram conscientes e preocupados quanto a essa importância mundial.

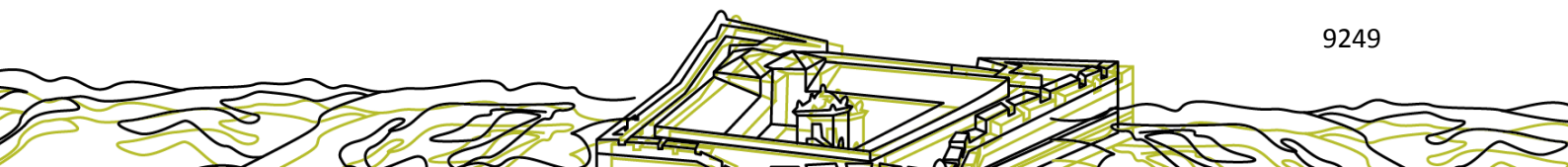
A escolha das escolas proporcionou trabalhar com uma ampla faixa etária, que variou de crianças do pré-escolar até adolescente do ensino médio. As oficinas foram realizadas em dias diferentes, com uma equipe de nove pessoas, que foram divididas em dois dias. Em um dia foi realizado pela manhã a oficina no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) e a tarde na escola de ensino médio, no outro dia realizamos na escola de ensino fundamental.

No primeiro momento, foi executado no CMEI, conhecido também como “creche”, com crianças de idade entre 0 e 5 anos, variando de instituição para instituição. Manteve-se uma relação harmoniosa e troca de conhecimento mútuo, com os professores e coordenadores responsáveis pelo local, que proporcionou uma aproximação com as crianças. Assim, trouxemos figuras temáticas com o vetor *Aedes Aegypti* e o ambiente propício para a proliferação das doenças para as crianças colorir. Além disso, uma das discentes, de forma voluntária, se vestiu de mosquito e realizou uma encenação para as crianças.

Com a escola de ensino médio, atuou-se com a construção do cenário real (simulação), a utilização da teia do conhecimento e uma breve aula expositiva para sanar algumas dúvidas dos alunos acerca do tema. A simulação é feita através da criação de possíveis focos de proliferação do vetor, no qual os discentes devem ir até o cenário e realizar o que eles fariam caso deparasse com esta situação na vida real. Foi colocado no pátio da escola, pneus velhos com água parada, garrafas abertas, tampinhas de garrafas e os alunos foram até lá e realizaram a primeira tarefa.

Após o cenário, seguiu-se para uma sala e lá foi posto em prática a teia do conhecimento. Esta técnica, é uma roda de conversa, onde todos participaram (os alunos da graduação e do ensino médio), e uma pessoa inicia com um barbante (no caso simula a teia), falando sobre uma experiência pessoal que tem ligação com o tema, por exemplo, “minha irmã pegou Zika”, ou “na minha rua tem um lixão” e a teia vai passando para quem deseja falar. Quando pegamos na teia, enrolamos ela na cadeira para não se soltar e ao final podemos perceber quem falou mais ou quem menos participou. Foi uma experiência muito válida, pois todos da turma falaram sobre suas vivências e percebemos o quanto essas doenças estão próximas na vida de todos nós.

No segundo dia de oficinas, onde executamos na escola de ensino fundamental,



trouxemos uma atividade bem criativa, onde adaptamos o famoso show do milhão, para o “show da prevenção”, com perguntas sobre a temática e realizamos novamente o cenário real (simulação).

O estímulo para essa livre conscientização acerca dos problemas mundiais deve ser estimulado dentro da escola, visto que é nesse momento que os alunos iniciam a busca por conhecimento e pelo pensamento crítico reflexivo, muitas vezes movido pelo desejo de mudança. Segundo Nascimento et al (2009), a tomada de consciência de cidadania é uma forma de conhecimento acerca da realidade, mas que implica em tanto estabelecer conceitos que lhe são inerentes, quanto transformar e ampliar esses conceitos por meio da aprendizagem coletiva, no qual o contexto de cidadania aparece como uma necessidade de humanização. Nesse sentido, os recursos lúdicos utilizados na extensão geraram momentos de conversa e troca de saberes da vida cotidiana que perpassam a educação popular e transformam o projeto de extensão um veículo para a formação dessas crianças e adolescentes.

De acordo com Vygotsky (2001), o conhecimento científico e o conhecimento cotidiano devem se amplificar mutuamente, a fim de promover uma aprendizagem escolar que desenvolva um indivíduo integral e socioculturalmente inserido no mundo. Isso embasa a nossa ideia de que o conhecimento crítico não é desenvolvido somente nos limites da academia, mas também das trocas de saberes entre os estudantes.

CONCLUSÃO

Com base em todo este processo, foi possível notar efetividade no que diz respeito a sensibilização dos estudantes e profissionais acerca do combate as arboviroses, sobretudo, o *Aedes aegypti*.

Não obstante, a articulação entre a instituição de ensino superior, de ensino médio e fundamental esteve presente, uma vez que todos os membros participaram ativamente do processo de troca de saberes, bem como, se mostraram mais capacitados.

Espera-se que este trabalho inspire o desenvolvimento de outros projetos de extensão na perspectiva do combate as arboviroses e várias outras temáticas.

Para a educação em saúde, este projeto pode contribuir no que se refere à ampliação do conhecimento por meio da articulação entre os diferentes níveis de ensino e educação, com intuito de envolver a comunidade, baseados essencialmente na

divulgação de informações sobre o combate ao *Aedes aegypti* e as arboviroses.

Chama-se ainda a atenção para o estudo de metodologias de ensino que facilitem esta articulação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação - PSE**. p. 2. Brasília, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf . Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Acesso em: 01 abr. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos** [online]. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387 - 402, dez. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>. Acesso em: 01 abr. 2018.

DONALISIO, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo Ribas. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. **Rev. bras. Epidemiol** [online]. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 283-285, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100283&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2018.

DONALISIO, Maria Rita; GLASSER, Carmen Moreno. Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue. **Rev. bras. Epidemiol** [online]. São Paulo, v. 5, n. 3, p. 259-279, Dez. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2018.

FRANCA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

SANTOS JUNIOR, A.L. Universidade e sociedade: uma relação possível pelas vias da extensão universitária. **Revista Inter-legere**, Natal, n. 13, p. 299-335, 2013.

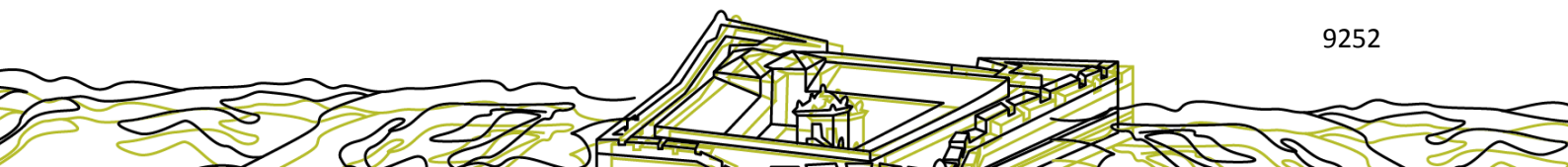
SANTOS, S.R.M. A concepção de transformação social e de emancipação na extensão universitária: em busca de novos rumos. **Revista de Cultura Estudos Universitários da Pró-reitoria de Extensão – PROEXT** [online]. 2004. Disponível em: <http://www.ufpe.br/proext/images/documentos/univsociedade/concepcao.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

SIMON, Eduardo et al. Active teaching-learning methodologies and popular education: agreements and disagreements in the context of health professionals' education. **Interface: Comunicação Saúde e Educação** [online]. Botucatu, v. 18, sup. 2, 1355-1364, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601355&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2018.

NASCIMENTO, Ruben de Oliveira et al. Uma abordagem vygotskyana para a conscientização de cidadania em sala de aula no Ensino Fundamental: A vygotskian approach for citizenship awareness in elementary school classrooms. **Educação em Revista** [online]. v. 10, n. 1, p.81-100, jun. 2009. Acesso em: 01 abr. 2018.

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Zika virus disease: is it a new emerging problem in the Americas?. **Rev Pan-Amaz Saude** [online]. v. 6, n. 2, p. 9-10, jun. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 abr. 2018.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de





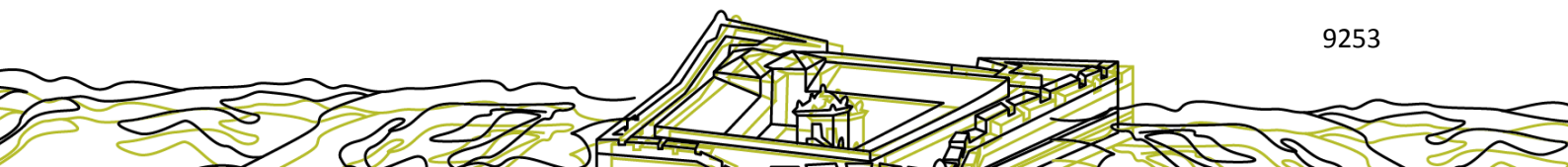
metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm USP** [online]. v. 46, n. 1, p. 208-218, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100028&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 abr. 2018.

SOUSA, Leilane Barbosa de et al. Práticas de Educação em Saúde: A atuação da Enfermagem. **Revista Enfermagem Uerj** [online]. v. 1, n. 18, p.55-60, 20 dez. 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018

SOUZA, Luiz José de. **Dengue – Diagnóstico, Tratamento e Prevenção**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.

SILVA, Roseane Silveira dos. **Programa Saúde na Escola: uma análise bibliométrica de 2008 a 2015**. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde Pública). 2016 Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

VYGOTSKY, Lev S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.



A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde.

Ana Karoline Santos Batista Pinheiro; Elza Lima Da Silva; Emerson Costa Moura; Kardene Pereira Rodrigues.

Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

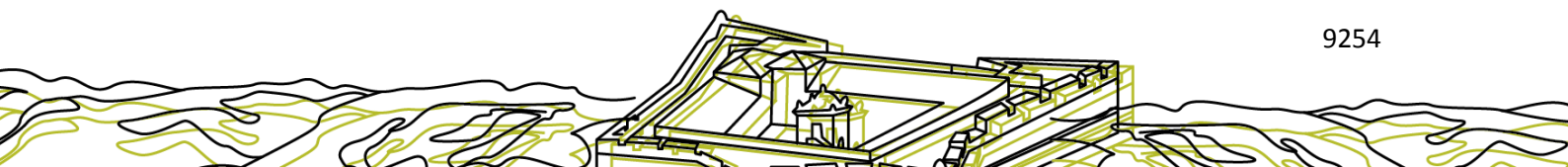
Resumo

Este artigo traz o relato da experiência da prática supervisionado em Saúde mental do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, em um complexo de saúde especializado no atendimento aos portadores de transtorno de saúde mental, que aborda a atuação da equipe de enfermagem frente ao uso de contenção mecânica/física na urgência e emergência psiquiátrica, com objetivo de averiguar as condições sob as quais são feitas as contenções dentro da unidade. Ao compartilhar essa experiência, trazemos uma breve reflexão sobre a contenção mecânica à luz da bibliografia específica consultada e nos aspectos éticos de Enfermagem.

Palavras-chave: Restrição física; Ética em Enfermagem; Contenção. Humanização.

INTRODUÇÃO

O cuidar é uma das formas mais necessárias para desenvolvimento, um bebê é totalmente dependente dos cuidados de seus progenitores; o cuidar é tão necessário que Ciências foram construídas com esse princípio, como Enfermagem. Segundo Barros (2015), a capacidade de conceber o homem em sua totalidade é uma condição imprescindível para cuidar de qualidade. Com finalidade de oferecer à melhor assistência, o profissional de enfermagem se apropria de conhecimentos e recursos, como, por exemplo, uso da restrição de movimentos, que visa garantir a segurança não



só do paciente mas também de quem o cerca, sendo assim é, apesar de polemico, um ato do cuidar. Mesmo assim, tal prática não seria controversa aos movimentos da Humanização Assistencial e Reforma Psiquiátrica? Foi o questionamento embasador para discussão do tema, após a vivência da prática da de urgência e emergência psiquiátrica.

Entende-se por restrição como qualquer ação ou dispositivo que tenha finalidade de interferir na capacidade de tomar decisões ou restrição da capacidade de movimentação. É procedimento que interfere na capacidade cognitiva, na mobilidade e no acesso ao próprio corpo (BARROS, 2015).

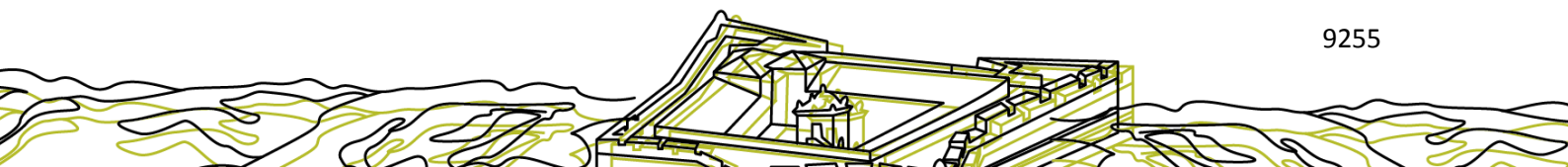
O uso de meios que restrinjam ou impossibilitam a movimentação dos pacientes devem ser os últimos recursos a serem utilizados para controle de condutas violentas a si e aos outros, tal prática deve ser evitada, porém, quando detectada a sua necessidade deverá ser utilizada como medida terapêutica que visa à melhoria do estado clínico do paciente. Em um ambiente de urgência e emergência psiquiátrica observa-se que restrição é muito utilizada na contenção de pacientes agressivos ou em surtos psicóticos, tal prática se justifica em assegurar a integridade do paciente, a continuidade do tratamento e a segurança das pessoas que o cercam assim como o próprio ambiente que ele está inserido (FILIPPI, 2013).

Diante desse exposto surgem os seguintes questionamentos: No momento de surto psiquiátrico, o cuidado humanizado é eficiente? As táticas corretas são utilizadas para conter paciente visando proteger o mesmo e as pessoas ao redor? São feitas dentro dos princípios éticos estabelecidos? Quem o faz é realmente o profissional qualificado e autorizado para o procedimento?

Esse relato de experiência tem por objetivo principal averiguar as condições sob as quais são feitas as contenções mecânicas dentro da unidade de urgência e emergencial a qual foi realizado a prática; Reconhecer quem faz o procedimento e entender os motivos pelos quais é solicitado; Além de verificar a presença ou ausência de protocolos de contenção mecânica, se presente, se realmente utilizado e refletir a respeito do uso da contenção não só nesta unidade, mas seu uso na saúde mental como um todo.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, referente à prática supervisionada realizada em um complexo de saúde especializado no atendimento aos portadores de



transtorno de saúde mental, no setor de urgência e emergência na capital do Estado do Maranhão, São Luís, no período de 04/12/2017 à 08/12/2017, totalizando 35 horas, realizada por alunos do 5º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), elaborado a partir da vivência e baseando em observações e análise crítica à luz de referencial bibliográfico específico.

No contexto didático-pedagógico dos cursos de graduação é fundamental o estabelecimento de relações teórico-práticas que permitam um processo de formação técnica, científica e o desenvolvimento de competências diversas. Nesse sentido, a estruturação curricular do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, insere em seu currículo, as chamadas **Atividades Práticas Supervisionadas (APS)**, na integralização da carga horária do curso, principalmente com objetivo de inserir atividades práticas nas respectivas disciplinas, no caso Saúde Mental. As **APS** são atividades desenvolvidas sob a orientação, supervisão e avaliação de docentes e realizadas pelos acadêmicos.

O estudo permite um vislumbre das observações dos autores, que compartilharam essa experiência, trazemos uma breve reflexão acerca do tema com finalidade de reforçar a importância das APS na construção do conhecimento, dos saberes técnico-científicos e na formação profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONTENÇÃO: Uma Mudança Conceitual

Conceituar ou determinar a função da restrição física para pacientes com transtornos mentais é entender a própria evolução da saúde mental, transcender o tempo e retroceder na história psiquiátrica.

Um marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990 (OMS - Declaração de Caracas, 1990). Dessa lei, originou-se a Política de Saúde mental, visando garantir o cuidado ao paciente de transtorno mental em serviços como hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência, que isolavam o paciente do convívio com a família e a sociedade. O modelo de assistência psiquiátrica que predominava (e ainda resiste) no Brasil, baseava-se na legislação de 1934, que se fundamentava principalmente, na hospitalização e no isolamento do doente mental, visando atender,

sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Embora presente na realidade nacional este modelo é atualmente considerado falido e sua base ideológica é desmistificada.

A partir da Reforma Psiquiátrica proposta na convenção, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local (Consoli GL, Hirdes A, Costa JSD, 2006). A proposta também ressalva que o paciente psiquiátrico deve ser visto integralmente, cujo cuidado deve ser feito de forma que os direitos humanos e civis sejam preservados, não devendo haver a exclusão do convívio do seu meio social. Sem sombra de dúvidas, o profissional que mais se aproxima desse cuidar ao paciente é o de enfermagem, encontrando-se atuante tanto no cuidado do cliente, como no estabelecimento da relação com a família do mesmo.

Através do movimento da Reforma Psiquiátrica, o atendimento de enfermagem passou a direcionar novas formas de cuidar em saúde mental, atuando com atitudes de respeito e dignidade, de ações voltadas às singularidades dos sujeitos, com a participação destes no tratamento, bem como sua inserção na sociedade (CALGARO; SOUZA, 2009). A enfermagem, então, deve ter o conhecimento do cuidado humanizado sabendo que os portadores de transtornos mentais precisam ser acolhidos de maneira integral e singular, respeitando-o como um paciente que precisa ser estimulado a resgatar sua cidadania (DUARTE; NORO, 2010).

Mas afinal, neste contexto o que é humanização? Há algumas décadas fala-se muito em humanização na assistência em saúde, Fortes 2004 define:

“Humanizar na atenção á saúde é saber prestar uma assistência individual, pois cada pessoa tem suas particularidades e necessidades inerentes ao seu ser; podendo assim oferecer ao indivíduo uma maior participação/possibilidade para que atue de forma mais autônoma em suas decisões” (FORTES 2004).

Mesmo através da incessante busca pelo atendimento humanizado dentro dos hospitais que atendem pacientes psiquiátricos, muitas vezes são necessárias adotar medidas que são vistas como agressivas e impactantes. Estas são utilizadas como forma de proteger não só o indivíduo, mas todos ao seu redor. Destacamos neste trabalho o

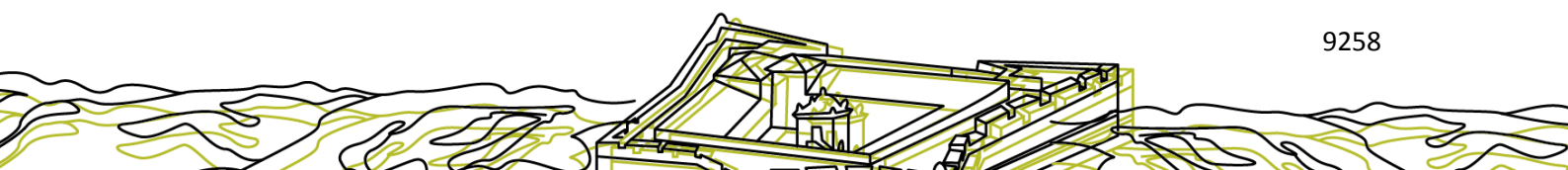
uso da contenção mecânica (quando o paciente tem o seu corpo amarrado, atado, preso) ou física (quando o paciente é imobilizado pelos membros da equipe sem o uso de dispositivos). Alguns autores entendem que contenção física e contenção mecânica são sinônimas. A restrição de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente em tomar decisões ou que restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, a atividade física ou o acesso normal ao seu corpo. O principal objetivo visa preservar a integridade física e psíquica dos pacientes e dos profissionais de saúde que prestam assistência a esse paciente. (COREN – SP, 2009; PAES et al., 2009).

Desde meados do século XVII, diversos tipos de contenções vêm sendo usadas em pacientes que se mostram agressivos ou inquietos, a exemplo temos: Barras metálicas (de ferro) fixadas às paredes, “crucificação” de indivíduos, ou a chamada cadeira de Rush, onde uma caixa de madeira imobilizava a cabeça do paciente, isolando-o do contato com outros seres humanos, e de qualquer tipo de ruído. Essas práticas foram substituídas ao longo do tempo e hoje são totalmente proibidas, pois o processo de humanização das práticas de cuidar em saúde e a legislação voltada à segurança do paciente, afirmam que o processo de contenção mecânica é feito como forma de procedimento terapêutico, de forma alguma como repressão e violência.

O conceito primordial de contenção mecânica é dito como “É uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica. Contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas” (MARCOLAN, 2004; STUART e LARAIA, 2001; KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997). E deve ser utilizada após o esgotamento de todas as alternativas que podem afetar negativamente o modo de agir do paciente, destacam-se: comunicação verbal, mudança de ambiente e mudança de psicofármacos (PAES, et al., 2009). Pacientes agitados, confusos, inquietos agressivos e violentos são os indicados para contenção mecânica, incluem-se ainda os que correm risco de queda após sedação por fármacos.

ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução Nº 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica, que considera o art. 5º da Constituição Federal de 1988, segundo qual



“ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, no artigo 1º declara:

“Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.”(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012)

No art. 2º “A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.” O artigo corrobora com o art. 11 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, segundo o qual é atribuição do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, “prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem”. Ambos colocam a contenção mecânica como medida terapêutica cujo objetivo principal é a redução de danos. Fica vedado aos profissionais da enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência, pelo artigo 3º de mesma Resolução.

O artigo 4º, parágrafo primeiro, considera quando há a contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior à uma hora. O parágrafo segundo do mesmo artigo diz que o monitoramento maior deve ser dado para pacientes em estado de sedação, problemas clínicos, idosos, crianças e adolescentes.

Sobre o tempo de contenção, o Parágrafo Único do artigo 2º da Resolução Nº 427/2012 (COFEN) coloca “Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário.” Além de atribuição do profissional de enfermagem, existe um Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (Parecer 2.456/2014), aprovado em Sessão Plenária 3.447ª, de 10/03/2014, que entende que profissionais de segurança, devidamente treinados, podem auxiliar a equipe médica e de enfermagem na contenção (CRM-PR, 2014).

REFLETIDO SOBRE ESSA PRÁTICA

Na rotina da unidade, no segmento urgência e emergência o paciente adentra no sistema através da classificação de risco, um instrumento que organiza o fluxo de pacientes, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

No que se refere à prática de contenção mecânica/física na unidade foi observado a presença do termo de autorização (o termo o qual o responsável legal permite a contenção, na falta deste fica a cargo da instituição a responsabilidade) na unidade de classificação de risco, por se tratar de uma unidade de urgência e emergência é essencial na designação correta do paciente.

Sendo responsável pela porta de entrada do serviço da unidade, o setor de acolhimento e classificação de risco é de competência da enfermagem já que é administrada pelo enfermeiro, e composta pelo um enfermeiro e um técnico de enfermagem, em respeito à **resolução COFEN Nº 423/2012** *normatiza a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos*, considerando, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 2012).

Tendo em vista a capacidade de tomar decisões imediatas na classificação de paciente e rápido julgamento clínico, a equipe de enfermagem é apta nesta competência. O enfermeiro é amparado legalmente neste exercício pelo **art. 1º da Resolução Nº 423/2012, no qual coloca** “a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do enfermeiro”, neste setor o enfermeiro assim como sua equipe devem estar dotados de conhecimento e habilidades, no que se refere a possibilidade da contenção do paciente na hospitalização.

A percepção do enfermeiro da classificação de risco sobre os aspectos do paciente e análise de seu comportamento contribui junto com a equipe multiprofissional na realização da terapêutica. Quanto a contenção, cabe ressaltar que a assinatura do termo não significa a realização da mesma e sim o amparo legal, e que não é de responsabilidade do enfermeiro a sua prescrição, é um responsabilidade médica. Mas cabe o enfermeiro sua concepção (realização da técnica) e manutenção dos direitos do paciente, afirmando sua dignidade.

No entanto, observou-se que mesmo amparado legalmente para a realização da contenção, o profissional de enfermagem não o fazia, a cargo do trabalho atuava outro profissional denominado “ Apoio” cuja função era, primeiramente, atuar como uma

espécie de segurança da instituição. Esse profissional, que não aparece na literatura, ficava responsável pelas formas de contenção do paciente, tanto física como mecânica. Percebemos que o termo assinado (no momento da classificação) que liberava o realizar da contenção mecânica, era válido por todo o período de estadia do paciente na instituição, e o profissional Apoio tinha autonomia para realiza-lo no momento em que julgasse necessário.

De acordo com o Parecer 2.456/2014, aprovado em Sessão Plenária 3.447^a, de 10/03/2014, profissionais de segurança, devidamente treinados, podem auxiliar a equipe médica e de enfermagem na contenção, todavia, no período da prática, foi observado que esses profissionais atuavam sozinhos no momento da contenção, não contando com a supervisão do enfermeiro, nem de qualquer outro membro da equipe multiprofissional.

Quantos aos protocolos, além do termo já citado, não foram observados o preenchimento de qualquer ficha contendo detalhes sobre o procedimento como, por exemplo, o motivo ou conduta utilizada. Essa ficha deveria ser anexada ao prontuário do paciente, entretanto a informação encontrada era apenas o horário da contenção, ocorrendo também uma comunicação entre profissionais no momento da visita diária.

Como já foi citado o processo de contenção mecânica é feito como forma de procedimento terapêutico, de forma alguma como repressão e violência, porém, quando utilizado um olhar mais atento sob o procedimento, podemos visualizar claramente que estes profissionais, apesar de serem ditos como profissionais que passaram por um treinamento anteriormente, não tinham o aparato necessário para lidar com os pacientes, utilizavam-se somente da força e não da técnica, e agiam de forma truculenta e desnecessária no momento da contenção, chegando, não raras as vezes a machucar fisicamente alguns indivíduos. A verificação de sinais vitais é um item necessário sobre o qual se fala diversas vezes nos protocolos, entende-se a importância dessa verificação durante a contenção como ao término da mesma, infelizmente esse cuidado não é efetuado pela equipe.

Diante do exposto e de tudo que vivenciamos no período de permanência nesta unidade, foi possível observar com clareza que, apesar da reforma psiquiátrica, da busca por um tratamento humanitário, dos manuais e protocolos escritos para auxiliar os profissionais, alguns comportamentos ainda predominam como se estivéssemos vivendo no modelo de assistência psiquiátrica de 1934, onde a forma de cuidar, o tratamento, e as ações oferecidas aos pacientes psiquiátricos eram sem sombra de dúvidas desumanas

e profissionais agiam por contra própria dentro da certeza que não havia fiscalização correta e baseando-se num comportamento dito como “normal e necessário.”.

A contenção mecânica infelizmente ainda mostra-se necessária. Nos momentos de surto psiquiátrico são imprescindíveis ações imediatas que garantam a segurança de todos; mesmo assim a forma como é feita precisa, e muito, melhorar. O que está escrito nos manuais de contenção, não deve ficar apenas no papel, é preciso que seja trazido para a realidade das urgências e emergências. Uma supervisão, um treinamento, um modo diferente de trabalho são essenciais, não só dentro dessa unidade, mas em todas as outras unidades de emergência psiquiátrica que existem, que insistem em tratar um pacientes psiquiátricos como menos que seres humanos que precisam de tratamento humanizado.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um longo caminho foi percorrido no que diz respeito aos tratamentos prestados a pacientes psiquiátricos. Porém, a realização deste trabalho nos mostrou uma realidade crua e que, em alguns aspectos, a forma ideal de cuidado ainda não foi alcançada. A prática de contenção ainda é necessária, e se desenvolvida da maneira correta tem sua eficácia terapêutica observada com sucesso, sendo um instrumento importante de trabalho para a equipe multiprofissional realizar o cuidado ao paciente. No entanto, práticas abusivas e truculentas neste momento fazem com que o sofrimento do paciente seja intensificado de forma imprescindível, e junto com o paciente sofre a família. A ausência da técnica correta no momento da contenção, pode, além de intensificar sofrimento psicológico, causar problemas físicos ao paciente. Assim, é necessário que toda a equipe que atua junto ao paciente receba treinamentos adequados e uma supervisão mais rigorosa, buscando a prestação de serviço eficaz e humana e reduzindo o risco de dano ao mínimo possível.

REFERÊNCIAS

Agradecimento aos pacientes, à equipe multiprofissional da unidade e aos companheiros de prática, que não só colaboram com o trabalho, mas com a formação de futuros enfermeiros humanizados e de direito.

BARROS, Suiany de Melo. **A utilização da restrição de movimento como recurso terapêutico: Uma revisão integrativa da literatura.** 2015.

CARRARA, Gisleangela Lima Rodrigues; MOREIRA, Glaucia Mariane Domingos; FAGUNDES, Graziela Maria; PERREIRA, Rejiane dos S.; BALDO, Priscila Lapaz. **Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura.** Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, 8 (1): 86-107, 2015.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 423/2012.** Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html > acessado em 27/12/2017 às 10h6min.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 427/2012.** Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html > acessado em 27/12/2017 às 10h30min.

CORDEIRO, Quirino; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó. **Cremsp publica parecer sobre contenções física e mecânica no atendimento psiquiátrico.** Psiquiatria Forense, v. 20, n. 6, 2015.

COREN-SP. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. Restrição de Pacientes. São Paulo, 2009.

CRM-PR. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. Parecer 2.456 de 2014, 2014.

DE CARACAS, Declaração. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). **Caracas, Venezuela: OMS/OPAS,** 1990.

DE SOUSA E SILVA, Heloísa Helena et al. Intervenção de enfermagem ao paciente em crise psiquiátrica nos centros de atenção psicossocial. **Cogitare Enfermagem,** v. 17, n. 3, 2012.

DO BRASIL, Senado Federal. Constituição da república Federativa do Brasil. **Brasília, Senado Federal,** 1988.

FILIPPI, Josane et al. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. **Revista Contexto & Saúde,** v. 11, n. 20, p. 573-578, 2013.



PAES, MR, Borba LO, Brusamarello T, Guimarães AN, Maftum MA. **Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem.** Rev. Enferm, 17(4):479-84. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 .

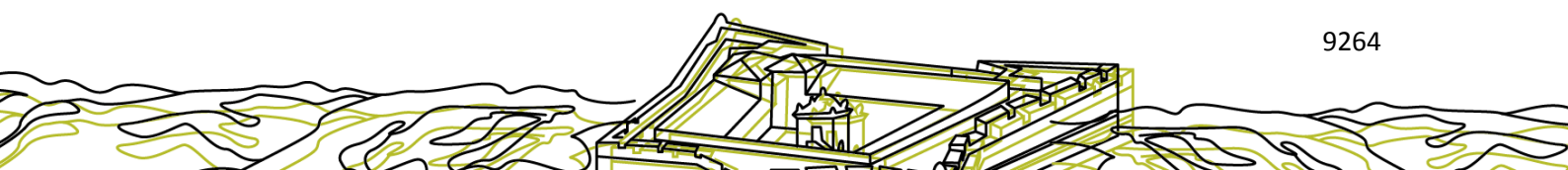
SCHWIDERSKI. A. C, TCHAIKOVSKI. O. JR. MANZARRA, S. Protocolo de Procedimentos de Contenção HCAB-2012 Revisado em outubro 2013

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009 .

CARRARA G. L, MOREIRA, G, M. Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura (Humanized nursing care in mental health: a review of the literature), Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, 8 (1): 86-107, 2015.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. A humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, dez. 2010.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set.-dez. 2004



OFICINAS PARTO HUMANIZADO: EMPODERANDO A MULHER NO DIREITO AO CONHECIMENTO E ESCOLHA

Área Temática: Saúde

Karla Juliana Araújo Teles¹; Meyrenice cruz da Silva²; Francisca Joseane Farias Guerra³; Marks Passos Santos⁴; Idalina Santiago dos Santos⁵; Monaliza Ribeiro Mariano⁶; Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos⁷

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Resumo: O parto saudável e humanizado ocorre quando a mulher participa como agente ativo, estando consciente de seus direitos. No entanto, no atual cenário de saúde, as más práticas se refletem na construção de um conceito de que o parto vaginal é uma experiência dolorosa. O presente trabalho objetivou apresentar um relato de experiência vivenciada na realização de oficinas educativas com gestantes, esclarecendo sobre os períodos clínicos do parto. Ocorreu entre julho de 2017 e dezembro de 2017 em Redenção, Ceará. Inicialmente, foram realizadas visitas no município, conhecendo a demanda do mesmo para então formação dos grupos de gestantes. Depois foram realizados estudos e planejamento das oficinas. Em seguida, ocorreu à aplicação das oficinas para as gestantes inscritas que antes da atividade responderam a um questionário (pré-teste), a fim de sondar os conhecimentos prévios do grupo. As oficinas foram desenvolvidas semanalmente com temas distintos acerca do parto ativo. Foram aplicadas com métodos lúdicos, dinâmicas, tornando assim o grupo mais integrado, exposição dialogada de temas, rodas de conversas com tira dúvidas e com dramatização. No último dia foram aplicados questionários (pós-teste) a fim de avaliar a participação das mulheres no grupo e a atividade em geral. Durante a realização das oficinas foi percebida a deficiência de informações consistentes por parte das gestantes, o que confirmou este fato foram os relatos de multíparas, que afirmaram não terem realizado atividades educativas nos pré-natais, terem experiências anteriores traumáticas por não conhecerem os seus direitos; o que levava as gestantes a ter um

¹²³⁴⁶ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), enfermagem.

⁷ Universidade Estadual do Ceara, Enfermagem.

interesse significativo pelos temas que a elas foram apresentados. Portanto, a experiência desta ação se apresentou enriquecedora tanto para as mulheres quanto para as acadêmicas que desfrutaram de uma interação com seu mundo de trabalho ao tratar com gestantes, grupo prioritário de ações nos serviços de saúde.

Palavras-chave: enfermagem; enfermagem obstétrica; parto humanizado.

Introdução

Devido ao caráter inesgotável da história do parto, é necessário vislumbrar suas três principais perspectivas históricas: primeiramente o tempo em que a mulher paria instintivamente sozinha; em segundo, quando a mulher paria com o auxílio de outras mulheres, comadres, amigas, parteiras e, contemporaneamente, quando a mulher passa pelo processo de parto e nascimento com a assistência de um obstetra (MAIA, 2010).

O tipo de parto realizado quase que exclusivamente até o século XIX, era o parto natural, conhecido também como parto normal ou vaginal, no qual, entre os povos primitivos, a mulher rapidamente se recuperava e voltava a sua rotina normal; entretanto, na sociedade atual, o parto normal é incorrido pelo sentimento de dor, o que gera temor e ansiedade (PEREIRA, 2014).

O parto cesáreo, por sua vez, surgiu com a finalidade de salvar a vida do feto e/ou da mãe, com a evolução tecnológica e científica passou a ser considerado como forma mais segura de nascimento (MADI et al, 2013), mas ao longo do tempo assumiu outras possibilidades, como: poder escolher a data do nascimento, evitar as dores intrínsecas ao parir e a partir disto diminuir por um lado a ansiedade e o temor (VELHO et al, 2012), por estas e outras razões, em alguns países como o Brasil o percentual de cesarianas supera o de partos normais.

Ambos tipos de parto têm suas vantagens e desvantagens e é de suma importância que a parturiente esteja ciente delas para que empoderada do conhecimento possa praticar, escolhendo o que é melhor para si e para o seu bebê. Por exemplo, dentre as vantagens do parto normal destacam-se: o protagonismo, a maior satisfação emocional, a recuperação mais rápida, a utilização de métodos não-farmacológicos; por outro lado, são vantagens do parto cesáreo: a ausência das dores, a diminuição do medo; a rapidez, (VELHO et al, 2012).

Nos últimos anos, o Brasil vem tentando superar os altos índices de cesarianas, para tanto, o governo federal criou políticas baseadas nas evidências científicas. A Rede Cegonha é uma dessas políticas e tem como objetivo programar uma série de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, para garantir o nascimento seguro, desenvolvimento satisfatório e qualidade de vida a crianças de até dois anos de idade; e a redução da

mortalidade materna e infantil. Assim como, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como foco a redução das altas taxas de morbimortalidade maternal e perinatal, formulando critérios de qualificação do atendimento em consultas de pré-natais e indicando os procedimentos mínimos que devem ser efetuados durante as consultas promovendo também a vinculação da assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) também vem incorporando em seus manuais técnicos algumas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), nas quais são essenciais para a atenção perinatal. As orientações asseguram que o cuidado na gestação e no parto normal deve contemplar: não ser medicalizado; ser baseado no uso de tecnologia apropriada; ser baseado em evidências; ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência; ser multidisciplinar; ser integral; estar centrado nas famílias; ser apropriado, enfatizando as diferentes culturas; compartilhar a tomada de decisão com as mulheres; respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres (BRASIL, 2005).

Segundo o MS, o pré-natal é essencial na fase gestacional, para a garantia de um parto e nascimento saudáveis, sendo necessário o uso de instrumentos para um controle e desenvolvimento da fase gestacional (Brasil, 2013). No entanto, apesar da cobertura ao pré-natal ter aumentado nas últimas décadas (Brasil, 2013), ainda existem diversos desafios, o maior deles é garantir a qualidade do atendimento, que se dá com a mudança sensível nas atitudes dos profissionais, na eficiência e prestação de cuidados (São Paulo, 2010). Apesar do serviço ser de 99% (Leal, 2013), o conhecimento das gestantes a respeito da importância e dos benefícios do pré-natal e das boas práticas na saúde para o parto e nascimento, são limitados (Brasil, 2016).

Dentro desse contexto, é importante ressaltar que o momento da gestação é a fase ideal para lidar com as questões que envolvem o parto e nascimento, visto que nesse momento a mulher se encontra mais receptiva às mudanças e ao processamento de informações que possam garantir a promoção integral da saúde materno-infantil, tornando-se também agente multiplicadora de conhecimento revestidos em melhoria da qualidade de vida de sua família e comunidade (REIS et al, 2010).

Diante da realidade intervencionista que rege a assistência ao pré-natal, parto e nascimento no Brasil, é imprescindível que ações educativas sejam desenvolvidas entre gestantes a fim de que adquiram conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis ao processo de parto e nascimento ativo, que elas sejam executadas e incentivadas junto a esta população, a fim de transformar em realidade a tão sonhada humanização do parto e nascimento para o cotidiano destas mulheres.

Faz-se necessário a criação e avaliação de grupos de gestantes e que tenham oportunidade de participarem para esclarecerem dúvidas, compartilharem experiências, sentirem-se mais empoderadas para esse período. Pois, de acordo com as tendências atuais do cuidado em saúde, é essencial que o cliente seja preparado para assumir a responsabilidade do autocuidado por meio de estratégias educativas, assim como é imperativo ao enfermeiro ofertar tais atividades com qualidade. Para tanto, deve-se compreender o processo de ensino e aprendizagem com vistas a assumir as responsabilidades de sua prática em diferentes circunstâncias e grupos populacionais. Assim como, o propósito da educação de clientes é aumentar sua competência e confiança para a autogestão. Pessoas informadas aderem com mais facilidade aos tratamentos preconizados, encontram formas inovadoras de enfrentamento e são susceptíveis a menos complicações (BASTABLE, 2010).

Além de proporcionar acesso às informações sobre os tipos de parto, as ações educativas direcionadas para gestantes devem atentar-se para suas necessidades, seus valores culturais e sociais. Compreender o contexto que engloba o parir é de imprescindível à saúde materna infantil. O cuidado voltado para a mulher e a escolha informada devem ser o foco para irmos além dos aspectos fisiológicos da gravidez e parto e objetivando melhores desfechos e experiências. O bem-estar psicossocial das mulheres é atualmente visto como tão importante quanto o seu bem-estar físico (HAINES et al, 2012).

Deste modo, o objetivo do presente estudo foi realizar atividades de extensão por meio oficinas educativas com gestantes de modo a promover empoderamento nestas, com vistas a promoção de um parto ativo e humanizado, conforme preconizado em evidências científicas, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

Metodologia

Estudo do tipo quantitativo, descritivo, tipo relato de experiência cujo foco foi a realização de ação de extensão, a qual consistiu em realizar oficinas educativas acerca do parto e nascimento humanizado, direcionada para as gestantes residentes na região do Maciço do Baturité, no período de julho de 2016 a dezembro de 2017.

As oficinas foram realizadas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), situado no município de Redenção/CE. O qual é cenário de encontros de um grupo de gestantes contempladas com programas sociais, devido sua condição social. Participaram 24 gestantes, moradoras da zona rural e urbana da cidade supracitada. O

convite para participar das oficinas se estendia a um acompanhante de escolha da gestante.

A ação em geral foi dividida em três fases, a primeira a aplicação de um pré-teste o qual utilizou-se de um questionário, após a aplicação do pré-teste deu-se início as oficinas com os temas: “parto ativo, empoderamento feminino, períodos clínicos do parto, mecanismos do parto, principais intercorrências no parto normal, boas práticas no parto, direitos da mulher durante a gestação e parto e MNFs para alívio da dor no parto”. A cada encontro era apresentado um tema, esses encontros tinham periodicidade semanal, e a última etapa compreendeu com a aplicação do pós-teste, contendo as mesmas questões do pré-teste.

Essas oficinas foram realizadas por integrantes do grupo de pesquisa Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (PROSSER), inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As oficinas tinham como objetivo principal promover o empoderamento das mulheres quanto os direitos relacionados ao pré-natal, nascimento e puerpério humanizado.

Meios lúdicos foram utilizados para garantir a participação das gestantes, as oficinas mantinham um padrão, inicialmente o(s) facilitador(es) apresentava(ão) uma dinâmica quebra-gelo, com o intuito de conhecer e despertar o interesse de participação de todas as gestantes; após o quebra-gelo, o tema proposto era apresentado por meio de *PowerPoint*, utilizando imagens ilustrativas; depois da apresentação do tema, abria-se um momento para uma roda de conversas, onde os facilitadores instigavam a participação das gestantes por meio de perguntas, as quais tiravam dúvidas, apresentavam seus anseios e contavam suas experiências; e a última etapa da oficina era uma dinâmica de fixação de conteúdo, no qual foi realizado uma dramatização mimetizando os passos do dia do parto a partir dos conhecimentos adquiridos durante os encontros.

Os dados foram coletados a partir de diário de campo, onde foram registradas as impressões das gestantes, assim como também por meio dos dados dos questionários que foram tabulados em tabelas no programa Excel®, os quais foram compilados e analisados por meio de porcentagem simples.

Resultados e Discussão

Durante a realização das oficinas totalizaram-se 31 participantes, porém, apenas 24 responderam o questionário no pré e pós-teste. A participação de um acompanhante de escolha da gestante não foi tão evidenciada, isso decorreu por diversos fatores, dentre eles, a incompatibilidade do horário das oficinas com o trabalho dos parceiros

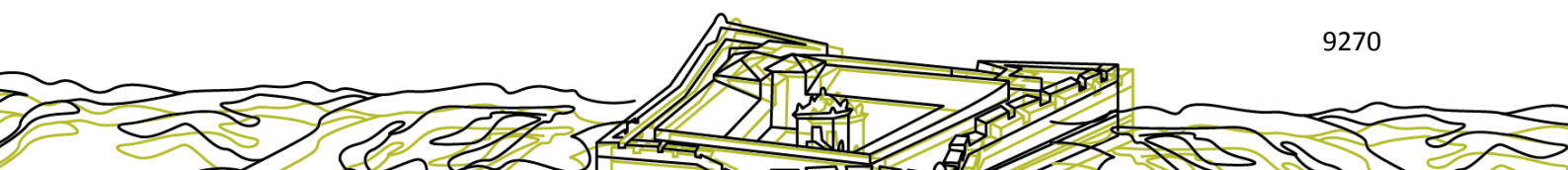
das gestantes, algumas das gestantes não tinham parceiros, vergonha das gestantes do companheiro participar, dentre outras, apenas duas mães de gestantes acompanharam os encontros no papel de acompanhante.

Quadro 1: Conhecimento das gestantes do pré-teste e pós-teste sobre parto ativo. Redenção - CE, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	PRÉ-TESTE		PÓS-TESTE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Conhece parto ativo?	1	23	21	3
Conhece o PHPN?	3	21	22	2
Conhece os benefícios do parto natural?	16	8	24	0
Conhece vantagens e desvantagens do parto natural e parto Cesário?	15	9	20	4
É estimulada a realizar PN?	19	5	22	2
Faz o acompanhamento pré-natal?	24	0	24	0
Conhece intercorrências do Parto?	15	9	24	0
Sabe identificar a hora certa de ir para a maternidade?	10	14	24	0
Sabe o que fazer quando a bolsa estourar?	17	7	22	2
Sabe quando inicia e finaliza o TP?	4	20	22	2
Conhece seus direitos durante a gestação e parto?	14	10	22	2
Sabe que pode ter o acompanhante de sua escolha no momento do parto?	8	16	24	0
Tem conhecimento que o parto é emergência e não pode ser negado atendimento?	18	6	24	0
Conhece os MNFs para alívio da dor no trabalho de parto?	3	21	21	3
Sabe como funciona os MNFs?	0	24	21	3
Sabe o que é empoderamento	0	24	23	1
Se sente preparada para o momento do parto?	4	20	22	2

Fonte: Própria

Ao analisar-se os dados obtidos no pré-teste realizado com as participantes dos grupos, verificou-se que apenas 1 gestante conhecia o termo parto ativo, 3 conheciam sobre a PHPN, 16 relataram estar informadas quanto os benefícios do parto natural, 15 mulheres afirmaram conhecer as vantagens e desvantagens do parto natural e parto Cesário. No que concerne a se sentir estimulada a realizar um parto natural, 19 participantes expressaram esse desejo, todas as mulheres se encontravam em



acompanhamento pré-natal, 20 conheciam sobre as intercorrências do parto natural, 22 relataram que sabiam a hora certa de ir para a maternidade, 24 informaram saber o que fazer no momento que a bolsa estourar. Apenas 4 sabem quando inicia e quando finaliza o trabalho de parto. 14 conhecem os direitos da mulher durante o pré-natal e parto, somente 8 gestantes conhecem a lei do acompanhante, apenas 3 participantes informaram que já tinha ouvido falar sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto, mas não sabiam como funcionava esses métodos, assim como, nenhuma participante informou conhecer o significado da palavra empoderamento. 4 relataram se sentir preparada para o momento do parto.

Relacionado ao pós-teste realizado posterior as atividades, verificou-se que 21 gestantes conheciam o termo parto ativo, 22 conheciam sobre a PHPN, 24 relataram estar informadas quanto os benefícios do parto natural, 20 mulheres afirmaram conhecer as vantagens e desvantagens do parto natural e parto Cesário. No que concerne a se sentir estimulada a realizar um parto natural, 22 participantes expressaram esse desejo, todas as mulheres se encontravam em acompanhamento pré-natal, 24 conheciam sobre as intercorrências do parto natural, 24 relataram que sabiam a hora certa de ir para a maternidade, 22 informaram saber o que fazer no momento que a bolsa estourar. Apenas 22 sabem quando inicia e quando finaliza o trabalho de parto. 22 conhecem os direitos da mulher durante o pré-natal e parto, 24 gestantes conhecem a lei do acompanhante, 24 participantes informaram que já tinha ouvido falar sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto, 21 sabiam como funcionava esses métodos, 23 informaram conhecer o significado da palavra empoderamento. 22 relataram se sentir preparada para o momento do parto.

O objetivo do presente estudo é descrever uma atividade de extensão realizada com gestantes afim de promover empoderamento nestas, com vistas a promoção de um parto ativo e humanizado, conforme preconizado em evidências científicas, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

Desmistificar a ideia que se enraizou ao longo de décadas e que muitas vezes foi passada por gerações, que o parto vaginal é algo negativo, para a mulher, é uma tarefa árdua, uma vez que esses conceitos se inserem em um aspecto cultural de uma sociedade. (NASCIMENTO et al, 2015). A realização das práticas educativas mostrou que, as gestantes estavam dispostas a assimilarem as informações relativas à sua gestação, foi possível através da realização dessas oficinas a troca de conhecimento tanto entre próprias mulheres do grupo como e entre os facilitadores com as gestantes.

Durante as oficinas algumas gestantes, estavam acompanhadas de suas mães, o que foi extremamente positivo, para a assiduidade semanal das participantes, uma vez

que dentro do contexto social em que foi realizada as práticas educativas, as avós possuem grande influência nas decisões durante a gestação das filhas (SILVA, 2012), nesse o público específico isso ficou mais evidenciado pelo fato das mulheres gestantes, ainda dependerem economicamente das mães.

No que concerne as atividades de extensão, ficou evidenciado que as oficinas educativas ampliaram o conhecimento das participantes quanto aos assuntos abordados. Relacionado ao conhecimento das participantes sobre os benefícios do parto natural, ao final das atividades, todas relataram que sim, inicialmente, tinham esse conhecimento de forma superficial, mas que ao longo das atividades realizadas nas oficinas, aprofundaram mais seu entendimento sobre tais benefícios. Foi enfatizado em todo encontro sobre o que é o parto humanizado e que ele se fundamenta quando a mulher durante o momento pré parto e parto, recebe um tratamento que preconiza respeito e dignidade a mulher, inserindo sua participação neste processo como agente ativo. (COPELLI 1et al,2015)

De acordo com KONDO, et al no de trabalho de parto e durante o parto, é direito irrefutável da mulher escolher a melhor forma de posicionar-se e se deslocar caso julgue que isso lhe trará alívio e bem-estar. Muitas participantes, relataram que em gestações anteriores, a hora do parto foi traumática, porque no período de trabalho de parto e parto, foi negado a mudança de posição e que em alguns momentos receberam ordens para que ficassem na posição de preferência da equipe que realizava o procedimento. Assim, elas relataram que na gestação atual, relataram, sentiam insegurança quanto ao momento do parto, causada pela angústia de passar pela mesma situação.

Muitas gestantes, afirmaram não ter conhecimento acerca da lei que garante a presença de um acompanhante no momento do parto, e as que afirmaram já ter ouvido algo acerca desta lei, destacaram que tanto em partos anteriores como alguns relatos de pessoas próximas, lhes foi negado o direito de um acompanhante. Quando foi exposto que esse era um direito que não podia ser negado, muitas ficaram surpresas, porém afirmaram que a partir daquele momento iriam exigir que seu direito com relação a esta lei fosse respeitado, na hora do parto.

Segundo a OMS, no atual cenário mundial de saúde, diversas gestantes são desrespeitadas e sofrem um tratamento desrespeitoso que violam seus direitos fundamentais como mulher, as más práticas muitas vezes, se refletem na construção de um conceito associando o parto vaginal é uma experiência dolorosa e desnecessária que facilmente pode ser evitada, omitindo os seus benefícios para a mãe e o bebê. Essa ideia acaba sendo estigmatizada no senso comum, principalmente entre mulheres de

baixa escolaridade. A dor, então, passa a ser motivo de grande temor e a principal razão, para a preferência por uma cesariana, na qual a mulher se submete a questões institucionais, sem ser considerada sua subjetividade ou senso crítico (SASS et al, 2009).

Fundamentado em Silva, et al (2017), a promoção de atividades de extensão universitárias que promovam a educação em saúde de gestantes, principalmente na atenção básica, mostram-se ser ferramentas de grande utilidade para a inserção do conhecimento sobre o parto humanizado, que muitas vezes é desconhecido por uma grande parte das mulheres e prevenção da violência obstétrica, visto que, ao receberem orientações adequadas essas mulheres mostram-se capazes de distinguir se estão recebendo tratamento adequado ou não e desta forma, exigir o cumprimento de seus direitos.

Atualmente a realização de cesarianas sem necessidade ainda é presente em na maioria das instituições de saúde. Deve-se considerar que para a maior parte das gestantes, optar pelo parto vaginal, é o modo seguro e fisiologicamente saudável, exceto quando existe alguma intercorrência que ocasione em risco para a mãe e o bebe (UNICEF).

Nas realizações das oficinas percebeu-se a importância de reforçar a educação em saúde, primeiramente extraído das gestantes o que elas entendiam por intercorrência durante o parto, foi necessário que os facilitadores usassem sinônimos adequando a linguagem cotidiana das participantes para que o entendimento sobre o significado de intercorrência e o que ela se relaciona fosse entendido por todas, visto que a maioria das participantes tiveram dificuldades em entender o assunto.

De acordo com o caderno de atenção básica, publicado pelo Ministério da Saúde, as intercorrências gestacionais mais recorrentes estão relacionadas a hipertensão, diabetes gestacional e infecções. Explicar essas intercorrências para as participantes e quais seus sinais e sintomas, trouxe para o grupo mais confiança para o momento do parto, e por consequência mais tranquilidade.

Segundo Viellas, et al (2015), a realização do pré-natal é um elemento indispensável na assistência em saúde a mulheres gestantes, uma vez que tal acompanhamento está associado a um resultado positivo durante o período gestacional e perinatal. Dado isso, foi importante tratar deste tema para ressaltar a importância do pré-natal. E suprir a carência de informação que algumas gestantes tinham relacionado a este tema.

Segundo Gallo, et al (2011), os métodos não farmacológicos propiciam para a mulher mais emancipação durante o trabalho de parto, ressaltando a não presença de contraindicações e efeito adverso. Durante o momento do parto, muitas participantes

afirmaram que por sentirem muitas dores e desconforto, optavam rapidamente por fármacos. Quando os facilitadores as questionaram sobre métodos não farmacológicos para o alívio de dor durante o trabalho de parto, foi quase unânime o desconhecimento acerca deste tema. A maioria se mostrou cética a respeito de outros métodos que não envolvesse o uso de nenhum fármaco. Após a orientação dada pelos os facilitadores, as participantes entenderam e acharam interessante o assunto, porém ainda estava, relutante quanto a sua eficácia.

Assim se insere a importância de propor, principalmente a esse grupo de mulheres em situação vulnerável, um método de ensino fundamentado nas ideias de Paulo Freire. Em que ferramentas educacionais são proporcionadas através do diálogo mútuo e conseqüentemente o compartilhamento do conhecimento, trazendo consigo a conscientização de suas demandas individuais dentro da sociedade. (LIMA, BRAGA, 2016). As possibilidades das ações educativas como meio de fomentar nessas mulheres a sua capacidade crítica e reflexiva, terá um poder transformado, uma vez que suas decisões com relação execução de seus direitos no momento do parto, serão realizadas de forma presente e consciente, sem imposições de terceiros. (REIS et al,2017)

Conclusão

O presente estudo, portanto, revelou resultados significantes para as participantes. Percebeu-se ótimo aproveitamento e satisfação quanto aos assuntos abordados, quanto a troca de experiências entre as participantes e facilitadores, quanto as informações repassadas e que as mesmas ajudaram no momento do parto. As mulheres afirmaram que as oficinas tinham atingindo as expectativas e que recomendariam a atividade educativa para outras gestantes. Foi possível perceber que as gestantes adquiriram conhecimento sobre o assunto parto ativo, métodos não-farmacológico para alívio da dor no parto e apresentaram-se, ao final, empoderadas.

Com base nos resultados da atividade educativa com gestantes, ficou evidenciado que os profissionais de saúde devem reforçar seus atendimentos com esse público, pois para muitas das gestantes esse período é algo novo, é um processo de transformações e que com isso surgem muitas dúvidas sobre diversos assuntos. A criação de grupos é uma alternativa para que vínculos possam ser fortalecidos, que as gestantes cada vez mais se sintam preparadas e passem por esse processo mais segura de seus atos e responsabilidades.

Referências



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

BASTABLE, S. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688p.

CALEGARI, Rafaella da Silva. Et al. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Cogitare Enferm.* 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva. Et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela.Cesariana. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 336-43.

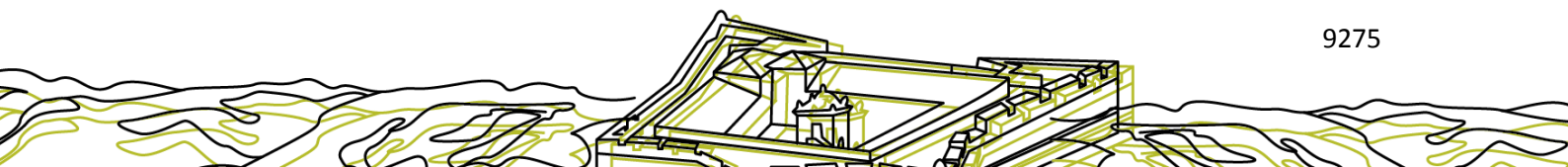
GALLO, Rubneide Barreto Silva. Et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. Janeiro 2011. vol 39 nº 1

HAINES H.M; RUBERTSSON C; PALLANT J.F; HILDINGSSON I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*; p.12:55, 2012.

KONDO, C. Y. et al. Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. São Paulo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.

LIMA, Maria Socorro Lucena; BRAGA, Maria Margarete Sampaio de Carvalho. Relação ensino-aprendizagem da docência: traços da Pedagogia de Paulo Freire no Ensino Superior. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 61, p. 71-88, jul./set. 2016

MADI, J. M.; et al. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 95001, p. 970, 2013.



MAIA, Luna. FORMAÇÃO HUMANA DO VENTRE À LUZ: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NA VOZ DAS MULHERES. Este artigo foi elaborado a partir da monografia apresentada em 2010 ao curso de graduação em psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob o título "chega os olhos enche d'água": percepções femininas sobre o parto humanizado. Site <http://m40s.com/humanizacao/lvencontro/6/Autor.html> consulta em 02 de abril de 2018.

Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série a. Normas e manuais técnicos. Cadernos de atenção básica, nº 32. Brasília. 2012.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto. Et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):119-26

OMS. Recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Direitos reservados. Geneva: World Health Organization; 2016. [acesso em 14Mar 2018]. Disponível: [http://pa/apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12por.pdf;jsessionid=C1F73D47FD30FFC35DC1465721E5328E?sequence=21](http://pa.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12por.pdf;jsessionid=C1F73D47FD30FFC35DC1465721E5328E?sequence=21).

PEREIRA, Célia Regina Vianna Rossi et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2013, vol.16, n.2, pp.525-534. ISSN 1980-5497. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>.

PEREIRA, L. D. P. Primórdios da analgesia de parto: a força das mulheres. Sci Med., 24(4):420-424, 2014.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa. Et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e64677.

SASS, Nelson; HWANG, Susane Mei. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. Diagn Tratamento. 2009;14(4):133-7.

SILVA, Ana Mateus. A colaboração dos avós na educação dos netos. Interfaces Científicas – Educação, Aracaju, V.01, N.01, p. 67-75 • out. 2012



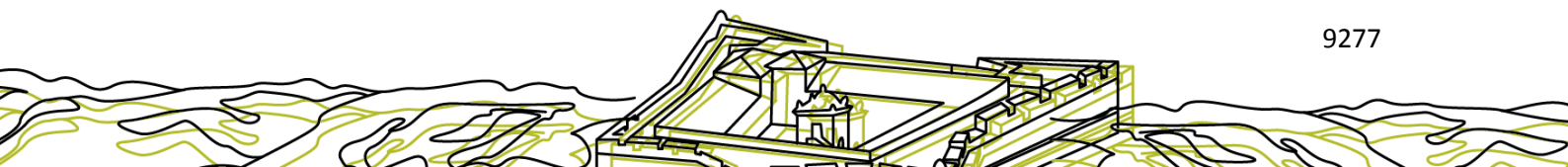
SILVA, Thamiles Sena. Et al. A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica.

Rev. Ciênc. Ext. v.13, n.1, p. 176-189, 2017.

VELHO, M. B; DOS SANTOS, E. K. A; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 2, p. 282, 2014.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. Texto & contexto enferm, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.

VIELLAS, Elaine Fernandes. Et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela Cesariana. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 336-43.



A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM PARA IDOSOS COM COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

Área Temática: Saúde

Jackeline do Amaral Hetzel ¹; Márcia Regina Martins Alvarenga ².

Instituição: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul- UEMS.

Resumo

O processo de envelhecimento caracteriza-se por uma série de mudanças no organismo que causam várias alterações no trato aéreo-digestivo superior, sendo responsáveis por distúrbios de voz e deglutição, fazendo com que o indivíduo idoso não desenvolva de forma precisa as funções do sistema estomatognático. A função do sistema estomatognático que sofre mais mudanças é a fonação, levando a distúrbios na comunicação do idoso. Este projeto tem por objetivo promover o conhecimento sobre doenças fonoaudiológicas, associadas a fala, na terceira idade, acarretadas pela dificuldade de atuação do sistema estomatognático, para os idosos da Universidade Aberta a Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. O projeto desenvolveu-se por meio de atividades educativas e interativas, a partir de diagnóstico precoce do conhecimento dos idosos e a aplicação do Questionário de Qualidade de Vida em Voz. O desenvolvimento do tema foi por meio do canto e exercícios como formas de trabalho da voz. Nos resultados percebeu-se que os alunos foram participativos e pelas avaliações mostraram que o aprendizado foi efetivo, além das atividades vocais, que todos aderiram e acharam importante. Destaca-se que poucos idosos possuem dificuldades relacionados a fala, apresentando maior prevalência nas questões de funcionamento físico. Considera-se ao final que há a necessidade e importância do ensino sobre a comunicação verbal prejudicada nos idosos, sendo que estes se mostram como multiplicadores de informações e importante figuras de aprendizado nos assuntos que os envolvem.

Palavras-chave: Idosos; Enfermagem; Comunicação Verbal Prejudicada; Envelhecimento.

Introdução

¹ Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Enfermagem e Divisão de Extensão (DEX).

² Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Enfermagem e Divisão de Extensão (DEX).

O processo de envelhecimento caracteriza-se por uma série de eventos biológicos que podem desenvolver o declínio das funções orgânicas propiciando assim o aparecimento de doenças crônicas (CARDOSO, 2010).

O processo de envelhecimento normal é denominado como senescência e neste são considerados os efeitos dos fatores internos e externos sobre o organismo humano e estabelecido como um padrão de normalidade (CARDOSO, 2010). Por outro lado, há uma linha tênue entre o processo de envelhecimento normal e o processo acompanhado com distúrbios ou desvios de saúde, seja por fatores internos, seja por determinantes sociais externos. Para este último, denomina-se “senilidade”.

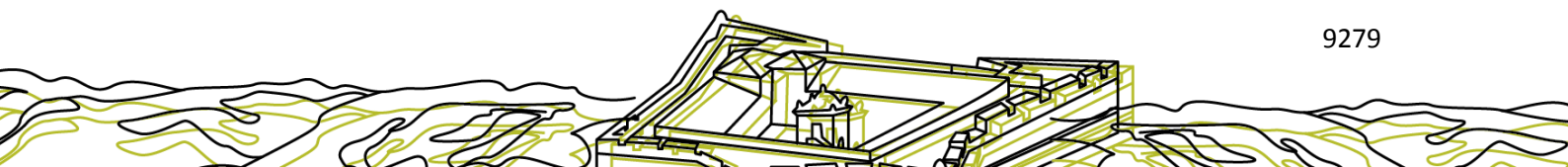
Portanto, o processo de envelhecimento está intimamente relacionado com o aumento do risco de vulnerabilidade e da fragilidade, decorrente da sua natureza biológica, dos determinantes sociais e psicossociais, por conta do declínio biológico, da interação com processos socioculturais, déficits no atendimento à saúde, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros motivos. (RODRIGUES, NERI, 2012).

Para Rodrigues e Neri (2012) a vulnerabilidade é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses.

Entre tantas definições, a fragilidade pode ser entendida como uma síndrome clínica, mostrando sinais e sintomas que predizem diversas complicações futuras na saúde do idoso (LANA, SCHNEIDER, 2014). Esta é vista como uma síndrome multidimensional que envolve uma relação dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que culmina com a maior vulnerabilidade, levando a desfechos clínicos adversos (BRASIL, 2006).

O envelhecimento, seguido pelo desenvolvimento da fragilidade, estimula mudanças no organismo e estas são responsáveis por vários tipos de alterações clínicas, descritas no trato aéreo-digestivo superior pelos distúrbios de voz e de deglutição (CARDOSO, 2010), fazendo com que o indivíduo idoso não consiga mais desenvolver de forma precisa e estável as funções do sistema estomatognático.

O sistema estomatognático é um sistema complexo que tem a participação de estruturas que desenvolvem funções orais e que tem como base a participação da mandíbula, sendo que ele se interrelaciona com outros sistemas corporais (CARDOSO, 2010), tal como o Sistema Nervoso Central. Este aparelho possui estruturas estáticas e dinâmicas, sendo que é composto por ossos e cartilagens da estrutura de suporte, músculos estriados e elementos neurais, que delimitam as cavidades corporais, sendo as estáticas representadas pelos arcos osteodentários, maxilar, mandibular, articulação



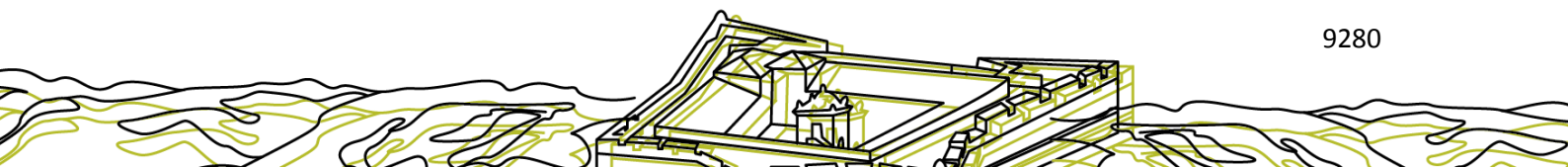
temporomandibular, pelos ossos do crânio e hióide. As dinâmicas compõem-se pelas unidades neuromusculares que mobilizam as estruturas estáticas (CARDOSO, 2010).

O sistema estomatognático tem a função de mastigação, deglutição, fonação, expressão e estética facial e postura da mandíbula, da língua e do osso hióide, sendo que dentre estas funções, a mastigação é a que gera maior esforço oclusal (NETO, 2006).

Com o passar do tempo e com o envelhecimento, o sistema estomatognático sofre muitas alterações em suas estruturas e funções, interferindo em sua ação. Algumas destas alterações são: atrofia da superfície dos dentes e da mucosa oral, sendo que esta se apresenta mais fina, lisa e seca; atrofia do tecido epitelial; há perda das papilas filiformes na língua; nos dentes é observado a perda da coloração, além de alterações em seu suporte; diminuição da secreção de saliva, se tornando mais espessa, podendo levar a aparição da xerostomia, aumentando a placa dentária, mostrando maior susceptibilidade a infecções orais; além de outros distúrbios gastrointestinais. Todas estas alterações levam a dificuldade, principalmente, na mastigação, na deglutição, acarretando, muitas vezes, problemas nutricionais, e na fala do idoso (CARDOSO; 2010).

Afirma-se que uma das principais questões que levam a uma boa qualidade de vida do idoso é o relacionamento e a comunicação social com outras pessoas, sendo que este processo está intimamente ligado a sua voz. Com o passar dos anos a voz sofre modificações, levando a distúrbios, por conta do envelhecimento da laringe, a diminuição da elasticidade dos tecidos, diminuição da capacidade vital, sendo que estão relacionados ao mal funcionamento do sistema estomatognático (CARVALHO, 2002). Dentro disto, a voz da mulher irá sofrer mudanças mais rapidamente, pois há a redução do estrógeno na menopausa (CARVALHO, 2002).

A função do sistema estomatognático que sofre modificações relevantes no envelhecimento é a fonação e está diretamente relacionada com a função de deglutição, por dividir as mesmas estruturas e vias nervosas (CARDOSO, 2010). Segundo Favretto, et al. (2007) os distúrbios na comunicação são considerados qualquer desvio no padrão normal da fala, da linguagem ou audição, interferindo na comunicação. Desta forma, os distúrbios na fala são alterações da voz, relacionados ao timbre e a intensidade; alterações na articulação e formação das palavras; na fluência



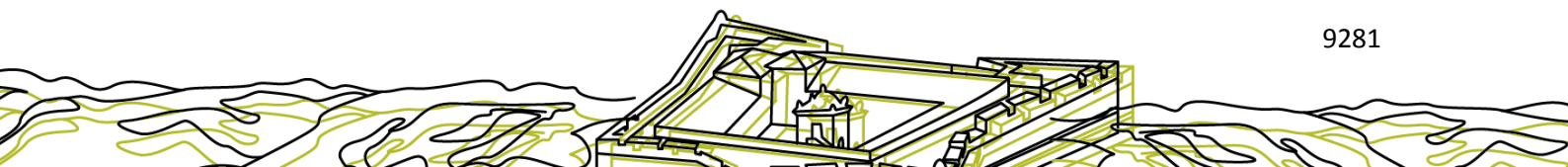
ou no ritmo; alterações que dificultam o uso e a compreensão da fala, da escrita, dentre outros; e alterações na forma e conteúdo. Tais distúrbios são conhecidos como: disfonia, dislalia, disartria, afasia, apraxia, dislexia, dentre outros.

Com relação ao processo de envelhecimento da função motora oral, percebe-se que há alterações sistemáticas desde a idade adulta até a sétima década de vida, havendo mudança do sistema sensoriomotor oral ao longo do tempo, aparecendo muitas perdas, podendo ter início do cinquenta aos sessenta anos (CASTRO, SANTOS, GONÇALVES, 2004). Com a senescência percebe-se as modificações no sistema estomatognático e consequentemente suas funções relacionadas, podendo ocorrer a perda dos dentes, maximizando as dificuldades na fala do idoso, sendo que falta deste elemento altera sua produção devido as mudanças ocorridas na morfologia e musculatura da cavidade oral. Portanto, como solução para tal problema recomenda-se a utilização de próteses totais ou parciais, fazendo a reabilitação oral protética (ROSA, FÉLIX, 2015).

Para o tratamento dos distúrbios estomatognáticos, necessita-se de uma equipe formada por vários profissionais da área da saúde, tais como: enfermagem, fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas, dentre outros.

Dentro de tudo isso a enfermagem tem a missão de amenizar as sensações de desequilíbrio bio-psico-sócio-espirituais apresentadas pelo paciente, melhorando sua confiança e autoestima (PAULA, FUREGATO, SCATENA; 2000). Na Enfermagem, com os distúrbios na fala, o diagnóstico mais preciso e utilizado é o de Comunicação Verbal Prejudicada, vindo da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), sendo que após ele ser feito, o Enfermeiro deve iniciar o planejamento dos cuidados visando diminuir ou reparar esta situação, podendo compor um conjunto de atividades e intervenções. Nas intervenções, a Enfermagem deve utilizar a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), propondo intervenções prioritárias, sugeridas e adicionais, objetivando o melhor recebimento e envio das mensagens ao paciente, diminuindo ou solucionando o diagnóstico do paciente (FAVRETTO, et al., 2007). Com a apresentação de tal problema a enfermagem deve focar na comunicação interpessoal com o paciente, na medida do possível, e com outros envolvidos, tal como familiares do paciente, podendo ser, por vezes, com informalidade e flexibilidade. (PAULA, FUREGATO, SCATENA, 2000).

Dentro de todas as questões abordadas e das evidências de que o idoso pode apresentar distúrbios vocais, o principal objetivo do estudo foi promover o conhecimento sobre os distúrbios de fala nos idosos. A partir desta questão principal abordada, buscou-se, inicialmente, descrever o conhecimento prévio que os alunos da Universidade Aberta à



Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UNAMI-UEMS) possuem sobre o sistema estomatognático, objetivando construir atividades educativas de acordo com a necessidade de entendimento deles e as abordagens que estes solicitam; constatar os parâmetros do nível de qualidade de voz por meio do Questionário de Qualidade de vida relacionada à voz (QVV) ou *Voice related quality of life (VR-QOL)*. Tal instrumento objetiva a análise dos aspectos de qualidade de vida relacionado a voz e influência da disfonia no dia a dia do indivíduo (JARDIM, BARRETO, ASSUNÇÃO, 2007). O QVV é um instrumento utilizado para medir a relação da voz com a qualidade de vida do sujeito, tentando compreender qual a percepção que o indivíduo tem em relação a sua voz e as reações frente a um problema vocal (RIBAS, PENTEADO, ZAPATA; 2014), mostrando-se esta atividade importante para busca por questões envoltas do assunto.

Buscou-se, dentro do estudo, também o desenvolvimento de atividades educativas sobre o funcionamento do sistema estomatognático, dos distúrbios da fala, das formas de lidar e tratar doenças do sistema estomatognático e da qualidade de vida em voz, além de descrever o aprendizado dos alunos em relação ao sistema estomatognático após as ações educativas.

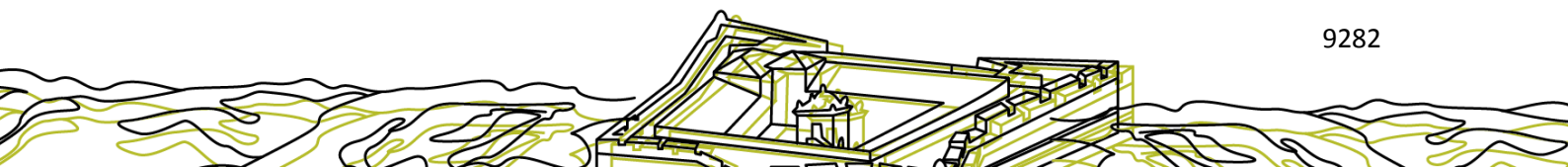
Método

Dentro dos métodos utilizados neste projeto de extensão, buscou-se a melhor forma para abordar o conhecimento, destacar a importância e a relevância do assunto aos idosos. O Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV) foi aplicado por ser um instrumento estruturado com questões claras e objetivas que visa avaliar a frequência e a intensidade do comportamento.

Este projeto de extensão (vinculado ao Programa de Institucional de Bolsa de Extensão) está sendo desenvolvido com os idosos que participam da Universidade Aberta a Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UNAMI-UEMS), que é um programa de extensão consolidado e em atividade desde 2014. As ações estão ocorrendo desde agosto de 2017 e terminam em julho de 2018, uma vez por semana e no período vespertino.

A população alvo conta com cerca de 40 alunos frequentadores, porém, estas atividades foram realizadas com 25 idosos.

Para identificar o impacto da voz no dia a dia do idoso foi utilizado o Questionário de Vida em Voz (QVV), composto por 10 itens. O indivíduo responde assinalando a pontuação de um a cinco. O primeiro significa “nunca acontece e não é um problema” e o quinto significa “sempre acontece e é um problema”. Ao final ocorre a soma dos valores obtidos formando o escore bruto. Por fim, o escore mínimo pode variar de 0 a



100, e quanto maior o valor encontrado, maior a qualidade e vida relacionada a voz. O questionário possui 10 questões, sendo que as questões 4, 5, 8 e 10 são relacionadas ao domínio sócio emocional e as questões 1, 2, 3, 6, 7 e 9 são relacionadas ao domínio de funcionamento físico (ZENARI, 2006).

Os escores variam de acordo com a qualidade de vida em voz do idoso, sendo que vão de 0 a 100, levando em conta que escores de 0 a 60 significam alto impacto da voz na qualidade de vida; de 61 a 80 referem médio impacto ou voz disfônica; e por fim, de 81 a 100 indicam baixo impacto da voz na qualidade de vida ou voz saudável (ROCHA; 2014).

Para descrever o conhecimento prévio dos idosos da UNAMI-UEMS sobre o sistema estomatognático utilizou-se de rodas de conversa, que é uma possibilidade metodológica para uma comunicação dinâmica e produtiva entre alunos e professores, facilitando a aproximação entre os sujeitos (MELO, CRUZ; 2014). Depois, foi elaborada a estratégia de ensino para abordar os temas relacionados a distúrbios na fala, comunicação verbal prejudicada no idoso, doenças do sistema estomatognático, vulnerabilidade e fragilidade na terceira idade e entendendo quais eram suas dúvidas e curiosidades. Foram ministradas aulas expositivas e dialogadas com abordagem sobre o que é o sistema estomatognático, suas estruturas, seu funcionamento, e suas mudanças com o envelhecimento, para que isto ajudasse no melhor entendimento sobre os problemas vocais. A aula expositiva dialogada é a exposição do conteúdo com participação ativa dos estudantes (COIMBRA; 2016). Esta estratégia didática permitiu trabalhar os seguintes conteúdos: o tratamento de doenças do sistema estomatognático e quais profissionais consultar; sanar as dúvidas dos idosos em relação ao tema; distribuição e apresentação de imagens sobre a estrutura do sistema estomatognático e o funcionamento deste; distribuição de banners especificando os distúrbios na fala do idoso; apresentação de vídeos educativos relacionados a disfonia; e utilização do canto como forma de trabalhar a voz do idoso. Demonstrou-se, de forma interativa, como trabalhar a voz por meio de exercícios vocais, da apresentação e da demonstração de atividades diárias caseiras, que os idosos podem praticar no dia a dia em suas próprias residências. Destacou-se a atuação da Enfermagem frente a pacientes que apresentam algum tipo de disfonia. Por fim, os idosos avaliaram o aprendizado e a aula em si sobre o tema após desenvolvidas todas as atividades educativas, com uma avaliação escrita. Os resultados serão apresentados por meio de análises das avaliações escritas pelos alunos da UNAMI-UEMS, além de apresentação dos resultados do Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV).

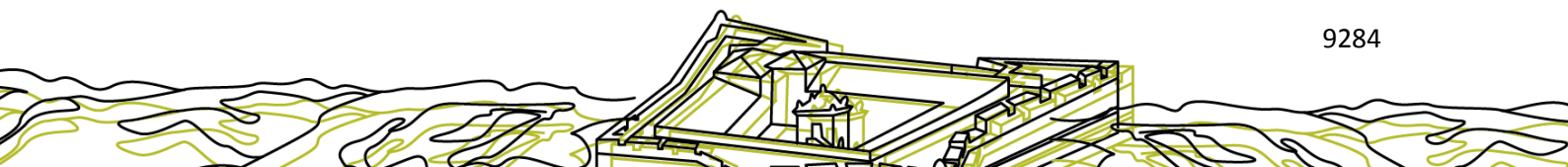
Os idosos participaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O programa de extensão “Universidade Aberta à Melhor Idade” passou pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da UEMS sendo aprovado de acordo com o parecer nº 2.045.573.

Resultados e Discussão

Participaram das atividades, ao todo, 25 idosos participantes da Universidade Aberta a Melhor Idade (UNAMI-UEMS), sendo 22 mulheres e 3 homens. Todos entre 61 e 81 anos de idade.

A aplicação do Questionário de Qualidade de Vida em Voz (QVV) identificou que: 12% dos entrevistados apresentaram resultados com escore de 0 a 60, se enquadrando em alto impacto vocal; 12% apresentam escores entre 61 e 80, se enquadrando em médio impacto vocal ou voz disfônica; e por fim, 76% dos idosos possuem escores entre 81 e 100, se enquadrando em indivíduos com baixo impacto da voz na qualidade de vida.

Dentro da análise dos questionários, observou-se que 82% dos entrevistados não possuem nenhuma dificuldade em falar forte ou alto ou ser ouvido em lugares barulhentos, 28% possuem um problema pequeno; 12% possuem um problema moderado; e 8% possuem um grande problema. Identificou-se que 72% dos entrevistados dizem que não possuem nenhum problema em respirar muitas vezes enquanto fala por conta do ar acabar rápido; 12% possuem um pequeno problema; 12% possuem um problema médio; e 4% possuem um grande problema. Sequencialmente, 64% dos entrevistados não possuem nenhum problema em começar a falar e não saber como a voz vai sair; 2% possuem um pequeno problema; 20% possuem um problema mediano; 4% possuem um grande problema; e 4% possuem um problema extremo. Ainda, 80% dos entrevistados dizem não possuir problema em ficar ansioso ou frustrado por conta da voz; 8% possuem um pequeno problema; 8% possuem um problema moderado; e 4% possuem um grande problema. Sequencialmente 76% dos entrevistados afirmam não ter problemas em ficar deprimido por conta da voz; 16% possuem pequeno problema; e 8% possuem extremo problema. Após isto, 76% dos entrevistados dizem não possuem problemas e dificuldades em falar ao telefone; 4% possuem um pequeno problema; 8% possuem um médio problema; e 12% possuem problemas extremos. Na questão de ter problemas no trabalho ou para desenvolver a profissão, 84% não possuem nenhum problema; 12% possuem problemas moderados; e 4% possuem problemas extremos. Em evitar sair socialmente por conta da voz, 88% não tem problema algum; 8% possui problema moderado; e 4% possuem problemas extremos. Em ter que repetir o que fala para ser compreendido 68% não possuem



nenhum problema; 20% possuem pequenos problemas; 4% possuem grandes problemas; e 8% possuem extremos problemas. Por fim, em questões de ter se tornado menos expansivo por conta da voz, 76% não possuem o problema, 12% possuem um leve problema; 4% possuem problemas moderados; 4% possuem problemas grandes; e 4% possuem problemas extremos.

Portanto, pode-se perceber que poucos idosos possuem extremos problemas vocais, a partir de suas autoavaliações, sendo isto um bom sinal. Os problemas vocais estão muito relacionados a qualidade de vida, não afetando, desta forma, a vivência destes.

Como resultado, a ação proporcionou mais conhecimentos sobre a Comunicação Verbal Prejudicada aos idosos da UNAMI-UEMS, fazendo com que estes se interessassem pelo assunto, realizando perguntas sobre alguns problemas que estes apresentavam, dentre outros fatores. Houve grandes benefícios em relação a resolução de dúvidas que os idosos possuíam em sobre o tema ministrado. Foi realizada a identificação do conhecimento prévio e das dúvidas em relação ao tema ministrado na aula, sendo que esta parte se mostrou muito importante para que fosse feito o direcionamento da aula, sempre focando nas questões que rodeavam os alunos.

Dentro das avaliações feitas pelos alunos, concluiu-se que foram atividades muito proveitosas, evidenciada por escritas como: “achei muito interessante falar sobre a vulnerabilidade e achei muito interessante as demais palestras, gostei porque alguma coisa ou outra a gente acaba esquecendo e é bom lembrar”, “não tenho problemas com a voz mas pude aprender coisas que jamais saberia”, “aprendemos muito, pois explica muito bem”, “gostei muito dos exercícios para melhorar a voz” e “achei a aula bastante instrutiva e esclarecedora, mostrou-me bem a realidade de como envelhecer, pois estou vivendo estes momentos com muita naturalidade”, dentre outras. A partir disso, percebe-se que houve proveito e absorção de conhecimentos durante as atividades educativas, sendo isto muito importante tanto para o aprendizado em relação aos distúrbios vocais, como também uma forma de trabalhar a mente constantemente, pois o ser humano é um ser aprendiz, desde o momento do nascimento até o seu momento final, a vida lhe cobra uma constante aprendizagem, seja para que possa sobreviver, seja para viver com qualidade (ROLDÃO; 2009).

Conclusão/Considerações Finais

O uso de protocolos de qualidade de vida se torna uma atividade muito importante em pacientes com problemas vocais, pois a força da disфонia na qualidade de vida do sujeito pode não apresentar relação direta com o grau de distúrbio vocal.

Na amostra de 25 idosos que participaram da pesquisa e das atividades de extensão, predominaram as mulheres. Com a média dos escores em 86.2, observa-se que a maioria dos idosos não possuem problemas vocais. Destaca-se também, que as maiores dificuldades dos idosos estão apresentadas nas questões de domínio de funcionamento físico, predominando questões fisiológicas, relacionadas a respiração, dentre outras, pois se trata de indivíduos que já possuem algumas funções fisiológicas em declínio, podendo afetar a questão abordada. Percebeu-se ainda que a maioria respondeu que “não é um problema” a questão de “não tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão”, podendo levar em conta que a maioria destes são aposentados e desenvolvem trabalhos residenciais no momento, assim, o contato com o público pode ser menor. Por fim, a questão que mais idosos responderam que possuem “extremo problema” é a questão de “tenho dificuldades em falar ao telefone (por conta da minha voz)”, havendo muitos relatos de que precisam ficar repetindo as palavras, não ouvem corretamente o que a outra pessoa diz, dentre outros.

Conclui-se, assim, que a Comunicação Verbal Prejudicada se mostrou um assunto muito interessante a ser abordado, pois é perceptível que um tema no qual está presente na realidade de muitos idosos da UNAMI-UEMS.

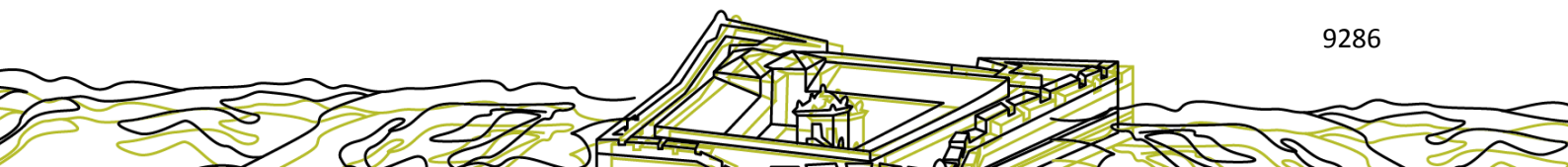
Em relação as aulas e a assimilação do conteúdo, muitos relataram que apresentam ou já apresentaram alguns casos na família, vizinhos ou amigos, mostrando que a disfagia está presente em vários lugares. Desta forma, o ensino demonstra-se cada vez mais necessários aos idosos da atualidade, pois estes buscam maiores conhecimentos.

Os objetivos do estudo foram alcançados, chegando aos resultados esperados e sempre indo em direção a busca por repasse de conhecimento, sendo isto importante, principalmente aos idosos, que passam a ser multiplicadores de informações.

Referências

CARDOSO, M. C. A. F. **Sistema estomatognático e envelhecimento: associando as características clínicas miofuncionais orofaciais aos hábitos alimentares.** 2010. 182 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

CARVALHO, C. M. S. R. **Fonoaudiologia e psicomotricidade juntos na terceira idade.** Rio de Janeiro: Universidade Candido Mendes, 2002.



CASTRO, S. F. N; SANTOS, A. C; GONÇALVES, L. H. T. A fala dos idosos - modificações associadas ao envelhecimento do sistema estomatognático. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 41-51, jul./dez, 2004.

COIMBRA, C. L. **A aula expositiva dialogada em uma perspectiva freireana.** In: III Congresso Nacional de Formação de Professores e XIII Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores, v. 3, n. 3, 2016. Uberlândia. Anais... Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2016. p. 38-50.

FAVRETTO, D. O; CARVALHO, E. C; CANINI, S. R. M. S; GARBIN, L. M. Comunicação verbal prejudicada: Atividades empregadas vs. Atividades propostas na literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 11, n. 3, p. 227-232, jul-set, 2007.

JARDIM, R; BARRETO, S. M; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, outubro, 2007.

LANA, L. D; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-680, junho, 2014.

MELO, M. C. H; CRUZ, G. C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Cadernos de Atenção Básica – n. 19. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

NETO, A. J. F. **APARELHO ESTOMATOGNÁTICO.** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2006.

PAULA, A. A. D; FUREGATO, A. R. F; SCATENA, M. C. M. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 45-51, agosto, 2000.

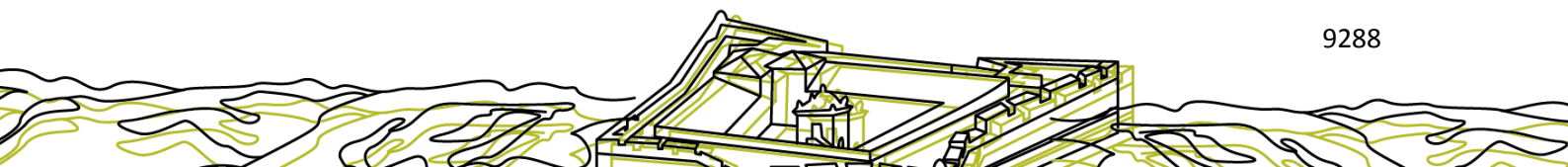
RIBAS, T. M; PENTEADO, R. Z; ZAPATA, M. T. A. G. Qualidade de vida relacionada à voz: impacto de uma ação fonoaudiológica com professores. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n.2, mar/abr, 2014.



RODRIGUES, N. O; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

ROLDÃO, F. D. Aprendizagem contínua de adulto-idosos e qualidade de vida: refletindo sobre possibilidades em atividades de extensão nas universidades. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 61-73, janeiro-abril, 2009.

ROSA, R. R; FELIX, G. B. Fala e reabilitação oral protética: revisão integrativa. **Disturb. Comum**; São Paulo, v. 27, n. 1, p. 174-181, março, 2015.





TRÊS MAPAS DOS “IS” DA SAÚDE MENTAL

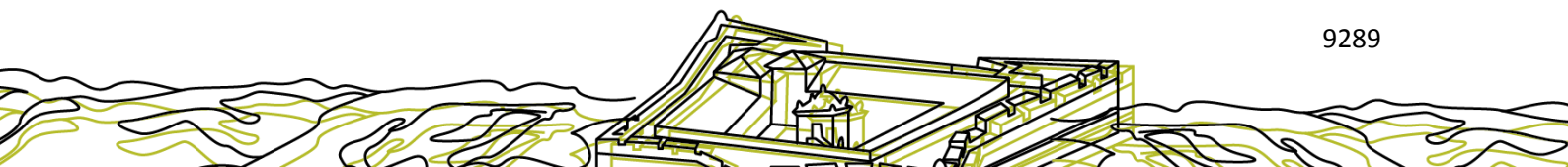
Área Temática: Saúde

Anamere Remígio da Silva; Gabriel da Silva; Leandro Mendes Sales; Patrícia Oliveira Lira; Taciano Valério Alves da Silva.

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE)

Resumo

A Extensão universitária é uma mão de via dupla. Os saberes se confluem entre universidade e sociedade. O projeto de Extensão intitulado “Os ‘is’ da Saúde Mental através do Cinema: Intervenção, Interferência, Interloquções em Garanhuns”, realizou três intervenções no âmbito da rua, da universidade e de um evento institucional, que consideramos os 3 mapas traçados na extensão. O primeiro mapa trata-se de uma intervenção urbana realizada no muro de uma escola pública estadual situada na cidade de Garanhuns-PE, onde se encontrava uma pichação com os seguintes dizeres “Morte aos Gays”, esta intervenção se deu através de exibição de documentários, debates, narrativas e performances cênicas. O segundo mapa tratou-se de um cineclube num espaço do Campus da UPE em Garanhuns localizado defronte à clínica-escola de Psicologia, e se deu no mês de setembro, apelidado de Setembro Amarelo, evocando a esperança da prevenção do suicídio, esta intervenção surge no intuito de refletir e levantar questionamentos sobre a própria maneira de se falar e de se pensar o suicídio na universidade, no âmbito social e individualmente. O terceiro mapa traçado trata-se de um evento institucional que emergiu das discussões realizadas semanalmente nas reuniões de extensão, culminando numa proposta que provocasse alunos, professores, universidade, artistas e atores sociais diversos num movimento de autoria de pensamento e de criação, para tanto o evento aconteceu no Centro Cultural da cidade de Garanhuns e teve como título “I Encontro do Núcleo de Cartografias da Subjetividade: Cozinhando a nós e aos outros”. Cada intervenção esteve apoiada na cartografia proposta por Deleuze e Guattari, e os mapas propostos pelas intervenções estiveram referendados na dimensão ético-estético-política havendo, enquanto



resultado, a subversão como estratégia para transformações no âmbito social e político da universidade e da sociedade.

Palavras-chave: Extensão Universitária; Cartografia; Saúde Mental; Mapas; Subversão.

Introdução

Os dispositivos em Saúde Mental têm demandado continuamente a invenção de uma práxis que contribua na consolidação dos pressupostos da reforma psiquiátrica e seus desafios frente à desinstitucionalização da atenção e dos cuidados. Isto, porque implementar as transformações propostas diante dos velhos modelos de atenção significa ir além da substituição dos serviços de assistência alternativos, a fim de empreender uma ruptura sociocultural na direção de uma mudança do olhar para com o sofrimento psíquico tanto por parte de profissionais como da sociedade em geral. Diante disso, através da atividade extensionista, o nosso objetivo era propor o encontro da clínica social com a cidade, sua integração aos espaços públicos e aos bens culturais, fomentando trocas e reflexões sobre temas diversos através da atividade cineclubista. O movimento cineclubista não é mero lazer ou entretenimento. Durante o declínio da ditadura, com uma feição efetivamente popular, a atividade cineclubista acompanhou o ritmo de manifestações culturais do período, assumindo um caráter político tipicamente estudantil: o de levar cultura e debate social a todos. É nesse

sentido que este projeto visou provocar, a discussão de temas diversos dentro de espaços públicos a partir das demandas emergentes nos diferentes contextos. Pretende-se engrandecer a extensão universitária, lançando as discussões acadêmicas num processo de desterritorialização, onde o conteúdo teórico sobre Saúde Mental, é levado para além da sala de aula e das pesquisas. Nessa perspectiva, pretende-se ampliar a formação, articulando corpo, arte e clínica social, compondo um eixo interventivo de transformação, crescimento grupal e interinstitucionalidade a partir da atividade extensionista. A abertura que os mapas trazem, desterritorializam nossas visões (Deleuze; Guattari, 1995), colocando fluxos e movimentos para fora, fazendo criar novos acontecimentos e superfícies geradoras de ethos onde existam possibilidades de novos cuidados e apreensões. Os mapas que vamos atualizar são expressões de sentidos que assumem posições clínico-políticas. Nessa perspectiva, os alunos extensionistas foram tomados em sua qualidade de cartógrafos ao mergulharem no plano da experiência com os encontros dinâmicos que se propagam através do conhecimento relacional.

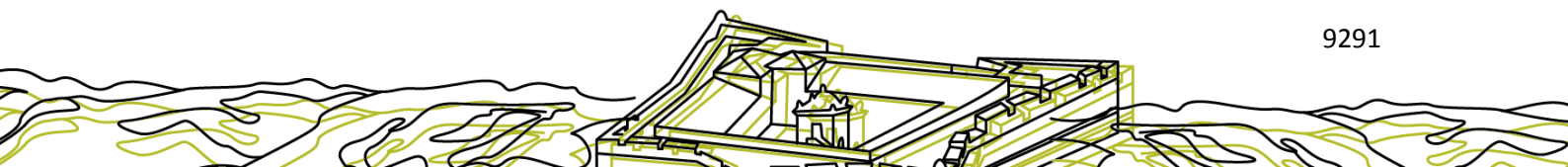
Metodologia

Buscamos como referência metodológica o conceito de cartografia de Deleuze e Guattari (1995). A cartografia é tomada como distanciamento dos modelos que enaltecem a essência das coisas e pensam de maneira apriorística e sem relação com o dinamismo das subjetividades. Tais autores lançam mão do rizoma como sendo circunscrito através de fluxos que não seguem uma linearidade. “Não existem pontos ou posições num rizoma, como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz, onde existem somente linhas” (Guattari, 1995, p.25). Logo, a cartografia se apresenta por um princípio de mobilidade e de atenção flutuante aos fenômenos que vão se implicando no caminho das pesquisas e das intervenções. Trata-se, assim, de um sistema aberto.

O Nucas, enquanto núcleo para onde convergem interesses de pesquisa, ensino e extensão voltado a uma inovação de saberes e práticas no campo da subjetividade, entende que o método cartográfico, aliado ao paradigma estético proposto por Guattari (1992), tem grande contribuição a oferecer para a composição de novas alternativas de atuação psicológica nos mais diferentes contextos. Assim, a cartografia possibilita inovações/criações de práticas que estão para além do âmbito acadêmico, considerando os processos, traçando mapas a partir do fluxo dos acontecimentos clínicos, educativos, artísticos, entre outros. A abertura que os mapas trazem, desterritorializam nossas visões (Deleuze e Guattari, 1995), colocando fluxos e movimentos para fora, fazendo criar novos acontecimentos e superfícies geradoras de ethos onde existam possibilidades de novos cuidados e apreensões.

Para a construção deste trabalho, dividimos nossas ações/intervenções em três mapas. O primeiro se utiliza do encontro de pessoas em espaços vistos como não convencionais, que nesse caso, a rua/escola, remetendo ao cerne dos fluxos cotidianos, integrando-se a campos públicos e aos bens culturais, fomentando trocas e reflexões sobre temas diversos, tecendo, a partir de atividades com apelo estético, a abertura para a criação de mundos. Os disparadores escolhidos foram a exibição, no muro, de episódios da série-documentário do diretor Allan Ribeiro intitulada Noturnas, a apresentação de performances cênicas e debates acerca das afetações destes sobre os participantes.

O segundo remete ao setembro amarelo, onde se é valorizado discussões sobre o suicídio, dito isso, criamos, como procedimento de atuação, um cineclube num espaço do Campus da UPE em Garanhuns localizado defronte à clínica-escola de Psicologia. O cineclube é onde o sujeito pode se constituir enquanto autor de reflexões reafirmando a conquista do direito de participar e transformar seu cotidiano, além de mobilizar a interação social e o sentimento de pertencimento ao espaço urbano. Diante disso, a



discussão sobre o suicídio se inseriu com filmes em curta metragem, mas, para além da imagem, também foram construídos espaços para performances e debates.

E por fim, o terceiro mapa, que se apresentou como o I Encontro do Nucas que aconteceu fora dos muros da faculdade, no Centro Cultural da cidade de Garanhuns-PE, onde antigamente funcionava a estação ferroviária, aspecto que nos remete justamente ao encontro e fluxo de pessoas. O evento apostou no caráter múltiplo do pensamento quando, na constituição de sua programação, convidou artistas em diversas linguagens, além de professores e profissionais em diversas áreas, tais como, Cinema, Filosofia, Psicologia, Literatura, Sociologia e Design a fim de suscitar a mistura e a criação de possibilidades entre a Universidade e a vida em seus diversos territórios.

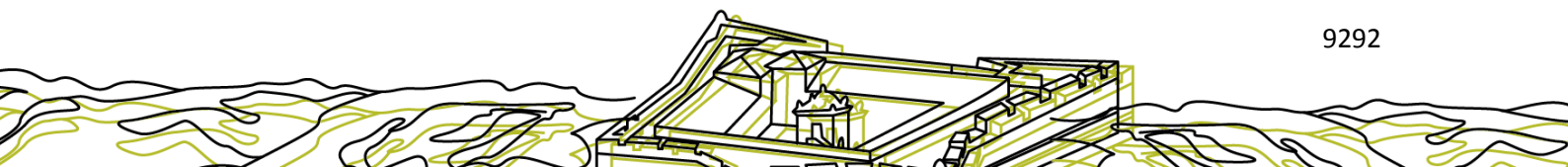
Resultados e Discussão

A experiência de extensão abriu importante conexão entre sociedade e Universidade através de três grandes intervenções. A primeira, na rua; a segunda, no interior da UPE; e a terceira, no Centro Cultural de Garanhuns em parceria com a Secretaria de Cultura da Cidade.

Antes de iniciar com as intervenções propriamente ditas, os coordenadores do projeto dedicaram importante tempo à capacitação dos alunos extensionistas na perspectiva do método da cartografia, embasada em autores como Deleuze, Guatarri, Suely Rolnik. Assim, um grupo de estudo deu respaldo às leituras e discussões acerca dos pressupostos que inspiram a proposta. Além desse grupo que ocorreu ao longo de todo período de execução, houve as reuniões sistemáticas de planejamento, onde se buscou articular o conteúdo teórico com a perspectiva da extensão universitária, a fim de se criar estratégias de intervenção através do cinema e outras linguagens performáticas. A partir de toda essa preparação, segue o relato das três intervenções realizadas:

1) INTERVENÇÃO NO MURO

Esta ação foi composta a partir de uma intervenção urbana realizada no muro de uma escola pública estadual situada na cidade de Garanhuns-PE, através de exibição de documentário, debates, narrativas e performances cênicas. A inspiração emergiu diante



de uma pichação no referido muro onde se lia: “morte aos gays”. Os disparadores escolhidos foram a exibição, no muro, de episódios da série-documentário do diretor Allan Ribeiro intitulada *Noturnas*, a apresentação de performances cênicas e debates acerca das afetações destes sobre os participantes. Ações e atos produziram reflexões e discussões abarcando uma esfera sócio política que envolvesse a cidade, enquanto lugar público.

A partir dos disparadores colocados em movimento, no muro ou em torno dele, todos ali presentes viveram, na pele, os afetos ganhando velocidade e reverberando na criação de uma ação cotidiana para além e apesar do muro. Pessoas, dentre as quais alunos secundaristas da escola e estudantes universitários, ocuparam espontaneamente a cena, performatizando narrativas de vida que denunciavam abusos e violências vinculadas a questões de gênero num

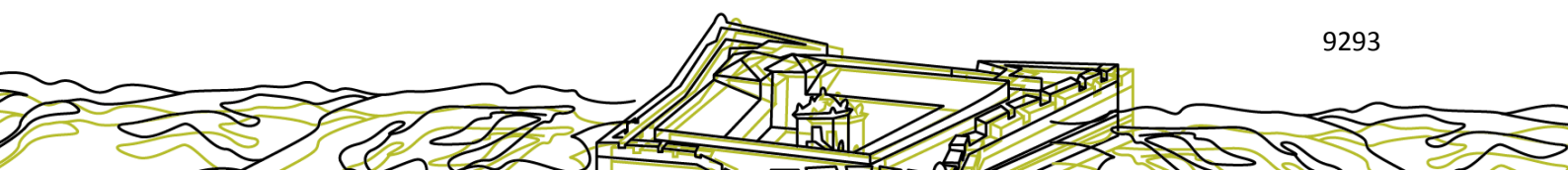
ato que repercutiu como resistência pelo pensamento e pela ação, pelo debate responsável, gerando outras possibilidades não dicotômicas para tratar o problema da identidade na cena

contemporânea, profundamente atravessada pelo partidarismo ideológico, pelo fundamentalismo religioso e pela intolerância frente às múltiplas possibilidades do humano.

O primeiro mapa, sem dúvida, permitiu ao grupo de extensão do Nucas a construção estética de um devir para todos enquanto extensionistas cujos efeitos se fizeram presentes no traçado dos dois outros mapas que estariam para acontecer. Em torno do muro, uma nova escrita foi traçada pela via do encontro. Ali, fomos todos desterritorializados no fora que a rua impõe, enquanto pessoas passavam em ônibus e carros com seus olhares curiosos e vozes reacionárias: “Viva a Bolsonaro!”. Ali, o plano cartográfico comum nos fez sentir no corpo o que muitas singularidades fora do padrão heteronormativo hegemônico vivem ao andar nas ruas. Devir *trans*, devir *homo*, devir singularidade foi a experiência gritante dentro de todos e cada um de nós que ali buscaram uma nova escrita no muro/mundo.

2) INTERVENÇÃO - PRODUZINDO SUICÍDIOS

Pensar sobre o suicídio nos coloca constantemente em questionamento. Pensar longe do lugar comum, ou seja, não cair numa armadilha corrente em que as discussões



se tornam binárias quando o suicídio se reveste de questões eivadas de superstições e julgamento moral. Dessa forma, muitos apreendem o suicídio julgando a pessoa suicida e seu ato, não procurando discorrer através de outras questões mais aprofundadas. Diante disso, nos cabe, enquanto profissionais de Saúde Mental, outros direcionamentos e ferramentas que tornem nossa implicação quanto ao fenômeno do suicídio menos legalista e filiada a uma moral. A universidade, particularmente nos cursos de Saúde, muitas vezes, problematiza o suicídio por um apelo moral e higienista, corroborando com uma forma de atuação que não toca sensivelmente o fenômeno, mas atua enquanto dispositivo de controle e normatividade. Também, a sociedade interpreta por essa via, nunca aprofundando o problema, visto que a

dimensão e a natureza das condições de suas interpretações e julgamentos passam pela dimensão religiosa, supersticiosa e elementar. Nessa intervenção, criamos, como procedimento de atuação, um cineclube num espaço do Campus da UPE em Garanhuns localizado defronte à clínica-escola de Psicologia. Diante disso, pensamos em ações que promovessem reflexões e discussões abarcando a dimensão ética do tema, de modo a situar a universidade, enquanto lugar público, na tentativa de não nos esquivar de tomar o suicídio enquanto ato fruto de um modo de vida não necessariamente situado na patologia. Propusemos a colocação em cena do tema para pensá-lo enquanto escolha que marca as subjetividades contemporâneas. Essa ação, cujo disparador foi “produção de suicídio”, permitiu a reflexão a partir do apelo estético trazendo a possibilidade dos sujeitos experimentarem o fim do sofrimento por outras vias que não sejam a do ato mortífero suicida. Assim, através da literatura, das expressões audiovisuais, das artes plásticas, desenhos, dramaturgia, entre outras manifestações autorais, fomos endereçados a uma perspectiva em que o ato não seja tornado ilegítimo enquanto escolha possível, mas que seja tomado a partir de outras referências que não levem necessariamente à morte. O debate se estabeleceu, reunindo estudantes e professores de diversos cursos que ocuparam o lugar que antecede o espaço físico onde se situa a clínica-escola, revelando-se como território potente para a formulação e elaboração de perguntas e uma multiplicidade de respostas inspiradas pela criação da vida. Lugar de trânsito, de passagem e de convite à elaboração do novo.

3) INTERVENÇÃO NO CENTRO CULTURAL DA CIDADE – EVENTO COZINHANDO A NÓS E AOS OUTROS

Essa terceira intervenção foi traçada a partir da processualidade que se revelou na organização do I Encontro do Nucas/UPE, realizado em parceria com a Secretaria de Cultura (Secult) de Garanhuns, tendo como disparador o título “Cozinhando a nós e aos outros”. Esse evento emergiu das discussões realizadas semanalmente nas reuniões da extensão, culminando numa proposta que provocasse alunos, professores, universidade, artistas e atores sociais diversos num movimento de autoria de pensamento e de criação. O cozinhar, enquanto ato de transformação/criação engendrado sempre pela mistura dos elementos, remete ao cuidado de si e do outro. A partir desse disparador, o evento marcou mais um ato em meio às demais ações extensionistas sempre marcadas pelo trânsito, dessa vez, no Centro Cultural da cidade. O evento engendrou a profunda conexão entre saberes e sabores, a partir da linha transversal operada entre diversos atores (conferencistas, alunos extensionistas, participantes diversos, artistas, etc.) que se propuseram adentrar na composição dos “is” possíveis da vida, subvertendo a dita Saúde Mental, com letras maiúsculas, da sua qualidade de conceito para sua condição de mapa e devir no mundo e com o mundo.

O *Cozinhando a nós e aos outros*, então, representa uma quebra de paradigmas à medida em que se opõe ao modelo cristalizado, naturalmente reproduzido nos centros acadêmicos. O Encontro, em sua potência de experimentação e criação, promove rupturas e nos convoca a nossa própria transformação, de meras engrenagens à máquinas de guerra, máquinas que se situam enquanto força de resistência aos moldes que nos assujeitam.

Além disso, a Universidade institucionalizada através dos seus diversos departamentos, também nos aprisiona dentro do modelo identitário de escolas de pensamento. Remando contra tal corrente identitária, o referido evento apostou no caráter múltiplo do pensamento quando, na constituição de sua programação, convidou artistas em diversas linguagens, além de professores e profissionais de diversas áreas, tais como: Cinema, Filosofia, Psicologia, Literatura, Sociologia, Design, etc., a fim de suscitar a mistura e a criação de possibilidades entre a Universidade e a vida em seus diversos territórios, promovendo interlocução entre todos que se lançaram ao encontro.

Como nos alerta Rolnik (1988, p.01), o contemporâneo nos lança na instabilidade de “fluxos variáveis sem totalização possível em territórios demarcáveis, sem fronteiras estáveis, em constantes rearranjos.” Segundo Sales *et al* (2017), nesse contexto, o ideal de uma identidade fixa se desfaz pela multiplicidade de modos possíveis de existência, cuja realidade se recompõe a todo momento no fluxo contínuo dos acontecimentos.

O legado da extensão, nesse sentido, foi contemplado, qual seja, aproximar a formação acadêmica dos modos de vida e, nesse sentido, o “Cozinhando...” se fez enquanto acontecimento para além de uma mera formalidade universitária.

Conclusão/Considerações Finais

Diante dos 3 mapas traçados pelo Nucas o que se percebe é uma grande conexão entre sociedade e universidade, na primeira intervenção vivemos a troca pelas provocações e reflexões apresentadas nas falas do público, onde se pôde elaborar pensamentos críticos acerca dos temas suscitados pela escrita reducionista e fascista no muro, todos ali presentes viveram, na pele, os afetos ganhando velocidade e reverberando na criação de uma ação cotidiana para além e apesar do muros. O segundo mapa revelou o espaço universitário em suas possibilidades de trânsito, de encontros e evidenciou o acesso à clínica como potência estética para invenção de infinitas possibilidades de intervenção clínica. Operou isso através de uma subversão da lógica hegemônica do pensamento que coloca temas-tabus como é o caso do suicídio no limbo, na medida em que não dá nenhuma possibilidade de tratá-lo no fluxo dos acontecimentos da vida a não ser numa perspectiva de pura negatividade, ou seja, enquanto patologia, desvio, quando não covardia e infortúnio. E no terceiro mapa, Acreditando que a criação de conceitos e de modos de existência acontece na experiência cartográfica, sempre atravessada pela processualidade do encontro e dos fluxos de afeto operados nos coletivos de forças, o evento cumpriu o seu papel ao investir nas misturas cujas potências produziram interferência não apenas em nossa formação acadêmica e profissional, mas na produção de subjetividades singularizadas, o evento falava sobre vida, não tratava-se apenas da reprodução de teorias, mas sim, da criação e transformação de novos modos de vida.

Referências

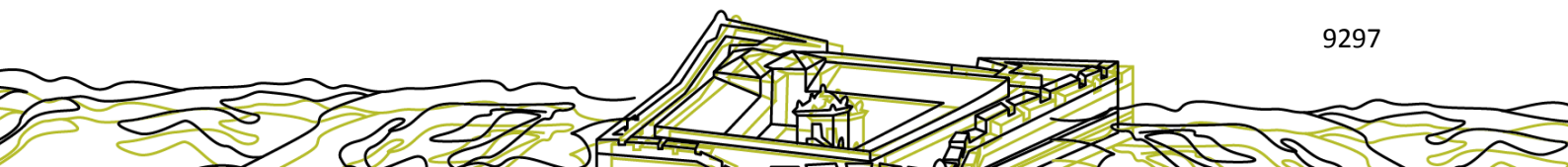
DELEUZE, G. GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Vol. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

GUATTARI, F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.



ROLNIK, S. Subjetividade antropofágica. Disponível em:<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Subjantropof.pdf> (Acesso:15/11/2017)

SALES, L.; SILVA, G.; OLIVEIRA, R., LIRA, P., SILVA, T. **Três mapas dos “is” da Saúde Mental**. Revista Brasileira de Iniciação Científica, Itapetininga, v. 4, n. 8, 2017. Edição Especial Universidade de Pernambuco, Unidade Garanhuns.





SERVIÇO SOCIAL E JUVENTUDE: FATORES SOCIAIS QUE DESENCADAIAM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NOS JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Área Temática: Saúde

Rebeca Freire de Souza¹; Isabelle Ramos da Silva ²; Gilmar Santana³

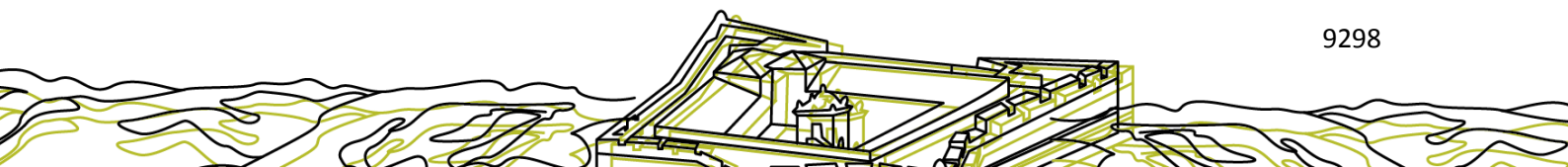
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

Este trabalho é resultado de uma pesquisa desenvolvida no curso de Serviço Social, na disciplina de Sociologia I, no segundo semestre de 2017. Procurou discutir os fatores sociais que desencadeiam problemas de saúde mental nos jovens universitários compreendidos entre 17-29 anos, alunos da UFRN. Buscamos provar que aspectos como a pressão social e familiar aliados a alta expectativa individual estão diretamente ligados ao desenvolvimento das doenças psicossociais nesses jovens, destacando a função do assistente social, que deve agir multidisciplinarmente para trabalhar a questão no meio acadêmico. Ademais, a pesquisa desenvolvida abrangeu as três grandes áreas da Universidade – exatas, humanas e biológicas - e revelou que o principal fator causador de problemas dessa ordem é a cobrança, seja familiar ou referente as expectativas sociais como um todo, ressaltando que decorrente disso, muitos estudantes passam a fazer uso de efeitos compensatórios para lidar com a sobrecarga imposta. Os resultados do trabalho ainda revelaram que não existe uma equipe multidisciplinar atuando na Universidade e o suporte oferecido não atende a grande demanda, sendo pouco divulgado e revelando assim um quadro preocupante em relação a forma de lidar com a situação.

Palavras-chave: Serviço Social, saúde mental, juventude.

¹ Aluna do Bacharelado de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ² Aluna do Bacharelado de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. ³ Professor Doutor em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.



Introdução

A inserção dos jovens na Universidade traz consigo diversas mudanças, dado que, em sua maioria acabaram de concluir o ensino médio e não sabem administrar as novas pressões e cobranças. Unindo essas questões a uma sociedade na qual as relações são frágeis, a realidade é conflituosa e as mudanças são rápidas, é preciso explicitar que o amor ao próximo se torna imprevisível (BAUMAN, 2004). Em consequência disso, é indispensável explicar que essas relações se estendem ao ambiente acadêmico, que por sua vez, reproduz o individualismo e a competição.

Decorrente dessas relações e fatores sociais, muitos jovens passam a desenvolver problemas como ansiedade e depressão, que de acordo com a OMS, no pior dos casos leva ao suicídio, tornando-se assim a segunda principal causa de morte entre os jovens.

Um estudo feito pela USP, intitulado “Caracterização de ansiedade e depressão em estudantes universitários”, identificou, entre 2011 e 2012, sintomas de ansiedade e depressão em universitários da cidade de Ribeirão Preto- SP, de diferentes áreas e etapas da graduação, pertencentes a universidades públicas e privadas. Os resultados indicaram que 36% dos estudantes se sentiam ansiosos, enquanto 22,1% possuíam sintomas depressivos. Esses dados mostram que os problemas de ordem psicossocial dos universitários são significativos. Segundo Mills (1982), se apenas uma pequena amostra de indivíduos está com o mesmo problema ele é pessoal, entretanto se o número de pessoas com o mesmo problema é acentuado, torna-se uma questão pública e social.

Considerando os dados citados anteriormente, conclui-se que o problema não é algo restrito, mas sim coletivo. Em razão disso, optamos por explorar o assunto e tornar visíveis os motivos que levam os jovens a desenvolverem problemas como a ansiedade, destacando a relevância e importância dessa discussão, que muitas vezes é naturalizada, banalizando-se os danos à saúde mental da juventude.

Como exemplo desses fatores, podemos citar dificuldades socioeconômicas e, conseqüentemente, possíveis cobranças para uma rápida independência financeira, aliado a expectativa familiar e social para uma escolha profissional promissora, exercendo uma pressão cada vez maior em jovens que acabaram de iniciar suas carreiras acadêmicas ou que precisam conciliar trabalho e estudos. A tentativa de administrar tudo em um curto espaço de tempo pode ser considerada um dos principais motivos para o aumento do decorrente crescimento destes transtornos psicossociais. Portanto, é necessário ressaltar o papel de mediador do assistente social que trabalha

na área da saúde mental como um colaborador, que agindo em uma equipe multidisciplinar irá garantir uma assistência efetiva para tais casos.

Metodologia

Para o presente estudo, a metodologia utilizada é de natureza predominantemente qualitativa, visando a análise do cotidiano dos jovens universitários. Os dados coletados nesse ambiente aparecem sob a forma de transcrições de entrevistas, anotações, fotos e vídeos curtos da realidade na universidade. Contudo, no decorrer dessa análise, foram necessários dados quantitativos para exemplificar o fato social (Durkheim, 2001), que se dá apenas quando algo é de ordem coletiva.

Então, visando o teste das hipóteses, elaboramos questionários, enquetes e entrevistas, com embasamento em autores do viés sociológico, como: Mills (1982) e sua teoria de que problemas coletivos devem ser analisados como públicos e sociais; Martins (2003) e a ideia de exclusão social; Durkheim (2001) e o fato social; Foucault (2013); Bisneto (2009) e a análise da prática do Serviço Social na área da saúde mental; Yamamoto (2006); Bauman (2004) retratando a fragilidade das relações humanas e Goffman (2004).

Além de livros, utilizamos também artigos, notícias encontradas em jornais, revistas, blogs, vídeos disponíveis online por pessoas que contam suas experiências em relação ao tema em questão, páginas online que possuem como objetivo alertar sobre o adoecimento mental no ambiente acadêmico e assistimos a palestras e debates ofertados pela UFRN que trataram do assunto.

Dessa forma, para as entrevistas foram selecionadas oitenta e cinco pessoas. Dentre esses, oito eram profissionais (uma antropóloga, duas psicólogas, uma assistente social, um psicoterapeuta, uma engenheira elétrica, um engenheiro elétrico e uma professora de arquitetura. Os outros setenta e sete, eram universitários (trinta e sete homens e quarenta mulheres) graduandos das diferentes áreas do conhecimento (exatas, humanas e biológicas) e nos diferentes períodos.

As entrevistas realizadas com os profissionais continham em média oito perguntas para discussão aberta. Enquanto para os estudantes, foram elaborados dezesseis questionamentos, também de discussão aberta para que se sentissem livres para discorrer sobre suas experiências. As perguntas objetivavam avaliar os fatores sociais

que interferem na saúde mental, as dificuldades e satisfações com o ambiente acadêmico e a relação deles com o apoio oferecido pela UFRN.

Ademais, as enquetes foram distribuídas em locais estratégicos com a finalidade de recolher informações que não seriam obtidas em um contato “face a face” devido ao desconforto dos entrevistados ao exporem a vulnerabilidade de sua saúde mental na universidade.

Diante disso, foram analisados os fatores em comum citados pelos profissionais como possíveis causas para esse problema nos jovens e também a efetividade do apoio oferecido pela universidade. Logo após a coleta dessas informações foram também estudados os questionamentos feitos aos estudantes, conferindo as semelhanças e destacando os pontos importantes dessa pesquisa de caráter subjetivo.

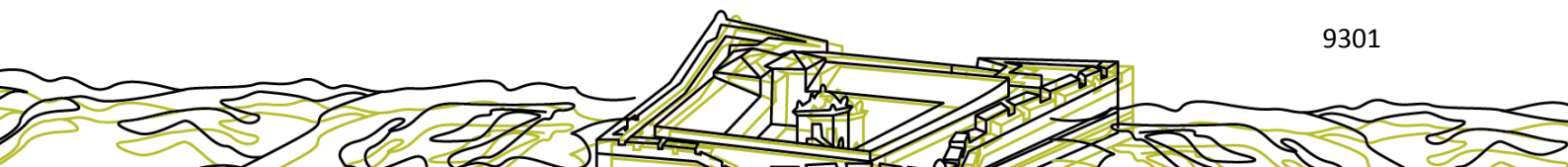
Resultados e Discussão

Tendo em vista que o termo “juventude” abrange diversas dificuldades e questionamentos, é necessário assegurar que não existem respostas ou verdades absolutas a respeito, contudo, é possível clarear o debate (ABRAMO,2005). Objetivando esse ponto, foram entrevistadas oitenta e cinco pessoas – oito eram profissionais que de alguma forma possuem relação com o tema da pesquisa e setenta e sete eram estudantes universitários da UFRN.

Observamos que o fato do ambiente acadêmico inserir na vida do jovem universitário uma série de cobranças, que atreladas a fatores sociais - ordem familiar ou financeira – muitos deles acabam por culminar num processo de adoecimento mental. A respeito disso, Bisneto (2007) afirma que os problemas sociais provocam os problemas mentais e que é decorrente dessa ligação que se torna necessária a participação do assistente social, que precisa agir multidisciplinarmente, ligado a assistência médica.

Portanto, não se pode falar de saúde mental como um tema isolado ou separado dos fatores sociais, econômicos e culturais que permeiam nosso cotidiano, pois, o adoecimento mental se manifesta como sintoma de uma sociedade adoecida e pragada por conceitos individualistas, objetificando o homem e endeusando os objetos (MARX, 1867).

Em conversa com a antropóloga Lilian Leite – que estuda dentre outros temas a Antropologia da Saúde, focando assim na saúde mental, no indivíduo, loucura e políticas públicas – foi possível esclarecer ainda mais a questão, dado que tornou evidente a viabilidade de estudar a temática através do viés sociológico. Quando questionada a



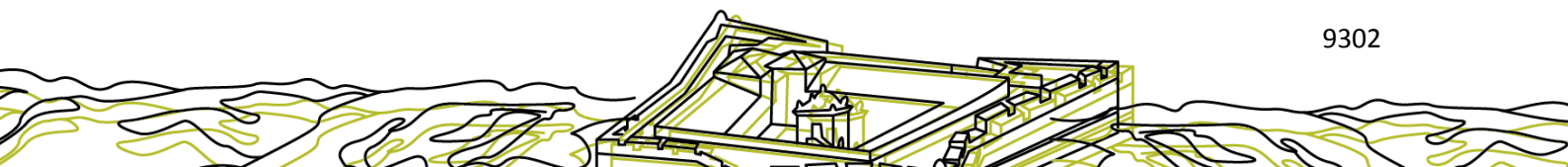
respeito de quais seriam os fatores responsáveis pelo adoecimento dos jovens universitários, ela apontou os valores sociais impostos pela sociedade produtivista e citou Weber (1967) quando disse que o trabalho engrandece o homem. Acrescentou ainda que a estrutura capitalista torna o indivíduo mais suscetível ao adoecimento social, dado que o homem não admite o cansaço que o trabalho traz, pois, fazer isso é visto como fraqueza. Na sociedade em que o trabalho é tido como força e que sua persistência em relação a isso se torna referencial de um indivíduo saudável, os jovens se sentem intimidados, seja pela família e suas cobranças ou pela sociedade e os preceitos que impõe. De acordo com ela, esses fatores, se atrelados a abrupta transição do ensino médio para a universidade, podem, de fato, se tornar o gatilho para o surgimento das doenças psicossociais.

Quando questionados, os jovens – alvos do estudo – afirmaram que um dos aspectos mais influentes negativamente na saúde mental é a pressão exercida pelo corpo social. Muitos alegaram que não se encontram satisfeitos com a graduação escolhida, ou com a forma que se processa o cotidiano universitário. A exigência de tomar uma decisão sobre qual profissão exercer, começa ainda muito cedo, prematuramente, e os jovens encontram-se em um desenvolvimento anômalo, sem saber ao certo como proceder diante do início e responsabilidades da vida adulta.

Martins (2003) já afirmava que se não acompanhamos o desenvolvimento social, passamos a ser excluídos. A exclusão traz desconforto a qualquer um, pois todo indivíduo quer ter as mesmas oportunidades e participações dos frutos da riqueza. E isso tem sido a causa de grandes preocupações para a juventude.

Ser bem-sucedido na contemporaneidade acaba se tornando sinônimo de status e produtividade. A preocupação não está em fazer aquilo que realmente se gosta, mas sim, em conseguir uma profissão que garanta uma alta remuneração e visibilidade social, reduzindo as expectativas a isso percebe-se como a influência do capitalismo coisifica os seres humanos e os faz endeusar a mercadoria. (MARX, 1975).

Agora, imaginemos um jovem contemporâneo que acabou de concluir o ensino médio e pretende entrar em uma universidade pública e se inserir no mercado de trabalho. A pressão social que está submetido ao ter que se enquadrar nos padrões sociais estabelecidos por uma parcela dominante sem ter uma noção de quem é, onde pertence e qual é o seu propósito torna-se muito grande. É cabível afirmar que essa resposta vem no processo de amadurecimento, mas o impacto que ideais produtivistas e consumistas tem sobre a psique de um jovem privado de escolhas e oportunidades e forçado a seguir um molde de conduta para serem aceitos é mais do que negativo e acarreta graves



consequências. De acordo com a antropóloga Lilian, a universidade para o jovem é um desafio. A pesquisadora, aponta ainda, que esses fatores causam problemas como a ansiedade e outras doenças psicossociais, dado que se trata de um ambiente repleto de conflitos.

Quando questionados sobre os principais fatores sociais que podem causar o início do processo de adoecimento mental, os mais citados foram: Cobrança, pressão familiar, pressão social, dificuldades financeiras, competitividade e insatisfação com o curso. Para melhor explicar esses dados, segue abaixo o "Quadro 1" com o resultado do questionamento.

QUADRO 1 - Fatores sociais que podem desencadear o adoecimento mental

FATORES	RESPOSTAS DOS JOVENS (%)
Cobrança	36%
Pressão familiar	18%
Pressão Social	19%
Dificuldade financeira	16%
Insatisfação com o curso	11%

A cobrança foi citada como fator para o desencadeamento das doenças psicossociais por cinquenta e um dos jovens entrevistados, comprovando assim as suposições iniciais. Além disso, dentre os jovens entrevistados, quarenta e seis afirmaram que conciliam a universidade com o trabalho, e de forma unânime expuseram que isso prejudica a vida acadêmica, dado que não possuem tempo suficiente para estudar, consequentemente afetando a saúde mental.

O entrevistado Jaime Farias – psicoterapeuta - nos alertou para o uso de efeitos compensatórios, visto que a maioria dos jovens universitários veem neles a fuga para seus problemas. Posto isso, acrescentamos o tópico a lista de questionamentos. Apesar do desconforto de alguns, o número de respostas sinceras surpreendeu, sendo estas vinte e oito no total. Os efeitos mais apontados foram: Café, drogas lícitas e ilícitas, jogos e comida.

Alguns se permitiram dizer que utilizam para esquecer dos problemas da vida cotidiana.

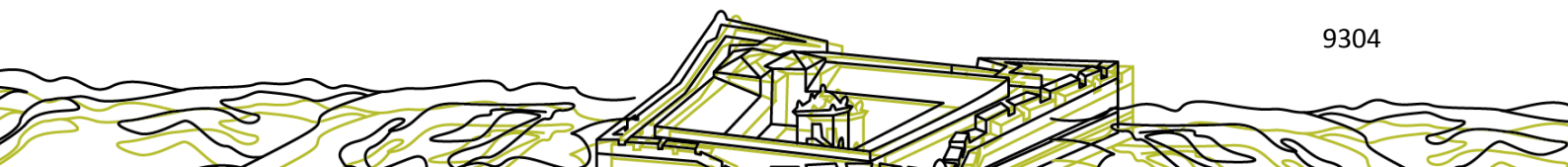
Outro ponto de extrema importância é o suporte de apoio oferecido pela Universidade. Ao conversarmos com as psicólogas do SEPA e PROAE – Anuska e Poliana

respectivamente – se tornou evidente que a Instituição não consegue lidar com a grande demanda de discentes e até mesmo docentes que solicitam atendimento. Infelizmente não se trata apenas da quantidade de funcionários, mas sim, da pequena infraestrutura. Ponto esse, destacado também pela assistente social Brunilla – funcionária da PROAE – afirmando que com uma melhor estrutura de atendimento, mais pessoas seriam atendidas e o processo ganharia mais agilidade.

Ao entrevistamos Poliana, foi constatado que apesar de não existir de fato, uma equipe multidisciplinar – assistente social, psicólogo e pedagogo - existe sim, uma interação entre a psicologia e o serviço social, tendo em vista que quando um aluno vai para a terapia e ela percebe que os problemas dele não são apenas de ordem psicológica, mas sim social - falta de dinheiro para transporte público, dificuldade em se manter no curso, falta de lugar para residir e outros fatores sociais – entra em contato com a assistente social para que a questão seja solucionada de forma que o paciente possa melhorar de suas angustias. Ademais, o diálogo com Brunilla reafirmou esse ponto, quando nos esclareceu que unindo as funções – assistente social e psicólogo - um maior número de jovens pode ter seus problemas resolvidos, diminuindo assim o número de estudantes que estão passando por problemas de ordem psicossocial. Além disso, ela reforçou o que já havia sido dito pelos outros profissionais: “o problema é falta de estrutura”.

Além do mais, perguntamos aos jovens entrevistados se eles já recorreram a algum suporte oferecido pela UFRN e se gostaram da forma que foram atendidos. Alguns estudantes disseram que não, pois afirmaram que as filas de espera são muito grandes, o que não garante a ajuda imediata para situações mais críticas como tentativas de suicídio. Outros informaram que já recorreram ao apoio e gostaram do atendimento e alguns declararam desconhecer o suporte e por esse motivo não tinham o que comentar.

Durante o processo de pesquisa se tornou perceptível a diferença entre o ambiente e as relações sociais da área de humanas e exatas, dado que os estudantes de humanas se sentem mais confortáveis em falar sobre suas vivências acadêmicas e o estado de sua saúde mental. Contudo, contrariando essa realidade, os estudantes da área de exatas são extremamente preocupados com o tempo, e em sua maioria, as entrevistas foram iniciadas com: “Vai demorar?”. De início parecia algo isolado, porém a conversa com Sônia – funcionária do setor administrativo - no departamento de engenharia clareou muito a situação ao expor a realidade das mulheres nos cursos de engenharia, que de acordo com sua vivência “é difícil”; “elas são tratadas como homens e devem agir de



forma mais séria”. Sônia acrescentou que precisou mudar a maneira de vestir-se para adaptar-se a profissão. Em suma, ela precisou mudar, deixar sua vida pessoal e sua saúde em segundo plano para se dedicar a carreira, fato este que ela diz não ter valido a pena.

Além disso, foi possível observar que os alunos da área de exatas preferem não recorrer ao auxílio disponibilizado pela UFRN – SEPA e PROAE - por ser muito longe do seu setor de aulas, ou seja, impossível otimizar o tempo, visto que, tudo para eles precisa fluir às pressas. A psicóloga do PROAE ainda nos disse que quando os alunos dessa área recorrem a eles, chegam já “nas últimas”, o que dificulta o processo de sanar o problema. Para melhor esclarecer esse ponto da entrevista, segue o “Quadro 2”.

QUADRO 2 – Satisfação dos alunos quanto ao suporte oferecido pela UFRN

CONSIDERAM O SUPORTE OFERECIDO PELA UFRN ADEQUADO (%)	UTILIZARAM O SUPORTE/RECLAMAM DO TEMPO DE ATENDIMENTO (%)	DESCONHEM O AUXÍLIO OFERECIDO PELA UFRN (%)
22%	39%	39%

Em paralelo, desenvolvemos enquetes que foram distribuídas nos corredores da Universidade, nos diferentes setores para que os alunos se sentissem mais confortáveis em responder sobre coisas extremamente pessoais e pouco dialogadas. As respostas são ricas em detalhes de experiências pessoais e relatos que comovem. A seguir, o “Quadro 3” irá expor alguns dos desabafos.

QUADRO 3 – RELATOS DE ALUNOS DA UFRN

“A UFRN te mata todos os dias, vontade de chorar”	“Todo semestre tenho esgotamento emocional, choro por tudo. Não é drama!”
“Corpo cansado, mente exausta, nenhum retorno!”	“Baixo astral acadêmico, vontade de morrer!”

“Você tem que ser CDF ou é desprezado”!	“Não consigo dormir direito. Tenho crises de choro com medo de não conseguir cumprir com todas as obrigações acadêmicas.”
“Professores incompreensíveis!”	“Quero pular da ponte nova!”
“Me sinto tenso, perturbado e angustiado!”	“É preciso que os professores se coloquem no lugar dos alunos.”

Quando questionado a respeito dos fatores sociais que podem ser apontados como causa dos problemas de saúde mental, o psicoterapeuta Jaime Farias, com quem também conversamos, decidiu se abster da resposta e pediu para que um de seus pacientes respondesse. O jovem de 26 anos, estudante universitário, diagnosticado com ansiedade e depressão disse:

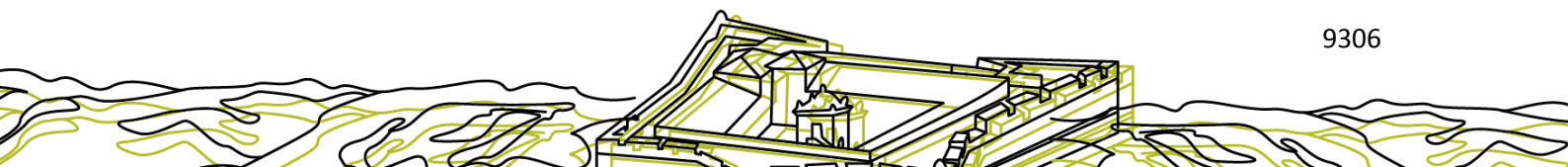
Eu acredito que é a cobrança da sociedade, que quer impor posicionamentos, impor prazos. [...] quando você não consegue chegar ou se espelhar ao que é dito ou imposto por um grupo social ou pela sociedade como um todo, isso acaba gerando estados depressivos, estados de não aceitação do seu estado atual.

As repercussões psicológicas são diversas, principalmente sobre a juventude, a etapa mais vulnerável da vida e que busca seu propósito e seu lugar no mundo, lugar este, que acaba sendo pré-definido pela moral e regulamento estabelecido, o que gera um estado de anomia (DURKEIM, 1897) e descontentamento.

Com a ausência de aceitação dos problemas de ordem psicossocial, muitos jovens passam a ignorar os sintomas do adoecimento mental. Entretanto, a “crise” – angustia, medo, insegurança, ansiedade – se torna aparente em algum momento, e “[...] a natureza profunda da doença sobe a superfície e se deixa ver. [...]” (FOCAULT, 2013, p.191).

Conclusão/Considerações Finais

Retornemos ao título: “Serviço social e juventude: fatores sociais que desencadeiam problemas de saúde mental nos jovens universitários”. Após todas as informações inseridas aqui, você ainda vai deixar alguém falar que saúde mental é bobagem? Que reclamar do acúmulo de atividades acadêmicas é drama?



Muitos indivíduos banalizam o problema, dado que categorizam as pessoas e desenvolvem uma expectativa do que consideram normal. Posto isso, o que está relacionado a saúde mental é rotulado como loucura (GOFFMAN, 2004). Devido a essa visão estigmatizada, nos foi perceptível o motivo de muitos jovens terem receio de pedir ajuda ou apenas conversar com alguém. É preciso saber diferenciar “o comum”, do “normal”, principalmente quando a OMS aponta o suicídio como segunda causa de morte entre os jovens.

Ao fim desta pesquisa, após todo o processo de comprovação das hipóteses, torna-se evidente o quanto é necessária a conscientização o debate a respeito da saúde mental dos jovens. Tornou-se evidente também, quais são os fatores sociais, econômicos e culturais que desencadeiam o processo de adoecimento e o porquê de muitos estudantes estarem insatisfeitos com suas escolhas acadêmicas.

Foram expostos os valores da sociedade contemporânea, que em suma, é produtivista, individualista e consumista, na qual o trabalho é fator edificante e fundamental para o caráter e engrandecimento social.

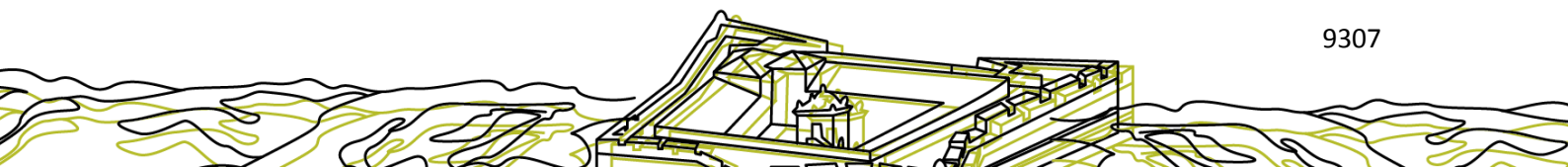
É devido a esta estrutura imposta, que o trabalho do assistente social é fundamental para a amenização deste problema. Por lidar com questões sociais e auxiliar na resolução dos problemas desta ordem, esse profissional proporciona uma estrutura mais humana e solícita para o desenvolvimento dos jovens, agindo multidisciplinarmente com psicólogos e pedagogos.

Um grande desafio é incorporar as equipes multidisciplinares na Instituição e expandir os espaços de atendimento, afinal, a Universidade não possui verba suficiente para tal implantação. Além disso, também é relevante citar que o assunto precisa ser melhor abordado nos departamentos de exatas, visto que muitos desconheciam a ajuda oferecida. Percebemos também a importância de valorizar as relações sociais e a importância de respeitar o espaço do outro, a dor do outro, dado que ao olhar exteriormente é impossível saber se o indivíduo está passando por problemas.

Referências

ABRAMO, H.W. **Retratos da Juventude Brasileira**: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Instituto Cidadania/Fundação Perseu Abramo, 2005.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004



BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2009.

BOTTI, N. C. L., LIMA, A. F. D., & SIMÕES, W. M. B. (2010). Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.6, n.1, 2010.

COLUCCI, C. **Medicina da USP se mobiliza após tentativas de suicídio.** São Paulo. Grupo Folha. 2017. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/04/1874794-medicina-da-usp-semobiliza-apos-tentativas-de-suicidio.shtml>>. Acesso em: 10 de set. 2017

COSTA, M.; MOREIRA, Y.B. **Saúde mental no contexto universitário.** Paraná. v.2, n.10, 2016. Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/sed2016/009.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2017.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico.** São Paulo: Martin Claret, 2001.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Graal, 2013

FRAGA, J. **Os fatores sociais para a depressão.** Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://fragasociologo.blogspot.com.br/2011/03/os-fatores-sociais-para-depressao.html>>.

Acesso em: 25 de ago. 2017.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro, LCT, 1981.

IAMAMOTO, M.V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez, 2006.

LABOISSIÈRE, Paula. **No dia mundial da saúde, OMS alerta sobre depressão.** Brasília. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao>>. Acesso em 25 de ago. 2017. LAMBERT, Willian. **Psicologia Social.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MARTINS, José de Souza. Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social”. In: _____. **A sociedade vista do abismo.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 25-47.

MILLS, W. A Promessa. In: _____. **A Imaginação Sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 9-32



PADOVANI. R. C; NEUFELD C. B; MALTONI. J.; BARBOSA, L. N. F; SOUZA, W. F; CAVALCANTI, H. A. F; LAMEU, J. N. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista brasileira de terapias cognitivas**. vol.10, n.1, jun, 2014.

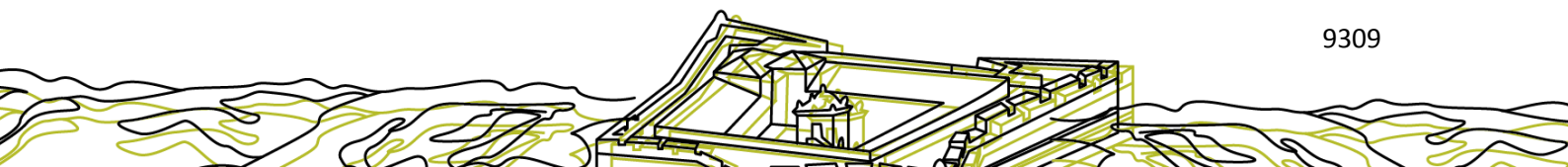
PERON, A.P; G.Y.S.; BRANDÃO, M.; VICENTINI. V.E.P. Aspectos biológicos e sociais da depressão. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v8(1), p. 45-48jan./abr., 2004.

ROSA, L.C.S.; MELO, T.M.F.S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**. v. VII-VIII, n. 7-8, p. 75-103, Dez, 2009.

SALGUEIRO, Leonel. **Sociólogos anônimos** – A depressão que ninguém vê, mas todos compartilham. 2017. Disponível em:

<<https://circuitoacademico.com.br/2016/12/13/sociologos-anonimos-a-depressao-queninguem-ve-mas-todos-compartilham/amp/>>. Acesso em: 26 de ago. 2017.

UFRJ, Pró-Reitoria de Extensão. **Políticas públicas no território das juventudes**. Rio de Janeiro, 2006.



PROMOVENDO SAÚDE E EMPODERAMENTO COM USUÁRIOS HOSPITALIZADOS EM ALA PEDIÁTRICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde ou Educação.

Maria Edna Bezerra da Silva¹, Fernando Iago Fernandes de Farias²; Maria Clara de Araújo Cavalcante²; Paula Estevam Pedrosa Toledo²; Martha Alves de Mendonça²

1-Professora da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Faculdade de Medicina (FAMED).

2- Estudantes da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Faculdade de Medicina (FAMED).

Resumo

INTRODUÇÃO: A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um modelo de atenção que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo que o processo saúde-doença é resultado dos determinantes socioeconômicos, políticos e culturais que cercam os sujeitos, não se limitando apenas ao campo biológico (SILVA, 2011). Dentro da linha de humanização do Ministério da Saúde, e dialogando com a promoção a saúde, foi idealizado o Projeto Resgatar. **OBJETIVOS:** desenvolver atividades de promoção a saúde e discussões acerca de direitos humanos para usuários do SUS nos setores de Pediatria e Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do HGE, visando promover junto aos acadêmicos dos cursos da saúde e demais cursos uma formação interdisciplinar, multiprofissional e humanista. **METODOLOGIA E RESULTADOS.** As atividades ocorreram a cada quinze dias, discutindo temas variados, como prevenção do câncer de mama ao papel dos conselhos tutelares e proteção a criança. Os alunos foram divididos em trios e desenvolveram as atividades dentro das enfermarias e no corredor da pediatria, setor de queimados e observação pediátrica. Ao longo do segundo semestre de 2017 e até fevereiro de 2018, já foram envolvidos nas ações 420 usuários entre crianças e seus acompanhantes. **CONCLUSÕES:** Percebe que as atividades desenvolvidas proporcionaram uma relação humanizada entre os estudantes e os usuários e/ou acompanhantes, uma vez que exigiu dos acadêmicos esforços para uma assistência de qualidade e consoante com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, equidade e universalidade. Os estudantes se sentiam recompensados por aprenderem em um processo mútuo no diálogo com os

acompanhantes e pacientes. E estes, por sua vez, sentiam que as visitas haviam contribuído para refletirem frente à sua realidade, colaborando que possam para tomar suas próprias decisões diante dos fatores que interferem no processo saúde-doença.

Palavras-chave: promoção à saúde; educação em saúde; empoderamento

Introdução

A promoção a visa contribuir com o empoderamento da comunidade para que a mesma possa atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, destacando sua importância no controle desse processo. Para isso, são necessárias mudanças nas diversas áreas de atenção e no processo de construção da produção dos cuidados em saúde, incluindo as ações desenvolvidas no âmbito hospitalar, que historicamente se constituem em um espaço para tratamento, focado nas questões biológicas, muitas vezes deslocadas dos determinantes sociais, e onde comumente são menosprezados aspectos psicológicos e emocionais dos indivíduos, fato que resulta no distanciamento de uma prática humanizada e efetivamente promotora da saúde (GOULART, 2010).

Baseando-se nessa problemática, a humanização e a integralidade da atenção têm sido temas relevantes nos debates sobre a formação de profissionais de saúde e na determinação das diretrizes curriculares dos cursos profissionais da área (LANZIERI *et al*, 2011). Romper o paradigma cientificista, biomédico e mesclar, à técnica, a dimensão relacional humana é um desafio que se coloca nos currículos de graduação e práticas de saúde.

Muito se tem debatido sobre as medidas a serem utilizadas a fim de obter a mudança no perfil profissional. Isso demanda transformações tanto conceituais, como técnicas e ideológicas para alterar as práticas e a organização do processo de trabalho em saúde, além da mudança cultural em relação ao modelo de assistência e sistema público brasileiro (BATISTA, 2013).

As necessidades de mudança no ensino nos cursos de graduação em saúde, objetivando qualificar a formação discente de maneira a contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS, assinalam para a relevância de uma articulação mais firme entre os setores saúde e educação.

A reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos, mudando o enfoque biomédico para um enfoque que agregue o epidemiológico e o social e a prática junto à comunidade; a integração com outras áreas da saúde; e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e a inserção, ainda nos primeiros períodos, do aluno na interação escola com o serviço e a

comunidade são algumas estratégias apontadas para alcançar a transformação (CECCIM, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH) do Sistema Único de Saúde, introduzida no Brasil em 2003, surge como mais uma das estratégias que podem contribuir nas transformações do perfil do profissional de saúde com o objetivo de disseminar práticas de saúde humanizadas para usuários, trabalhadores e gestores (MOREIRA *et al*, 2015). Visa ainda contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de troca onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem conjuntamente saídas para os problemas do cotidiano (MARTINS; LUZIO, 2014).

É preciso incorporar um olhar horizontal profissional/paciente, aproveitando o período de hospitalização para criar novas relações dos usuários com o sistema de saúde, reprogramar suas vidas, adquirir novos hábitos de autocuidado e autonomia, construindo o ambiente como um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania (GUEDES *et al*, 2009), tornando o ambiente hospitalar um espaço potente de produção de cuidado em saúde.

Nesse sentido, percebe-se a importância do desenvolvimento de projetos de extensão universitária que contribua com o currículo acadêmico adotado pelas instituições, com ações que busquem aproximar os estudantes dos cenários de prática e as realidades nas quais eles possam desenvolver habilidades, que apesar de essenciais para uma boa atuação profissional, não são ensinadas em salas da aula, assim como a capacidade de trabalhar em grupo, a empatia, e a humanização.

Dialogando com a PNH, surge o Projeto Resgatar no ano de 2009 a partir do protagonismo de um grupo de 13 alunos do curso de Medicina e professores da FAMED e do Núcleo de Saúde Pública-NUSP/UFAL. O presente projeto contribui ainda para fortalecer a integração entre os serviços de saúde a comunidade e as Unidades de ensino fomentando ajustes nos Projetos Político Pedagógico dos cursos para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais, ampliando a atuação na rede SUS.

1. Objetivos

O relato tem como objetivo apresentar a experiência do projeto e sua capacidade em contribuir com uma formação humanizada para os estudantes envolvidos dos diversos cursos de forma interdisciplinar, proporcionando habilidades de saber lidar com os pacientes a partir de uma perspectiva que envolva o cuidado integral, promoção em saúde e o respeito aos Direitos Humanos.

2. Relato da experiência

O Projeto Resgatar-HGE é um projeto de extensão universitária que desenvolve ações de Promoção a saúde usando como uma de suas estratégias a Ludoterapia e educação popular em saúde. O projeto realiza visitas semanais ao HGE durante um ciclo de atividades que compreende o semestre letivo, promovendo atividades que atingem uma média de 480 participantes, entre crianças e acompanhantes durante o período.

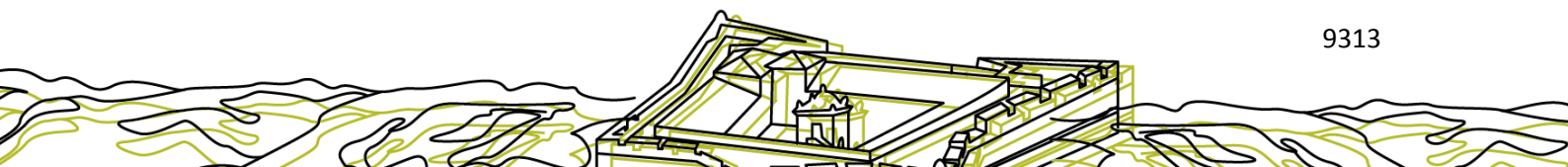
A proposta para o desenvolvimento do presente projeto surgiu a partir de várias discussões sobre ética e relações humanizadas nos serviços hospitalares, destacando o distanciamento existente entre os profissionais e o paciente no ambiente hospitalar, percebido por vários artigos científicos e visitas dos alunos de medicina nos serviços de saúde durante atividades na disciplina Saúde e Sociedade III, no módulo de Educação e comunicação na prática.

Os estudantes se caracterizam como doutores palhaços, usando narizes vermelhos e jalecos confeccionados com diversos adereços a partir do personagem adotado por cada um dos integrantes. Também se caracterizam com figurinos de personagens diversos do universo infantil.



Figura 01 – Ressaca de carnaval 2018

A população assistida pelo projeto tem uma constituição heterogênea em relação ao seu local de origem, cultura, realidade social e econômica. Pela amplitude de atendimento do Hospital Geral do Estado, muitas das crianças e acompanhantes que o



projeto tem contato vêm do interior do estado, de cidades como Boca da Mata, Anadia, São Luís do Quitunde e outras. Além disso, por serem de regiões de interior, a maioria possui uma condição econômica de baixa renda e constituem famílias numerosas. Durante as ações, os integrantes do projeto já ouviram diversos relatos de mães que vem a Maceió acompanhando um filho doente e sendo obrigada a deixar os outros filhos sob os cuidados de um filho mais velho, normalmente adolescente, pois o pai não vivia mais com a família e ela não tinha condições de trazer todos ou manter alguém cuidando deles na cidade natal.

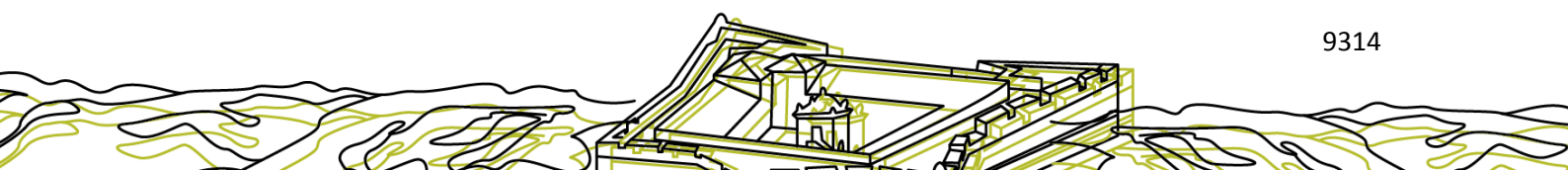
Durante as atividades são utilizados instrumentos musicais, fantoches e outros recursos lúdico-pedagógicos como dinâmicas de grupo, peças teatrais, paródias musicais, jogos educativos e pinturas com temas relevantes de prevenção e promoção a saúde, como saúde bucal, alimentação saudável, direito dos usuários do SUS e prevenção de doenças tais como: dengue, zyka, câncer de mama e outros.

Destacamos que o brincar e o jogar são experiências indispensáveis à saúde física, emocional e intelectual, principalmente para o público infantil, por conseguinte os integrantes faziam uso destes recursos.

Destarte, as ações de educação em saúde sempre são precedidas de planejamentos, que acontecem na sala do projeto na UFAL. Os integrantes elaboram as estratégias de abordagem do assunto que irão permear cada ação, de forma a incluir as crianças e os acompanhantes no processo de construção compartilhada do conhecimento, resultando na apreensão efetiva das informações e na posterior mudança de hábitos e tomada de consciência.



Figura 2 – Oficina de planejamento com o tema da saúde bucal, segundo semestre de 2017.



Na ação de saúde bucal foram usados vários recursos lúdicos como: uso de Dedoches onde cada integrante explicava o tema proposto de forma lúdica, Kit de big's models utilizado para facilitar o aprendizado da correta escovação, contação de estória (realizada através do rodízio de uma equipe nas enfermarias) e distribuição de folder autoexplicativo para os acompanhantes e crianças visando ajuda-los a recordar o conteúdo abordado nas atividades e servir como material para colorir e interagir com as crianças. Também usamos macro dentes em cartolinas, uns com a doença cárie e outros sadios, para incentivá-los a falar o que entendiam sobre o tema através da brincadeira de associação com imagens. Outro recurso foi à utilização de imagens de alimentos que “fazem bem” e os que “fazem mal” aos dentes.



Figura 03 – grupo trabalhando com pintura e colagem

As ações educativas que são desenvolvidas proporcionam uma relação humanizada entre os estudantes e os usuários e/ou acompanhantes dos setores envolvidos, uma vez que exigirão dos acadêmicos esforços para uma assistência de qualidade e consoante com os princípios do Sistema Único de Saúde como a integralidade, equidade e universalidade, incentivando os alunos a perceberem criticamente a importância de um contato mais humano entre o “profissional” e o paciente durante o período de hospitalização, e afastando-os, dessa forma, de um pensar no cuidado que se limite aos perfis mecanicistas e modelo biomédico, que vai de encontro à Política de Humanização do SUS.

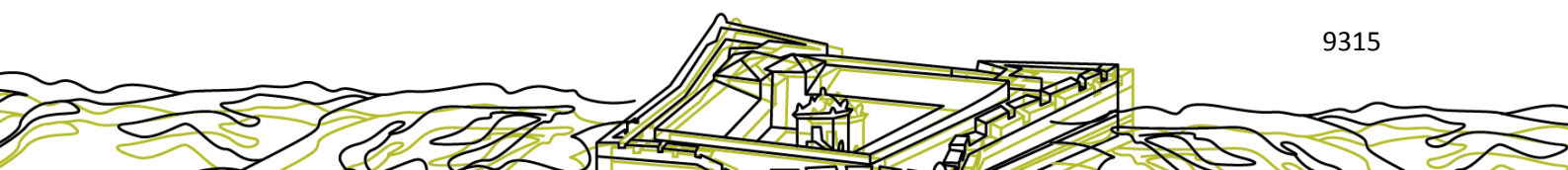




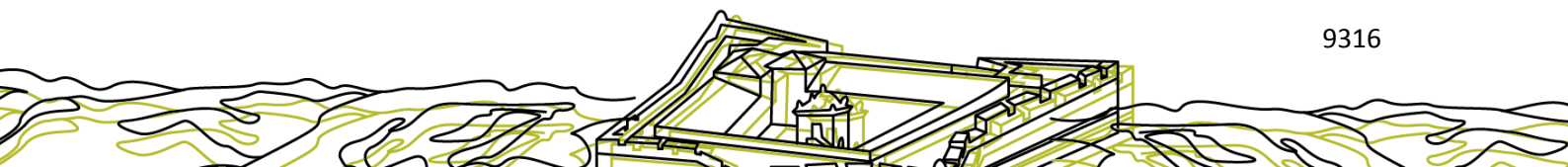
Figura 04 – Apresentação de peça teatral no segundo semestre de 2017

O projeto conta com a participação de estudantes de diversos cursos, como Medicina, Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, entre outros, que passam por processo seletivo no início do ciclo.



Figura 03 – equipe de alunos do segundo semestre de 2017

Os estudantes integrantes do projeto, posteriormente às ações, relatam em diários de campo como a experiência de interagir com as crianças através de práticas



lúdicas é efetiva para a mudança positiva no estado emocional dos pacientes e também para o processo de formação humanizada, como mostra o relato a seguir:

“O Projeto proporciona mudanças não apenas no âmbito profissional, mas também no pessoal. Todos nos tornamos mais humanos, capazes de ver o indivíduo na sua totalidade, com um grande sentimento de empatia por todas as crianças que conhecemos. Pois é dentro do Projeto que participamos ativamente na vida da sociedade, saindo do ambiente acadêmico e vivendo a realidade que a maioria da população se encontra. Dentro do Resgatar criei vínculos que me fizeram pensar que tipo de profissional que desejo ser futuramente. Como estudante da área da saúde, puder ver de perto a importância de uma equipe multidisciplinar.” (Estudante de Terapia Ocupacional, 1º ano.)

Uma ação muito efetiva em relação à promoção de saúde foi a ação de São João, realizada no ano de 2016, na qual foi abordado o procedimento correto a ser adotado nos casos de queimaduras, já que, durante essa época do ano, os acidentes com fogueiras são muito frequentes. Foi perceptível aos membros, quando estes comparavam as respostas dadas pelas crianças acerca “do que deveria ser feito em casos de queimaduras” o quanto estas aprenderam sobre o assunto; como pode ser evidenciado com a análise do depoimento de um dos participantes dessa ação:

“Na minha opinião, em relação a educação em saúde essa foi a ação mais importante, pois pelo que eu pude perceber a maioria das mães e crianças agiam de modo errado quando sofriam queimaduras (acreditavam que era importante passar pasta de dente, manteiga, pomada, etc.) e uma das crianças me contou inclusive que já tinha se queimado no São João e que ela tinha passado manteiga. Fora isso o dia foi bem animado, teve quadrilha, comida de milho, muita alegria, dança [...]” (Estudante de medicina, 4º período).

Em outras narrativas analisadas, a dificuldade dos estudantes para lidarem com a afetividade, aqui entendida como o conjunto de emoções e sentimentos, tornou-se evidente. A dificuldade de aproximar-se, de abordar os pacientes, de estar ali, numa enfermaria de hospital, num papel diferente do esperado para um estudante da área da saúde, foi observada em muitos relatos, como nos casos destacados abaixo:

“[...] ainda estava me familiarizando com o ambiente, não sabia muito bem o que dizer ou como agir com as crianças. Fiquei observando os outros membros que já faziam parte do projeto para conseguir ficar mais à vontade para desenvolver a ação. [...] quando entrei no CTQ encontrei logo duas crianças com as quais consegui interagir, mas havia uma outra criança que por ter chegado há pouco tempo ainda estava assustada e chorava sempre que eu me aproximava e isso me deixava nervosa para continuar [...]” (Estudante de medicina, 4º período).

Para os alunos foi marcante o quanto eles se sentiram renovados e pessoalmente realizados ao saírem de cada visita ao hospital. Como uma forma de exemplificar essas sensações, vários relatos trouxeram sua contribuição para Projeto:

“O Projeto Resgatar teve uma enorme contribuição em minha vida pessoal, profissional e social. Durante o tempo em que participei como membro, tive uma maior aproximação com a prática de saúde coletiva, e tive os primeiros contatos com crianças em ambiente hospitalar. Descobri definitivamente minha paixão pela saúde pública, pela pediatria e pelo trabalho em equipe multidisciplinar, voltando-se para a prática de educação e promoção em saúde, discussão de temáticas sociais, prevenção de doenças e agravos, dentre outros, sempre de forma lúdica. Envolvendo não somente a criança em internamento, como também os seus acompanhantes. Devo ao Resgatar grande parte da minha humanização e consciência social de realidades não-exploradas na grade obrigatória de minha graduação.” (Estudante de Odontologia, 10º período)

Também foi muito relevante para os estudantes a possibilidade de conversar com os acompanhantes dos pequenos, que na grande maioria das vezes eram suas mães, seus pais ou suas avós, e, apesar de não estarem doentes, desempenhavam um papel fundamental para o cuidado com criança adoecida, e por isso permaneciam continuamente nesse ambiente, partilhando da mesma dor e sofrimento.

Esses familiares mostravam como se sentiam impotentes frente à realidade vivida e à dificuldade de enfrentar o dia-a-dia dentro do hospital, por motivos que iam desde a alimentação fornecida, da precariedade dos locais que eram disponibilizados

para eles dormirem, até o fato de estarem distante do seu trabalho, de sua casa, dos outros membros de suas famílias e do seu cotidiano. Frente a isso, alguns integrantes do projeto desenvolviam sua capacidade de empatia, a necessidade de se porem no lugar dos familiares, como mostra o relato a seguir:

“Ser doutor-palhaço é muito mais do que fazer crianças sorrirem, ser doutor palhaço me ensinou que devo colocar um sorriso no rosto quando outra pessoa necessita, que devo ser o que eu tenho de melhor no meu cotidiano profissional; me ensinou que cada pessoa tem sua história e que, partir daquele momento que apareci para ela, também sou responsável por uma parte da história que a rodeia; ser doutor-palhaço me ensinou que devo entender as outras pessoas e seu sofrimento, ser empática a elas. ” (Estudante de Fonoaudiologia, 2º ano.)

Em diversos episódios, os acompanhantes transpareciam precisar de alguém com quem conversar para dividir o que estavam vivendo e, felizmente, em muitas oportunidades, os membros do projeto puderam ser esse “alguém”, ajudando, dessa forma, a amenizar também a tristeza vivida pelos adultos que lá estavam.

3. Considerações finais

O projeto promoveu maior aproximação dos acompanhantes e pacientes com os estudantes, evidenciando como o recurso da Ludoterapia auxilia a prática a partir duma perspectiva mais humanizada no âmbito do crescimento acadêmico dos estudantes integrantes do projeto, que servirá como base para sua futura atuação profissional.

Ao final do ciclo foi perceptível o quanto os estudantes se sentiam recompensados por aprenderem em um processo mútuo no diálogo com os acompanhantes e pacientes. E estes, por sua vez, sentiam que as visitas haviam contribuído para torná-los mais críticos frente à sua realidade, capacitando-os para tomar suas próprias decisões diante dos fatores que interferem no processo saúde-doença.

Apesar das dificuldades enfrentadas, o projeto é um potencializador para uma formação mais humanizada para os futuros profissionais da saúde, condizentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em saúde, marcante por buscar habilidades e competências como a empatia, a solidariedade, a valorização

da vida, a curiosidade em relação ao desconhecido e a capacidade de indignar-se diante de uma realidade insatisfatória, desse modo proporcionando oportunidade para reflexão sobre a própria prática e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, objetivando possibilitar o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde.

É inegável também a sua contribuição na formação de estudantes que tenham uma visão integral da assistência, que possam superar a “divisão” entre a cura e o cuidado, que visem promover saúde e contribuam com a população em processos de construção compartilhada de conhecimento. Pois, é a partir dessa perspectiva que o paciente é visto em sua integralidade, tendo sua subjetividade valorizada, assim como seu modo de vida, seus aspectos socioeconômicos, políticos, e culturais, tornando-se sujeito ativo em seu processo de recuperação.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.549-60, 2005.

BATISTA, Cássia Beatriz. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n.38, p.97-125, jun. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1400-1410, out. 2004.

DA SILVA GUEDES, Heloísa Helena *et al.* Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde Soc.**, v.14, n.3, p.111-8, 2005.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010.



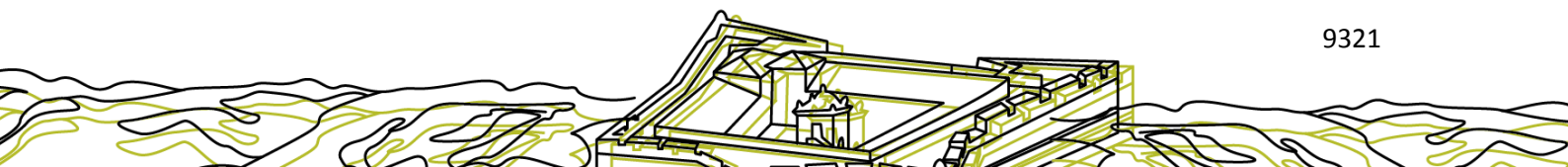
LANZIERI, Pedro Gemal *et al.* "Boa noite, bom dia HUAP!", uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.15, n.36, p.289-298, Mar, 2011.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.18, n.1, p. 1099-1106, 2014.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles *et al.* Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3231-3242, 2015.

RODRIGUES, André Furtado de Ayalla; NUNES-FILHO, Wellington Jorge. A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. **Ouvirouver**.Uberlândia v. 9 n. 1 p. 72-81 jan.ljun. 2013.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da *et al.* Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, junho de 2011.



A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Área Temática: Saúde

José Thiago Alves de Sousa¹; Kallyny Marques Linhares²; Kerolayne Vaneska da Silva³; Iara Nayara de Barros Matos⁴; Rafaela Juliane Silva Santos⁵; Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso⁶

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Resumo

A Educação Popular é incentivo de muitas práticas sociais, proporcionando o protagonismo e ações pautadas no diálogo, amorosidade e problematização. Dessa forma, o Projeto Educação Alimentar e Nutricional no Ambiente Escolar articula-se como uma rede de extensão universitária orientada pela Educação Popular, desempenhando estratégias para promoção da saúde e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional. O presente trabalho trata-se da experiência vivenciada extensionistas do curso de Nutrição da UFCG. No desenvolvimento das ações, realizam-se planejamento, desenvolvimento do material, execução e avaliação. As intervenções ocorrem com alunos da educação infantil e do ensino fundamental, pais, merendeiras e professores. Ainda, realiza-se avaliação nutricional. Analisou-se quantitativamente e qualitativamente as intervenções realizadas. Dos 320 alunos avaliados, 94,2% adoraram, 3,6 gostaram e 2,2 foram indiferentes. A avaliação qualitativa dos pais, professores e merendeiras foi por unanimidade satisfatória. A combinação dos métodos possibilitou uma intervenção educativa problematizadora a partir de elementos da educação popular e da vida cotidiana. Quanto à análise da avaliação nutricional, a maioria encontra-se em eutrofia, porém houve um percentual considerável de alunos com sobrepeso/obesidade e reduzido para magreza, o que corrobora com a literatura, que relata aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade e redução da magreza

¹ Discente do curso de bacharelado em Nutrição da UFCG.

² Discente do curso de bacharelado em Nutrição da UFCG.

³ Discente do curso de bacharelado em Nutrição da UFCG.

⁴ Discente do curso de bacharelado em Nutrição da UFCG.

⁵ Discente do curso de bacharelado em Nutrição da UFCG.

⁶ Docente do curso de bacharelado em Nutrição da UFCG

nesse grupo. O projeto, construiu um conhecimento compartilhado com os diferentes públicos, ainda, potencializou a extensão popular como estratégia fundamental, realçando os processos de ensino e fortalecimento da EAN. Logo, pode-se afirmar que as ações de educação popular constituíram um caminho teórico e metodológico capaz de formar profissionais de saúde com postura diferenciada e visão crítica, tendo na nutrição um campo profícuo para a construção da saúde numa perspectiva que extrapole a prática biologicista da alimentação.

Palavras-chave: Educação popular em saúde; Nutrição; Extensão.

Introdução

A educação popular foi pauta da 12ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu eixo temático Educação Popular em Saúde, apresentou uma série de deliberações contemplando estratégias e ações a serem implementadas no SUS, com objetivo de fortalecer a Educação Popular em Saúde no trabalho com o controle social, gestão, cuidado e formação em saúde. Já na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, essas propostas foram reafirmadas e foi adensada a proposta de inserção da Educação Popular em Saúde nos processos de ensino-aprendizagem realizados nas escolas do ensino fundamental; foi deliberado que Ministério da Saúde - MS e Ministério da Educação - MEC deveriam se articular para criar uma linha de financiamento permanente para subsidiar os processos de educação popular em saúde, com objetivo de formar e qualificar a população para a participação e o controle social no SUS. Também foi deliberada a instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde - Cneps, composto por órgãos do Ministério da Saúde, entidades e organizações não-governamentais, visando o fortalecimento de experiências de protagonismo popular, a troca de saberes e a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (CONASS, 2013).

A educação popular também foi apontada como prioridade na 14ª Conferência Nacional de Saúde, que dentre outras ações relativas, expressou a demanda pela implementação de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Em 2009, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Sgep/MS constituiu o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde Cneps, composto por 36 membros titulares e seus respectivos suplentes, com representação de 13 movimentos populares, duas entidades dos movimentos representativos dos gestores e 9 representações de áreas técnicas do MS, além de instituições ligadas ao SUS. Foi este comitê o responsável por fomentar o

diálogo entre os coletivos e educadores, profissionais de saúde, trabalhadores, gestores e estudantes, no | contexto do SUS e da gestão participativa (CONASS, 2013).

Sabe-se que educação e saúde são termos intrinsecamente relacionados. Sem a existência de um processo educativo, a saúde dificilmente se implicaria como resolutive ou, até mesmo, se concretizaria como um meio palpável que possui um caráter social tão importante quanto o científico. Observar que existem diversas modalidades de se produzir educação em saúde faz parte da aquisição de um leque de possibilidades para a compreensão de um processo que se dá em constante edificação (BRASIL et al., 2017).

O projeto Educação Alimentar e Nutricional no Ambiente Escolar, apresenta-se como um projeto de extensão promovido pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Nutrição e Saúde Coletiva (Núcleo PENSO). O Núcleo Penso busca desenvolver suas ações tendo como fio condutor os princípios da educação popular, que se preocuparam com o diálogo, a horizontalidade, a amorosidade, a problematização e a construção de extensão. A Educação Popular é incentivo de muitas práticas sociais que professores, estudantes e intelectuais tentam implementar nos espaços livres de seus trabalhos, proporcionando o protagonismo em acadêmicos e não acadêmicos. Nessa perspectiva, o Núcleo Penso da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité/PB*, constitui-se como rede de extensão universitária orientada pela Educação Popular que visa promover articulação e integração entre os programas e projetos de extensão.

A primeira parte do projeto de Educação Alimentar e Nutricional no Ambiente Escolar aconteceu na Escola Municipal Eudócia Alves dos Santos e atualmente está sendo desenvolvido na escola Tancredo de Almeida Neves, ambas localizadas no referido município. A construção do Projeto deu-se em resposta a chamada nutricional que ocorreu no ano de 2013. Foi pensado e posto em prática no ano seguinte, buscando desempenhar ações como estratégia para promoção da saúde e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, promovendo ações de fortalecimento de territórios urbanos em situação de vulnerabilidade social.

O presente trabalho trata-se da experiência vivenciada por alunos extensionistas do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, que tem como alicerce os princípios da Educação Popular idealizada por Paulo Freire e na Política Nacional de Humanização (PNH). Formulada e lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), a PNH é um exemplo de proposta de renovação dos modelos de gestão e atenção no cotidiano dos serviços de saúde. Pois reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, assim como, propõe a transversalidade, a não dissociação entre atenção, gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (MATTOS, 2009).

A educação popular é o processo constante e organizado que implica momentos de reflexão e estudo sobre a prática do grupo ou da organização. É o confronto da prática sistematizada com elementos de interpretação e informação que permitam levar tal prática consciente a novos níveis de compreensão (HURTADO, 1993).

Uma educação que procure o diálogo determina a visão do outro como sujeito, a compreensão de que o saber popular “... É elaborados sobre experiência concreta, sobre vivências distintas daquelas do profissional” (VALLA, 1998), configurando saberes diferentes, mas não inferiores. Trata-se de reconhecer que os saberes são construídos de formas diferentes e quando da interação entre sujeitos, estes possam ser compartilhados, e não hierarquizados O Conhecimento é construído no diálogo entre sujeitos, sabendo que conhecimento significa consciência da realidade e da condição humana. Diálogo entre sujeitos é educação não alienada e não alienante. (CARVALHO, ACIOLI e STOTZ, 2001).

As metodologias ativas vão ao encontro dessa proposta, pois os educandos assumem, desde o início, o papel de sujeitos ativos e os educadores de estimuladores e facilitadores da aprendizagem, numa relação afetiva de troca e crescimento mútuo. Fundamenta-se no diálogo entre o educando e o educador e na construção coletiva do conhecimento.

O Projeto Educação alimentar e Nutricional prioriza os laços fixados entre a comunidade local e a universidade, com intuito de superar a concepção tradicional de extensão universitária que, segundo Freire, está baseada em uma visão messiânica, na qual sujeitos superiores depositavam seus conhecimentos em pessoas recipientes, desconsiderando suas vivências e desrespeitando seus saberes, valores e crenças para impor-lhes os valores e os saberes produzidos na academia. Dessa forma, associou-se o termo “extensão” a uma concepção diretiva, vertical, de transmissão, doação, messianismo, invasão cultural. Tais práticas reduzem o ser humano a um ouvinte passivo, alienado ao saber acadêmico, negando lhe o direito de agir, participar ativamente como ser de transformação do mundo, negando lhes também, o protagonismo na elaboração de conhecimentos autênticos (FREIRE, 1987).

Considerando a importância da educação popular em saúde, enquanto instrumento de articulação dos princípios e diretrizes defendidos pelo SUS, este trabalho objetiva relatar experiências vividas nas práticas de ações de educação popular em saúde, que vem sendo desenvolvidas no âmbito da extensão universitária, e de que forma estas práticas se relacionam com os princípios e eixos estratégicos propostos pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

Metodologia

Este trabalho trata-se de um relato de experiência a cerca de uma vivência de extensão universitária, envolvendo docentes e discentes do curso de graduação em nutrição da Universidade Federal de Campina Grande. Para que ocorra a realização das atividades, se faz necessário à realização de quatro etapas previamente definidas, que são: planejamento, desenvolvimento do material, execução das atividades e avaliação pós execução.

O planejamento pode ser conceituado como um processo desenvolvido para o alcance de uma situação desejada de um modo mais eficiente, eficaz e efetivo, com a melhor concentração de esforços e utilização de recursos pela organização. A efetividade representa a capacidade de a organização coordenar constantemente, no tempo, esforços e energias, tendo em vista o alcance dos resultados globais e a manutenção da organização no ambiente (ANDRADE; FRAZÃO, 2011). Sendo assim, pode-se perceber a importância de um bom planejamento para o alcance dos objetivos almejados.

O desenvolvimento do material didático para realização das atividades acontece após o planejamento e é produzido pelos próprios integrantes do projeto de acordo com a atividade a ser realizada.

Para que a educação nutricional possa ser efetiva, é preciso a aquisição de conhecimentos sobre alimentação e nutrição voltados para a incorporação de hábitos alimentares saudáveis que possam se estender não só às crianças, mas ao ambiente escolar e às suas famílias. É importante aliar essa educação e o emprego de metodologias lúdicas e dinâmicas em sala de aula, explorando na criança a criatividade e a imaginação, bem como iniciando um processo de afirmação da identidade alimentar (COSTA et al., 2009; ALBIERO; ALVES, 2007). As realizações das intervenções ocorrem semanalmente às segundas-feiras (Manhã) e sextas-feiras (Tarde). Atualmente o projeto conta com quatro extensionistas e uma professora orientadora. O público alvo são alunos (Pré-I da educação infantil ao 5º ano do ensino fundamental), pais dos escolares, merendeiras e professores. As intervenções realizadas com os alunos são planejadas com base nos parâmetros curriculares nacionais para educação infantil e ensino fundamental I. Além disso, busca-se materiais que dialoguem com os outros grupos alvos (merendeiras, pais e professores).

As avaliações pós-intervenções são realizadas durante a atividade e ao final delas, são aplicados questionários semi-estruturados com os pais, professores e

merendeiras e escala hedônica com os alunos, com intuito de verificar o grau de aceitação dos envolvidos em relação ao projeto.

Dentre os meios utilizados para realização das atividades, destacam-se o cinema, pintura, comensalidade, oficinas culinárias e contação de histórias. Ainda, realiza-se semestralmente a avaliação nutricional dos escolares, objetivando identificar a situação do estado nutricional dos mesmos.

Resultados e Discussão

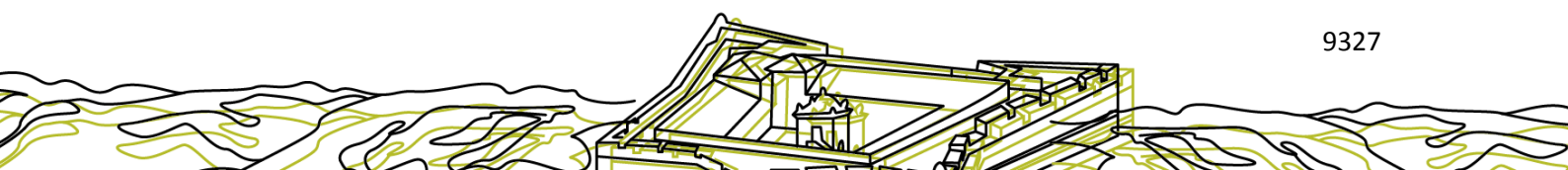
A educação alimentar é considerada uma importante ferramenta para a melhoria do quadro de transição nutricional que acomete a população brasileira. Sabendo-se que os hábitos alimentares se formam na infância e que a escola é o ambiente mais indicado para a realização de atividades educativas, a escolha de uma escola com um público tão diversificado é considerada estratégica para a realização da educação alimentar (CARVALHO et al., 2001).

O processo de avaliação permite analisar os resultados das ações, quantificar a magnitude de seus impactos e elaborar propostas para reorientação das mesmas e aperfeiçoamento da funcionalidade de seus processos. Nesse sentido, a avaliação deve estar integrada a todo o processo, devendo aplicar-se a todos os tipos de intervenção em educação nutricional (YOKOTA et al., 2010).

Com o intuito de avaliar o resultado das distintas estratégias educativas desenvolvidas com alunos e professores pelo Projeto Educação Alimentar e Nutricional no Ambiente Escolar, analisou-se quantitativamente e qualitativamente as intervenções realizadas. Foram avaliados 320 escolares que foram submetidos a atividades de Educação Alimentar e Nutricional. A faixa etária das crianças avaliadas variam de 3 a 10 anos. A partir da análise de dados do instrumento de avaliação “escala hedônica”, foi observada uma boa aceitação por parte dos alunos diante das atividades, mostrando que 94,2% adoraram e 3,6 gostaram e apenas 2,2 registraram indiferença sobre as atividades.

Quanto ao método avaliativo dos pais, professores e merendeiras, foram analisados qualitativamente, sendo por unanimidade satisfatórios. A combinação de métodos quantitativos e qualitativos empregados na etapa de diagnóstico possibilitou a criação de uma intervenção educativa problematizadora a partir de elementos da educação popular, do ambiente e da vida cotidiana da população.

Apesar da análise dos dados acima apontar uma aceitação satisfatória, uma limitação inicialmente enfrentada pelos extensionistas foi o fato de que o projeto não



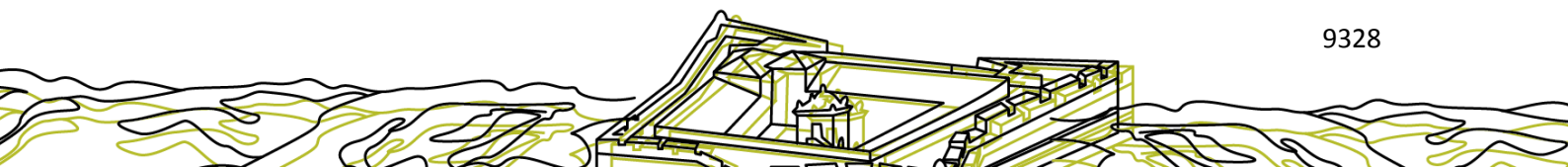
estava previsto no planejamento pedagógico, sendo essa uma das razões pelas quais houve resistência dos professores em incluí-lo na programação. A resistência acabou quando os professores compreenderam que o programa proposto vinha de um diagnóstico amplo, composto por informações relativas às condições socioeconômicas, à cultura, ao consumo de alimentos e as próprias disciplinas abordadas em sala de aula, enfim àquilo que em linguagem pedagógica se convencionou chamar de uma “leitura do mundo”, empregando uma expressão de Paulo Freire. A intervenção focada no contexto de vida tornou a experiência atraente e significativa para alunos e professores participantes.

No que diz respeito à análise do estado nutricional dos escolares por meio da avaliação nutricional, identificou-se que a maioria dos alunos, encontra-se em eutrofia, com o IMC adequado para a idade, porém houve um percentual considerável de alunos com sobrepeso/obesidade e reduzido para magreza, o que corrobora com dados da literatura, que relata aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade entre estudantes e redução da magreza nesse grupo (PEGOLO; SILVA, 2008; RECH et al., 2010).

Uma atividade considerada de extrema importância para a efetivação e formação de vínculo com o projeto são as atividades desenvolvidas com os pais dos escolares. Desta forma, realizou-se reunião entre os responsáveis pelos alunos e o grupo de extensionistas, utilizando como base o guia alimentar para a população brasileira de 2014. Além de discutir aspectos importantes abordados no guia alimentar (como comensalidade, alimentos processados, in natura etc.) foi apresentada a atual situação do estado nutricional dos escolares. Considerou-se que o apoio dos pais às possíveis escolhas que essas crianças adotariam, poderia trazer efeito positivo relativo à alimentação para toda a família.

Este estudo utilizou como meio de desenvolvimento das atividades de educação alimentar e nutricional o desenvolvimento de oficinas culinárias e contação de histórias. A atividade culinária faz parte da vida de todos e torna-se interessante, à medida que, envolve vários saberes, não só se limitando à execução de uma receita, mas, também desenvolvendo conceitos ligados a vários outros assuntos. Os alunos têm a possibilidade de verificar que o alimento inicia a preparação com um aspecto visual, olfativo e tátil e se transforma em outro produto.

Já a contação de histórias é indiscutivelmente prática adequada para ser utilizada pelos professores das séries iniciais e, quando trabalhada de forma correta, contribui para que as crianças desenvolvam e ampliem habilidades essenciais para sua vida pessoal e estudantil, facilitando e proporcionando a elas o desempenho de papéis



sociais de forma autônoma e crítica. A criança, ao escutar histórias, é levada a fazer associações e relações dessas com fatos e situações do cotidiano, e, assim, percebe-se que essa criança possui maior e melhor compreensão do mundo. Antes que possam ler sozinhas, as crianças devem escutar histórias, para desenvolver o interesse pela leitura. Quando estão aprendendo a ler, a escuta de histórias funciona como influência modalizadora para a leitura (BARBOSA; SANTOS, 2009).

Além dos supracitados, outro aspecto abordado no projeto é a comensalidade, que segundo Fischler (2011), é uma das características mais significantes no que se refere à sociabilidade humana, relacionando-se não apenas à ingestão de alimentos, mas também aos modos do comer, envolvendo hábitos culturais, atos simbólicos, organização social, além da Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade é o compartilhamento de experiências e valores.

O público alvo do projeto, de maneira geral, o avaliam positivamente, sobretudo em relação à forma como as atividades são desenvolvidas, pautadas pela pelos princípios da Educação popular em saúde, que se caracteriza uma experiência nova para a grande maioria do público.

Conclusão/Considerações Finais

A educação popular em saúde, praticada por meio da extensão além de permitir estreitar laços da universidade-comunidade, aproximou ações educativas em saúde com saberes e prioridades populares, contribuindo também para a responsabilidade social de seus protagonistas. Os resultados citados anteriormente demonstraram a possibilidade de realizar ações de incentivo ao estilo de vida saudável para crianças baseados nos princípios da educação popular. Dessa maneira, o projeto, por meio do diálogo e da problematização dos temas abordados e por ter caráter multidisciplinar, construiu um conhecimento compartilhado, em conjunto com os diferentes públicos envolvido, prevendo ações de promoção do cuidado em saúde, na perspectiva da integralidade, além de que potencializou a extensão popular como estratégia fundamental, realçando e integrando, ainda, os processos de ensino e de fortalecimento da educação alimentar e nutricional no âmbito escolar. Logo, tendo em vista o trabalho desenvolvido, pode-se afirmar que as experiências da educação popular constituíram um caminho teórico e metodológico capaz de formar profissionais de saúde com postura diferenciada e visão crítica, tendo na nutrição um campo profícuo para a construção da saúde numa perspectiva que extrapole a prática biologicista da alimentação. Nesse sentido, o Projeto Educação Alimentar no Ambiente Escolar tem possibilitado a construção de um processo de sensibilização para um exercício da nutrição mais crítico, proativo e

reflexivo, destacando-se a importância da comunidade e extensionistas nesse seguimento, na busca pela Segurança Alimentar e Nutricional e promoção da saúde.

Referências

ANDRADE, I, R, S; FRAZÃO, M, F. Estratégia em ação: planejamento estratégico e balanced score card na osid. **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade**, UNEB, Salvador, v. 1, n. 1, p. 18-34, jan./dez., 2011.

BARBOSA, C. J.; SANTOS, L. R. S. Contação de histórias para crianças dos anos iniciais. **Revista FACEV**, n. 3, p. 23-33, 2009.

BRASIL, M, L. et al. Saberes em Paulo Freire: educação popular em saúde na procura por uma “pedagogia da esperança” e seus entrelaços com o processo emancipatório de LGBT. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.1-12, jan. 2017.

CARVALHO, M, A, P; ACIOLI, S; STOTZ, E, N. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, p.101- 114

CARVALHO, et al. (2001). Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**, 14 (2), 85-93.

CONASS. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Nota Técnica no 16/2013. Brasília 2013; 5p.

COSTA, E. Q.; RIBEIRO, V. M. B.; RIBEIRO, E. C. O. Programa de alimentação escolar: espaço de aprendizagem e produção de conhecimento. **Ver. Nutr.**, v. 14, n. 3, p. 225-229, 2011.

FISCHLER C. **Commensality, society and culture**. **Social Science Information** - 50th anniversary issue 201; 50(3-4):528-548.

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

HURTADO, C. **Educar para transformar, transformar para educar**. Petrópolis: Vozes. 1993.



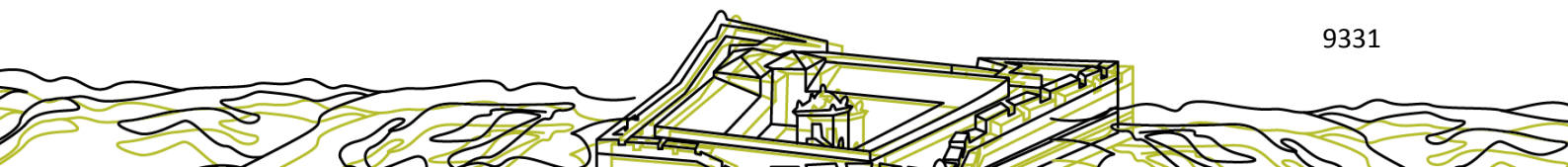
MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.771-780, 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500028>>. Acesso em: 01 de Março de 2018.

RECH, R. R. et al. (2010). Prevalência de obesidade em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade Serrana do RS, Brasil. **Revista Brasileira de Cine antropometria & Desempenho Humano**, 12 (2), 90-97.

PEGOLO, G. E.; SILVA, M. V. (2008). Estado Nutricional de Escolares da Rede Pública de Ensino de Piedade, SP. **Segurança Alimentar e Nutricional**, 15 (1), 76-85.

YOKOTA, R, T. et al. Projeto “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”: comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 1, p.37-47, jan. 2010.

VALLA, V, V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (sup2): 7-18. 1998.





REINVENTANDO MODOS DE CUIDAR EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: FORMAS DE ENFRENTAMENTO COLETIVO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Área Temática: Saúde

Célia Aparecida Araújo Lemos¹; Giovanni Sampaio Queiroz²; Juliana de Oliveira Barbosa²; Leticia Damáris Alves Ferreira Gomes³; Silmara Sonally Silva Moreira e Souza⁵; Thaylâne Creusa Rogério Silva⁴; Betânia Maria de Oliveira Amorim⁵.

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência vivenciada por meio da intervenção realizada com mulheres usuárias do Centro de Saúde Francisco Pinto, situado no centro de Campina Grande/PB, em relação à temática violência contra a mulher. A ação desenvolvida pelos graduandos de psicologia em parceria com as profissionais responsáveis pelo tratamento da temática no serviço ocorreu no contexto da fila de espera para o atendimento médico e envolveu, especialmente, as usuárias gestantes. A ação alusiva às celebrações do dia da mulher foi desenvolvida na terceira semana de março de 2018 e contou com a participação direta de 11 usuárias, tendo a duração de aproximadamente 50 minutos. A experiência demonstrou as dificuldades encontradas nos serviços de saúde com relação às condições ideais para realizarmos um trabalho, sobretudo quando se trata de abordar temáticas emergentes e cercadas de tabus. A viabilidade das intervenções é construída progressivamente a partir do reconhecimento dos limites e possibilidades oferecidos pelo contexto e a despeito das dificuldades podemos encontrar alternativas possíveis.

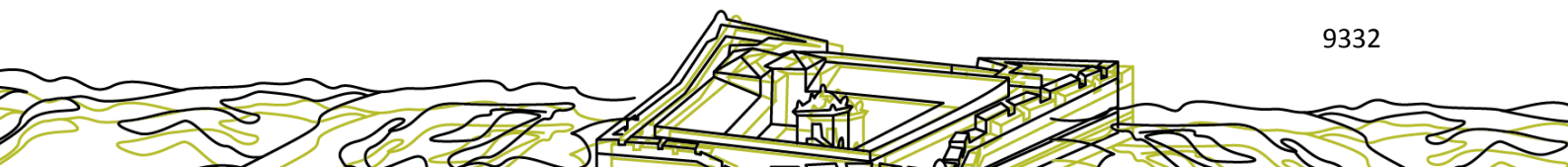
¹ Universidade Federal de Campina Grande, Graduanda em Psicologia ² Universidade Federal de Campina Grande, Graduando em Psicologia

² Universidade Federal de Campina Grande, Graduanda em Psicologia

³ Universidade Federal de Campina Grande, Graduanda em Psicologia ⁵ Universidade Federal de Campina Grande, Graduanda em Psicologia

⁴ Universidade Federal de Campina Grande, Graduanda em Psicologia

⁵ Universidade Federal de Campina Grande, Docente do Curso de Psicologia



Palavras-Chave: Violência contra a mulher; Saúde; Gênero; Metodologias Participativas

Introdução

Ao longo das últimas décadas, a compreensão acerca dos processos de saúde e doença vem sendo ampliada, desafiando o conjunto de profissionais da saúde a reinventarem as formas de cuidado. O reconhecimento de aspectos sócio-históricos inerentes ao adoecimento e a qualidade de vida da população faz parte desse desafio. Destarte, observa-se um maior interesse em pesquisar determinados temas e segmentos populacionais, de forma a construir subsídios para o enfrentamento das vulnerabilidades identificadas.

A inclusão da discussão acerca das relações sociais de gênero na agenda dos trabalhadores da saúde é relativamente recente. Dessa forma, ainda é um terreno cercado por dúvidas e inseguranças quanto ao papel dos profissionais no tratamento do assunto naquilo que se refere aos recursos a serem utilizados, para aproximar efetivamente os avanços políticos relativos ao tema da prática cotidiana. Estabelecer espaços de diálogo entre os serviços de saúde e a universidade, evidencia-se como uma potente estratégia para a construção de conhecimentos, a renovação das práticas e a qualificação da formação, o que vem a ser um dos objetivos da extensão universitária.

Assim, aproximarmo-nos do cotidiano dos serviços de saúde de Campina Grande/PB no decorrer da pesquisa intitulada *as representações sociais e o desvelar da violência de gênero na perspectiva dos profissionais de saúde*, possibilitou-nos vislumbrar, limites e possibilidades que se apresentam no trabalho desenvolvido no âmbito da saúde, no tocante ao enfrentamento à violência contra a mulher. Conforme percebemos, uma das dificuldades vivenciadas diz respeito à rotina de trabalho dos profissionais, pois este aspecto dificulta o envolvimento da equipe no desenvolvimento de atividades coletivas no tocante a abordagem da referida temática. Desse modo, ações de caráter coletivo são executadas principalmente em períodos de campanhas específicas e por vezes, mobilizadas pelos profissionais da psicologia e do serviço social. Ademais, considerando-se que ainda predomina nas unidades de saúde a busca por atendimentos individuais, a presença dos usuários em intervenções de caráter grupal, depende, na maioria das vezes, da oferta simultânea de práticas de cuidado tradicionais.

Nesta perspectiva, buscamos relatar a experiência vivenciada por meio da intervenção realizada na terceira semana de março de 2018 com mulheres usuárias do Centro de Saúde Francisco Pinto, situado na cidade de Campina Grande/PB, em relação à temática violência contra mulher. Vale ressaltar que esta atividade fez parte das ações

alusivas às celebrações do dia da mulher e foi desenvolvida conforme descrevemos a seguir.

Metodologia

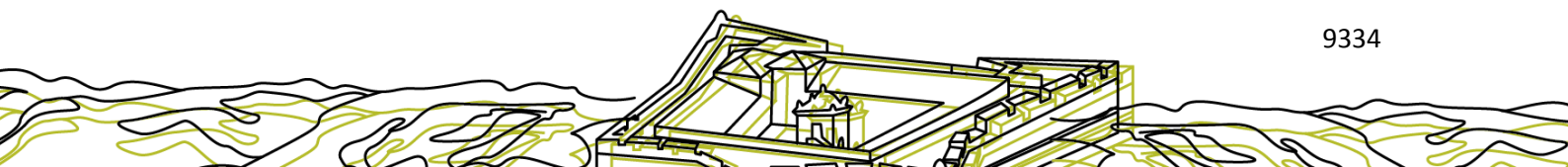
Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência de uma intervenção, realizada pelos graduandos de Psicologia junto a um grupo de aproximadamente 11 gestantes usuárias do Centro de Saúde Francisco Pinto, localizado na cidade de Campina Grande/PB, no contexto da sala de espera, com duração média de 50 minutos. Esse tipo de intervenção se caracteriza como um processo que permite aos sujeitos a construção de saberes e conhecimentos, privilegiando o contexto no qual está inserido.

Durante uma visita ao referido Centro, nos foi lançado o convite pelos profissionais do serviço, para realizarmos uma intervenção abordando a questão da violência contra a mulher. A despeito da surpresa inicial, o convite foi acolhido com entusiasmo, uma vez que, vislumbramos a possibilidade de enriquecer a experiência formativa propiciada pelo trabalho de pesquisa articulando-a a uma ação extensionista, ainda que bastante pontual. Assim, considerando as condições relativas ao tempo e ao público ao qual se destinava a ação, propomos a utilização da arteterapia como estratégia para incitar o diálogo sobre o tema violência contra à mulher.

Nossos pressupostos metodológicos se assentam nos princípios da Educação Popular em Saúde, que conforme Pedrosa (2007, p. 14) ao mobilizar autonomias individuais e coletivas, abre a alteridade entre indivíduos e movimentos na luta por direitos, contribuindo para a ampliação do significado dos direitos de cidadania e instituindo o crescimento e a mudança na vida cotidiana das pessoas.

Dessa forma, antes de iniciarmos a atividade propriamente dita, efetuamos a exposição de um varal com imagens e frases as quais tinham o propósito de servir como estímulo indutor para a realização da intervenção, tendo como objetivo promover a reflexão sobre os diversos tipos de violência existentes, e estimular a fala das mulheres a partir daquilo que puderam perceber a partir da observação do varal. Na sequência, utilizamos a Arteterapia e Teatro do Oprimido, metodologias participativas que possibilitam aos participantes do grupo vivenciar e refletir sobre determinadas informações, a fim de perceber possibilidade de mudança para tais situações, tomando como referência suas próprias concepções.

A Arteterapia, enquanto ferramenta de trabalho do/da profissional de Psicologia, configura-se como uma técnica de prática integrativa que utiliza-se da expressão

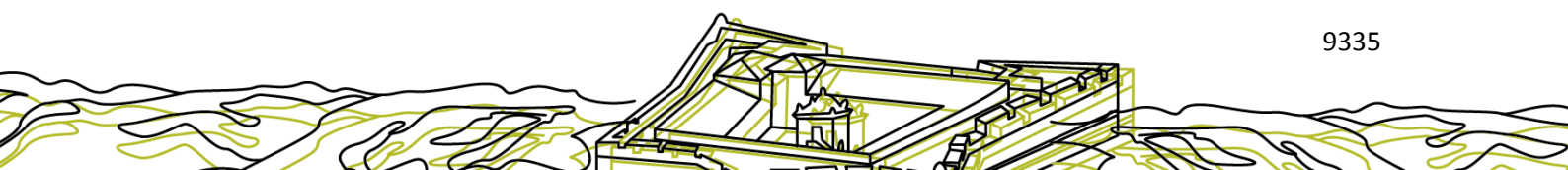


artística, em suas mais diversas formas, como instrumento de intervenção profissional para a promoção de saúde e bem estar, por meio de técnicas expressivas e projetivas como desenho, pintura, modelagem, música, poesia, dramatização e dança (REIS, 2014). Nesse sentido, a Arteterapia pode ser utilizada, principalmente no contexto comunitário, no sentido de promover saúde mental para os que dela participam, sendo a mesma uma ferramenta pedagógica, no campo da educação em saúde, que fomenta o desenvolvimento do sujeito em todos os seus eixos (biopsicossocial) por meio da criatividade e elaboração das experiências vividas, subjetividades em uma concepção estética do ser humano em contextos de relações grupais

O Teatro do Oprimido (T.O.) é entendido como uma metodologia participativa desenvolvida por Augusto Boal, na década de 1970. Boal (1996) denomina de modo normal a base real a partir da qual a improvisação é efetuada. Para ele, “uma improvisação é real quando é sentida” (BOAL, 1996:70). Essa técnica configura-se como uma ferramenta metodológica que potencializa o desenvolvimento participativo do sujeito, o qual, segundo McCarthy e Adrião (2001), oferece uma maneira das pessoas encontrarem suas próprias soluções através da ação direta e da análise e discussão de reações na vida real para o problema da opressão, visando criar um esforço comum em direção à percepção da realidade e de si próprio.

Sendo a atividade realizada no espaço de um corredor (sala de espera), utilizado como palco para o protagonismo das mulheres que ali estavam à espera do atendimento clínico, optamos por trabalhar junto com essas usuárias do serviço uma intervenção grupal que, segundo Nascimento (2016), a opção pelas atividades em grupo pode ser justificada devido às estratégias de intervenção grupal se configurarem como redes de apoio social, nas quais produzem-se fazeres e saberes por meio da socialização de experiências, além do espaço coletivo possibilitar um maior debate acerca das dificuldades enfrentadas e uma melhor expressão dos saberes das pessoas que vivenciam as atividades propostas, na medida em que propicia o conhecimento de aspectos que não são possíveis nos atendimentos individuais.

Nesse sentido, em consonância com as afirmações de Valla (2001) acreditamos que ao participarem de algum grupo de apoio social no qual as usuárias passam pelos mesmos problemas ou vivem situações que afetam o bem-estar e a sua saúde, as mesmas estabelecem um intercâmbio de vivências que é benéfico tanto para quem ajuda quanto para aquele ou aquela que é beneficiado/a com a vivência dos/das outros/as participantes.



Resultados e Discussões

De acordo com Zapater (2016), gênero é um termo associado às características físicas, intelectuais, emocionais, esperadas das pessoas de cada um dos sexos. Varia em cada época, lugar e cultura. Dessa maneira, em confluência com o que fora trazido por Scott (1995, p.86),

“[...] (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”; sendo assim, gênero resulta das interações sociais existentes, bem como das representações e das demandas exigidas “dos sexos”, sendo tais, fruto dos atravessamentos históricos, econômicos, sociais de cada época, bem como de cada sociedade. Dessa maneira, o mesmo pode ser entendido como categoria analítica.

Além disso, Galinkin e Ismael (2011) afirmam que o processo de construção do gênero como categoria analítica “não agrega a biologia, posto que, a partir do âmbito histórico-cultural, expressam diferenças e desigualdades sociais entre homens e mulheres, bem como “as variadas orientações afetivo-sexuais e características psicológicas tidas como inerentes ao sexo masculino e feminino” (p. 503). Por conseguinte, podemos entender gênero como uma construção social.

Na perspectiva da violência de gênero, tratada na pesquisa, abordamos a problemática da violência contra as mulheres, e como essa ainda se faz presente desde tempos remotos.

Segundo Saffioti (2004 p. 81), a violência de gênero “não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino” (apud SENKEVICS, 2012). Portanto, partindo-se, concomitantemente, do pressuposto de gênero como uma construção social, é através das concepções elaboradas socialmente que existem diferenciações entre o que é almejado para a mulher (considerando recortes sociais como raça, classe social, etc) e para o homem, construindo-se, assim, representações sociais acerca dos papéis desempenhados por esses, e, conseqüentemente, dos desdobramentos que tais representações acarretam como a validação (ou não) de determinadas ações/atitudes/comportamentos. Quer dizer, os comportamentos e atitudes atribuídos socialmente ao papel da mulher, as colocam em uma posição de submissão e passividade, que, de certo modo, corroboram com a perpetuação das práticas violentas contra elas. Por outro lado, o lugar de poder e de

direito ao qual é atribuído ao homem, os caracterizam como donos das mulheres e, logo, as violências cometidas são, muitas vezes, legitimadas socialmente.

Desse modo, podemos considerar que essa concepção com o passar dos anos vem sendo bastante desconstruída e problematizada, a exemplo do que traz Scott ao passo em que cita a relevância dos estudos feministas para a elaboração do gênero como uma categoria analítica, que

“a história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre masculino e feminino, em seus contextos específicos, e uma tentativa para reverter ou deslocar suas operações. Os/as historiadores/as feministas estão agora bem posicionados/as para teorizar suas práticas e para desenvolver o gênero como uma categoria analítica” (SCOTT, 1995, p.84)

Em contrapartida, a violência de gênero ainda se faz presente na nossa sociedade. A forma de se pensar o que é masculino e o que é feminino influencia nas relações sociais e na função que o mesmo exerce diante dela, sendo assim, apesar dos grandes avanços que as mulheres adquiriram nos inúmeros setores sociais, a violência ainda se faz presente .

Nesse sentido, essa violência ocorre em razão da manutenção da desigualdade de poder, onde o homem é considerado superior a mulher, seja no ambiente privado ou público, segundo Senkevics (2012), existe uma relação desigual de poder, que autoriza (mesmo com a ilegalidade do ato em si) aos homens a violação do corpo e dos direitos das mulheres, diante desse poder socialmente construído com base no conservadorismo e no patriarcado, obtemos um número muito alto de mulheres violentadas no Brasil, onde a cada cinco minutos, uma mulher é agredida no país, segundo o Mapa da Violência 2012 (WAISELFISZ, 2012).

Percebendo a importância da discussão de gênero no contexto da violência contra a mulher, por meio da pesquisa *as representações sociais e o desvelar da violência de gênero na perspectiva dos profissionais de saúde*, foi proposto a intervenção no referido Centro de Saúde, afim de, com a abordagem metodológica já mencionada, possibilitar um espaço de cuidado e saúde. Nesse sentido, como a atenção básica se caracteriza como a porta de entrada para acolher os casos de violência contra as mulheres o Centro de Saúde é um espaço de extrema importância para se realizar o acolhimento, a reflexão e a problematização desse tipo de acontecimento.

Dessa forma, inicialmente, foram realizadas as apresentações e esclarecimentos quanto ao objetivo da atividade. Em seguida, solicitamos que as usuárias se movimentassem pelo espaço observando o varal em exposição. Nesse momento, uma participante interroga: *o que vocês querem que eu diga? Já passei por todas essas situações aí.* A exposição mobilizou a usuária, fazendo-a deslocar-se de um corredor próximo onde aguardava atendimento com a intenção de participar da intervenção. Conforme percebemos, a disposição para relatar a própria vivência de situações violentas, um relacionamento e os recursos mobilizados para superá-la, geraram surpresa e mal-estar, alterando a dinâmica do grupo, composto em sua maioria por mulheres jovens grávidas e seus respectivos acompanhantes.

Posteriormente, disponibilizamos massa de modelar para as participantes e orientamos que elas expressassem por meio daquele recurso representações acerca do tema. Algumas usuárias evidenciaram desconhecimento quanto ao uso do material e resistência na execução da ação proposta. A apresentação da peça produzida foi acompanhada de fala acerca da escolha, sendo em sua maioria relativas aos sentimentos negativos provocados pelo tema da violência. Emergiram reflexões acerca do conceito de violência, dos danos provocados à saúde pela exposição a situações violentas e estratégias para seu enfrentamento.

A técnica de Teatro do Oprimido (TO) foi utilizada para aprofundar as reflexões suscitadas. Dessa forma, explicamos os procedimentos a serem realizados e propomos a improvisação de uma cena de violência contra a mulher no contexto doméstico. Convidamos as usuárias a visualizarem a cena e proporem quais personagens deveriam compô-la. Foram propostos como personagens: um marido agressor, a mulher em situação de violência e filhos. Apesar da participação ativa do grupo na construção da cena, apenas a senhora mencionada anteriormente aceitou o convite para participar da improvisação, escolhendo desempenhar o papel de filha.

Encenamos uma situação na qual a mulher devido à sobrecarga de tarefas domésticas, não cumpre a “obrigação” de preparar a comida antes da chegada do marido. O marido aborrecido com a situação grita com a mulher, exigindo que a esposa providencie o almoço imediatamente. Diante de sua recusa torna-se cada vez mais agressivo e empurra a esposa e a filha implora à mãe que não o desafie, momento no qual a cena atinge *o ponto de crise*. Para Boal (1996) “o ponto de crise deve ser entendido como o instante do desenvolvimento de uma estrutura de relações humanas na qual diversas alternativas passam a ser possíveis daí em diante” (p. 71).

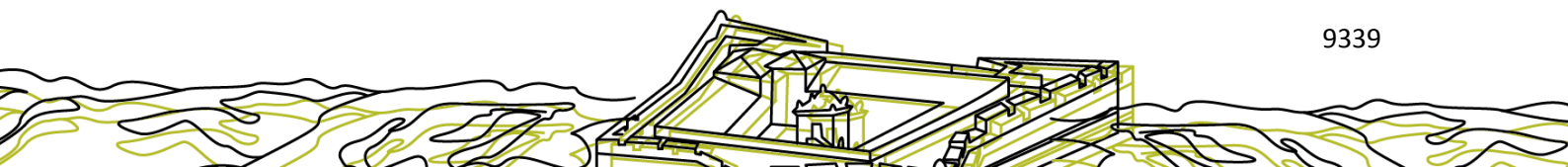
Paralisamos a cena para refletirmos sobre a situação. A personagem-filha encontrava-se afetivamente mobilizada com a experiência. O acolhimento foi realizado mediante a abertura de espaço de fala de acordo com a necessidade das usuárias, assim como, disponibilizando espaço para a realização de escuta individual após o encerramento da atividade.

O debate sobre a cena improvisada foi intenso e enriquecedor. O grupo refletiu sobre as consequências da situação vivenciada, assim como, os recursos e profissionais que poderiam ser mobilizados para apoiar a mulher em situação de violência. Reconhecendo-se que a violência doméstica extrapola os limites da vida privada, o grupo apontou a necessidade de ações de caráter coletivo e a transformação de práticas culturais que sustentam a opressão. Considerando-se que foi enfatizado pelo grupo que a união das mulheres é o principal recurso para o enfrentamento das vulnerabilidades vivenciadas em decorrência da condição de gênero, a atividade foi encerrada com a celebração do compromisso coletivo no sentido de contribuir cotidianamente com a efetiva mudança de tais práticas.

Por isso, consideramos a importância da realização das metodologias participativas para a promoção de saúde, tendo em vista que a intervenção em questão possibilitou as usuárias do serviço um espaço significativo de fala e reflexão a respeito da temática central da discussão, a violência contra mulher, fazendo-nos perceber que a questão é exposta nas falas das mesmas a partir de suas vivências diretas ou indiretas no contexto de violência. Essas novas práticas, dispõem de um novo contexto de saúde, para além daquilo que é já proposto pela Organização Mundial de Saúde, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, abrindo espaço para novas considerações e perspectivas da saúde. Assim, a discussão da temática da violência fez com que as mulheres pudessem ressignificar suas próprias vivências, para assim serem modificadoras de suas vidas.

Conclusão

Infelizmente, é pouco provável que encontremos nos serviços de saúde as condições ideais para realizarmos um trabalho, sobretudo quando se trata de abordar temas emergentes e cercados de tabus. A viabilidade das intervenções é construída progressivamente a partir do reconhecimento dos limites e possibilidades oferecidos pelo contexto, como apontam os relatos de trabalhadores da saúde acerca da construção de espaços de diálogo, nos quais, possam emergir reflexões relacionadas às relações de gênero e a violência contra a mulher. Entretanto, a despeito das



dificuldades, são perceptíveis os avanços no sentido de ampliar as discussões sobre o assunto, tendo em vista, a mitigação dos agravos à saúde da mulher decorrentes da violência e a promoção da saúde. Ações como essa realizada no Centro de Saúde Francisco Pinto indicam alternativas possíveis no cuidado e enfrentamento das vulnerabilidades decorrentes das condições sociais de gênero.

Referências

BOAL, Augusto. *O arco-íris do desejo: método Boal de teatro e terapia*. Rio de Janeiro: civilização brasileira, 1996.

GALINKIN, Ana Lúcia; ISMAEL, Eliana. Gênero. In: CAMINO, Leôncio; TORRES, Ana Raquel Rosa; LIMA, Marcus Eugênio Oliveira; PEREIRA, Marcos Emanuel. (ORGs). *Psicologia Social - temas e teorias*. Brasília/DF, Technopolitik, 2011, p. 503-557

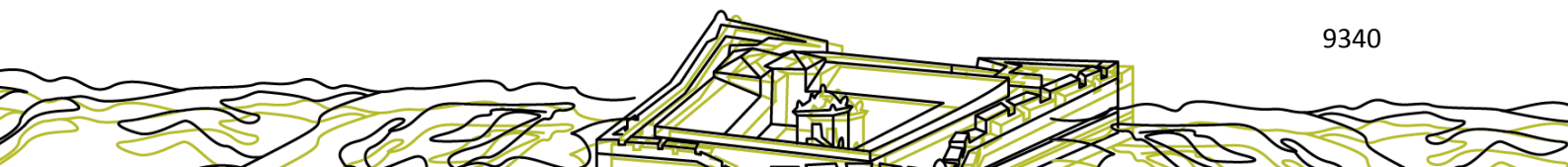
McCARTHY, Julie; ADRIÃO, Karla Galvão. *ARTPAD: um recurso para o teatro, participação e desenvolvimento*. 1ª edição, Brasil/Reino Unido, 2001.

NASCIMENTO, Maria Valquíria Nogueira do. *Práticas integrativas e complementares grupais nos serviços de saúde da atenção básica: possibilidades de diálogo com a educação popular*. 2016, 252f, Tese de Doutorado Disponível em:
<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/22674/1/MariaValquiriaNogueiraDoNascimento_TESE.pdf> Acesso em: 01 de abril de 2018.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2007, p. 13-17.

REIS, Alice Casanova dos. *Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo*. *Psicol. cienc. prof.*, 2014, vol.34, no.1, p.142-157. ISSN 1414-9893.

SCOTT, Joan. Gênero: Uma categoria útil de análise. (Trad. Guacira Lopes). *Revista Educação e Realidade*, v. 20, n. 2, 1995.



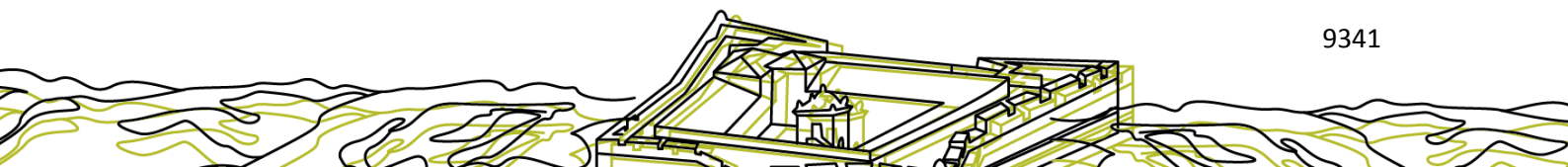


SENKEVICS, Adriano. *Violência contra a mulher, gênero e machismo*. Disponível em: <<https://ensaiosdegenero.wordpress.com/2012/09/13/violencia-contr-a-mulher-genero-emachismo/>>. Acesso em 01 de abril de 2018.

VALLA, Victor Vicent. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo, Hucitec, 2001, p. 39-62)

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo, Instituto Sangari, 2012.

ZAPATER, Máira. *Violência contra mulheres, violência doméstica e violência de gênero: qual a diferença?* Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2016/03/10/violencia-contr-a-mulheres-violenciadomestica-e-violencia-de-genero-qual-a-diferenca/>>. Acesso em 01 de abril de 2018.



AMAMENT(AÇÃO): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde.

SILVA, G. R.¹; ALMEIDA, M. M.²; FERREIRA, E. S. O. ³; MAGALHÃES, C. G. ⁴.

Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Resumo

O trabalho tem como objetivo mostrar a experiência de estudantes de graduação de diversos cursos, extensionistas do projeto AmamentAÇÃO, que atuam com puérperas e lactantes e seus bebês, no intuito de ajudar na promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e estratégias que beneficiem a saúde do vínculo mãe-bebê. O acompanhamento é feito através de visitas quinzenais às casas das mulheres, onde buscam-se informações sobre o andamento do processo de amamentação, adaptação à maternidade, ocorrências com a mãe e o bebê, se existem dúvidas e o que podemos fazer para esclarece-las. O trabalho é de grande impacto por atuar como facilitador no complexo processo do início da maternidade e nutrição infantil, tendo grande potencial de abrangência. É ainda um fator diferencial na formação profissional dos estudantes de saúde, por promover o contato com diferentes realidades e sensibilizar esses estudantes para o cuidado e promoção de saúde.

Palavras-chave: Saúde; Amamentação; Aleitamento materno; Educação; Comunicação.

Introdução

¹ UFRB, Bacharela em Saúde; UFRB, graduanda em Medicina.

² UFRB, Bacharela em Saúde; UFRB, graduanda em Psicologia.

³ UFRB, Bacharela em Saúde; UFRB, graduanda em Medicina.

⁴ UNEB, Nutrição; FVC, Especialista em Metodologia de Ensino da Educação Física Escolar; UNEB, Especialista em Metodologia do Ensino Superior; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, Especialista em Preceptoría no SUS; UFBA, Mestra em Gestão Social.

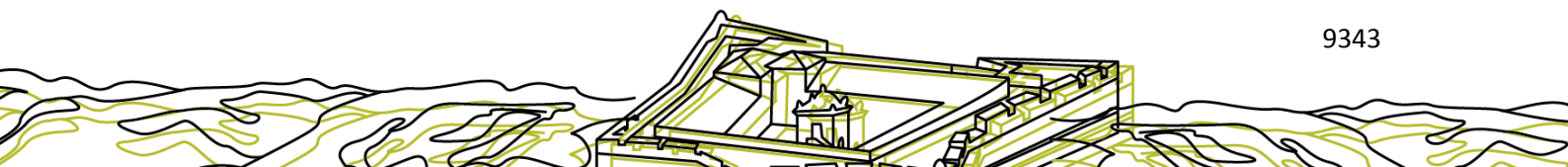
O Ministério da Saúde (MS), bem como a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, e complementado até os dois anos (BRASIL, 2015). Tais aconselhamentos possuem benefícios comprovados para a saúde da mãe e da criança. Apesar dessas e das medidas de incentivo ao aleitamento que vem sendo realizadas pelo MS, o desmame precoce, compreendido como a interrupção do aleitamento materno ao peito antes de o lactente ter completado seis meses, independentemente do motivo, ainda é uma realidade frequente e indesejável (WARKETIN, 2013).

As dificuldades inerentes à técnica da amamentação têm demonstrado grande influência no desmame precoce. Barbosa *et. al.* (2017) acredita que uma má técnica pode dificultar a sucção o esvaziamento da mama, podendo afetar a dinâmica da produção do leite, acarretando na introdução de outros alimentos, e desmame. Para a manutenção da amamentação, a mãe precisa receber apoio e ajuda, centrados em suas dificuldades, nos quais sejam oferecidas informações relevantes que proporcionem tranquilidade e que a façam sentir-se mais confiante e bem consigo mesma e seu bebê (VIEIRA, COSTA, GOMES; 2015). Dessa forma, trabalhos de educação em saúde visando o acompanhamento e apoio às mulheres nesta fase tão delicada tornam-se uma opção de intervenção frente ao risco de desmame precoce.

Frente a essa realidade, o projeto “AmamentAÇÃO” surge como um dos pilares do “Saúde no Ar”, conjunto articulado de projetos com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. O “AmamentAÇÃO” tem como intuito o desenvolvimento de ações voltadas à promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno, da alimentação complementar saudável e da prática integrativa da Shantala – massagem indiana para bebês, estratégias que beneficiem a saúde do vínculo mãe-bebê.

Através do projeto AmamentAÇÃO acompanhamos domiciliar e quinzenalmente o binômio mãe-bebê. Nessas oportunidades, nos deparamos diversas vezes com um cenário de falta de informação sobre a amamentação, ou resistência a novas formas de vivenciar o processo, por estarem presas a experiências antigas, tanto no que diz respeito aos aspectos fisiológicos do aleitamento, bem como sobre manejos técnicos do processo.

Nesse contexto, buscamos o estabelecimento de vínculos com a mãe, utilizando da empatia frente aos desafios enfrentados com a chegada do bebê, acreditando ser um elemento importante na promoção do bem-estar e facilitador do processo. Dialogamos sobre temáticas como o tornar-se mãe e o “manter-se mulher”, fazendo referência à importância de reconhecer a individualidade dessa mulher, para além da maternidade, a



composição do leite materno, a importância do aleitamento exclusivo e da convicção de que até os seis meses, esse é o único alimento necessário para o bebê.

Na promoção dos objetivos do projeto AmamentaÇÃO, tecemos orientações a respeito da higienização da mama, pega correta, postura correta para amamentar, como prosseguir frente ao ingurgitamento da mama, como manter a amamentação exclusiva concomitante ao retorno ao trabalho, com o fim da licença maternidade. Dialogamos, ainda, sobre mitos e verdades da amamentação e a respeito de acessórios que podem auxiliar durante esse processo.

Metodologia

O projeto "Saúde no Ar: educação e comunicação no Recôncavo" têm como linha inicial de atuação extensionista: a) Programas de rádio (Saúde no ar) com temáticas voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças frente a emissoras de rádio conveniadas circunscritas a região do Recôncavo da Bahia; b) Ações em Educação em Saúde, voltadas para grupos de gestantes e puérperas (Projeto AmamentaÇÃO), portadores de sobrepeso e obesidade (Projeto EmagreSER), dentre outros grupos, com ou sem enfermidades, alvo desta temática, abrangendo desde palestras, cursos, avaliações nutricionais e visitas domiciliares aos indivíduos cadastrados no Projeto de Extensão; c) Outras ações que tenham como perspectiva a Educação e comunicação em saúde e a inclusão social (TV Saúde no ar; Evento Sintonize Saúde).

Alinhado aos objetivos da "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)", de 2015, cujo objetivo é qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com vista a reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), o Programa de Extensão Saúde no Ar, através do projeto "AmamentaÇÃO", tem como estratégias de atuação a discussão de assuntos como a prática do aleitamento materno, a alimentação complementar saudável e práticas integrativas (Shantala) com gestantes e puérperas cadastradas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Santo Antônio de Jesus - BA.

Metodologicamente, uma vez por mês, são realizadas oficinas nas UBS, com o intuito de sanar dúvidas e agregar puérperas e gestantes ao projeto. Além das oficinas, são realizados encontros para a capacitação dos discentes extensionistas vinculados ao

projeto AmamentAÇÃO, para que estes estejam aptos para a realização de visitas domiciliares ao público alvo. Ocorrem ainda reuniões semanais para planejamento das atividades e compartilhamento de experiências.

O projeto visa realizar o acompanhamento das duplas (mãe e filho) o mais precocemente possível, a fim de promover o aleitamento exclusivo pelo período preconizado pelo Ministério da Saúde. Se enquadram no público, portanto, mulheres com crianças de até 6 meses de vida que estejam em aleitamento exclusivo. Cada extensionista realiza o acompanhamento de até 4 puérperas, com visitas domiciliares quinzenais.

Foram confeccionados instrumentos para auxiliar no trabalho, sendo estes, um questionário para coleta de dados, para sistematização das informações de cada dupla acompanhada, e duas cartilhas, uma com informações acerca da adequada da pega para a amamentação, e uma sobre Shantala, contendo o passo-a-passo dessa técnica, bem como informações sobre sua origem e benefícios para o vínculo mãe-filho. Cada visita é documentada em diário de campo e contabilizada em tabela para o controle.

Resultados e Discussão

As visitas domiciliares tiveram início em novembro de 2017. Desde então foram visitadas 15 puérperas, destas, 9 permanecem sendo acompanhadas. Seis mulheres foram desvinculadas do programa, sendo que três destas não se enquadravam no público alvo, por não estar em amamentação exclusiva, e 1 atingiu o objetivo da amamentação exclusiva até os 6 meses. Duas puérperas deixaram de ser assistidas por conta da falta de receptividade dos ACS em uma das UBS alvo da ação.

Os acompanhamentos domiciliares têm sido uma experiência gratificante, visto que há receptividade a essa metodologia de suporte e apoio às mães vinculadas ao projeto AmamentAÇÃO, fortalecendo a manutenção das ações do projeto. Como principal dificuldade registra-se a insegurança sobre a nutrição promovida pelo leite materno, é necessário manter as orientações de esclarecimento sobre a composição deste alimento, bem como manter o incentivo a amamentação exclusiva. Nesse sentido, o maior desafio encontrado é também a maior potencialidade do projeto, visto que a amamentação exclusiva tem se mantido nas duplas em acompanhamento. Assim, a maior conquista é constar que o suporte oferecido tem contribuído para alcançar os objetivos da OMS (BRASIL, 2015), bem como da EAAB (2015).

Conclusão/Considerações Finais

Por se tratar ainda de um projeto recente, é difícil mensurar o impacto causado. Acredita-se que ao acompanhar as duplas de mães e bebês até o objetivo de 6 meses, será possível estabelecer melhor os resultados desta extensão de forma quantitativa. Todavia, no momento percebe-se a importância da realização de projetos com essa temática, uma vez que é perceptível a carência da população em relação ao tema, e a propagação de mitos que dificultam o processo de amamentação.

Ainda que o projeto AmamentAÇÃO esteja em andamento, considerando que sua proposta de atuação baseia-se na promoção de ações de caráter educativo junto à população adstrita às Unidades Básicas de Saúde, fomentando a promoção de saúde e prevenção de doenças a partir do autocuidado, da autonomia, da criticidade e da criatividade frente aos conhecimentos em Saúde, faz-se pertinente o registro de que os objetivos aos quais este projeto se propõe têm se consolidado ao passo que as atividades deste projeto de extensão caminha. A curto prazo, é possível afirmar que a articulação entre pesquisa, ensino e extensão, nas áreas de Educação e Comunicação em Saúde tem se estabelecido nos cenários e demandas das comunidades extramuros da UFRB de Sato Antônio de Jesus-BA.

Referências

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes *et al.* Dificuldades Iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 35, n. 3, p. 265-272, Setembro 2017.

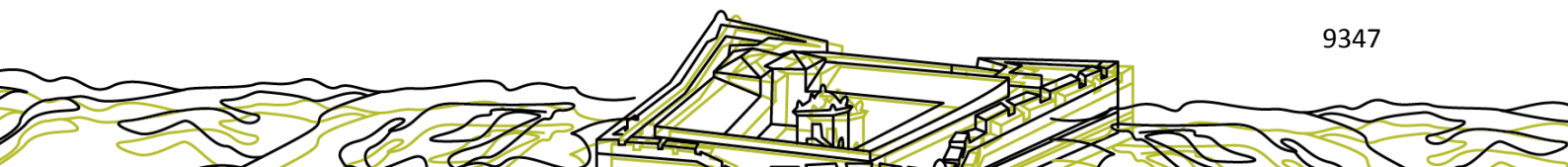
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: 2. Ed. Ministério da Saúde, 2015. 186p.



VIEIRA, Ana Claudia; COSTA, Amanda Riboriski; GOMES, Paloma Gomes de. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, v.15, n.1, p 13-20, Junho 2015.

WARKENTIN, Sarah *et al.* Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 26, n. 3, p. 259-269, Junho 2013.



AMBULATÓRIO DE ASMA E DPOC DA LIGA DE PNEUMOLOGIA DA UFRN: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde

Ana Carolina Andrade Mota¹, Matheus Felipe Dantas Krause¹; Masiel Garcia Fernandez¹; Octávio Saboia Dantas¹; Ranny Beatriz de Carvalho Holanda Leite¹; Mariana de Oliveira Costa¹; Diogo Vinicius Cavalcanti de Lira¹; Brenda Araújo Dias¹; Denilson Carlos Borges de Melo¹; Ana Caroline Miranda Bernardo¹; Lucas Amadeus Porpino Sales ;Pedro Henrique Rodrigues de Góes; Natanael Paulo Alves de França; Jeovana Pinheiro Fernandes De Souza; Tázia Cruz da Silva.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo:

Introdução

As doenças respiratórias crônicas são patologias de crescente prevalência, principalmente em crianças e idosos, responsáveis por incapacidade e impactos econômicos e sociais. A asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são as mais comuns doenças respiratórias crônicas de vias aéreas inferiores.

Metodologia

Relato de experiência acerca da vivência no ambulatório de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) da Liga de Pneumologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) nos anos de 2017 e 2018.

Resultados e Discussão

No ano de 2017 contamos com a presença de 5 médicos e 13 discentes, divididos de forma a oferecer 5 consultas médicas por semana, nas sextas-feiras, no turno da tarde. Atualmente o projeto conta com a participação de 3 médicos e 15 discentes, permanecendo com a mesma quantidade de consultas semanais oferecidas no mesmo dia e horário. Sendo a atividade totalmente gerenciada pelos alunos e professores médicos, temos a liberdade e a capacidade de acompanharmos os pacientes mais de perto, podendo fornecer assistência personalizada ao tipo de demanda, assim como ter

maior participação na tomada de decisões referentes às condutas médicas e ao acompanhamento de cada paciente.

Conclusão

A atividade ambulatorial constitui um elemento de fundamental importância na formação médica, devido à oportunidade de exercitar um dos pilares do conhecimento médico que é a Clínica Médica. Levando em conta as altas prevalências das doenças em foco, associadas à carência de acesso da população a serviços especializados e ainda à importância da escuta clínica como ato fundamental da profissão médica (MARQUES & MARTINS, 2015), o ambulatório da Liga funciona como uma ferramenta de importância ímpar no suprimento das demandas tanto acadêmicas quanto sociais no que diz respeito às patologias respiratórias.

Palavras-chave: Medicina; Pneumologia; Asma; DPOC; Saúde pública.

Introdução

As doenças respiratórias crônicas são patologias de crescente prevalência, principalmente em crianças e idosos, responsáveis por incapacidade e impactos econômicos e sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são as mais comuns doenças respiratórias crônicas de vias aéreas inferiores, sendo a asma responsável por cerca de 120 mil internações e 2 mil óbitos por ano apenas no Brasil (CARDOSO et al., 2017), enquanto que a DPOC responde por aproximadamente 3 milhões de mortes por ano em todo o mundo, havendo uma prevalência estimada de 7 milhões de pessoas apenas no nosso país (BBC, 2017).

Metodologia

Relato de experiência acerca da vivência no ambulatório de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) da Liga de Pneumologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) nos anos de 2017 e 2018.

Resultados e Discussão

No ano de 2017 contamos com a presença de 5 médicos e 13 discentes, divididos de forma a oferecer 5 consultas médicas por semana, nas sextas-feiras, no turno da tarde. Atualmente o projeto conta com a participação de 3 médicos e 15 discentes,

permanecendo com a mesma quantidade de consultas semanais oferecidas no mesmo dia e horário.

Sendo a atividade totalmente gerenciada pelos alunos e professores médicos, temos a liberdade e a capacidade de acompanharmos os pacientes mais de perto, podendo fornecer assistência personalizada ao tipo de demanda, assim como ter maior participação na tomada de decisões referentes às condutas médicas e ao acompanhamento de cada paciente.

Conclusão/Considerações Finais

A atividade ambulatorial constitui um elemento de fundamental importância na formação médica, devido à oportunidade de exercitar um dos pilares do conhecimento médico que é a Clínica Médica. Levando em conta as altas prevalências das doenças em foco, associadas à carência de acesso da população a serviços especializados e ainda à importância da escuta clínica como ato fundamental da profissão médica (MARQUES & MARTINS, 2015), o ambulatório da Liga funciona como uma ferramenta de importância ímpar no suprimento das demandas tanto acadêmicas quanto sociais no que diz respeito às patologias respiratórias.

Referências

BBC. **O que é a Dpoc, doença pulmonar silenciosa que mata 3 milhões de pessoas por ano e não tem cura.** Acesso em: 02/08/2018. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-42011630>>.

CARDOSO et al. **Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro.** J Bras Pneumol. 2017;43(3):163-168.

MARQUES, GH.; MARTINS, KPH. **Responsabilidade médica e suas implicações na prática clínica.** Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (1): 51-60.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças respiratórias crônicas.** Blog da Saúde. Acesso em: 02/04/2018. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35333-doencas-respiratorias-cronicas>>.

PSICOLOGIA DO ESPORTE E FUTEBOL AMERICANO: INTERVENÇÕES LOGOTERÁPICAS COM JOGADORES DO “TROPA CAMPINA UEPB”

Área Temática: Saúde

Breno Alves de Alencar; Dayanny Sandrelly Gonçalves de Andrade; Gilvan de Melo Santos, Lorena Bandeira Melo de Sá, Ludwig Félix Machado Leal, Maria do Socorro de Farias Leite Batista.

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo

Este projeto tem suporte técnico e científico do Núcleo Viktor Frankl de Logoterapia da Universidade Estadual da Paraíba. O presente projeto anseia desenvolver as habilidades psicológicas, metas pessoais e coletivas, motivação e atitude/liderança dos atletas e técnicos do “Tropa Campina UEPB”, para desempenho de performance no futebol americano. Como contribuição acadêmica, considerando que a extensão é fundamental para a formação, caracterizada pela realização de atividades teórico/práticas que favorecem o aprimoramento de competências e habilidades previstas para atuação profissional, o projeto favorece na qualidade da formação dos estudantes do Curso de Psicologia desta universidade, além de favorecer reflexões acerca da realização desta formação e prática a ser exercida. Para tanto, o projeto tem como ação básica a intervenção dos seus executores atividades extensionistas desenvolvidas junto ao time de futebol americano como a escuta psicológica, entrevistas, dinâmicas de grupo, técnicas de relaxamento e de controle mental, dentre outras, como: auto-avaliação de força mental, auto-feedback, auto-fala, prática encoberta e estabelecimento de metas a partir do método smart. Nesse primeiro momento, observamos que os objetivos foram atingidos e que houve realmente uma melhora psicológica nos atletas do “Tropa Campina UEPB”. Os próprios jogadores relatam tal afirmação, assim como a equipe técnica do time que usualmente elogiava o trabalho dos extensionistas. No que compete à experiência dos extensionistas do projeto, primeiramente, puderam ter contato real com as demandas levantadas pela psicologia do esporte, que é uma área emergente na psicologia da qual se tem pouco relato no Brasil, e se depararam com os conflitos entre a área clínica e o que realmente emana dos casos esportivos.

Palavras-chave: Logoterapia; Psicologia do Esporte; Futebol Americano.

Introdução

Este projeto tem suporte técnico e científico do Núcleo Viktor Frankl de Logoterapia da Universidade Estadual da Paraíba. Criado por uma resolução CONSUNI/UEPB em março de 1994, o Núcleo representa um marco importante no desenvolvimento da Logoterapia e Análise Existencial de Viktor Emil Frankl no Nordeste do Brasil. Desde a sua fundação, tem como objetivo promover atividades de ensino, pesquisa e extensão. Além de promover eventos em nível regional, nacional e internacional.

Especificamente no campo da extensão, desenvolveu inúmeros projetos ao longo dos seus vinte e dois anos, nas áreas de artes, educação e saúde. Sempre buscando contribuir com atividades extensionistas em áreas emergentes da psicologia e que tragam contribuições significativas para a sociedade, percebeu-se uma incipiência de pesquisas e intervenções no campo da Psicologia do Esporte. Atrelada a uma demanda trazida pelos próprios participantes dessa proposta de intervenção, justifica-se a relevância do projeto.

Como contribuição, o presente projeto anseia desenvolver as habilidades psicológicas, metas pessoais e coletivas, motivação e atitude/liderança dos atletas e técnicos do “Tropa Campina UEPB”, para desempenho de performance no futebol americano. Como contribuição acadêmica, considerando que a extensão é fundamental para a formação, caracterizada pela realização de atividades teórico/práticas que favorecem o aprimoramento de competências e habilidades previstas para atuação profissional, o projeto favorece na qualidade da formação dos estudantes do Curso de Psicologia desta universidade, além de favorecer reflexões acerca da realização desta formação e prática a ser exercida.

Nesse sentido, a noção de esporte enquanto instituição é melhor compreendida se consideramos como uma instituição social. As instituições de nossa sociedade definem diferentes aspectos de nossa ordem social, particularmente nossos sistemas de valores, centro de interesse e atitudes que determinam as principais dimensões de nossa vida cotidiana (ALDERMAN, 1983). As instituições existem para indicar como devemos agir, como devemos perceber o mundo à nossa volta, como devemos nos comportar e em que devemos acreditar. Sua função é organizar, estruturar e regulamentar o comportamento humano considerando as orientações que a sociedade julga como desejáveis.

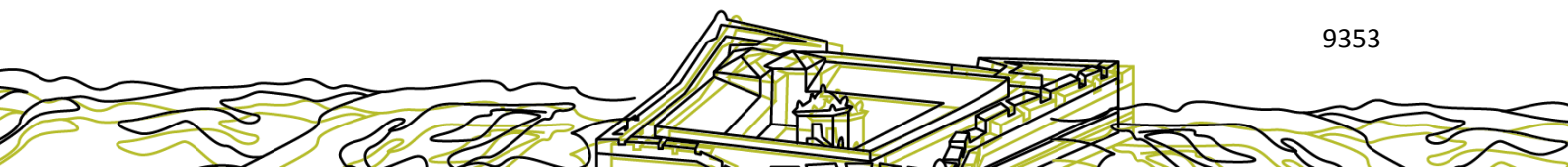
De acordo com Alderman (1983), se o esporte reflete a sociedade em que ele está e reproduz fielmente os principais aspectos dessa sociedade, podemos considerá-lo como uma instituição dessa sociedade e, nesse sentido, o psicólogo pode atuar desde a idealização até a realização de um programa esportivo.

A Psicologia do Esporte é uma das várias áreas emergentes dentro da Psicologia. Aqui no Brasil, esta área tem como um dos principais pioneiros o psicometrista João Carvalhaes. Em 1958, ano em que o Brasil foi campeão mundial pela primeira vez, ele fazia parte da comissão técnica de futebol da seleção brasileira. Nesta época, já utilizava princípios da psicologia aplicados ao esporte, contribuindo, na medida do possível, para o sucesso da seleção brasileira. É evidente que na época a psicologia, ainda, não era reconhecida como profissão, o que só ocorreu em 1962. Naturalmente, muita coisa mudou desde aquela época, mas foi este o primeiro momento em que a psicologia esteve a serviço do esporte no Brasil.

Mesmo remontando ao final da década de 1950, a psicologia do esporte ainda carece de uma melhor fundamentação teórica e estruturação metodológica que favoreça a prática desportiva. Ela somente foi reconhecida, aqui no Brasil, enquanto área da psicologia, no ano de 2000. Como alerta Rubio (2002):

A Psicologia do Esporte, que apesar de ter seu início vinculado a trabalhos realizados há mais de um século, no Brasil ainda é vista como uma novidade tanto por psicólogos, que reconheceram-na como uma especialidade da Psicologia em dezembro de 2000, como por profissionais do esporte sejam eles atletas, técnicos e dirigentes, que não têm clareza de que maneira essa intervenção pode ajudá-los a aumentar o rendimento esportivo ou superar situações adversas.

A psicologia do esporte, como campo de trabalho, encontra-se ainda no início de seu desenvolvimento, apesar da existência de organizações nacionais e internacionais dedicadas a este campo da psicologia (SALMELA, 1981). Não é de se admirar que as sociedades nacionais de psicologia não recebam de braços abertos essa sub-área da psicologia em fase de desenvolvimento, visto que muitos psicólogos do esporte interessados não possuem formação acadêmica específica, que pudesse justificar sua participação como membros de tais sociedades (NITSCH, 1989; BAKKER, 1992). Segundo Teodoro (2013, p.11):



A Psicologia do Esporte ainda é pouco conhecida por nossa sociedade, porém, já é uma área construída e constituída na Psicologia. Ela está em constante desenvolvimento. É diferente de alguns anos atrás, quando falamos que a Psicologia do Esporte “está em ascensão ou está em construção”. A Psicologia do Esporte está sendo construída, já mostra certo desenvolvimento e precisa crescer ainda mais no que diz respeito ao campo científico e na realização de pesquisas e de tantas outras possibilidades de prática e teoria que temos.

O desenvolvimento da psicologia do esporte na América Latina teve início nos anos de 1970. Em 1979 foi fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia do Esporte, da Atividade Física e da Recreação (SOBRAPE) e em 1986 foi criada a Sociedade Sul Americana de Psicologia do Esporte, da Atividade Física e da Recreação (SOSUPE), tendo como o seu primeiro presidente eleito B. Becker, do Brasil (BRANDÃO, 1995: p. 134). Para Rubio (2003):

A Psicologia do Esporte tem se constituído um desafio para a Psicologia antes de se tornar uma especialidade. Enquanto área de conhecimento ela se encontrou, por muito tempo, na divisa entre a Psicologia e Educação Física, entre os limites do rendimento humano e as atividades motoras básicas e lúdicas. O esporte midiático contribuiu em muito para uma associação entre Psicologia e o rendimento esportivo na medida em que a produção do espetáculo esportivo demanda a utilização de várias especialidades na superação de adversários e recordes, finalidade do esporte competitivo e de pessoas distintamente habilidosas, o atleta de alto-rendimento.

Até o momento, uma grande parte da literatura sobre psicologia do esporte dedica-se a questões relativas à personalidade e motivação de esportistas. Não raramente a psicologia do esporte vem sendo “forçada” a dirigir seus estudos quase que exclusivamente aos fatores de rendimento dinâmico-psicológico. Assim, não obstante ser bastante compreensível a preocupação com as inúmeras questões pertinentes a esse domínio, por terem importantes consequências para o esporte dentro dessas áreas –

evidentemente que as mesmas não são as únicas áreas temáticas interessantes e tampouco, necessariamente, as mais importantes (NISBET, 1978 apud BAKKER, 1992).

Desse modo, o objetivo do projeto é beneficiar os atletas da Equipe de Futebol Americano “Tropa Campina UEPB”, a partir da intervenção a nível psicológico, através da escuta individual e em grupo, da discussão, reflexão e “treinamento” psicológico, visando uma melhor performance nos jogos.

Metodologia

O presente projeto tem como ação básica a intervenção dos seus executores (coordenador, colaborador e estudantes do curso de psicologia da Universidade Estadual da Paraíba), junto à comunidade acadêmica e civil de Campina Grande. Portanto, são desenvolvidas atividades extensionistas como a escuta psicológica, entrevistas, dinâmicas de grupo, técnicas de relaxamento e de controle mental, dentre outras, como especificadas abaixo:

- **Auto-avaliação de força mental**, baseada no processo de avaliação pessoal a partir da percepção de habilidades que contribuem para uma boa performance, como determinação, coragem, autonomia, motivação, confiança de si, concentração e adaptação;
- **Auto-feedback**, que consiste em identificar aqueles aspectos que o atleta faz bem e os que precisa melhorar;
- **Auto-fala**, técnica em que o atleta dá instruções a si mesmo, a fim de ter um melhor desempenho e preparo;
- **Prática encoberta**, baseada em planejar as jogadas e a visualização estratégica dos jogos;
- **Estabelecimento de metas a partir do método SMART**, que consiste em pensar e elaborar metas que sejam específicas, medidas, ajustáveis, realistas e programadas;
- **Escutas individual e coletiva**, que poderão ser realizadas na Clínica Escola de Psicologia da UEPB, a partir de agendamento com os atletas ou por encaminhamentos da Comissão Técnica. Escutas em caráter mais breve e pontual poderão ser realizadas no próprio espaço dos treinos.
- **Utilização do método Transformational leadership e CBAS**, que se baseia em categorias de resposta do sistema de comportamento do coaching, a fim de identificar e estimular a liderança, a partir da motivação inspiradora e influência idealizadora dos líderes e o estímulo de práticas como resposta aos erros e *game-related*.
- **Utilização do MSPE (Mindful Sport Performance Enhancement)**, prática de controle corporal (*bodyscan*) para alcance de boa performance.

Uma vez que o time de futebol americano é subdividido em dois times, a saber: ataque e defesa, os alunos se subdividem, também, dessa forma. Assim, um aluno coordena o grupo de ataque e outro o grupo de defesa, todos sob a supervisão dos professores envolvidos. As intervenções são realizadas durante os treinos do time, semanalmente aos domingos. O grupo extensionista também acompanha o time nos jogos realizados na cidade de Campina Grande, durante toda a temporada regular. São também utilizadas fichas de acompanhamento dos atletas e as próprias anotações dos alunos durante os treinos e jogos para um melhor registro da evolução do desempenho dos atletas.

Resultados e Discussão

Serão relatadas a seguir algumas das intervenções realizadas com o time no ano de 2017.

No dia 22 de abril de 2017 foi dado início aos trabalhos no setor de psicologia do time de futebol americano “Tropa Campina UEPB”. O training camp aconteceu na Universidade Federal da Paraíba – UFPB Centro de Ciências Agrárias – Campus II (as equipes se reúnem em um lugar externo, geralmente uma universidade, para conduzir um treino nas primeiras semanas da temporada com uma forma intensa de avaliação por parte dos treinadores). Foram feitas duas intervenções, tendo em vista a carga de treino intenso pelo qual o time iria passar e a demanda psicológica que isso poderia causar.

No turno da manhã foi aplicada uma técnica de dinâmica de grupo com o tema da “Interação Grupal”. Foi aplicada a “Dinâmica do Balão” com o objetivo de mostrar que eles deviam se unir em prol de uma única meta, como um time, aprendendo e respeitando os objetivos individuais de cada um. Os jogadores deveriam pensar em um objetivo enquanto atletas do “Tropa Campina UEPB”, e materializá-lo em um balão, que deveria ser inflado. Após um pequeno tempo foi dado um palito de dente a cada um, e comunicado que cada um deveria proteger o seu objetivo. Em nenhum momento foi colocado à ideia de que eles deveriam estourar os balões dos companheiros de time.

A partir desse momento não foi dito mais nada. Como esperado um dos jogadores estourou o balão do outro, e daí em diante todos ficaram disputando quem estourava mais balões. Posteriormente, foi colocado questionamentos da equipe de psicologia do tipo: “Porque vocês estouraram os balões um dos outros?”.

Diante das respostas apresentadas, foi colocada a importância de atuarem enquanto um time, buscando uma movimentação conjunta em busca de seus objetivos, mas sem destruírem os objetivos dos seus companheiros. A importância do apoio e da solidarizarão com os objetivos alheios, assim como uma exaltação do objetivo mútuo, as vitórias do “Tropa Campina UEPB”.

Na parte da tarde foi planejado um momento motivacional com o time, tendo em vista que no futebol americano o time se divide entre ataque, defesa e time de especialistas que se enfrentam continuamente e as derrotas são sentidas por parte de alguns jogadores como algo desonroso e reafirmado por parte da equipe de técnicos (algo tradicional no training camp e no contexto do futebol americano para montar e selecionar os melhores jogadores de cada posição) como necessário.

Assim, foi pedido que os jogadores se colocassem em um grande círculo, onde foram introduzidos os conceitos de família, time e grupo unificado. Posteriormente, foi dado a cada jogador e membro da equipe técnica do time, um papel com uma frase motivacional, sessenta frases ao todo, do tipo: “A glória não está em não cair, mas sim em erguer-se sempre”; “Não deixes que os teus medos se interponham no caminho para os teus sonhos”; “Inspiração vem dos outros. Motivação vem de dentro de nós”; “Vencer não é nada se não se fez o melhor possível”; “O importante em cada vitória foi à emoção”; “Tudo o que somos é resultado do que pensamos”; “Quem não se arrisca a um fracasso nunca chega a uma vitória”; “Tentar e falhar, pelo menos, é aprender. Falhar por não tentar é sofrer a perda inestimável daquilo que podia ter sido”.

Logo após, foi solicitado por parte dos extensionistas que tanto os jogadores como a equipe técnica, um por vez, lesse a frase e entregasse para um membro do time que o ajudou em sua trajetória dentro do “Tropa Campina UEPB” e comentasse sobre o porquê desse ato. Os atletas que não tinham obtido um rendimento satisfatório nos treinos, logo foram abarcados pelo momento, recebendo grande parte das frases e apoio do time, assim como grande reafirmação por parte dos jogadores dos ideais de família, time e grupo.

Nesse sentido, o atleta não deve atuar apenas para vencer, mas para se superar, pois, de acordo com Nobre (2015), a perda, independente de qual seja, permite que o sujeito a resignifique, seja num âmbito individual ou em grupo. No esporte esse novo significado pode ser dado a partir do valor criativo, oportunizando novas formas para mudar sua postura enquanto atleta e também abrindo novas possibilidades do grupo criar novas configurações para dar o seu melhor. Seria, portanto, um encontro de sentido nas derrotas sofridas.

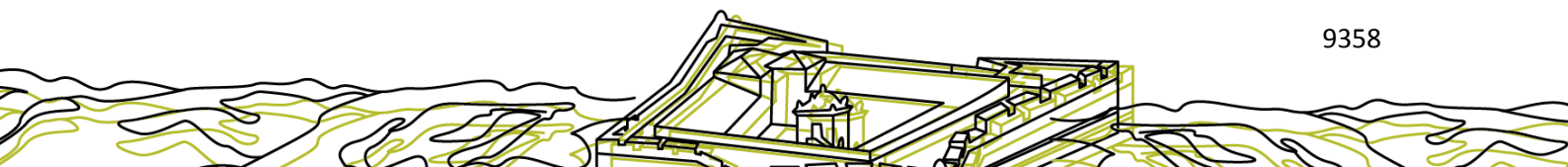
Desse modo, de acordo com Frankl (2005), o esporte como fenômeno humano, apresenta-se a partir de uma grandeza de possibilidades para a autorrealização do ser humano, tornando-se possível a partir da autotranscendência. Assim, entende-se que o esporte é uma abertura do sujeito para o mundo, dando-lhe a oportunidade de dar algo ao mundo e a partir disso se autotranscender enquanto pessoa.

Outra intervenção foi feita tendo em vista a derrota na BFA no jogo passado para a equipe do “Vitória” da Bahia, a equipe de psicologia mobilizou o time no final do treino com a intenção de receber um feedback com relação ao jogo, e aplicar uma técnica de dinâmica de grupo. Inicialmente foi pedido para que todos, incluindo equipe técnica e jogadores, se colocassem em dois grandes grupos (um para levantar os problemas e outro às soluções), e posteriormente cada um escolhesse uma dupla ou trio.

Os extensionistas pediram para que cada dupla de um determinado grupo, uma por vez, levantasse um motivo para a derrota e escolhesse outra dupla para dar uma solução aceitável para a dupla indagadora. As principais queixas dos atletas foram: “terem entregado o jogo antes mesmo do jogo acabar”; “Não acreditar em uma virada”; Falta de preparo físico”; “Comprometimento com os treinos”. Todos, de forma unânime, se colocaram e concordaram com os requisitos que os levaram a derrota. A condição física exigida do jogo foi o mais presente na fala dos atletas, visto que muitos deles, por se tratar de um esporte amador, não dá a devida importância para sua condição muscular. A melhor de desempenho do time de ataque foi destacada também, inclusive na parte psicológica dos atletas.

Essa intervenção possibilitou aos atletas perceberem suas decisões no time e as consequências refletidas no jogo. Levantar essa discussão seguindo o método de uma pessoa apontar um motivo para derrota e outra elucidar uma solução incentivou o espírito de equipe dentre os jogadores, mostrando que unir-se e compartilhar conhecimentos resulta em crescimento para o grupo. Os jogadores puderam ter acesso a percepção dos outros membros da equipe em relação ao jogo e puderam trabalhar juntos solucionando as dificuldades uns dos outros.

Na formação de uma equipe esportiva, mesmo havendo diferenças individuais, destacam-se características específicas como preocupação positiva pelo esporte, determinação, compromisso, autoconfiança e melhor concentração que delineam um perfil de atleta (Messias & Pelosi 1997 apud Rubio). Ainda, os autores Loy & Jackson (1993), Widmeyer et al (1993) e Hanrahan e Gallois (1993) citados por Rubio (1999) tem ressaltado que não são apenas as qualidades individuais os fatores de sucesso para uma



equipe esportiva.

Assim, destaca-se que o mais válido é a coordenação dos valores que ocorrem em jogo, sendo o resultado reflexo da soma de valores as relações humanas, aspectos técnicos e táticos e determinantes biológicos. Rubio (1999) cita a definição de coesão de Carron (1982) que consiste na inclinação de uma equipe em manter-se unida e direcionada na busca de seus objetivos, e a compreensão de Russel (1993) que diz que, para os técnicos das equipes esportivas, a coesão é o principal fator de êxito num grupo.

No dia 17 de junho de 2017 foi aberta uma roda de conversa com a temática Ansiedade, visto que o adversário do “Tropa Campina UEPB” no dia seguinte seria “Caruaru Wolves”, pelo evento do São João Bowl (um clássico regional onde duas equipes de tradição no nordeste se enfrentam com o intuito de receber o título de melhor São João do mundo), um “rival” de renome frente ao “TROPA”, e um jogo que acarreta nos jogadores um grande teor de nervosismo, comprometendo seus rendimentos. Foi proposto aos jogadores que relaxassem, e falassem das experiências obtidas anteriormente diante desse adversário. Pontos fortes, pontos fracos, como trabalhar essa ansiedade durante a partida, e como ela surgiu. Os pontos levantados pelos jogadores foram de que o “Wolves” é um time “catimbeiro”, provocador, e isso fazia com que a partida valesse bem mais do que ela realmente é. Posteriormente foi proposto pela equipe de psicologia, que os jogadores se colocassem frente uns aos outros e se provocassem, de uma forma parecida com a que eles presenciavam enfrentando o “Wolves”.

Abrantes (2007 apud Fabianni 2007) revela que a maioria das derrotas no mundo do esporte é justificada pela dificuldade em controlar as emoções negativas, como a ansiedade e o estresse, por exemplo, que são considerados fatores perturbadores do rendimento dos atletas.

Ao final foi sugerido aos atletas técnicas de controle dessa ansiedade durante o jogo, como: auto-fala e visualização de jogadas. Essas técnicas fazem parte dos rituais pré-jogos de grandes atletas que buscam concentração e um controle de estímulos adversos presentes no ambiente.

Assim, a visualização ou prática encoberta é uma técnica na qual o atleta treina mentalmente através da imaginação, a fim de melhorar seu rendimento e/ou lidar com questões emocionais provocadas por determinadas circunstâncias. O desportista acessa em sua memória informações para construir detalhes da situação, desde sentimentos psíquicos à textura do ambiente, buscando se aproximar ao máximo de uma experiência vívida. Durante

a utilização desta técnica há alterações neuromusculares similares à execução física das atividades mentalizadas, se caracterizando assim como um treinamento mental. Já a autofala é dada através de ordens mentais, proferidas pelo indivíduo a si mesmo a fim de melhorar seu rendimento e/ou seu estado emocional. (Scala, 200; Weinberg e Gould, 2017).

Outra intervenção foi feita no dia 18 de junho de 2017. Iniciou-se um momento antes do jogo com a equipe de psicologia, solicitado pela equipe técnica, visto a importância do evento. Foi sugerido que cada um escrevesse numa fita adesiva e colasse em seu equipamento, algo importante na sua vida, que sempre se fazia presente em momentos difíceis, como: família, amigos, esposa, filhos. Como uma proposta de desviar a atenção para as adversidades do jogo, visto que os jogadores em uma partida de futebol americano, continuamente, tiram seus capacetes, saem de campo (para descansar) e revezam posições, eles poderiam ter esse momento simbólico motivacional. Ao fim, a equipe de psicologia se colocou ao lado do campo para observar o jogo e se colocar se necessário.

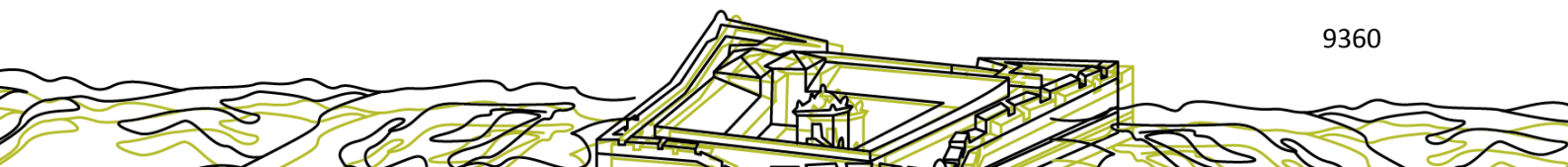
Conclusão/Considerações Finais

O projeto, através de seus objetivos, visa o benefício aos atletas da Equipe de Futebol Americano “Tropa Campina UEPB”, a partir da intervenção a nível psicológico, através da escuta individual e em grupo, da discussão, reflexão e “treinamento psicológico”, visando uma melhoria no desempenho dos jogadores.

Nesse primeiro momento, observamos que os objetivos foram atingidos e que houve realmente uma melhora psicológica nos atletas do “Tropa Campina UEPB”. Os próprios jogadores relatam tal afirmação, assim como a equipe técnica do time que usualmente elogiava o trabalho dos extensionistas.

No que compete à experiência dos extensionistas do projeto, primeiramente, puderam ter contato real com as demandas levantadas pela psicologia do esporte, que é uma área emergente na psicologia da qual se tem pouco relato no Brasil, e se depararam com os conflitos entre a área clínica e o que realmente emana dos casos esportivos.

Tal cenário supracitado nos gerava, ao mesmo tempo, insegurança, por não sabermos de imediato como lidar com tais demandas. O fato de sairmos dos muros universitários e nos inserirmos em um ambiente que foge aos moldes clínicos tradicionais, ainda tão presentes na formação em psicologia, nos possibilitou também ter aproximações com possíveis áreas de atuação como a âmbito desportivo.



Por parte do grupo de atletas, a equipe de psicologia era vista com certo receio inicialmente. Apresentar uma queixa psicológica era motivo de fraqueza para os companheiros de time, que não entendiam o contexto de aplicação da psicologia do esporte, tendo uma visão meramente clínica do trabalho do psicólogo.

Referências

FABIANI, Marli Terezinha. **A psicologia do esporte: a ansiedade e o estresse pré-competitivo**. Elaborado em 2007. PUCPR.

Frankl, V. E. (2005). **Um Sentido Para A Vida: Psicoterapia E Humanismo**; Ed. 17. São Paulo: Ideias e Letras.

MELLO, Miriam Moreira. **Fundamentos e intervenções em psicologia do esporte**. Campinas- SP, 2001.

NOBRE, Marco Antonio Ratts. Desafios da contemporaneidade da psicologia do esporte: um olhar logoterapêutico. **Rev. Logos & Existência**, Ceará, v. 4, n. 2, p.168-175, 2015.

RUBIO, Katia. Origens e evolução da psicologia do esporte no Brasil. *Biblio3W, Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Vol. VII, nº 373, 10 de mayo de 2002. <http://www.ub.es/geocrit/b3w-373.htm> [ISSN 1138-9796]

RUBIO, Katia. A psicologia do esporte: histórico e áreas de atuação e pesquisa. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 19, n. 3, p. 60-69, 1999.

SCALA, Cristiana Tieppo. Proposta de intervenção em psicologia do esporte. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Universidade de São Paulo, Vol. 2, nº 1, 2000.

WEINBERG, R. S.; GOULD, **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

FABIANI, Marli Terezinha. **A psicologia do esporte: a ansiedade e o estresse pré-competitivo**. Elaborado em 2007. PUCPR.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NO CAPS II DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO – BA

Área Temática: Saúde

Keyla Maria Rogrigues Gomes¹; Edvânia Barbosa da Luz Martins²; Hélia dos Santos Silva³; Sarah Elisheba Mendes do Carmo Santos⁴; Vanessa Ingrid Alves de Lima³; Patrícia Shirley Alves de Sousa⁶;

Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Resumo

Objetiva-se relatar a experiência de aulas práticas no Módulo de Saúde Mental, realizado em um Centro de Atendimento Psicossocial II (CAPS II) na cidade de Juazeiro-BA, no período de agosto a outubro de 2017. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: observação estruturada (pesquisadores participantes), consulta ao prontuário clínico, participação nas atividades lúdicas e análise da estrutura física do centro. Este relato tem como objetivo relatar a experiência do estudante de enfermagem frente à prática em saúde mental como primeiro contato com pacientes acometidos por transtornos mentais. A experiência foi significativa, sinalizando que o cenário em questão é muito importante como campo de atuação para o alunado de enfermagem que busca ampliar seus conhecimentos na área de saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; enfermagem; CAPS II.

¹ Universidade Federal do Vale do São Francisco, graduação em Enfermagem (UNIVASF).

² Universidade Federal do Vale do São Francisco, graduação em Enfermagem (UNIVASF). ³ Universidade Federal do Vale do São Francisco, graduação em Enfermagem (UNIVASF). ⁴ Universidade Federal do Vale do São Francisco, graduação em Enfermagem (UNIVASF).

⁵ Universidade Federal do Vale do São Francisco, graduação em Enfermagem (UNIVASF). ⁶ Universidade Federal do Vale do São Francisco, colegiado de Enfermagem (UNIVASF).

Introdução

Os transtornos mentais são síndromes ou padrões psicológicos de significado clínico, que geralmente estão associados a um mal-estar ou uma incapacidade, dentre outros sintomas e sinais, e são, dos mais variados tipos e intensidades. Desta forma, convém-se que os transtornos mentais são alterações dos processos cognitivos e afetivos do desenvolvimento, da realidade, da compreensão e das adaptações às condições mínimas de vida. (SANTANA, 2016)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais representam cerca de 13% do total de todas as doenças que atingem à população, o que corresponde a aproximadamente 700 milhões de pessoas em todo o mundo. (OLIVEIRA, 2016)

Os transtornos correspondem a um conjunto de perturbações que de algum modo possuem pontos em comum e suas causas estão intimamente ligadas aos contextos, socioculturais, culturais e econômicos, entre as principais e mais recorrentes estão as que abrangem os retardos mentais, os transtornos de personalidade e a dependência de substâncias. Podem estar relacionados a fatores biológicos (sejam eles genéticos ou neurológicos), psicológicos ou ambientais, desta forma, os indivíduos acometidos necessitam de uma atenção multidisciplinar de modo a permitir uma melhoria em sua qualidade de vida. (ROCHA, 2017)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constitui pontos de atenção que compõe a estratégia da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), possui diferentes modalidades e se resume a um serviço de saúde aberto e comunitário composto por uma equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, realizando prioritariamente atendimento a indivíduos com transtornos mentais, incluindo os decorrente do uso de álcool e outras drogas; pacientes em crise ou em processo de reabilitação, sendo esses centros uma substituição ao modelo asilar, os chamados manicômios. (BRASIL, 2018)

O CAPS II, é uma modalidade de atendimento à indivíduos de todas as faixas etárias acometidos por transtornos mentais, sejam eles graves, persistentes e proveniente do uso de substâncias psicoativas e assiste cidades e regiões que tenham uma população de no mínimo 70 mil habitantes. (LIMA, 2017)

Entre as funções do CAPS estão inclusas o atendimento clínico em regime de atenção diária, a promoção da inserção social das pessoas com transtornos mentais, o acolhimento no sentido de fortalecer os laços sociais do usuário, a regulação da porta

de entrada da rede de assistência em saúde mental, o suporte à rede básica, dentre outros. (BRASIL, 2018)

Nesse sentido, a prática durante a graduação em enfermagem na área de saúde mental constitui um importante cenário que faz a ligação entre teoria e prática, de modo a favorecer a criação do vínculo aluno-usuário de maneira humanizada, fazendo desse momento um ponto crucial na desmistificação pregressa dos estudantes no que diz respeito aos preceitos relacionados à saúde mental.

Metodologia

Este relato consistiu uma experiência que descreve aspectos vivenciados pelos autores, na oportunidade de aulas práticas em um Centro de Atendimento Psicossocial da modalidade II. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a experiência vivenciada a partir de métodos descritivos e observacionais.

O relato de experiência é definido como uma ferramenta que compõe a pesquisa descritiva apresentando uma reflexão acerca de uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito da graduação/profissional de interesse da comunidade científica. As aulas práticas que resultaram na redação do presente relato ocorreram de agosto a outubro de 2017, em um Centro de Atendimento Psicossocial situado na cidade de Juazeiro-BA.

Resultados e Discussão

O Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II) onde ocorreram as práticas atende a pacientes adultos acometidos por transtornos mentais graves e persistentes, em suas diversas variedades, oferece além do atendimento médico/medicamentoso, atividades relacionadas ao desenvolvimento de atividades artísticas como artesanato, atividades educativas e momentos de interação entre os usuários.

Durante os dias de práticas, foram desenvolvidas atividades lúdicas voltadas para a dança (e aqui inclui-se o estímulo à prática de atividades físicas), atividades educativas que contemplaram o estímulo a higienização corporal e bucal, além de momentos de conversas com trocas de histórias de vida e compartilhamento de sentimentos, além disso também foi feito um estudo de caso com um usuário, onde foi possível tomar conhecimento de toda a sua história clínica e pessoal.

Para a criação do vínculo aluno-usuário, os momentos de conversas foram de suma importância. O compartilhamento das histórias de vida relatadas pelos próprios pacientes, do ponto de vista deles foi imprescindível no entendimento do curso clínico de alguns transtornos e suas etiologias, vivenciar todo o conteúdo visto em sala de aula na realidade foi uma experiência rica e muito proveitosa, tanto para o crescimento profissional quanto para o pessoal.

Outro ponto importante foi à desmistificação de alguns preceitos que norteiam os transtornos mentais, as práticas foram de certa forma um estímulo a uma maior aproximação com esses usuários, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades relacionadas principalmente a comunicação com o cliente e a forma como lidar com sua patologia. Essa aproximação com o usuário constitui uma troca mútua, em que o aluno tem a oportunidade conhecer a história de vida daquele indivíduo, seus medos e expectativas, o modo como ele encara sua condição; e a partir ter informações que venham a nortear a construção de um plano de cuidados que vise uma melhor qualidade de vida, de forma individualizada.

Conclusão/Considerações Finais

A experiência adquirida no decorrer das práticas realizadas no Centro de Atenção Psicossocial em Juazeiro/BA, nos proporcionou uma visão melhor sobre o conteúdo abordado em sala de aula e melhor conhecimento do que significa o trabalho em rede, e como esta funciona. Além de nos permitir uma interação com clientes de diversas patologias, podemos observar as estratégias de humanização e esclarecimentos de dúvidas acerca do sofrimento psíquico dos usuários, favorecendo o fortalecimento de vínculo e adesão ao tratamento.

Durante todo o período de estágio, vivenciamos experiências extremamente importantes, onde descobrimos que podemos ajudar as pessoas muito mais do que pensávamos. Tivemos a oportunidade de assimilar o conteúdo ministrado na teoria convivendo com os usuários, assim como perceber que um tratamento vai muito além de tomar medicação na hora certa.

Compreendemos também que a escuta, a palavra certa na hora certa pode diminuir a ansiedade, o medo, melhorar a expectativa de vida e entender que todos passam por problemas, mais se tiver força de vontade e querer, podem se livrar de tal situação.

Dessa forma, adquirimos um conhecimento que será muito importante para nossa profissão, a qual levaremos para toda a vida. Na oportunidade, vivenciamos as funções

de um enfermeiro da saúde mental, auxiliando e observado a enfermeira da unidade em suas atribuições e realizando atividades como: Palestras, dinâmicas, administração de medicamentos, cuidados com usuários, escuta ativa, oficinas, triagens, anotações e registro de evoluções.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saudemental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>> Acesso em: 02 de Abril de 2018

NEVES, M. C. C; DALGALORRONGO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n. 04, p. 237-244, 2007.

SANTANA, L. L. et all. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 01, 2016.

ROCHA, M. O. N. et all. Diagnóstico situacional sobre saúde mental: planejamento de ações de equipe de saúde da família. *Mostra Científica do Curso de Medicina*, v. 01, n. 01, 2017.

OLIVEIRA, H. L. R. et all. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Anais do salão internacional de ensino, pesquisa e extensão*, v. 08, n. 04, 2016

LIMA, I. C. S; LIMA, S. B. A; MARQUES, A. D. B. Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro. *Revista Online de Pesquisa*, v. 09, n. 02, 2017.

ACOMPANHAMENTO GLICÊMICO DE PACIENTES ATENDIDOS NA FARMÁCIA ESCOLA DA UNICENTRO-PR

Área Temática: Saúde

Luana Bortoluzzi Trombim¹; Emerson Carraro²;

¹Acadêmica do Curso de Farmácia, bolsista PIBIS/PIBEX/Fundação Araucária (luana_bt19@hotmail.com).

²Professor do Curso de Farmácia, Orientador (emersoncarraro@bol.com.br).

Instituição: Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO)

Resumo

Os portadores de síndromes metabólicas constituem um importante grupo de pacientes com altas taxas de morbimortalidade, sendo de suma importância à prevenção primária, incluindo-se assim estilos de vida relacionados à manutenção da saúde, com dieta equilibrada, prática regular de atividade física, bem como, avaliação clínica e laboratorial para monitoramento de dosagens sanguíneas, sobretudo a glicemia. Este constituinte sanguíneo é necessários para o organismo, porém o seu excesso acarreta morbidades, como a Diabetes Mellitus (DM). O objetivo deste estudo foi avaliar e orientar os pacientes atendidos na farmácia escola da UNICENTRO que realizaram o acompanhamento de dosagem glicêmica capilar. A amostra foi composta por 116 pacientes, com 48 anos de mediana de idade, variando entre 2 e 81 anos e que solicitaram a realização dos exames de glicemia capilar. Do total de pacientes atendidos, 12,9% (15 pacientes) possuíam diagnóstico de diabetes e o acompanhamento mostrou 9,5% (11 pacientes) permaneceram com níveis glicêmicos descontrolados, sendo que desde total 35% dos indivíduos estavam com a glicemia alterada, também se relacionou as manifestações clínicas com o protocolo de tratamento indicado para cada caso na Diabetes Mellitus, levando em conta ainda as opções terapêuticas disponíveis na farmácia escola. Os resultados demonstraram assim, que um importante número de

¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste, Curso de Farmácia, Fundação Araucária. ² Universidade Estadual do Centro-Oeste, Curso de Farmácia.

pacientes com diabetes, mas principalmente que a grande maioria destes não estão controlando os níveis glicêmicos e, conseqüentemente, estão sujeitos as complicações em decorrência da diabetes.

Palavras-chave: Diabetes; Glicemia Capilar; Orientação farmacêutica; Atenção Farmacêutica;

Introdução

Pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis geralmente necessitam de tratamentos medicamentosos pelo resto da vida. Dentre este grupo de pacientes, os portadores de síndromes metabólicas constituem em importante grupo de pacientes com altas taxas de morbimortalidade. Sendo de suma importância a prevenção primária, incluindo-se assim estilos de vida relacionados à manutenção da saúde, com dieta equilibrada, prática regular de atividade física, bem como, avaliação clínica e laboratorial para monitoramento de dosagens sanguíneas, sobretudo a glicemia, (I DIRETRIZ..., 2005).

Esses constituintes sanguíneos são necessários para o organismo, porém o seu excesso acarreta morbidades. A glicemia tem como principal função a geração de energia celular, através da formação de ATP, sua concentração é controlada através de hormônios secretados pelas ilhotas pancreáticas que contêm células α e β , como insulina (ENTENDENDO..., 2011), porém a glicose, mesmo sendo fonte de energia vital para o organismo humano, deve ter seu nível regulado, para não ocasionar desarranjos fisiopatológicos devido ao desequilíbrio, como diabetes mellitus (DM), sendo esta uma síndrome de etiologia múltipla desencadeada pela falta/incapacidade da insulina em exercer seus efeitos adequadamente, conseqüentemente causando uma elevação da glicose sanguínea, sendo que esta pode ser classificada em diabetes tipo 1, tipo 2, diabetes gestacional, tolerância alterada à glicose e ainda diabete secundária, de acordo com o efeito que causa e o motivo do desencadeamento da morbidade (CARIGNANI, DJ. 2017; SBEM, 2016).

Sendo assim, o objetivo deste projeto é avaliar e orientar os pacientes atendidos na farmácia escola da UNICENTRO que realizaram o acompanhamento de dosagem glicêmica.

Metodologia

As ações aconteceram com todos os pacientes que procuraram o atendimento para a dosagem de glicose capilar na farmácia escola, entre o período de janeiro à dezembro de 2017. Os procedimentos foram realizados na Farmácia Escola, sobre orientação e supervisão do professor responsável. E consistiu na dosagem de glicose para a triagem de indivíduos que desconheciam e ou tinham diagnóstico prévio de diabetes. A frequência dos acompanhamentos foi definida pelo próprio indivíduo, sendo que na identificação de resultado alterado o paciente foi orientado a buscar atendimento médico para confirmação de diagnóstico e/ou investigação da motivação da falta de controle nos indivíduos sob terapia.

Todos os pacientes foram previamente instruídos a realização jejum nas 12 horas que antecediam a realização do exame. Assim, os valores de referência para glicemia, segundo as normas da *American Diabetes Association*, 2005, a qual determina que a glicemia em jejum é normal se estiver até 100, pré-diabetes quando o resultado entre 100 e 125 mg/dL e diabetes mellitus acima ou igual a 126 mg/dL com casualidade em 200 mg/dL concomitante aos sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso.

Resultados e Discussão

A amostra contou com 116 indivíduos que realizaram o exame de glicemia capilar, distribuídos em ter 43,97% (n=51) homens e 56,03% (n=65) mulheres, sendo 48 anos de idade mediana e variando entre 2 e 81 anos de idade, conforme a tabela 1.

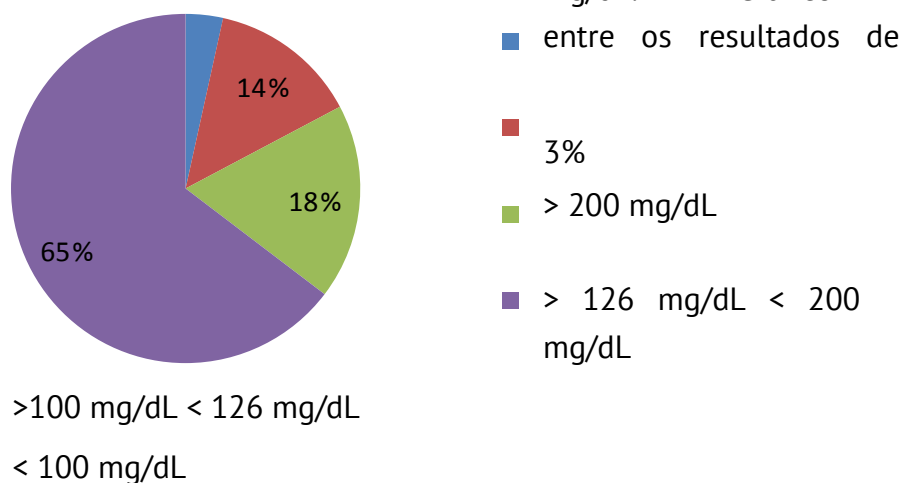
Tabela 1. Idade e sexo dos pacientes atendidos na farmácia escola

Feminino Masculino Total

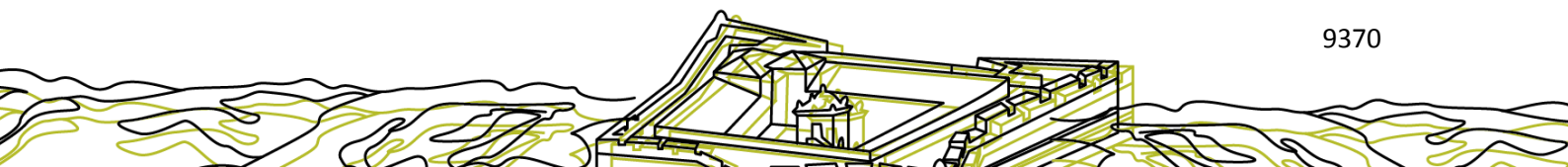
Média	46	47	46
Desvio Padrão	22	21	21
Mediana	48	47	48
Mínimo	81	79	81
Máximo	2	7	2

Do total de pacientes, 92 pacientes só realizaram uma dosagem, provavelmente para fins de triagem, uma vez que relataram não ter diagnóstico de DM prévio. Os demais 24 (20,69%) pacientes retornaram para refazer a análise, uma ou mais vezes, através do acompanhamento da glicemia. Considerando estes 24 indivíduos, 15 (12,93%) possuíam diagnóstico de DM e realizam tratamento na unidade de saúde pública através da assistência farmacêutica na própria farmácia escola.

O gráfico 1 demonstra a relação entre o total de resultados, estipulando a concentração glicêmica capilar dos 116 pacientes, sendo normal até 100 mg/dL, pré-diabetes entre 100 e 125 mg/dL e diabetes mellitus acima ou igual a 126 mg/dL com casualidade em 200 mg/dL. Gráfico 1 demonstra a relação glicemia capilar



Atualmente, a população mundial estimada que possua diagnóstico de diabetes é de aproximadamente 382 milhões de pessoas, com previsões de aumento constante, sendo que 80% dos indivíduos acarretados por essa morbidade vivem em países em



desenvolvimento, esse aumento ocorre em virtude da elevação e envelhecimento populacional, seguido da maior urbanização, tornando o estilo de vida de menor qualidade, como consequência elevando o número de obesos e sedentários (SBD, 2015).

Como resultado da glicemia capilar entre os pacientes com diagnóstico prévio de DM, 4 (3,45%) apresentaram concentração sanguínea de glicose controlada e os demais 11 (9,48%) se encontram com glicemia alterada. Todos estes pacientes com DM que apresentam falta de controle da glicemia permaneceram nesta condição durante as sucessivas dosagens. Este descontrole pode ocorrer em diversas situações. No início de tratamento medicamentoso da hiperglicemia com antidiabéticos, pode ocorrer necessidade de ajuste da dose terapêutica, incluindo, por se tratar de doença progressiva, há a necessidade do aumento da dosagem dos medicamentos, bem como, o acréscimo de agentes com diferentes mecanismos de ação dos já empregados. Enaltecendo a importância do serviço de acompanhamento e orientação farmacêutica (SBD, 2016).

A partir do diagnóstico da doença é recomendado ao paciente que primeiramente faça modificações no estilo de vida, visando o desempenho de hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercícios físicos, concomitantes à um antidiabético oral. Como estratégias farmacológicas para normalizar a glicemia temos as classes de medicamentos: as sulfonilureias e glinidas regulam a secreção pancreática da insulina, os inibidores das alfa-glicosidases reduzem a velocidade de absorção de glicídios, as biguanidas reduzem a produção hepática de glicose e as glitazonas que aumentam a utilização periférica da glicose (SBD, 2016).

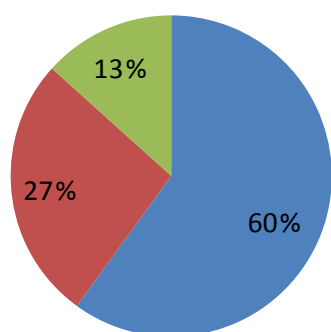
O protocolo de tratamento medicamentoso se dá de acordo com a as manifestações clínicas: 1) manifestações clínicas leves – glicemia inferior à 200 mg/dL e com sintomas leves ou ausentes, sem a presença comorbidades, os medicamentos indicados são sensibilizadores da ação periférica da insulina, como metformina; 2) manifestações clínicas moderadas – glicemia superior à 200 mg/dL e inferior à 300 mg/dL, sem manifestações graves, associa-se metformina à agentes secretagogos de insulina como as sulfonilureias, exemplo glibenclamida; 3) manifestações clínicas graves – glicemia superior a 300 mg/dL e sintomas graves como perda significativa de peso, sintomas graves e/ou cetonúria, deve-se iniciar a insulino terapia (SBD, 2017).

Em relação às opções terapêuticas disponíveis na farmácia escola durante o período do estudo são: metformina 850mg, Glibenclamida 5mg e insulina humana. Sendo que dos 15 indivíduos com DM e que faziam tratamento, 9 (7,76%) deles fazem uso apenas de metformina, 4 (3,45%) indivíduos fazem o uso associado de metformina e

glibenclamida, 1 (0,86%) faz uso apenas de insulina humana e 1 (0,86%) associa insulina humana concomitantemente à metformina.

Como podemos observar o gráfico 2, o qual demonstra essa classificação de tratamento dos pacientes que fazem o tratamento de acordo com as manifestações clínicas da doença.

Gráfico
tratamento

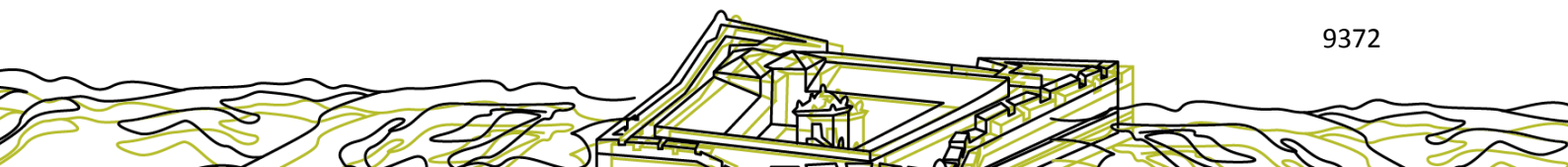


2: Grau de manifestações clínicas *versus* dos pacientes com diabetes

- Leve x Metformina
- Moderada x Metformina e Glibenclamida
- Grave x Insulina

A insulina liga-se a um receptor glicoproteico transmembrana acoplado a tirosina quinase e consiste em duas subunidades α e duas subunidades β , responsáveis pela ativação do mesmo, assim causando um aumento de formação de glicogênio, aumento da captação de glicose, bem como sua utilização, que como consequência resulta em uma diminuição da glicemia, sendo utilizada principalmente para pacientes portadores de diabetes tipo 1, todavia, pode ser utilizada para tratamento do tipo 2, porém em menor frequência. A metformina pertence à classe das biguanidas, exercendo função de reduzir a gliconeogênese e a resistência à insulina, sensibilizando a ação periférica, isso ocorre devido a ativação da proteína quinase ativada por AMP nos hepatócitos, e é usada em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. A glibenclamida compete à classe das sulfonilureias de segunda geração, tendo ação sobre as células B do pâncreas e sobre canais de KATP, estimulando a secreção de insulina e reduzindo dessa forma os níveis de glicose (Rang, et al, 2012).

O restante dos indivíduos dos quais não retornou para refazer a análise, não possuíam diagnóstico de diabetes, sendo assim, usou-se o exame como um teste de triagem, e quando alterado, prosseguiram para atendimento médico, bem como, orientações farmacêuticas acerca de alimentação e exercícios. O estudo apresenta algumas limitações, das quais podemos citar como principais um possível jejum inadequado, visto que deve ser coletada amostra pré prandial para resultado que



represente a concentração sanguínea sem alterações originadas previamente da alimentação. Outra limitação deve-se ao fato de que trata de que muitos pacientes dos quais não foram possíveis acompanhar o tratamento e assim orientar o indivíduo, devido à aquisição de medicamentos em unidades de saúde privadas, pois o serviço oferecido pelo estabelecimento em estudo dispõe de apenas três medicamentos, dos quais já citados.

Considerações Finais

Os resultados demonstraram importante número de pacientes com diabetes, mas principalmente que a grande maioria destes não estão controlando os níveis glicêmicos e, conseqüentemente, estão sujeitos as complicações em decorrência da diabetes.

Referências

AMERICAN *Diabetes Association*. Disponível: <<http://www.diabetes.org/diabetesbasics/type-2/?loc=superfooter>>. Acesso em 15 de março de 2018.

CARIGNANI, DJ. *Instituto de medicina biomolecular, 2017*. Disponível em: <http://www.imebi.com.br/aumento_de_colesterol.php>. Acesso em: 14 de março de 2018.

I DIRETRIZ *brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica*. Arq. Bras. Cardiol. vol.84 suppl.1 São Paulo Apr. 2005.

ENTENDENDO *a regulação da glicose no corpo, 2011*. Disponível em: <http://unidiabetes.webmeeting.com.br/claci/monografia_diabetes_01.pdf>. Acesso em 14 de março de 2018.

SBEM. *O que é diabetes?* Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>.

Acesso em 18 de março de 2018.



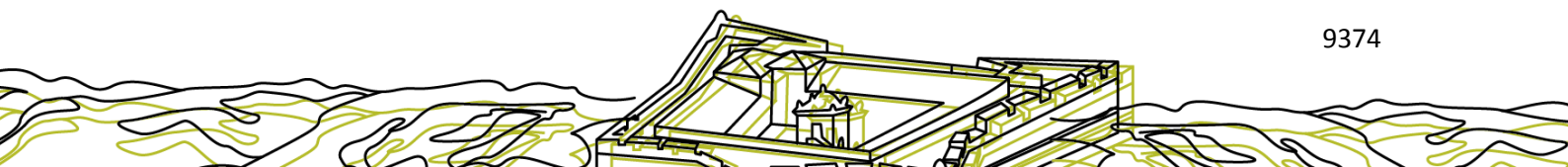
SBD. *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes - SBD 2016*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>.

Acesso em 18 de março de 2018.

SBD. *Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo - SBD 2017*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/POSICIONAMENTO-OFICIAL-SBD-02-2017-ALGORITMO-SBD-2017.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2018.

SBD, *Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus - SBD 2015*. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/001-Diretrizes-SBDEpidemiologia-pg1.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2018.

RANG, HP, et al. *Rang e Dale's: Pharmacology*, 7th ed. Elsevier, 2012.



PREVALÊNCIA DE LESÕES E SUAS CARACTERÍSTICAS EM ATLETAS ATENDIDOS DURANTE A LIGA DE FISIOTERAPIA ESPORTIVA DA UFRN NO ANO DE 2017

Área temática: Saúde

Ingrid Martins de França¹; Tatiana Camila de Lima Alves da Silva¹; Ana Cheila Santos¹; Ronan Romeno Varela de Melo²; Vinícius Vieira de Alencar Caldas²; Jean Artur Mendonça Barboza²; Daniel Germano Maciel³; Mikhail Santos Cerqueira³; Wouber Héricksen de Brito Vieira⁴

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

Introdução: Sem dúvidas, a prática de exercícios físicos regulares pode promover inúmeros benefícios na saúde mental e física, como também na integração social e cultural. E nos últimos anos, a realização de atividades esportivas tem aumentado exponencialmente, como uma das consequências de sua realização, observa-se o maior risco e incidência de lesões. Cada modalidade do esporte apresenta suas peculiaridades e predisposição a lesões, sendo assim um problema de saúde pública crescente na atualidade. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de lesões e suas características em atletas atendidos na Liga de Estudos de Fisioterapia Esportiva da UFRN (LEFERN) – Natal/RN no ano de 2017. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional descritivo sobre prevalência de lesões dos pacientes da LEFERN, do período de março a novembro de 2017, contendo 40 indivíduos de ambos os sexos, com idade de 15 a 60 anos e realizado a partir da análise de fichas de avaliação desse projeto universitário. **Resultados:** O esporte de maior prevalência foi o futebol (57,5%), sendo a lesão do LCA a mais frequente (62,5%); e o joelho, a região mais acometida (80%). **Conclusão:** O futebol, a ruptura do LCA, e o joelho foram o esporte, a lesão, o mecanismo e a região mais prevalente, respectivamente.

Palavras-chave: Fisioterapia esportiva; Traumatismos em atletas; Medicina esportiva; Fisioterapia; Epidemiologia

Introdução

A prática de exercícios físicos regulares pode promover inúmeros benefícios na saúde mental e física, como também na integração social e cultural, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos e reduzindo os riscos de doenças metabólicas, cardiovasculares e crônicas (Kettunen *et al*, 2001). Nos últimos anos, a realização de atividades esportivas tem aumentado exponencialmente e como uma das consequências de sua realização, observa-se o maior risco e incidência de lesões, causando prejuízo e preocupações tanto para os praticantes, quanto para treinadores e profissionais da saúde envolvidos. (Kettunen *et al*, 2001)

Cada modalidade esportiva apresenta suas peculiaridades quanto a regras, gestos, dimensões de quadras e pistas, formas de treinamentos e competições e configurações, além de cada praticante realizar níveis diferentes de intensidade dentro do esporte, podendo gerar diversos tipos de lesões esportivas (LE). A ausência desses atletas em suas atividades causa-lhes grandes prejuízos financeiros e para suas carreiras, além de comprometimento financeiro para seus clubes, patrocinadores e agentes (Cohen *et al*, 1997), sendo uma questão importantíssima a prevenção dessas lesões, como também, a sua recuperação no período mais curto possível.

De acordo com o Sistema de Registro Nacional de Lesões Atléticoas (NAIRS) dos Estados Unidos, lesões esportivas são aquelas que limitam a participação do atleta, por no mínimo, até um dia após o acontecimento provocador da lesão. (Almeida *et al*, 2013). E a cada treino, jogo perdido, é mais um prejuízo para o time, para o jogador e para sua carreira.

Como as modalidades esportivas têm se tornado cada vez mais praticadas, o número de lesões aumentou exponencialmente, ultrapassando o âmbito das Ciências dos Esportes e tornando-se devido a sua atual magnitude e vulnerabilidade, um problema de saúde pública o qual precisa ser observado e estudado. (Conte *et al*, 2002).

As LE podem ser causadas por diferentes fatores, como, trauma direto, torção articular, microtrauma repetitivo, estiramentos, dentre outros mecanismos que podem levar a diferentes lesões musculoesqueléticas, como: entorses articulares, lesões musculares, ligamentares, meniscais, etc. (Schenck, 2003, p. 128).

E grande parte dessas lesões musculoesqueléticas ocorre durante o desporto, correspondendo de 10 a 55% de todas as lesões, atingindo principalmente músculos biarticulares como quadríceps, isquiotibiais e tríceps sural, já que estão muito vulneráveis a forças de aceleração e desaceleração durante o exercício. (Barroso e Thiele, 2011).

E apesar do crescente número de adeptos nas modalidades esportivas, ainda são poucos os estudos científicos com rigores metodológicos os quais abordam as diversas

modalidades e as características inerentes desses esportes e de suas lesões mais comuns. (Pedrinelli *et al*, 2011). E são a partir dos mecanismos de lesões que podem ser traçados planos preventivos de ações, para dar mais suporte e segurança aos jogadores no momento da sua prática esportiva.

Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de lesões e suas características em atletas atendidos na Liga de Estudos de Fisioterapia Esportiva da UFRN (LEFERN) – Natal/RN no ano de 2017, com o intuito de detectar as características mais comuns relacionados com essas lesões e assim, obter subsídios para o desenvolvimento futuro de um programa de prevenção de lesões e de tratamento de forma mais específica para os atletas participantes do projeto de extensão da Liga de Estudos de Fisioterapia Esportiva da UFRN.

Metodologia

Estudo observacional descritivo sobre a prevalência de lesões dos pacientes da LEFERN, do período de março a novembro de 2017. Foram selecionados os 40 atletas que representavam o total de sujeitos atendidos na LEFERN mediante a demanda espontânea e registrados no banco de dados desse projeto de extensão. A partir disso, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão por meio da análise dos prontuários: apresentar o diagnóstico clínico de lesão decorrente da prática esportiva e apresentar os dados (identificação, anamnese e exame físico) preenchidos de forma completa em suas fichas de avaliação.

Por tratar-se de um projeto associado ao ensino, pesquisa e extensão, todos os atletas previamente a admissão ao projeto assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) autorizando a utilização de seus dados para fins acadêmicos de ensino ou pesquisa. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP/UFRN) parecer nº: 083225/2015, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 48521115.7.0000.5537.

Todas as etapas do estudo foram realizadas de segunda a quinta-feira no horário das 17:30 às 19 horas na Unidade de Reabilitação Musculoesquelética do departamento de fisioterapia da UFRN, onde os atletas eram atendidos pelos discentes do projeto de forma individualizada, durante o período de 1 hora a 1 hora e 30 minutos, sob a supervisão de dois professores/coordenadores. O projeto era destinado ao atendimento fisioterapêutico de atletas vinculados à UFRN, ao Município de Natal/RN ou outras cidades do estado do Rio Grande do Norte/RN, que eram admitidos por meio de um contato prévio com os coordenadores e de acordo com a disponibilidade de horário e

vaga dos acadêmicos, podendo ser atletas amadores, semiprofissionais ou profissionais das mais diversas modalidades do esporte.

No dia da admissão, o atleta foi submetido a uma avaliação inicial a partir de uma ficha de avaliação desenvolvida pelos coordenadores e alunos que continham dados de identificação (nome, idade, endereço, telefone, dentre outros), anamnese (queixa principal do paciente, história da doença e antecedentes pessoais), exames complementares e exame físico (avaliação física e teste específicos), além do programa terapêutico (objetivos e condutas propostas), de acordo como quadro clínico apresentado. Cada ficha de avaliação foi arquivada no banco de dados do projeto para consultas, reavaliação e/ou fichamento de dados para pesquisa.

Após o recrutamento de todas as fichas, os procedimentos estatísticos foram realizados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – 20.0)* e exibidos por meio de estatística descritiva, sendo expressos por medidas de frequência absoluta e frequência relativa.

Resultados e discussão

Os dados referentes às características da amostra podem ser observados na Tabela 1. Percebe-se que a prevalência dos participantes era do sexo masculino (85%), com idade entre 21 a 30 anos (42,5%), sendo seguido pela faixa etária de 31 a 40 anos

	Frequência Absoluta (n=40)	Frequência Percentual
Sexo		
Masculino	34	85%
Feminino	6	15%
Idade (anos)		
10 a 20	5	12,5%
21 a 30	17	42,5%
31 a 40	11	27,5%
41 a 50	4	10%
Mais de 50	3	7,5%

(27,5%).

Tabela 1 – Perfil epidemiológico da amostra.

%, percentual;

Fonte: arquivos dos próprios autores.

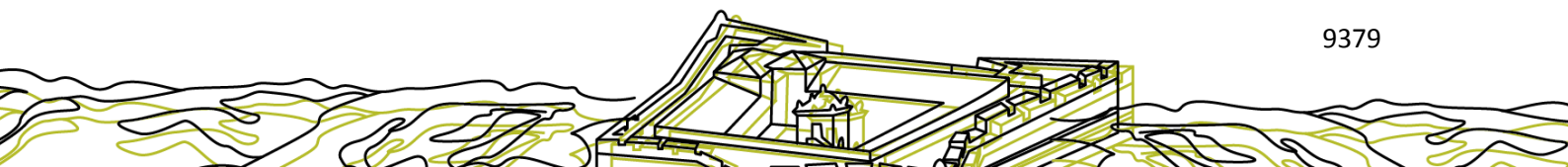
Quanto ao esporte praticado, tipo e região de cada lesão, podem ser visualizados na Tabela 2. Observa-se que o futebol foi o esporte mais prevalente (57,5%), sendo a ruptura do ligamento cruzado anterior (LCA) o principal tipo de lesão (62,5%), seguido outros tipos de lesões (17,5%), lesão musculotendíneas (10%), lesão de menisco (7,5%) e entorse de tornozelo (2,5%), acometendo principalmente a articulação do joelho, seguido de outras regiões, depois ombro e com panturrilha/coxa e tornozelo com a mesma porcentagem.

Tabela 2. Dados referentes à prática esportiva e características das lesões.

	Frequência Absoluta (n= 40)	Frequência Percentual
Esportes		
Futebol	23	57,5%
Voleibol	2	5%
Futsal	2	5%
Outros	13	32,5%
Principais lesões		
LCA	25	62,5%
Lesão musculotendínea	4	10%
Entorse articular	1	2,5%
Menisco	3	7,5%
Outras	7	17,5%
Região Corporal		
Joelho	32	80%
Panturrilha/coxa	1	2,5%
Tornozelo	1	2,5%
Ombro	2	5%
Outros	4	10%

%, percentual; LCA: ligamento cruzado anterior; Fonte: arquivos dos próprios autores.

O entendimento das características e fatores associados a maior ocorrência de lesão é de grande importância para que medidas preventivas sejam realizadas com maior efetividade. O presente estudo teve o propósito de determinar a prevalência de



lesões e analisar as suas características, com intuito de contribuir para a elaboração de programas de intervenção preventiva e, assim, minimizar a sua ocorrência.

Inicialmente, como já foi mostrado, a maioria dos participantes foi do sexo masculino (85%) o que está relacionado diretamente com o esporte mais frequente que foi o futebol (57,5%). Este é estimulado e amplamente praticado desde a infância entre os indivíduos do sexo masculino, diferentemente do futebol feminino que, historicamente, esteve preso a preconceitos e estereótipos sociais apesar do aumento do número de participantes nos últimos anos (Kakavelakis *et al*, 2003). Além disso, alguns estudos epidemiológicos relataram que indivíduos do sexo masculino se apresentavam mais ativos no tempo de lazer e praticavam mais atividades físicas vigorosas, quando comparados ao sexo feminino que tendiam a realizar atividades físicas menos intensas, como também, com uma frequência menor, expondo assim a maiores riscos de lesões (Arnheim e Prentice, 2002).

A maior prevalência de indivíduos lesionados na faixa etária entre 21 e 30 anos (42,5%) e 31 a 40 anos (27,5%), evidencia uma faixa mais ativa da população e, portanto, a maior participação de adultos jovens na prática esportiva, conforme observado por Kakavelakis *et al*, 2003. E sabe-se que quanto maior a prática, maior o risco de sofrer de algum tipo de lesão. As outras faixas etárias encontraram-se em pouca quantidade para gerar números significativos.

Cohen *et al*, 2015, contrapõe essa questão da faixa etária apresentava nesse estudo, determinando que as populações mais velhas estão mais predispostas a sofrerem mais lesões devido aos fatores fisiológicos ligados ao envelhecimento, logo, as lesões são proporcionais à idade, contrariando a justificativa do nível de atividade proposto por Kakavelakis.

Como citado anteriormente, o futebol foi o esporte com maior participação, seguido de outras modalidades (32,5%) e voleibol e futsal com a mesma porcentagem (5%). As outras modalidades representaram uma grande quantidade, sendo a segunda mais presente, demonstrando uma popularidade maior de outros esportes como artes marciais, corrida e caminhada nos últimos anos.

Mesmo assim, o futebol ainda se mostra como o esporte praticado, sendo o mais prevalente nesse estudo. Além de ser o esporte mais popular do mundo, estima-se que o futebol seja praticado por pelo menos 200 mil atletas profissionais e 240 milhões de atletas amadores, envolvendo grande contato físico, movimentos curtos, rápidos e não contínuos, como aceleração, desaceleração, mudanças de direção, saltos e pivôs, como foi discutido por Cohen, 2007, no livro Tratado de Ortopedia. A partir disso, percebe-se

que devido a sua prática numerosa e realizada muitas vezes em locais sem as condições adequadas, é comum que também haja muitas lesões relacionadas.

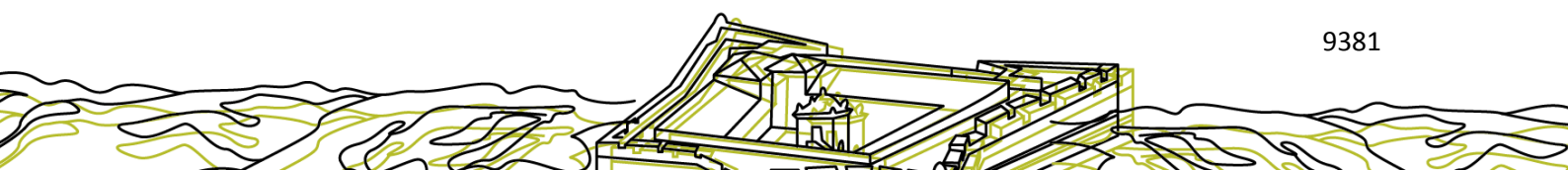
Uma das lesões mais comuns e mais graves no futebol é a ruptura do LCA a qual necessita de intervenção cirúrgica na maioria dos casos, podendo levar afastamento dos atletas das competições, por um período de quatro a seis meses. Tal lesão ocorre devido à ação de uma carga excessiva sobre a articulação do joelho que a transmite aos ligamentos, sendo o principal, o LCA. O movimento anormal da articulação tibiofemoral leva a falha dos suportes mecânicos que o estabiliza podendo determinar a ruptura do LCA (Wong e Hong, 2005). Nesse estudo, a lesão desse ligamento foi a mais prevalente (62,5%), corroborando com os achados de Minghelli *et al*, 2012, demonstrando que as lesões ligamentares e as musculares foram as mais frequentes com 65,4%, em atletas de futebol.

Outra lesão diagnosticada foi a de menisco (7,5%) que, pode estar relacionada com o trauma rotacional, com a evolução de um processo degenerativo ou a lesão espontânea. Os meniscos possuem a função de absorção e distribuição da carga no joelho nos mais variados gestos esportivos, o que pode favorecer ao surgimento de lesões, destacando-se a lesão do menisco medial devido aos fatores biomecânicos e de estabilidade dessa estrutura que favorecem problemas em sua estrutura em detrimento do menisco lateral (Camanho, 2008).

Já outras lesões (17,5%), tendo este número expressivo pela variada ocorrência de traumas na prática esportiva, estão em alta porcentagem, por estarem vinculadas com os diversos tipos de esportes dessa amostra e como já foi apontado, cada modalidade está mais predisposta a diferentes tipos de lesões, logo, quantos mais tipos de práticas esportivas, mais variados serão os tipos de lesões.

As lesões musculotendíneas (10%) e os entorses (2,5%) podem ter relação não só com o uso excessivo dessa estrutura durante as atividades, com as intensivas ações de aceleração e desaceleração, mas também indicar o déficit de flexibilidade, principalmente, nos membros inferiores, já que amplitudes excessivas são normalmente recrutadas durante a prática de atividades esportivas. Por exemplo, no futebol há um esforço repetitivo para correr e chutar a bola, sendo comuns as lesões por trauma direto (contusão) ou por estiramento de músculos moduladores do movimento (antagonistas) (Ribeiro *et al*, 2007; Sheth *et al*, 1997).

No que se referem as regiões anatômicas mais acometidas, o joelho (80%) foi o local mais frequente, seguido de outras regiões (10%), ombro (5%) e panturrilha/coxa e tornozelo com a mesma porcentagem (2,5%). Autores argumentam que este elevado número de lesões no joelho pode estar relacionado com a fraqueza da musculatura dos



membros inferiores e, a utilização de chuteiras com travas que podem provocar alteração de aderência ao solo que põem risco a integridade dos atletas. Importante relatar o papel do fortalecimento muscular, por proporcionar melhorias na qualidade da resistência das fibras musculares, pela adaptação neural e significativos ganhos de massa muscular. Estes fatores protegem os tecidos contra lacerações e lesões e, assim, diminuem as incidências por motivo de fraqueza muscular. (Hreljac *et al*, 2000; Junge *et al*, 2004).

O acometimento da panturrilha/coxa, no presente estudo, foi relacionado a afecções no tríceps sural e nos grupos musculares flexores e extensores de quadril. Estas injúrias estão intimamente relacionadas com esportes que, em sua biomecânica, apresentem movimentos de explosão, arrancadas e de desaceleração brusca, ocasionando distensões ou rupturas musculares, como o futebol, futsal e voleibol (Lasmar *et al*, 2002).

O tornozelo apareceu em pequena quantidade, talvez estar ligado a esportes que utilizam de saltos, como basquete e voleibol, esportes que não estavam tão presentes nesse estudo. (Sheth *et al*, 1997).

Os ombros foram o terceiro local mais acometido e isso pode ser demonstrado pelo fato da articulação glenoumeral ser a articulação mais móvel e instável do corpo e necessitar de uma musculatura forte e com boa ativação para conseguir se estabilizar. E de acordo com Diniz *et al*, 2015, as lesões de ombro são as causas que mais levam afastamento dos atletas de seu trabalho e o ombro é muito utilizado em esportes como voleibol, basquete e nas artes marciais, esportes que apareceram pouco nesse estudo, mas que ao serem unidos, representam uma parcela significativa.

Outras regiões foram o segundo local mais acometido, pois os mecanismos e as regiões estão intimamente relacionados com as práticas esportivas e os seus respectivos gestos esportivos, enfatizando assim a importância de conhecer a biomecânica dos esportes, necessária para a prevenção de fatores que podem predispor à lesão.

Conclusão

Os resultados do presente estudo apontam para o futebol, a ruptura do LCA o e o joelho como o esporte, a lesão e a região mais prevalente de lesões. Dessa forma, o conhecimento dessas informações demonstra a importância da elaboração de protocolos preventivos de lesão, enfatizando não só no fortalecimento de grupos musculares específicos, mas também, o trabalho de flexibilidade muscular associado ao gesto esportivo, de acordo com cada modalidade, incentivando o controle sensório-

motor. Além disso, tem sido dada importância ao trabalho de estabilização segmentar da musculatura do centro (core) como mecanismo de minimização de lesões periféricas.

Pelo que consta na literatura, há uma escassez de estudos que relacionam a prevalência de lesões em mais de uma modalidade esportiva, sendo evidenciado, em sua maioria, a incidência de lesões para um esporte específico. Como limitação do presente estudo, destaca-se o pequeno tamanho da amostra por modalidades como, por exemplo, o futsal, o voleibol e as diversas outras modalidades.

Nesse contexto, é pertinente destacar a relação multiprofissional envolvida no esporte destacando os profissionais de educação física e fisioterapeutas, no sentido de contribuir na minimização dessas lesões e de suas recidivas. Mais estudos são necessários no que se refere a prevalências de lesões e suas características nas diferentes modalidades esportivas, para que seja possível analisar de forma mais ampla os esportes, e não estudos que evidenciam apenas uma determinada atividade esportiva.

Referências

Almeida PSM, Scotta AP, Pimentel BM, Batista S, Sampaio YR. *Incidência de lesão musculoesquelética em jogadores de futebol*. Centro Universitário do Pará (CESUPA), 112 Rev Bras Med Esporte – Vol. 19, No2 – Mar/abr, 2013.

Arnheim Dd, Prentice E. *Princípios do treinamento atlético*. Rio De Janeiro: Guanabara; 2002.

Barroso GC, Thiele ES. *Lesão muscular nos atletas*. Rev. bras. ortop. vol.46 no.4 São Paulo 2011.

Camanho GL. *A lesão meniscal por fadiga*. Acta Ortop Bra 2008;17(1):31-4.

Cohen M, Abdalla RJ, Ejnisman B, Amaro JT. *Lesões ortopédicas no futebol*. Rev Bras de Ort 1997;32(12):940-4.

Cohen M, Abdalla Rj, Jorge R. *Lesões nos esportes: diagnóstico, prevenção e tratamento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2015.

Conte M, Matiello Júnior E, Chalita L, Gonçalves A. *Exploração de fatores de risco de lesões desportivas entre universitários de educação física: estudo a partir de estudantes de sorocaba/sp*. Rev Bra Med Esp 2002;8(4):151-6.

Diniz MF, Vasconcelos TB, Arcanjo GN. *Análise da incidência de lesões na articulação do ombro em atletas de natação*. Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev Fisioter S Fun. Fortaleza, 2015 Jan-Jun; 4(1): 14-22

Hreljac A, Marshall RN, Hume PA. *Evaluation of lower extremity overuse injury potencial in runners*. Med Sci Sports Exerc 2000;32(9):1635-41.

Junge A, Dvorak J, Graff-Baumann T, Peterson L. *Football injuries during fifa tournaments and the olympic games, 1998-2001*. Development and implementation of an injury-reporting system. American J Sports Med 2004; 32:80-9.

Kakavelakis KN, Vlazakis S, Vlazakis I, Charissis G. *Soccer injuries in childhood*. Scand J Med Sci in Sports 2003; 13:175-8.

Kettunen JA, Kujala UM, Kaprio J, Koskenvuo M, Sarna S. *Lower-limb function among former elite male athletes*. American J Sports Med 2001; 29:2-8.

Lasmar NP, Camanho GL, Lasmar RCP. *Reabilitação na atividade esportiva*. Medicina do esporte. São Paulo: Revinter, 2002

Minghelli B, Nunes C, Alves N, Figueredo F, Martins F. *Prevalência de lesões em jogadores amadores de futebol da região do Algarve e a influência do tipo de piso*. Rev Port Fisiot Desp 2012; 6(2).

Pedrinelli A, Cunha Filho Gar, Thiele Es, Kullak Op. *Estudo epidemiológico das lesões no futebol profissional durante a copa américa de 2011*. Rev Bra Ort 2013;48(2):131-6.

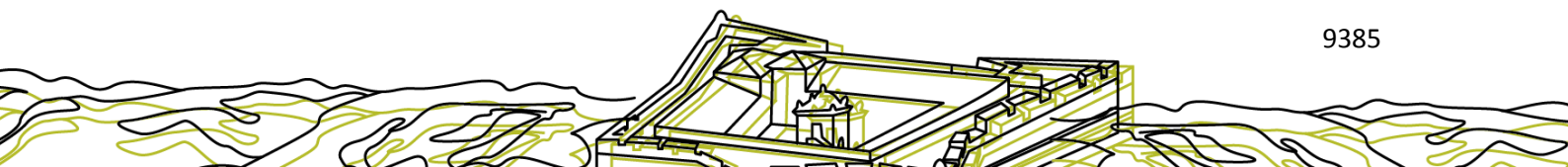
Ribeiro RN, Vilaça F, Oliveira HU, Vieira LA, Silva AA. *Prevalência de lesões no futebol em atletas jovens: estudo comparativo entre diferentes categorias*. Rev Bra de Educ Fís e Esp 2007; 21(3):189-94.

Schenck Rc Jr. *Lesão esportiva e a reposta dos tecidos a lesão física*. Medicina esportiva e treinamento físico atlético, 2003. p. 128.



Sheth P, Yu B, Laskowsk ER, An K. *Ankle disk training influences reaction times of selected muscles in a simulated ankle sprain*. American J Sports Med 1997;25(4):538-43.

Wong P, Hong Y. *Soccer injury in lower extremities*. British J Sports Med 2005; 39:473-82



APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE ESCALDA-PÉS NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Área temática: Saúde

Bianka Evelyn Caixeta de Oliveira¹; Alexsandra Girlaine Nazaré Gonçalves²; Daniel Silva da Costa³; Ericles Lopes de Moura ⁴; Thuanny Nayara do Nascimento Dantas ⁵; Soraya Maria de Medeiros ⁶

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), curso de graduação em Enfermagem.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), curso de graduação em Enfermagem.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), curso de graduação em Enfermagem. ⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), curso de graduação em Enfermagem.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), curso de graduação em Enfermagem.

⁶ Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem.

RESUMO

Escalda-Pés é uma técnica de relaxamento que há muito tempo vem sendo empregada com a finalidade de combater o cansaço dos pés e das pernas, bem como tem sido utilizado para revigorar o corpo e recompor as energias. Em vista disso, desenvolveu-se uma ação com a técnica do Escalda-Pés, que teve por objetivo proporcionar, transmitir e aplicar uma atividade de cunho terapêutico, complementar às oficinas comumente desenvolvidas no Centro de Convivência, onde foi desenvolvida a ação. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência dos alunos participantes da ação do Escalda-Pés, e o uso desta prática como uma PICS no âmbito do cuidado de Enfermagem à saúde mental. Foi desenvolvida dentro do módulo prático da disciplina de Saúde Mental, que por sua vez, pertence ao componente curricular de Atenção Integral à Saúde do Adulto II, ofertada aos alunos do 6º período do curso de graduação em Enfermagem da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Em um dos dias de atividades práticas da disciplina em questão, foi realizada uma visita ao Centro de Convivência localizado na zona leste de Natal/RN, no bairro Ribeira, na qual os alunos optaram por participar de algumas das atividades propostas no dia, como a meditação, bem como levar uma intervenção com a técnica do Escalda-Pés para o público-alvo, que são pessoas portadoras de transtornos mentais. Ao final da ação, foi possível contemplar alguns dos benefícios promovidos por essa prática integrativa de saúde, sobretudo no tocante ao relaxamento dos indivíduos participantes que demonstraram também profundo interesse em reproduzir tal ferramenta, posteriormente, em seu ambiente domiciliar. Conclui-se, portanto, que a ação do Escalda-Pés alcançou o objetivo de proporcionar um maior conforto e uma experiência diferenciada para os participantes, revelando-se uma ferramenta eficaz no alívio do estresse e também como uma forte aliada na prática cotidiana de centros de saúde.

Palavras-chave: PICS; Escalda-pés; Saúde-Mental;

1 INTRODUÇÃO

Para a superação dos paradigmas gerados pelo modelo manicomial e para a consequente transformação dos processos de trabalho em saúde mental e educação, o ensino “deve ser reorientado para que o estudante desenvolva competências e habilidades que contemplem os princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, vislumbrando as necessidades de atenção psicossocial às pessoas com sofrimento psíquico” (VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013). Felizmente, essa transformação tem ultrapassado, cada vez mais, os limites das universidades e da formação dos estudantes para atingir os mais variados ambientes assistenciais da saúde mental.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da Atenção Básica, possibilita o primeiro acesso dos usuários aos serviços de saúde, inclusive para aqueles que demandam de cuidados em saúde mental. Essa conquista é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde inseridos no cenário da atenção aos transtornos mentais desde a década de 1980. Este processo de luta culminou com a elaboração da Política Nacional de Saúde Mental no ano de 2000. A partir da década de 2000 passou-se a priorizar, portanto, a ampliação das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial (Raps) e a valorização dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos) e das

Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais (BRASIL, 2013). Neste contexto, destacam-se as práticas terapêuticas não tradicionais e, mais especificamente, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no cuidado à saúde mental. Estas últimas, por sua vez, surgiram como uma forma de romper com a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde e serviu de estímulo para o fortalecimento da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde. No Brasil, tais práticas passam a ser impulsionadas a partir da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), em 2005 (SOUZA *et al.*, 2017).

1.1 COMO SURGIRAM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

(PICS)

Em meados de 1979, na Rússia, ocorreu a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde. Nessa conferência, discutiu-se as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares (Declaração de AlmaAta), que se difundiu por todo o mundo (JÚNIOR, 2016).

A partir da Declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde comprometeuse a incentivar os Estados-membro a formularem políticas públicas voltadas ao uso da medicina tradicional/complementar/alternativa, a partir da criação do Programa de Medicina Tradicional, para o uso de forma integrada às técnicas da medicina ocidental nos sistemas de saúde.

Um marco na historiografia das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no sistema de saúde do Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual impulsionou fortemente a expansão do movimento no país. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema único de Saúde (SUS), foi que ocorreu a legitimação e a institucionalização das abordagens propostas pela práticas complementares e alternativa na atenção à saúde (JÚNIOR, 2016).

Por meio de Relatórios, Portarias, diversos documentos e eventos nacionais recomendando a incorporação no SUS de terapias alternativas e práticas populares que, em 2005, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) no Sistema Único de Saúde.

A PNPIC trouxe como objetivos a promoção e a recuperação da saúde - com ênfase na atenção básica - garantindo a prevenção de agravos, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, de forma a contribuir com o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso.

Essa política foi elaborada com o intuito de regularizar práticas de cinco grandes áreas reconhecidas como operantes no SUS: a Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, a homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia. Por meio da Portaria nº 849/2017., foram adicionados pelo Ministério da Saúde as práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (SAÚDE, 2017).

1.2 O QUE SÃO PICS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram aos poucos ganhando espaço na atenção primária à saúde, onde concentrava-se a assistência biologicista e fragmentada da medicina. As PICS, no âmbito da prevenção e recuperação da saúde, constituem-se de sistemas e recursos terapêuticos que utilizam-se de mecanismos naturais para prevenção e recuperação de doenças a partir do desenvolvimento do vínculo terapêutico, integrando o ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL).

1.3 TIPOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

1.3.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA/ACUPUNTURA

Teve sua origem há mais de dois milênios. A técnica pode ser usada com funções de diagnóstico, prevenção e tratamento para diversas doenças, sendo, no entanto, mais aplicada mundialmente na forma de estímulos na pele por meio de agulhas metálicas e finas, manipuladas manualmente ou por estímulos elétricos (BRASIL, [s. d.]).

De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) no SUS (2006), a acupuntura, enquanto tecnologia de intervenção em saúde, consiste em um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de

determinadas regiões do corpo por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de demais agravos e doenças.

1.3.2 HOMEOPATIA

Como é afirmado pelo Ministério da Saúde [s. d.], trata-se de uma prática que elabora tratamentos terapêuticos por meio de substâncias extraídas do próprio indivíduo, com dosagens altamente diluídas, objetivando tão somente desencadear o sistema natural de cura, promovido pelo organismo.

1.3.3 PLANTAS MEDICINAIS/FITOTERAPIA

É um tratamento terapêutico, executado por meio do uso de diversas plantas terapêuticas medicinais (BRASIL, [s. d.]). Possui origens consideravelmente antigas, sendo construída e aprimorada ao longo dos anos, quando os produtos de origem vegetal passaram a constituir as bases para tratamento de diferentes doenças (PNPIC, 2006).

Conforme a PNPIC (2006) afirma, o Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica por dispor de extensa diversidade vegetal, ampla sociodiversidade. Outra potencialidade presente nessa forma de terapia é o fato de permitir associação entre o conhecimento tradicional e a tecnologia necessária para validar cientificamente este conhecimento.

1.3.4 MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Consiste no uso de medicamentos baseados na homeopatia, fitoterapia, além de outros específicos da própria terapêutica. Foi introduzida no Brasil há, aproximadamente, 60 anos, sendo executada por médicos antroposóficos que utilizam conhecimentos e recursos fornecidos pela medicina antroposófica (PNPICS, 2006).

1.3.5 TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

Segundo a PNPICS (2006), essa abordagem é executada por meio do uso de águas minerais com finalidade terapêutica. Possuindo sua origem desde os tempos do Império Grego, o termalismo envolve as diferentes maneiras de utilização da água mineral, bem

como sua aplicação para tratamentos de saúde. De forma complementar, a crenoterapia consiste na indicação e uso dessas águas com finalidade terapêutica.

1.3.6 ARTETERAPIA

Constitui-se em uma prática milenar que utiliza a arte no processo terapêutico. Utilizase das técnicas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outros, como forma de expressão e conexão dos universos internos e externo do indivíduo. Pode ser realizada tanto na terapêutica individual quando de grupo. A Arteterapia tem a capacidade de estimular a expressão criativa, além de auxiliar no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo.

1.3.7 AYURVEDA

Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Nesta prática, são utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (asanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético. Utiliza a teoria dos três doshas (tridosha), o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental. A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento (SAÚDE, 2017).

1.3.8 BIODANÇA

Consiste na prática que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo ocupam lugar de destaque nas ações de saúde. Sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que que facilitam a reunião em nível de relacionamento interpessoal (SAÚDE, 2017).

1.3.9 DANÇA CIRCULAR

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), a dança circular também pode ser chamada de Dança Circular Sagrada ou Dança dos Povos. Trata-se de uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os participantes dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. A dança auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória, bem como promover o bem estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, elevar a autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

1.3.10 MEDITAÇÃO

É uma prática que promove a harmonização dos estados mentais e da consciência. Tem como finalidade facilitar o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação e aprimorar as interrelações – pessoal, social, ambiental – incorporando à sua eficiência a promoção da saúde (SAÚDE, [s. d.]). A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos (SAÚDE, 2017).

1.3.11 MUSICOTERAPIA:

A Musicoterapia é uma prática que tem como objetivos desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Para isso, a prática utiliza a música e/ou seus elementos – som, ritmo, melodia e harmonia – como instrumento facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização, entre outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo (SAÚDE, [s. d.]).

1.3.12 NATUROPATIA:

A Naturopatia trata-se da abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais (plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos), que apoiam e estimulam a capacidade intrínseca do corpo de recuperar-se (SAÚDE, 2017).

1.3.13 OSTEOPATIA:

Conforme o Ministério da Saúde (2017), a osteopatia é entendida como um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral, partindo do princípio que as disfunções de mobilidade articular e tecidual, em geral, contribuem para aparecimento das enfermidades. A prática atua com através de técnicas de manipulação, stretching, mobilização, tratamentos para a ATM, e mobilidade para vísceras, aos poucos vai melhorando a mecânica dessas articulações, órgãos e tecidos, fazendo com que os sintomas venham regredindo a medida do tempo (SAÚDE, [s. d.]).

1.3.14 QUIROPRAXIA:

A Quiropraxia é uma prática que se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas no sistema neuromusculoesquelético e os efeitos dessas disfunções na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. No tratamento, utiliza-se da aplicação da força das mãos, pressionando além da amplitude de movimento habitual (SAÚDE, [s. d.]).

1.3.15 REFLEXOTERAPIA:

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio de que o corpo é atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões e que cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. A técnica consiste em massagear pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente (SAÚDE, 2017).

1.3.16 REIKI:

É uma prática que faz o uso das mãos para canalizar a frequência energética do indivíduo por um terapeuta habilitado. Nessa prática, objetiva-se fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando

o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital - ki. A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais, respondendo aos novos paradigmas da atenção em saúde (SAÚDE, 2017).

1.3.17 SHANTALA:

Em concordância com Ministério da Saúde (2017), a shantala é uma prática de massagem para bebês e crianças composta por movimentos pelo corpo que desperta e amplia o vínculo entre o cuidador e o bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional, bem como harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. A shantala também permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

Por fim, existem também as técnicas de Terapia Comunitária Integrativa e Yoga, as quais visam, respectivamente, a construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e prevenção ao adoecimento, bem como trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante visando à unificação do ser humano em si e por si mesmo. Entre os principais benefícios, é possível citar: redução do estresse, a regulação do sistema nervoso e respiratório, o equilíbrio do sono, o aumento da vitalidade psicofísica, o equilíbrio da produção hormonal, o fortalecimento do sistema imunológico, o aumento da capacidade de concentração e de criatividade e a promoção da reeducação mental com consequente melhoria dos quadros de humor, o que reverbera na qualidade de vida dos praticantes (SAÚDE, [s. d.]).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Relatar a experiência dos alunos desenvolvedores da ação de extensão durante o estágio do módulo prático de saúde mental da disciplina de Atenção Integral à Saúde II, que teve a finalidade de proporcionar, transmitir e aplicar a técnica de Escalda-Pés, incluída nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explicar acerca do conceito das (PICS), bem como suas utilidades e benefícios na atenção à saúde, além de descrever o uso do Escalda-Pés no âmbito do cuidado de Enfermagem à saúde mental.

3 MÉTODO

O Centro de Convivência da Unidade Integrada de Serviços de Saúde, é localizado no bairro das Rocas, no prédio do antigo Hospital dos Pescadores, inaugurada pelo prefeito Carlos Eduardo em 2017. Possui portas abertas e normalmente são cerca de 40 a 50 pessoas atendidas por dia, durante as oficinas. Funcionando das 8 às 17 horas (G1 RN, 2017).

Trata-se de um serviço da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica, com objetivo de atender à população em geral e, principalmente, em voltado para a inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais, além de indivíduos usuários de crack, álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas. Desse modo a estrutura do Centro de Convivência favorece a afirmação das diferenças e construção de vínculos sóciocomunitários por meio de atividades e oficinas artístico-culturais. Ou seja, tem como intuito promover um momento especial para os usuários atendidos pelo setor de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que recebem atendimento pelos CAPS.

De acordo com o G1 RN (2017), o Centro de Convivência funciona de forma associada a outros serviços, como a Unidade Especial de Dispensa de Medicamentos (ProSUS), o Programa de Acessibilidade Especial Porta a Porta (Prae), o atendimento de pessoas acamadas (internação domiciliar) e Saúde Mental. Vale ressaltar também que as atividades e serviços realizados no centro integrado de saúde em Saúde Mental são voltadas principalmente para a parte lúdica e de bem-estar dos usuários em atendimento, com ações como oficinas de música, meditação, artes, artesanato, relaxamento, palestras, orientações e outras atividades semelhantes.

Em vista disso, desenvolveu-se uma ação com a técnica do Escalda-Pés com o objetivo de proporcionar essa atividade de cunho terapêutico, como alternativa para as programações comumente desenvolvidas nesse local. A ação foi desenvolvida dentro do módulo prático da disciplina de Saúde Mental, que por sua vez, pertence ao componente curricular de Atenção Integral à Saúde do Adulto II, ofertada aos alunos do

6º período do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Em um dos dias de atividades práticas da disciplina em questão, foi realizada uma visita ao Centro de Convivência localizado na zona leste de Natal/RN, no bairro Ribeira, na qual os alunos optaram por participar de algumas das atividades propostas no dia, como a meditação, bem como levar alguma intervenção para o público-alvo, que são pessoas portadoras de transtornos mentais.

Para isso, foi cedido o espaço da cozinha do próprio centro, na qual foi realizado o aquecimento da água, a qual foi posteriormente colocada em bacias. Além da água aquecida, foram também adicionadas às bacias algumas ervas, cada uma com atuação e finalidade específica, incluindo gengibre em pó e salsa, colocadas juntamente ao sal grosso.

Cada sessão durou cerca de 15 minutos, para que todas as pessoas presentes pudessem participar. Além disso, na ocasião foram distribuídos alguns panfletos elaborados pelos discentes envolvidos na ação, os quais continham algumas informações a respeito da técnica de Escalda-Pés, seus benefícios, indicações e contra-indicações, de modo a disseminar informações, bem como facilitar sua reprodução posteriormente no ambiente doméstico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O programa de extensão surgiu na Inglaterra do século XIX, com o propósito de orientar outras alternativas para a sociedade e oportunizar a educação continuada, servindo atualmente como instrumento comumente utilizado pelas universidades, em forma de retribuir compromissos sociais (RODRIGUES *et al*, 2013). Diante desse fato, vale salientar que é de suma importância o desenvolvimento de ações e projetos de extensão que tenham por objetivo conscientizar a população sobre o uso adequado das plantas naturais.

Sabe-se que muitas plantas e ervas podem ser empregadas para fins medicinais desde os tempos remotos e que trata-se de uma alternativa terapêutica para muitas pessoas, inclusive brasileiros, principalmente em regiões com infraestrutura deficitária, repassada de forma empírica entre indivíduos de diferentes civilizações. Contudo, é evidente a necessidade de validação de seus verdadeiros potenciais terapêuticos relacionados aos usos com finalidades medicinais bem como os efeitos indesejáveis causados pelo uso indiscriminado (FEITOSA, 2017)

Pensando nisso, foi desenvolvida essa ação, cuja temática central foi a utilização Escalda-Pés enquanto técnica de relaxamento, empregada com a finalidade de combater o cansaço dos pés e das pernas e revigorar o corpo. A técnica consiste em mergulhar os pés em um recipiente com água pré-aquecida por um período de 15 minutos, seguidos de 5 minutos de massagem com creme hidratante ou óleo, e acrescentar alguns ingredientes adicionais, a exemplo dos sais de banho ou essências, sal grosso, ervas, óleos essenciais e aromatizantes.

Segundo FEITOSA (2017), a técnica do Escalda-Pés traz inúmeras vantagens, a saber: melhora a circulação, o equilíbrio físico, o equilíbrio mental, descansa as pernas, reduz os calos e pode até prevenir as dores de cabeça. Sendo assim, algumas de suas indicações mais comuns são: promover relaxamento, tratamento de insônia, excitação nervosa, irritabilidade, impaciência, problemas respiratórios e, até mesmo, depressão. Destaca-se ainda que os benefícios da prática de Escalda-Pés pode ser variável, visto que está diretamente relacionado com o componente a ser adicionado, isto porque cada erva tem sua propriedade fitoterápica específica, podendo cada indivíduo estabelecer sua receita de acordo com suas necessidades.

A opção pela técnica do Escalda-Pés se justifica pelo fato de que a maioria das pessoas menosprezam alguns cuidados básicos que podem contribuir para revigorar o corpo e permitir o relaxamento necessário, assim, auxilia a recompor as energias. Pouco é lembrado, por exemplo, que os pés são a base de sustentação do corpo e que, é necessário tratá-los de maneira correta, a fim de obter sensação de bem-estar e benefícios para todo o organismo. Visto que nos pés estão cerca de 70 mil terminações ou pontos nervosos associados aos diversos órgãos do corpo humano, sendo que o simples fato de pressioná-los contra os sais e protuberâncias alocadas no recipiente durante o movimento dos pés e o aquecimento desses pontos causam um reflexo imediato no equilíbrio energético de todo o corpo. (SPAGNOL *et al*, 2015).

Deve-se, contudo, atentar-se para as contradições dessa técnica, devendo ser evitada em pessoas portadoras de Diabetes (devido a perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa dessas pessoas, causando queimaduras sem que elas percebam), portadores de arteriosclerose ou doença de Buerger (doença que afeta os vasos sanguíneos das mãos, braços, pernas e pés, provocando o seu inchaço e gerando isquemia).

Sabendo-se disso e levando em consideração Rodrigues *et al*. (2013), a universidade viabiliza a extensão de forma assistencial, permitindo o atendimento das necessidades às camadas populares, facilitando, dessa forma, a aproximação entre ensino e pesquisa,

um dos seus principais objetivos. Outrora, um dos resultados importantes da extensão universitária é associar os diversos saberes, isto é, o contato íntimo com a comunidade e com a realidade social permeia um conhecimento mais amplo e corrobora um domínio maior sobre o assunto.

Contudo, para que essa troca seja completa, faz-se necessário que haja uma articulação entre alunos, professores e comunidade. E que todas as partes expressem suas opiniões quando houver desejo. Portanto, o referido estudo conclui que a extensão se faz importante porque aumenta a credibilidade da universidade, porque incita o aluno a explorar seus métodos de transmitir conhecimentos e que, por sua vez, retém o conteúdo de forma mais didática, e para a sociedade que adquire benefícios.

Além disso, a ação de extensão elaborada com foco na técnica do Escalda-Pés mostrou-se como sendo uma ferramenta eficaz no alívio do estresse e também como uma forte aliada na prática cotidiana de centros de saúde e provou ser um grande aliado nas práticas pedagógicas para o curso de graduação em Enfermagem, haja vista que propicia, aos discentes e docentes, uma experiência de vivência prática em uma área diferenciada do cuidado à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que a ação do Escalda-Pés alcançou o objetivo de proporcionar um maior conforto e uma experiência diferenciada para os participantes. Também foi possível explicitar a importância do desenvolvimento das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) no contexto do cuidado com a saúde, sendo isto evidenciado através dos resultados alcançados com a ação extensionista aqui descrita.

O Escalda-Pés mostrou-se também como sendo uma ferramenta eficaz no alívio do estresse e também como uma forte aliada na prática cotidiana de centros de saúde, em especial daqueles que lidam com o contexto da saúde mental, onde é importante o desenvolvimento de técnicas que visem melhorar a qualidade do tratamento aos usuários, obtendo resultados satisfatórios.

Por fim, vale salientar também que o Escalda-Pés demonstrou ser um grande aliado nas práticas pedagógicas para o curso de graduação em Enfermagem, haja vista que propicia, aos discentes e docentes, uma experiência de vivência prática em uma área diferenciada do cuidado à saúde.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> Acesso em 30 mar. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS - PNPIC-SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. 6-12 de set. 1978. Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2018.

FEITOSA, Isáira M. R. **A Importância do Uso de Plantas Medicinais e Escalda-Pés para a Prevenção e a Cura Natural**. Piauí, p. 27, [s. d.]. Disponível em <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_a_importancia_do_uso_das_plantas_medicinais_e_escalda_pes_para_a_prevencao_e_a_cura_natural_0.pdf>. Acesso em 01 abr. 2018.

G1 RN. **Prefeitura De Natal Abre Centro Integrado De Serviços Em Saúde**. Rio Grande do Norte, 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/especialpublicitario/prefeitura-do-natal/natal-a-nossa-cidade/noticia/prefeitura-de-natal-abre-centrointegrado-de-servicos-em-saude.ghtml>>. Acesso em 01 abr. 2018.

JUNIOR, Emílio T. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099>.

Acesso em 30 mar. 2018.

RODRIGUES, Andréia L.L. *et al.*. **Contribuições da extensão universitária na sociedade.**

Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais. Aracaju, v.1, n. 16, p. 141-148, mar.

2013. Disponível em

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>>.

Acesso em 31 mar. 2018.

SOUZA, Luiz P. S. *et al.*. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas.** Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2017, vol.11, n.38, p.177-198. Disponível em

<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775>>. Acesso em 31 mar. 2018.

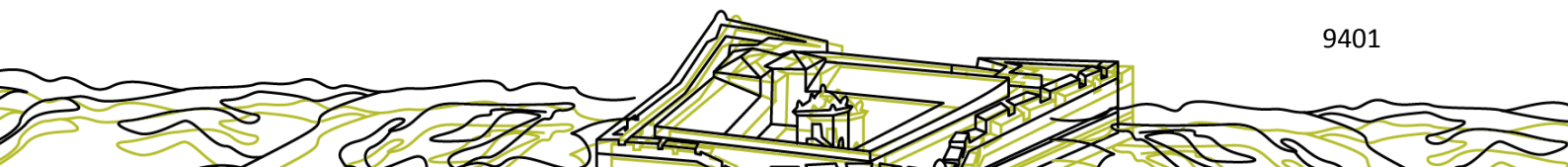
SPAGNOL, Carla A. *et al.*. **Escalda-pés: Cuidando da Enfermagem no Centro de Material e Esterilização.** Revista SOBECC, São Paulo, p. 45-52, mar. 2015. Disponível em <http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n1/v20n1_45-52.pdf>. Acesso em 30 mar. 2018.

PORTAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE (MPRN). **Transformando Destinos: Recursos Do Mpt Permitem Estruturação De Serviços De Saúde.** Rio Grande do Norte, 15 Out. 2017. Disponível em:

<<http://www.mprn.mp.br/portal/inicio/noticias/8290-transformando-destinos-recursos-dompt-permitem-estruturacao-de-servicos-de-saude-mental>>. Acesso em 31 mar. 2018.

VILLELA, Juliane C.; MAFTUM, Mariluci A.; PAES, Márcio R. **O Ensino de Saúde**

Mental na Graduação de Enfermagem: Um Estudo de Caso. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 2, n. 22, p.397-406, abr. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a16>>. Acesso em 30 mar. 2018.



AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PRECAUÇÕES E CUIDADOS BÁSICOS EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA ALUNOS

Área Temática: Saúde

Autores: MARANGON, M. G.; SIMÕES NETO, J.

Coautores: CREDIDIO, L.; ANDRADE, V. D. M.; CAMARGO, J. G. T.; SANTOS, M. P. S.

Instituição: PUC-Campinas (PUCC)

Resumo

Acidentes e traumas ocorrem com frequência considerável em nosso meio. Quando olhamos para a faixa etária dos adolescentes existe um aumento da frequência dos eventos adversos de agravo à saúde. Estes, quando não abordados de forma rápida e adequada, podem levar ao êxito fatal. O objetivo almejado foi o de capacitar os alunos das Instituições de Ensino Públicas de Campinas no atendimento em emergências médicas e ao Suporte Básico de Vida, preparando-os para realizar os primeiros socorros em situações de emergências médicas, quer sejam, obstrução de vias aéreas (engasgo), crises convulsivas ou até mesmo parada cardiorrespiratória (suporte básico de vida) enquanto esperam atendimento específico dos profissionais da saúde. O curso foi aplicado a 52 alunos de escolas públicas de Campinas durante o ano de 2017. A duração do curso foi de 6 horas, sendo 3 horas de aula teórica e 3 horas de aula prática. As aulas teóricas abordaram emergências médicas sobre adultos, adolescentes e crianças em situações de engasgo, crises convulsivas, desmaios, hipoglicemias e pequenos acidentes domésticos. Nas aulas práticas, os participantes, em bonecos adequados para tal fim realizaram as manobras de primeiros socorros específicos para este fim, enfatizando os ensinamentos passados em aula teórica, ou seja, como realizar uma ressuscitação cardiorrespiratória em adultos e bebês, além de manobras de desengasgo em ambos. Após a aplicação de verificação de conhecimentos iniciais e finais, a média da prova inicial foi 5,47 e da prova final foi de 7,32 desvio padrão de 1,18; Logo, analisando os resultados percebe-se a absorção adequada do conhecimento ensinado. Ou seja, é possível capacitar de forma simples e eficaz os próprios adolescentes tornando maior a chance de sucesso em emergências.

Palavras-chave: **Palavras-chave:** Primeiros Socorros, Emergência, Ensino Básico.

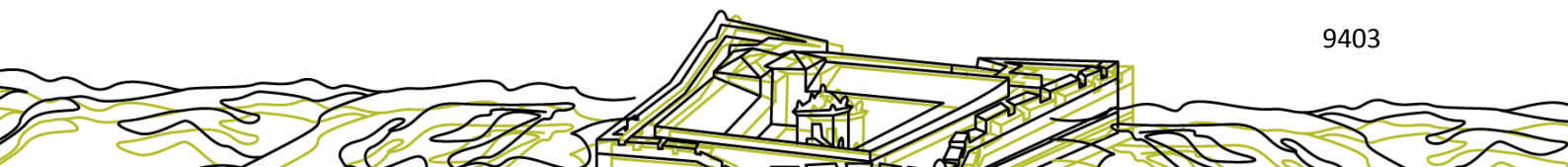
Introdução

Acidentes e traumas ocorrem com frequência considerável em nosso meio. Quando olhamos para a faixa etária dos adolescentes, entre a 2ª e 3ª década de vida, notadamente existe um aumento da frequência dos eventos adversos de agravo à saúde. Estes, quando não abordados de forma rápida e adequada, podem levar ao êxito fatal. Sabidamente, o primeiro atendimento realizado de forma adequada, em situações de risco iminente à vida, aumenta consideravelmente a chance de sobrevivência do indivíduo. Sabe-se, ainda, que não é necessário ser profissional da saúde para realizar o pronto atendimento e suas manobras iniciais. Portanto, para realizarmos um atendimento de primeiros socorros adequado, precisa-se estar treinados e confiantes de nos atos e atitudes.

Ademais, os agravos à saúde, que podem levar ao óbito, vêm apresentando expressivo aumento em nosso meio, quer seja por falta de conhecimento ao primeiro atendimento, menosprezo a situação de urgência por falta de conhecimento e quiçá, falta de recursos do sistema de atendimento pré-hospitalar em nosso sistema de saúde. Quando não abordados de forma rápida e adequada, podem levar ao êxito fatal. Este agravo pode ser atribuído à falta de conhecimento ao primeiro atendimento e à falta de recursos do sistema de atendimento pré-hospitalar em nosso sistema de saúde. As manobras de primeiros socorros podem ser aplicadas se houver um treinamento adequado para o socorrista poder agir corretamente e aumentar a sobrevivência da vítima.

O poder público tem como uma das estratégias garantir o desenvolvimento de ações de educação em saúde no intuito de controlar e prevenir doenças, principalmente nos setores que ficam à margem da sociedade. No entanto, apesar da educação em saúde ser um instrumento importante, ela tem se mostrado frágil na sua operação, já que os serviços de saúde não dão importância a estas ações. Sendo assim, tentou-se reestruturar a prática assistencial substituindo o modelo tradicional baseado em cura de doenças e hospitais, passando a implementar políticas, dentre elas o Programa de Saúde da Família, abrangendo diversas áreas: adulto, idoso, mulher, criança e adolescentes, entre outras.

As crianças e adolescentes possuem direitos garantidos por lei, e atualmente observa-se uma preocupação das instituições públicas e privadas em garantir esses direitos e, em especial, às questões relacionadas aos acidentes e violências na infância.



Isso se deve ao fato de que os índices de acidentes e violências vêm aumentando e tornando-se um grave problema de saúde pública. Em 2005, no Brasil, o total de mortes da população entre menor de um ano e 19 anos por causas externas foi de 21.040, isto é, mortes de causas acidentais (trânsito, quedas, afogamentos, entre outros) ou intencionais (agressões e lesões auto-provocadas).

Em muitos casos, o primeiro atendimento é prestado pelo sistema público de atendimento de urgência, representado pelo SAMU, Resgate e o Sistema 190. Contudo, dos 645 municípios do estado de São Paulo, apenas 14% possuem acesso ao SAMU.

Neste sentido, a capacitação nas escolas por meio de atividades educativas para funcionários e pais é muito importante, visto que a maioria das pessoas não sabe como avaliar e conduzir um acidente que necessita de primeiros socorros. A falta de conhecimento por parte da população acarreta inúmeros problemas, como o estado de pânico, a manipulação incorreta da vítima e ainda a solicitação excessiva e às vezes desnecessária do socorro especializado em emergência.

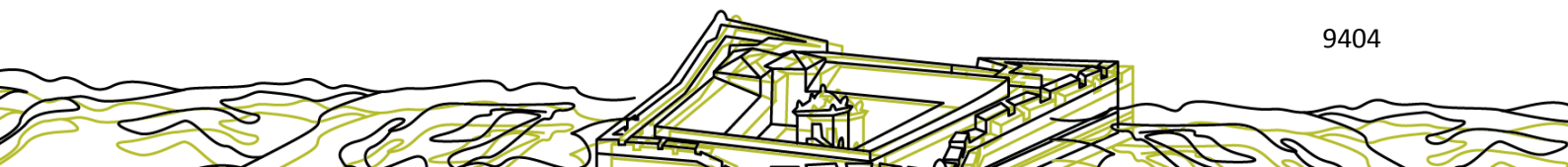
A ressuscitação Cardiopulmonar surgiu em 1960 quando Koewenhoven, Jude e Knickerbocker publicaram um artigo sobre o uso da compressão torácica. Este estudo descreveu 14 sobreviventes em um universo de 20 tentativas em que utilizaram esta técnica.

Esses autores diziam que “tudo o que se precisa são duas mãos”, porém, atualmente, percebe-se que mesmo não necessitando ser da área da saúde, é preciso treinamento adequado.

Felizmente, já existem notícias nos meios de comunicação de massa que mostram projetos com crianças e primeiros socorros. Um exemplo foi a reportagem “Crianças viram professoras de primeiros socorros em shopping - Projeto Samuzinho terá demonstrações educativas gratuitas no

Novo Shopping” do A Cidade ON de Ribeirão Preto, no dia 31/10/2017. O Projeto Samuzinho, que é composto por crianças entre 8 a 13 anos de idade, levou ao centro de compras informações sobre primeiros socorros, mostrando como agir em situações de emergência.

Os objetivos são capacitar alunos do ensino fundamental e médio das Instituições de Ensino para o atendimento em emergências médicas e ao Suporte Básico de Vida; fortalecer e estreitar as relações de trabalho no atendimento de urgências em nossa cidade, por meio da aproximação com os serviços envolvidos; e por fim contribuir para o cumprimento da missão



“a formação integral da pessoa humana e a construção de uma sociedade justa e solidária.”

Metodologia

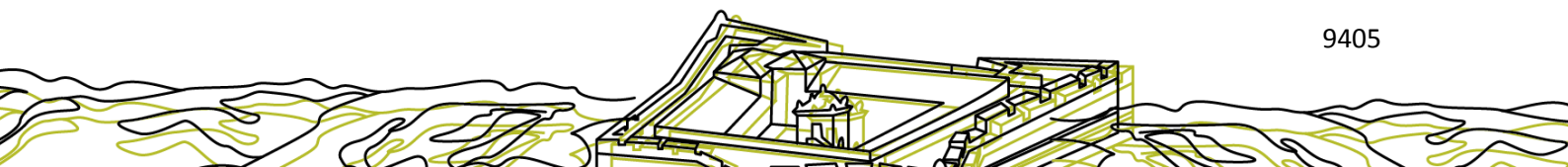
Inicialmente houve a criação de material didático na forma de apostila, com linguagem adequada e coerente para fácil compreensão do público alvo, e também a utilização de técnicas audiovisuais e folders/pôsteres para fornecer aos participantes as instruções e atitudes a serem realizadas no atendimento básico às urgências médicas.

Todos os participantes foram identificados pelo nome em crachás, e em cada assento estava disponível uma unidade da apostila didática, caneta esferográfica e uma folha de pré-avaliação, a qual eles tinham cerca de 5 minutos para preencherem o questionário, sendo identificados por um número aleatório conferido a cada um deles para posterior comparação entre as avaliações iniciais, finais e a média do grupo.

As oficinas que foram propostas ocorreram no período de 6 horas, com atividades teóricas, práticas e cenário de avaliação, compostas por em média 20 a 30 alunos, mais o docente que coordenou o trabalho e a acadêmica extensionista remunerada que auxiliou no desenvolvimento das atividades. Também houve auxílio dos extensionistas voluntários na parte audiovisual.

No período matutino aconteceram as atividades audiovisuais sobre os temas do atendimento básico às emergências (parada cardiorrespiratória, obstrução de via aérea por corpo estranho, convulsão, desmaio, semi-afogamento), e finalizado com demonstrações do primeiro atendimento. Era explanado como deveria ser corretamente identificada uma situação de parada cardiorrespiratória, por exemplo, e a sequência de procedimentos a ser realizada, com as corretas manobras de ressuscitação cardíaca. Além disso, nesse momento também era ensinado como deveria ser feito o contato com os serviços de emergência e resgate, sendo aberto ao final um espaço para eventuais dúvidas e discussões, intermediado pelo docente e discente extensionista. Após o término, os participantes eram dispensados para o horário de almoço.

No período vespertino, módulo prático, os participantes ficaram em grupos para desenvolvimento das habilidades práticas, onde todos os participantes, individualmente, desenvolveram habilidades de atendimento pertinentes e interagiram com o resto do grupo por meio de simulações, demonstrando o raciocínio e verbalização com os serviços pré-hospitalares. Para garantir a comunicação entre os integrantes das oficinas, controlar o cenário e possibilitar que todos pudessem praticar o procedimento, o



número de participantes em cada grupo correspondia a um terço do total, sendo que as estações eram freqüentadas em forma de rodízio. Na estação com o manequim adulto, por exemplo, o participante encontrava um adulto desmaiado, e que no decorrer do atendimento inicial, a vítima apresentava uma parada cardiorrespiratória. O aluno era estimulado a descrever a situação orientando que uma pessoa ligasse ao serviço de resgate. A manobra de massagem cardíaca com ventilação deveria ser mantida por pelo menos dois minutos, de forma adequada, e qualquer erro na realização era corrigido pelo docente e pela acadêmica. Todos participantes realizaram manobras de massagem cardíaca e de desengasgo em todos os manequins: adulto, criança maior e criança menor.

Ao final, o grupo se reuniu para discutir os resultados e dificuldades de forma interativa com o docente e a acadêmica extensionista. Após toda parte teórico-prática ter sido trabalhada eles responderam uma avaliação final para observar o conteúdo absorvido.

Foram utilizados indicadores para avaliar os resultados, sendo eles: avaliação inicial e final que são questionários de múltipla escolha com perguntas diretas com linguagem acessível. Estes indicadores serviram como controle de qualidade do programa e de sua capacidade em promover o treinamento teórico-prático proposto.

Resultados e Discussão

Os dados compilados foram tabulados e submetidos a uma análise estatística através do teste T de *Student*. Os dados foram tabulados, comparados, e como resultado obteve-se: média inicial de 5,47 (imediatamente antes do início do processo); média final de 7,32 (após o termino das atividades Teórico Práticas); desvio padrão de 1,11; obtendo significância estatística de $p < 0,001$.

O atendimento pré-hospitalar iniciou-se no final do século XVIII, com o cirurgião-chefe militar de Napoleão onaparte, arão ominic ean arre . Os aprendizados da Guerra Civil Americana, 1861-1865, foram posteriormente aplicadas no meio civil para o atendimento pré-hospitalar. O r. . . arrington, em 1865, ap s quase dois séculos da invenção de arre , estabeleceu as bases dos serviços médicos de emerg ncia, como lista de equipamentos essenciais para as ambul ncias proporcionando grande melhora. Ele também ministrou o primeiro curso de atendimento pré-hospitalar no Departamento de Corpo de Bombeiros de Chicago, em 1957, iniciando, assim, o atendimento adequado ao paciente traumatizado.

Logo, ao longo da história, foi notando-se que o primeiro atendimento realizado adequadamente em situações de risco à vida aumenta consideravelmente a chance de sobrevivência do indivíduo. Além disso, sabe-se que não é necessário ser profissional da saúde para realizar o pronto atendimento e suas manobras iniciais. Entretanto, para realizar um atendimento de primeiros socorros adequado, é necessário estar treinado e confiante nos atos e atitudes. Por isso, a proposta do trabalho visa fornecer ensinamentos e habilidades, que quando empoderadas adequadamente capacitará leigos a realização do atendimento inicial às emergências médicas corriqueiras em nosso meio (SBV), quer sejam, obstrução de vias aéreas (engasgo), crises convulsivas ou até mesmo parada cardiorrespiratória (suporte básico de vida) enquanto esperam socorro técnico adequado, atendimento específicos dos profissionais da saúde, e que esses participantes também foram orientados como solicitá-los adequadamente.

O uso de tecnologias digitais com intuito de promover o aprendizado muito contribui para a dinamização do processo de aquisição do conhecimento ao ampliar as ferramentas as quais podem ser utilizadas para o desenvolvimento das habilidades cognitivas. É o que Moran (5, p.2) preconiza ao afirmar que “o vídeo é sensorial, visual, linguagem falada, linguagem musical e escrita. Linguagens que interagem superpostas, interligadas, somadas, não separadas. aí a sua força.”. Paralelamente, observou-se maior caráter motivacional ao aprendizado pelo uso de tecnologias, as quais puderam auxiliar o público alvo a compreender, de maneira interativa, as etapas do SBV, a importância da presença de alguém capacitado no meio extrahospitalar para iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar e a necessidade de tomada de decisão de maneira rápida e efetiva.

Aquém do resultado expresso por meio de números, houve também por parte dos participantes do treinamento um reconhecimento positivo sobre os ensinamentos adquiridos, através de depoimentos, elogios e agradecimentos. Além disso, o curso não necessita de muitos recursos e tem duração de somente um dia, logo é de fácil aplicação e seria simples implementar nas escolas.

Conclusão/Considerações Finais

Dessa maneira, a evolução observada a partir do aumento das médias de todos os participantes demonstrou impacto extremamente positivo. Além do resultado expresso por meio de números, houve também por parte dos participantes do treinamento um reconhecimento positivo sobre os ensinamentos adquiridos, através de depoimentos, elogios e agradecimentos.

Portanto, percebe-se que é possível capacitar alunos de forma simples, os tornando aptos a realizar primeiros socorros após chamar atendimento especializado. Desta forma, é mais provável que a sobrevivência de algum acidentado na escola seja maior, diminuindo a morbimortalidade nas escolas. Além disso, o curso não necessita de muitos recursos e tem duração de somente um dia, logo é de fácil aplicação e seria simples implementar nas escolas.

Por fim, este projeto acresce muito tanto na vida acadêmica do extensionista quanto no mundo acadêmico pois possibilita a participação de congressos de várias modalidades. Durante 2017, por exemplo, o projeto foi para o 7º Encontro Anual de Extensão Universitária da PUC-Campinas”, realizado no dia 8 de setembro realizado no campus I da Universidade; “ Pré-Congresso Médico Acadêmico Samuel Pessoa” realizado nos dias , , 8 e de outubro; Comemoração do Dia das Crianças no Comando de Policiamento do Interior 2 (CPI II) no dia 27 de outubro.

Referências

1. Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):542-8.
2. Sabóia VM. A Enfermeira e a prática educativa em saúde: a arte de talhar pedras. Rev Nurs. 2005;83(8):173-7.
3. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2004; 8(15): 259-74.
4. Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 290-5.

5. Lourenção LG, Soler ZASG. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. *Arq Ciênc Saúde*. 2004; 11(3): 158-62.
6. Liberal EF, Aires RT, Aires MT, Osório ACA. Escola Segura. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(5 Suppl 0): S155-63.
7. Amaral JF, Paixão AC. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. *Rev Pediatria*. 2007; 8(2): 66-72.
8. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [update 2008 mai 11, cited 2008 mai 14]. Informações de saúde, estatísticas vitais, mortalidade e nascidos vivos. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/extuf.def>.
9. Prédine R, Chau N, Lorentz N, Prédine E, Legras B, Benamghar L, et al. Les accidents scolaires dans d s établissements d' enseignement general: incidence, causes et consequences. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2002;50(3):265-76.
10. Gasparetto MERF, Temporini ER, Carvalho KMM, Kara-José N. Dificuldade visual em escolares: conhecimentos e ações de professores do ensino fundamental que atuam com alunos que apresentam visão subnormal. *Arq. Bras. Oftalmol*. 2004;67(1):65-71.
11. Rodríguez CA, Kolling MG, Mesquida P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2007;31(1):60-6.
12. Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica.

Rev. Bras Enferm. 2006;59(3):344-8.

13. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [update 2008 mai 10, cited 2008 mai 14]. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e

Violências.

Available

from:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>

14. Lições de Primeiros Socorros na educação básica da rede escolar em todo Estado - <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15661-09.01.2015.html>

5. ES RA E A E UCA A SO RE PRE ENCAO E AC EN ES

N AN S PARA O ENS NO UN AMEN A MEN -PASC OA , Sandra Regina

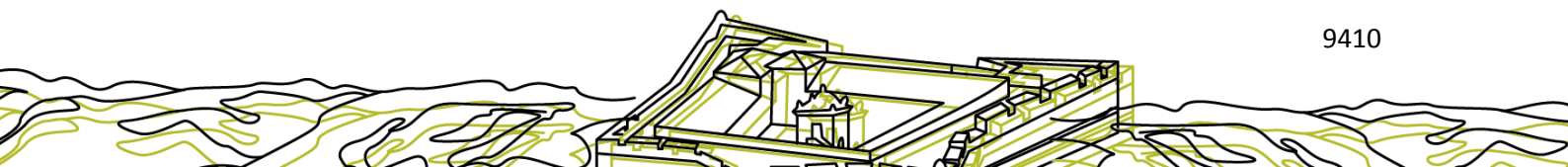
MON E RO, ictor ath Pereira Nunes epler, Maria Aparecida randão onadio Gonzalez, hais Pondaco oas, runa ilas Costa, Priscila eliciano Revista do aborat rio de Estudos da iol ncia da UNESP-Marília Ano 2 - Edição - N mero 06 Dezembro/2010 ISSN 1983-2192

. Características clínicas e epidemiológicas de crian As acidentadas atendidas em um servi O de pronto-atendimento Clinical and epidemiological characteristics of injured children in a departament of emergeng care uiz Antonio el Ciampo, van Savioli erraz, Maria de átima alli Sorita azim, etícia raziela achette, arla shi a a, Rodrigo

Paixão PE A R A (S O PAU O) 2011; 33(1):29-34

. Morbidade por causas externas em crian As de a 2 anos: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro

18. External causes of morbidity in children aged 0-12 years: an analysis of medical records at an emergency hospital in Rio de Janeiro INES E. Mattos



. Informe Epidemiológico do Sus versão impressa SSN - Inf. Epidemiol. Sus v. n. Brasília dic. 2001 <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000400005>

20. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP Accidents with children in the region of Campinas, Brazil Emílio C.E. Baracat, Karen Paraschin, Roberto J.N. Nogueira, Marcelo C. dos Reis, Andréa M.A. Fraga, Giuseppe Sperotto J Pediatr (Rio J) 2000;76(5):368-74

2. USO DOS ACIDENTES NA NINCA EM UM PRONÓSOCORRO

PERCORRENDA Rocha odoril como Maria de Jesus C. Sousa arada Conceição Vieira Silva da L.G. Pedreira Rev. Latino-Am. Enfermagem v. n. Ribeirão Preto jan. 2002

22. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. Nyman J, Sihvonen M. Resuscitation. 2000;47(2):179-84.

23. Reliability of pulse palpation by healthcare personnel to diagnose paediatric cardiac arrest. Tibballs J, Russell P.. Resuscitation. 2009;80(1):61-4.

24. Checking for Breathing: Evaluation of the Diagnostic Capability of Emergency

Medical Services Personnel, Physicians, Medical Students, and Medical Laypersons. Ruppert M, Reith MW, Widmann JrH, Lackner CK, Kerkmann R, Schweiberer L, et al. Annals of emergency medicine. 1999;34(6):720-9.

Arq. Bras. Cardiol. vol.101 no.2 supl.3 São Paulo Aug. 2013

25. <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/iml-diz-que-bebe-que-morreu-em-creche-de-campinas-foi-sufocada-por-alimento.ghtml>

26. Acta Paul Enferm. 2017; 30(3):287-94.

27. SERAFIM, M. L., DE SOUZA, R. P. *Multimídia na educação: o video digital integrado ao context escolar.* Disponível em SciELO Books

<<http://books.scielo.org/id/6pdyn/pdf/sousa-9788578791247-02.pdf>>. Acesso em 13 Dez.

2017.

28. SOUSA, RP., MIOTA, FMCSC., and CARVALHO, ABG., orgs. *Tecnologias digitais na educação* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 276 p. Disponível em SciELO Books <<https://static.scielo.org/scielobooks/6pdyn/pdf/sousa-9788578791247.pdf>>.

Acesso em 13 Dez. 2017.

29. RUIZ, A. R. *Educação e Mídia*. X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE. Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba, 7 a 10 Nov. 2011. Disponível em <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4768_2672.pdf>. Acesso em 13 Dez. 2017.

30. TOBASE, Lucia et al . Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,

Ribeirão Preto , v. 25, e2942, 2017 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100388&lng=pt&nrm=iso)

11692017000100388&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 Dez. 2017. Epub 30-Out-2017.

31. PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 335-342, June 2009 .

Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200012&lng=en&nrm=iso>.



32. AMERICAN HEART ASSOCIATION. *RCP somente com as mãos da American Heart Association.* Disponível em: <
<https://www.youtube.com/watch?v=3MDp487I7h4>>.





“PROGRAMA SAÚDE NO AR: SUA QUALIDADE DE VIDA EM FOCO” - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NUMA EMISSORA DE RÁDIO NO MUNICÍPIO DE NAZARÉ-BA

Área temática: Saúde

Daniele de Andrade Santos¹; Valmir Carlos Mota de Oliveira Júnior²; Ionara Magalhães de Souza³; Carolina Gusmão Magalhães⁴

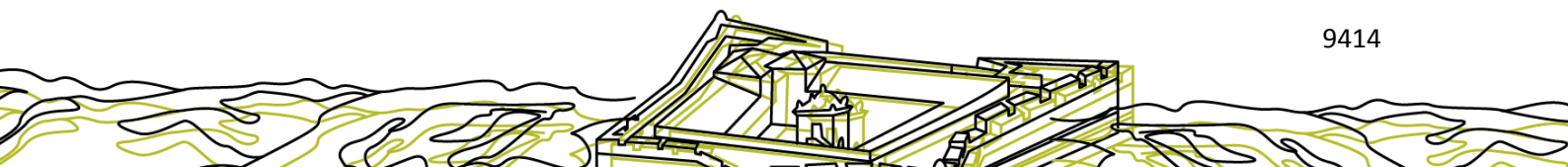
Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Resumo

O rádio é um dos meios de comunicação que atinge todas as camadas sociais e que, por isso, representa um importante recurso na comunicação e educação em saúde. Nessa perspectiva, o

Projeto de extensão “Saúde no Ar: Educação e Comunicação no Recôncavo da Bahia” foi idealizado com o intuito de realizar programas de rádio com foco na educação e comunicação em saúde. Trata-se de um relato de experiência das ações desenvolvidas por membros do Projeto no município de Nazaré-BA. As ações contaram com a parceria da Rádio Alternativa FM, mediante a realização de programas semanais com duração de 40 minutos, nos quais foram abordados temas em saúde de interesse da população local. Essa experiência contou com a participação ativa da população. Observou-se uma repercussão muito positiva dos ouvintes, o gradativo fortalecimento de vínculo dos membros do programa e da emissora com a comunidade, além da necessidade de atualização constante de conhecimento pelos membros do projeto a fim de atender às necessidades da população. Com isso, foi possível compreender o alcance dessa ferramenta para promover comunicação e educação em saúde.

Palavras-Chave: Educação; Comunicação; Rádio; Saúde.



Introdução

O avanço tecnológico tem permitido o surgimento de diversos meios de comunicação e, ainda assim, o rádio continua sendo considerado um dos melhores meios de maior

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bacharel em Saúde e graduanda em Medicina (UFRB). ²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Bacharel em Saúde, graduando em Medicina (UFRB) e pós graduando em Gestão Hospitalar (UNINTER).

³Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Docente do curso de Graduação em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Medicina (UFRB), Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UEFS). ⁴Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Docente do curso de Graduação em Nutrição e Pós-Graduação em Nutrição Clínica, Mestra em Desenvolvimento e Gestão Social (UFBA).

acessibilidade, principalmente por atingir todas as camadas sociais (PEREIRA, 2001). Hoje em dia, emissoras de rádio tem se tornado importante ferramenta para a construção do conhecimento. As informações veiculadas contribuem para a formação de sujeitos críticos e cidadãos conscientes (RAMOS et. al., 2013). O uso das rádios como meio de comunicação e educação permanente, proporciona uma interação inovadora com a população, possibilitando a construção de estratégias de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde (ROGES et. al., 2013).

O processo de comunicação e educação se dá para além da educação formal, configurando o que se estabelece como currículo oculto. Considerando a dimensão formativa dos meios de comunicação em massa, o uso de tecnologias de comunicação e informação, como o rádio, consegue ultrapassar os limites dos métodos pedagógicos formais (BARROS, 2005).

Essa interrelação entre comunicação e educação possibilita a convergência de saberes, entre a comunidade e a universidade. Nesse sentido, os docentes e discentes se propõem a utilizar as mídias como instrumentos de mobilização, ferramentas formadoras de consciência e orientadoras de opinião. Tendo em vista uma sociedade cada vez mais midiática, a educação pode se potencializar através da comunicação (TÔNUS, 2008).

Desse modo, o uso das emissoras de rádio além de representar uma estratégia para educação e comunicação em saúde, proporciona o empoderamento dos ouvintes, visto que nos programas de rádio eles podem participar e esclarecer dúvidas. Esta

estratégia pode possibilitar mudanças positivas no cotidiano das pessoas (FARIAS & ROCHA 2013).

Nessa perspectiva, o presente estudo propõe relatar as experiências do “Programa Saúde no Ar: Sua qualidade de vida em foco” vinculado ao Projeto de extensão “Saúde no Ar:

Educação e Comunicação no Recôncavo da Bahia”, desenvolvido por docentes e discentes do

Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), campus Santo Antônio de Jesus-BA, em parceria com a Rádio Comunitária Alternativa FM do município de Nazaré-BA.

Metodologia

O Projeto “Saúde no Ar: Educação e Comunicação no Recôncavo da Bahia” tem como objetivo geral desenvolver e veicular programas de rádio, articulado enquanto estratégia relacionada às ações de Educação e Comunicação em Saúde, no âmbito da extensão, pesquisa e ensino, no território do Recôncavo da Bahia e Vale do Jiquiriçá (Santo Antônio de Jesus, Nazaré, Amargosa e adjacências). Essas ações ocorrem a partir da intervenção de estudantes dos cursos oferecidos no CCS/UFRB, a ser desenvolvido nas dependências do Centro e das instituições parceiras (Emissoras de rádio).

Nesse sentido, o Projeto “Saúde no Ar”, tem como foco a ampla divulgação dos conhecimentos através do recurso da radiodifusão, a partir do formato de programas de rádio, sob o pretexto de disseminar os conhecimentos na garantia da prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. A primeira parceria foi garantida com a emissora de rádio Alternativa FM, situada no município de Nazaré-BA, que está localizado no Recôncavo da Bahia e possui cerca de 30 mil habitantes.

Por se tratar de uma rádio comunitária e abranger cidades circunvizinhas (Aratuípe, Jaguaripe e Muniz Ferreira) e alguns povoados adjacentes a esses municípios, a rádio Alternativa FM tornou-se um local estratégico para ampliar as atividades do projeto. O contato com a rádio Alternativa FM teve início mediante reuniões com seus colaboradores para expor o objetivo do projeto. O projeto foi aprovado pela gestão da emissora e logramos um programa semanal sem contrapartida financeira. Essa parceria foi concretizada no mês de outubro de 2017.

Após parceria consumada, procedeu-se o levantamento das necessidades em saúde da população. Nessa direção, contatamos a Secretaria Municipal de Saúde e profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Sistematicamente, desde o mês de novembro do ano de 2017, são realizados programas semanais, no formato “ao vivo”, nas dependências da rádio Alternativa FM em Nazaré-BA. O programa foi denominado “Programa Saúde no Ar: Sua Qualidade de Vida em Foco”, desenvolvido todos os sábados, às 11 horas da manhã, onde geralmente são discutidas temáticas diversas, com duração de 40 minutos.

Em cada semana é trabalhado um tema específico, tais como: Hipertensão, Diabetes, Verminoses, dentre outros temas que fazem parte do perfil epidemiológico da população abrangida pela audiência da rádio parceira. Durante o programa, reserva-se um momento para interação com a comunidade que participa discutindo, contextualizando e esclarecendo dúvidas, por meio de ligações que são transmitidas ao vivo ou por mensagens na rede social *Whatsapp*.

O roteiro de apresentação do programa é pré-definido semanalmente, nas reuniões de planejamento do Projeto de extensão, e, definida a temática, são realizadas pesquisas científicas fundamentadas na medicina baseada em evidências. Em alguns encontros, tem-se oportunizado a participação de profissionais da saúde da cidade, sempre destacando, na interlocução, a preocupação de se utilizar uma linguagem acessível e inteligível.

Resultados e discussão

O “Programa Saúde no Ar: sua qualidade de vida em foco” tem se revelado uma experiência muito relevante, ampla e satisfatória tanto para a comunidade quanto para os membros envolvidos. Desde o mês de novembro de 2017 até março de 2018, foram realizados programas com diversas temáticas (Quadro 1).

Quadro 1: Datas e temáticas abordadas no “Programa Saúde no Ar: Sua Qualidade de vida em Foco.”

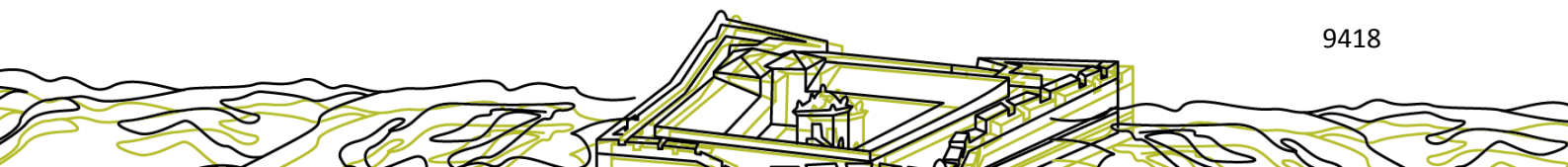
Data	Temática
18/11/2017	Hipertensão

25/11/2017	Diabetes
09/12/2017	Obesidade e Sobrepeso
16/12/2017	Problemas Cardíacos
13/01/2018	Doença de Chagas
20/01/2018	Depressão
27/01/2018	Febre Amarela
03/02/2018	Automedicação
17/03/2018	Hanseníase
24/03/2018	Verminoses
10/03/2018	Alergias
17/03/2018	Infecções Sexualmente Transmissíveis
24/03/2018	Infecções Respiratórias
31/03/2018	Conjuntivite

Os temas foram contextualizados, abordados os aspectos fisiopatológicos, tratamento, prevenção, além de mitos e verdades. Progressivamente, tem se percebido cada vez mais uma maior participação da população, e, além da participação ativa e progressiva dos ouvintes durante o programa, ressalta-se também o reconhecimento da população nas ruas da cidade que, por vezes, mencionava o quanto estavam aprendendo sobre saúde através da rádio, e como esse meio tem sido importante para propagar informação.

A partir desses relatos pôde-se perceber a importância do investimento em prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. As ações de prevenção são direcionadas e específicas, e podem evitar processos de adoecimento. A promoção em saúde é mais ampla, sugere a manutenção da saúde e o bem-estar da população (CZERESNIA & FREITAS, 2009). Promover saúde é atuar diretamente na qualidade de vida da população, além de incentivá-la a participar desse processo. Isso ocorre ao compartilhar conhecimentos tanto populares como científicos, o que se apresenta como eficaz no âmbito da saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Além disso, notou-se que os programas contribuíram imensamente para formação do pensamento crítico-reflexivo dos ouvintes. Durante os programas, sempre



foi mencionada a importância de o usuário compreender a saúde e a informação enquanto um direito, pesquisar mais sobre os temas, buscar o profissional de saúde sempre que necessário, e de compartilhar as informações vinculadas no programa com conhecidos. Desse modo, o Programa tem se destacado no município visto que as informações veiculadas dificilmente chegam a essa população através de outras ações e meios de comunicação.

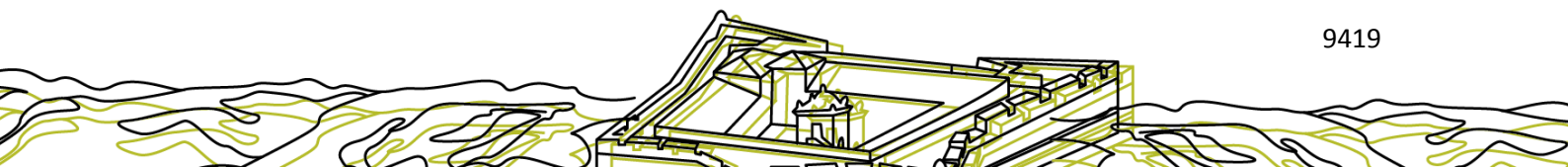
Ademais, essa experiência tem produzido nos membros do Projeto muito aprendizado. Destacam-se o compromisso social, o vínculo com a comunidade e a necessidade de atualização de conhecimentos de educação e comunicação em saúde. Tem-se observado que educação e comunicação em saúde não se resumem ao ato de passar informações. Para além disso, consiste em refletir sobre o que se informa e para quem se informa e, dessa maneira, tentar ao máximo praticar uma comunicação afetiva e efetiva (OLIVEIRA, 2009).

Com isso, percebe-se que a resposta da população tem sido muito satisfatória, animadora e gratificante. Não obstante, durante o desenvolvimento dos programas algumas limitações e desafios foram encontrados, como a restrição no acesso às instalações da emissora, uma vez que, na ausência do responsável os programas não podiam ocorrer, e a falta de sugestão de temáticas pelos ouvintes, apesar das inúmeras solicitações e disponibilidade de meios para sugestão (contato via rádio e/ou redes sociais).

Considerações finais

O “Programa Saúde no Ar: sua qualidade de vida em foco” consiste em um momento de interação entre a comunidade e a Universidade. As atividades extensionistas propostas pelo Projeto tem contribuído para o desenvolvimento do senso crítico, participativo e emancipatório da população e de todos os envolvidos. Nessa perspectiva, os membros do projeto não só se aproximam da realidade da comunidade local, como intervêm de modo positivo promovendo educação e comunicação em saúde.

O programa tem possibilitado a compreensão de outras formas de aprender e ensinar, além de ressignificar o papel das emissoras de rádio que para além da dimensão informativa, constitui-se como um importante instrumento pedagógico para educação. Essas ações de educação e comunicação em saúde, materializadas através da emissora de rádio, oportunizam o amplo alcance de ouvintes de vários municípios que constituem a audiência da emissora. Essas iniciativas atreladas à participação ativa de



diversos atores sociais incentivam o pensar sobre saúde e a promoção da universalidade e integralidade do cuidado.

Referências

BARROS, F. A tendência concentradora da produção de conhecimento no mundo contemporâneo. Brasília: Paralelo 15 – Abipti, 2005.

PEREIRA, C.M.C.; BARCELOS, M.C.V.; RIBEIRO, O.J.; CRUZ, D.M. Educação Em Ondas: O Rádio Como Instrumento e Como Possibilidade. Campo Gande, MS, 2001.

PRADO, E.R.; Programa de educação em saúde via rádio: percepção do ouvinte. O MUNDO DA SAÚDE São Paulo: 2007: jul/set 31(3):394-402

RAMOS, T.M.; CABRAL, J.R.; MERCÊS, A.R.; LIMA, A.F.; MUNIZ, R.A.A.; Educação Em Saúde Através Do Rádio Na Formação Acadêmica De Enfermagem. Natal, RN, 2013.

ROGES, A.L.; VASCONCELOS, E.M.R.; ALENCAR, E.N.; MUNIZ, R.A.; Utilização do rádio pelo enfermeiro como estratégia em educação em saúde: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):274-81. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16711>. doi: 10.5216/ree.v15i1.16711.

TÔNUS, M. Interação do processo de aprendizagem em comunicação social. Livro da COMPÓS. Porto Alegre: Sulina, 2008.

CZERESNIA,D.; FREITAS, C.M.; Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. rev. And enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

FARIAS, N.B.B.; ROCHA, C.M.F.; Promoção e comunicação em saúde: Vivências e confidências. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de enfermagem, 2013.



OLIVEIRA, A.M.F. Informação, educação e comunicação em saúde: é suficiente atuar em rede? Os desafios éticos da formação do profissional de saúde na pós – modernidade. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, vol. 3, n.1, p. 14-27, jan./mar. 2009.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 26 de março de 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.



O IMPACTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Área Temática: Saúde

Luiza Maria de Palhares Pinheiro¹; Mayara França de Lima¹; Mayara Vale da Silva¹; Márcia Cunha da Silva Pellense².

Instituição: Centro Universitário Facex (UNIFACEX)

Resumo

Introdução: A Depressão Pós-Parto é um distúrbio psíquico que acomete parturientes, caracterizada por presença de humor deprimido, ou desinteresse e ausência de prazer em quase todas as atividades. Os efeitos estressores em que as mulheres são submetidas durante o trabalho de parto, potencializam o surgimento de alterações emocionais significativas, como alterações no humor e afeto, ansiedade, obsessão.

Objetivo: O estudo busca identificar na literatura científica nacional, a relação entre a violência obstétrica sofrida nas instituições de assistência à mulher e o surgimento da depressão pós-parto. **Metodologia:** Revisão exploratória da literatura, fundamentada nos dados obtidos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), coletados no período de fevereiro a março de 2018, abrangendo artigos condizentes com os critérios de busca. Como critérios de inclusão, foram selecionados os estudos publicados entre os anos de 2013 a 2017, publicados na língua portuguesa, disponíveis na íntegra, de forma gratuita e online. Os critérios de exclusão adotados foram artigos repetidos entre as bases de dados, em língua estrangeira, e que não respondessem ao nosso questionamento.

Resultados e discussões: Embora o seu surgimento seja considerado de causa multifatorial, estudos revelam que o modelo hegemônico adotado durante a assistência à mulher, principalmente durante o trabalho de parto, traz complicações que refletem em seu estado psíquico, e representam um grande fator de risco para o aparecimento ou potencialização de problemas psíquicos preexistentes. **Conclusão:** É necessário o engajamento profissional para mudar o modelo antagonista que as mulheres vêm sendo submetidas no trabalho de parto. Espera-se que as políticas públicas de saúde,

¹ Centro Universitário Facex (UNIFACEX). Curso de Graduação em Enfermagem.

² Enfermeira Mestre em Saúde da Família pela UFRN. Docente do Centro Universitário Facex (UNIFACEX)

associados aos avanços em saúde, sejam concomitantes a humanização das práticas profissionais.

Palavras-chaves: depressão pós-parto; violência contra mulher; humanização de assistência ao parto; fatores de risco.

Introdução

Durante o período gestacional e puerperal a mulher passa por diversas modificações que refletem no seu estado psíquico. Estima-se que cerca de 20% das mulheres sejam afetadas por transtornos mentais após o parto, incluindo a depressão, no período de um ano após o parto. A depressão é o transtorno mental mais recorrente na população, sendo a 3ª causa de morbidade no Brasil, segundo a OMS. É ainda considerado um fator de risco para a Depressão Pós-Parto (DPP) (HARTMANN; MENDOZA-SASSI e CESAR, 2017).

De acordo com Souza (2014), embora os profissionais de saúde saibam que o surgimento da depressão pós-parto ocorre por fatores distintos, acredita-se que a fragilidade na assistência, seja pela invisibilidade e recusa de direitos ou pelo seguimento do modelo estritamente antagonista aos desejos da mulher, cause insatisfações e frustrações que possibilitam o surgimento ou agravamento da mesma. O mesmo autor afirma ainda que apesar de ser uma discussão recente, os estudos levantados na pesquisa, já evidenciaram uma relação entre os efeitos estressores da violência durante o trabalho de parto e o surgimento de alterações emocionais significativas, como alterações no humor e afeto, ansiedade, obsessão; que podem resultar no afastamento das pacientes dos serviços de saúde.

A violência obstétrica praticada pelos profissionais de saúde com as usuárias, denominada de violência institucional de caráter obstétrico, muitas vezes passa despercebida devido a naturalidade com a qual é praticada. É determinada pela negligência na assistência, abuso de poder e/ou violação dos direitos da mulher, expressados através de práticas discriminatórias, agressão física, psicológica, verbal ou realização de procedimentos sem o consentimento da paciente. O controle dessas práticas tem se tornando desafiador por tratar-se de um campo de pesquisa ainda pouco debatido, uma vez que o reconhecimento dos direitos ainda é um tanto desconhecido e não há engajamento das equipes de assistência à saúde para desenvolver práticas humanizadas (ZANARDO et al, 2017; SOUZA, 2014).

Cabe ressaltar ainda que além da falha dos profissionais de saúde em diagnosticar os casos de depressão precoce, as mulheres acometidas, muitas vezes, não recebem o tratamento devido. Além disso, há comprovações científicas que o estado depressivo da mãe causa danos cognitivos e comportamentais aos filhos que podem ser observados, pelo menos, até o terceiro ano de vida (BRASIL, 2014)

Nesse sentido, a Carta de Campinas teve como objetivo exaltar o protagonismo da mulher e diminuir a quantidade de intervenções desnecessárias realizadas. A Carta trata-se de um documento que surgiu após um evento em Campinas em 1993, composto por pessoas envolvidas no “Movimento pelo Parto e Nascimento” e alguns representantes de entidades e associações, que debateram acerca do tema: “situação atual do nascer em nossa sociedade”. O encontro que impulsionou as primeiras discussões acerca da violência no parto, como forma de denúncia às práticas abusivas cometidas com as mulheres. Isso resultou em diversos debates sobre a temática e a criação de projetos, como a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - ReHuNa. Apesar disso, introduzir práticas humanizadas na atenção ao parto ainda é um desafio (SENA e TESSER, 2014).

Tendo em vista os danos causados pela assistência indevida, que fragilizam a mulher e podem deixar sequelas com danos irreparáveis, o presente estudo busca identificar a relação entre a violência obstétrica sofrida nas instituições de assistência à mulher e o surgimento da depressão pós-parto. E assim contribuir com a comunidade científica e profissional em geral, no sentido de dar visibilidade ao tema, provocando uma sensibilização a respeito da

“naturalidade” com que ocorre a violência obstétrica.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, visto que faz uma busca analítica e descritiva que visa responder questionamentos sobre a temática específica. Os dados foram obtidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas seguintes bases eletrônicas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) no período compreendido entre 2013 a 2017. Além disso, utilizou-se artigos encontrados no SCIELO que não correspondiam aos critérios de busca, mas que estavam relacionados com a temática abordada, e ainda alguns manuais produzidos pelo Ministério da Saúde.

Para a busca dos materiais foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Depressão pós-parto; violência contra mulher; humanização de assistência ao parto e fatores de risco. Para refinamento do material, utilizou-se o operador booleano *and* combinado da seguinte forma: depressão pós-parto *and* fatores de risco, depressão pós-parto *and* humanização de assistência ao parto; violência contra a mulher *and* humanização de assistência ao parto.

Como critérios de inclusão, foram selecionados os estudos publicados entre os anos de 2013 a 2017, publicados na língua portuguesa, disponíveis na íntegra, de forma gratuita e online e que correspondiam a temática do estudo. Os critérios de exclusão adotados foram artigos repetidos entre as bases de dados, em língua estrangeira, que não estivessem disponíveis em texto completo, e que não respondessem ao nosso questionamento. Para a análise crítica realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Os dados utilizados foram devidamente referenciados, identificados os autores e as demais fontes de pesquisa, observando o rigor ético quanto à autoria intelectual dos textos científicos, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das obras consultadas.

Dentre as 121 publicações encontradas, foram selecionados 8 artigos para discussão, após leitura crítica e exploratória. Em seguida, os artigos foram organizados por: tipo de estudo, periódico e autores/ano.

Resultados

As referências selecionadas foram obtidas a partir de bases de dados, porta e bibliotecas digitais. A seleção por título e resumo resultou em 121 referências, das quais foram removidas 22 publicações que estavam duplicadas e outras 79 que não correspondiam a temática. Após a avaliação de 20 referências na íntegra, foram excluídas 12. Assim, no total foram incluídas 8 referências nesta revisão. No Quadro 1 são apresentadas as bases consultadas e respectivas estratégias de busca, o total de referências recuperadas e a quantidade selecionada após analisar o título e o resumo de cada referência.

Quadro 1 - Síntese das principais informações dos artigos e manuais, quanto título, autores, ano de publicação, periódico e metodologia. Natal, 2018.

Título do Artigo	Autores/Ano	Periódico	Metodologia
------------------	-------------	-----------	-------------

O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.	ARRAIS et al., 2014	Saúde Soc.	Pesquisaação
Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal.	LIMA et al., 2017	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo longitudinal
Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós parto.	SOUZA, 2014	Repositório UNB	Revisão de literatura
Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.	HARTMANN; MENDOZA-SASSI e CESAR, 2017	Cadernos de Saúde Pública	Estudo transversal
O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto	ALMEIDA E ARRAIS, 2016	Psicologia: Ciência e Profissão	Pesquisaação
Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.	ZANARDO et al., 2017	Psicologia & Sociedade	Revisão Narrativa
Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.	SENA E TESSER, 2017	Interface - Comunicação Saúde Educação	Relato de experiência
Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais	MORAES, 2017	Cad. Saúde Pública	Coorte prospectiva

O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde.	OLIVEIRA, V. J. e PENNA, C. M. M., 2017.	Texto Contexto Enferm.	Pesquisa qualitativa.
--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------	-----------------------

Fonte: Autoria própria.

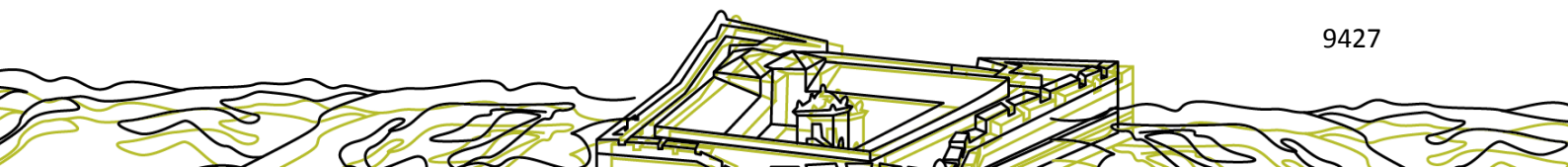
Discussões

O parto é um evento único e sublime na vida da mulher e de sua família, porém, é provedor de benefícios ou danos psicológicos. É um evento permeado por muitas mudanças e visto como um momento transformador, permeado por incertezas, medo do desconhecido, e por isso não é uma experiência neutra para a mãe e família.

Dados coletados nos estudos de Hartmann; Mendoza-Sassi e Cesar (2017) afirmam que cerca de 20% das mulheres demonstram fatores de risco para desenvolver depressão pós-parto e pode chegar aos 70% se já houver episódios depressivos em outras gestações.

Alguns autores sabem que no último semestre gestacional a mulher encontra-se mais propensa às modificações hormonais que podem afetar seus instintos. Mulheres primíparas, sem apoio conjugal e/ou familiar, com histórico de estresse pós-traumático (morte de familiares, perda do emprego, abortos, vítimas de violência) e que já possui algum relato de crises depressivas durante o ciclo gravídico, estão mais vulneráveis ao surgimento da DPP. É necessária uma atenção redobrada durante os meses iniciais da gestação, principalmente quando há fatores de risco, para evitar os agravos do comprometimento psíquico. O acompanhamento deverá ser realizado tanto pelos profissionais quanto pelos familiares, principalmente do companheiro (ARRAIS et al, 2014; LIMA et al., 2017).

A assistência eficaz durante todo o ciclo puerperal é determinante para que esta vivência seja satisfatória, uma assistência com informatização evitaria o medo que é gerado pelo desconhecido, pois, viabiliza o desempenho da autonomia da mulher mediante o conhecimento. A organização da assistência durante o parto em ambiente hospitalar, sejam permeados por instituições públicas ou privadas, tem se estabelecido como uma linha de produção, exacerbando a medicalização do parto, restringindo a capacidade de escolha exclusivamente ao médico através de práticas rotineiras que desvanecem do aparato científico excluindo-se o protagonismo da mulher,



desrespeitando a sua privacidade e desconsiderando sua autonomia (OLIVEIRA E PENA, 2017).

Essa fragilidade assistencial faz com que muitas mulheres busquem, frequentemente, o auxílio das doulas durante e após o trabalho de parto, contando com sua experiência, encorajamento e suporte nesse processo, semelhante ao auxílio fornecido pelas parteiras décadas atrás. O Ministério da Saúde preconiza a vigilância desse agravo -DPP- antes do nascimento, durante as consultas do pré-natal, no entanto, o que se pode observar são fragilidades no Sistema de Saúde que rompem com as normas éticas e legais, através de normas e protocolos questionáveis, seguidos pelas instituições, e abuso de poder que supõem um dos tipos de violência, a institucional (SOUZA, 2014).

Hartmann, Mendonça-Sassi e César (2017), identificaram uma associação relevante de efeito protetor ao suporte oferecido à gestante pelos profissionais de saúde e o desenvolvimento da depressão, no que se refere à percepção do apoio ofertado pela equipe e ao acompanhamento recebido. O que prontamente mostra a importância de a gestante ser acolhida durante todo o seu período de internação, não somente pela família e amigos, mas também, primordialmente, pela equipe de saúde, tendo em vista que poderia identificar e reduzir o risco de DPP. Isso possibilita o fortalecimento da política de parto humanizado, que preconiza, através das suas ações sistematizadas, a redução da possibilidade de manifestação da depressão.

O apoio paterno e familiar durante esse ciclo diminui a incidência do surgimento de DPP, conforme enfatiza Arrais, Mourão e Fragalle (2014). A ausência do companheiro ou impedimento da sua presença pela instituição também é um elemento que deprime a experiência e gera insegurança e frustrações, conseqüentemente a mulher perde seu poder de decisão, privacidade e controle de seu corpo, deixando as ações sobre responsabilidade da equipe que ditam o comportamento adequado (HARTMANN; MENDOZA-SASSI E CESAR, 2017).

Um estudo realizado na Universidade de São Paulo (USP) relatou que filhos de mães que foram acometidas pela DPP possuem dificuldades de realizar atividades competentes ao desenvolvimento motor. Além disso, identificou-se que a relação mãe-filho é bastante prejudicada nesses casos, uma vez que é difícil para a mãe manter o vínculo com a criança desde o nascimento (BRASIL, 2014).

Os bebês apresentam maior vulnerabilidade ao impacto da depressão materna porque dependem da qualidade dos cuidados prestados pela mãe, quanto mais intensa e gravídica a DPP maiores são as chances de prejuízos nessa relação, visto que, bebês de

mães com DPP, quando comparados a bebês de mães estáveis emocionalmente, demonstram mais afetos negativos que positivos, têm menores níveis de desenvolvimento de atividades e vocalizações, suas expressões são intensas variam de tristeza ou raiva e protestos, são irritados e tem mais picos de choro, costumam distanciar o olhar, sendo notáveis com poucos meses de idade (ALMEIDA E ARRAIS, 2014).

Souza (2014) relata em sua dissertação que a ocorrência de práticas obstétricas violentas pode estar relacionada ao mal gerenciamento dos profissionais de saúde. A redução do quantitativos dos profissionais ocasiona más condições de trabalho e leva-os a tolerar e adotar métodos violentos em seu processo de trabalho, como os casos de cesarianas impostas pelos médicos, que geralmente ocorrem em horário comercial e de maneira eletiva- e técnicas inapropriadas sem aparato científico, como por exemplo a manobra de Kristeller para acelerar o trabalho de parto. Os abusos cometidos diretamente pelos profissionais são os que mais impactam negativamente a mulher.

Segundo Zanardo; et al (2017) a prática de exames de toque dolorosos e repetitivos, xingamentos direcionados, ameaças, comentários inapropriados, deboches, imobilizações, negligências, determinação de posições durante o trabalho de parto, negação dos direitos da mulher e prática de procedimentos sem o seu consentimento - como a episiotomia e o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto- são práticas de caráter abusivo, que ferem a dignidade da mulher e causam danos a sua autoestima. Por isso, faz-se necessário novos movimentos de humanização para romper com o modelo hospitalocêntrico adotados pelas equipes de assistência e exaltar o protagonismo da mulher, e assim fortalecer o empoderamento quanto ao corpo e aos direitos femininos.

No entanto, ainda não há muitas análises que ressaltam a “violência obstétrica” como um agente causal dos transtornos psiquiátricos no puerpério, mas é possível observar em alguns estudos que sua prática representa efetivamente um grande fator de risco para o aparecimento ou potencialização de problemas psíquicos preexistentes.

Buscando reverter a situação e fazer jus às políticas de auxílio à mulher, alguns órgãos, como a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), atuam no engajamento de boas práticas aos cuidados perinatais embasadas cientificamente desde a década de 90, quando se começou a analisar e questionar a assistência à mulher (SENA E TESSER, 2017). Nesse contexto surge a Rede Cegonha, mediante a publicação da Portaria 1.459 de 2011, cujos objetivos visavam o aperfeiçoamento das práticas da assistência materno infantil, inclusive ao que se diz respeito ao auxílio na gestação e

parto, visando o acolhimento e a humanização como agentes determinantes no processo do cuidado e sobretudo exaltando o protagonismo da mulher (SOUZA, 2014). Há ainda, segundo Arrais e Almeida (2016), em raros serviços de assistência obstétrica, o pré-natal psicológico, que oferece um apoio psicoterapêutico e discute questões relacionadas aos privilégios da mulher, como: direito de acompanhamento no parto, fatores sociais impactantes e ansiedade, que promovem o acolhimento e a escuta qualificada a essas mulheres.

Considerações Finais

Os resultados do desenvolvimento do presente estudo demonstram que os agravos à saúde da gestante vêm se potencializando consideravelmente, principalmente quando está relacionado ao seu estado psíquico, no que se refere à depressão pós-parto, diretamente ligados a fatores envolvendo não só a violência sofrida durante o período gravídico, mas também, condignos às responsabilidades maternas.

Vale salientar que, a depressão pós-parto poderá afetar diretamente o desenvolvimento cognitivo e social da criança, assim como todo e qualquer convívio familiar. É notável que a condição de Depressão Pós-Parto vem acompanhando uma tendência global, mesmo com toda luta da política de saúde da mulher e órgãos engajados com a abordagem da temática para a redução dos problemas supracitados.

A literatura revela a pertinência ao abordar a temática de DPP, porém, as discussões sobre a relação direta com a prática da violência obstétrica são bastante reduzidas. Por isso, faz-se necessária capacitação permanente com os profissionais de saúde para lidar com a DPP em todos os níveis de assistência, com o desenvolvimento de ações preventivas e engajamento de práticas humanizadas. Aliado a isso, a assistência hospitalar, quanto instituição, deverá fornecer segurança e desmistificar o modelo hegemônico, exaltando a mulher como protagonista da sua vivência. Espera-se ainda que as políticas públicas de saúde, associados aos avanços em saúde, sejam concomitantes a humanização das práticas profissionais.

A partir do estudo foi possível perceber a relevância do tema, bem como suas contribuições para a comunidade científica, profissionais da saúde e população em geral.

Referências

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.36, n. 4, p.847-863, out./dez. 2016.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000400847&script=sci_abstract&tlng=pt)

98932016000400847&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 mar.2018.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n. 1, p. 251-264, 2014.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci_abstract&tlng=pt)

12902014000100251&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL, Governo do. **Especialistas estudam consequências da depressão pós-parto.** 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/especialistas-estudamconsequencias-da-depressao-pos-parto>> Acesso em: 17 mar. 2018.

HARTMANN, J. M; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.9, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2018.

LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n.1, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0039.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2018.

MORAES, A. O. D. S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.6, 2017. Disponível em:



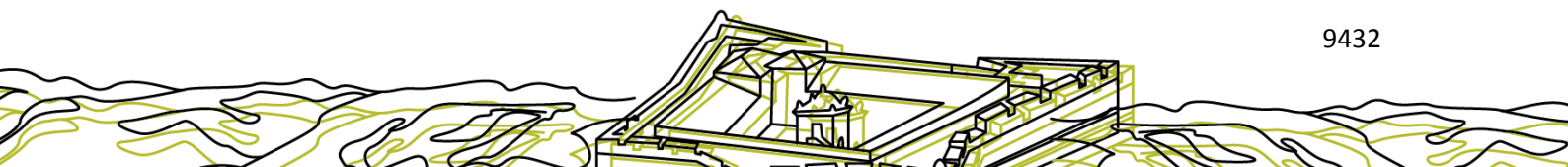
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605012&script=sci_arttext>
Acesso em: 13 fev. 2018.

OLIVEIRA, V. J. e PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, vol.26, n.2, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02e06500015.pdf> Acesso em: 15 mar. 2018.

SENA L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v.21, n.60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/18075762-icse-1807-576220150896.pdf>> Acesso: 15 fev. 2018.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. 2014. 106 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/17225>> Acesso em: 28 fev.2018.

ZANARDO G. L. P. et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017, 10 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/18070310-psoc-29-e155043.pdf>> Acesso: 10 mar. 2018.



DJUNTA MED BRASIL-CABO VERDE: ENCONTRANDO TRILHAS ALÉM-MAR PARA EFETIVAR A COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Área Temática: Saúde

T.C. GONÇALVES¹; M.B. BAY¹; M.M. ALVES¹; A.H.J. OLIVEIRA¹; A.E.M. NOVAES¹; A.H.M. GODEIRO¹; A.G.B. MEDEIROS¹; C.S.S. PEREIRA¹; D.D.C.Q. TURÍBIO¹; J.M.M. OLIVEIRA¹; M.G. FERNANDEZ¹; M.A.D. BESSA¹; N.B. REIS¹; N.C.C. FERREIRA¹; R.C.P. PACHECO¹; E.T.A. MONIZ²; K.H. REIS³

Instituições:

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)¹

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)²

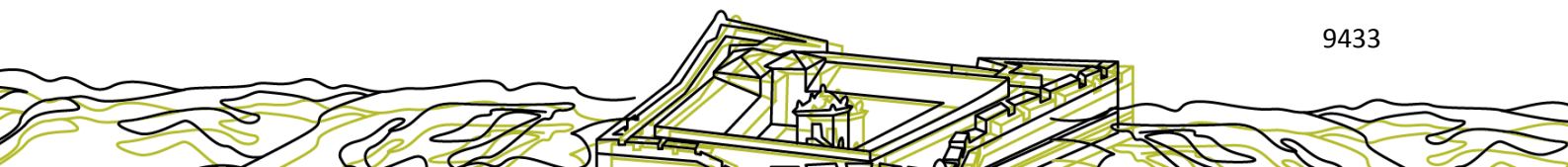
Universidade Federal de Roraima (UFRR)³

Resumo

Introdução: A infecção pelo HIV, tanto no Brasil como em Cabo Verde, vem tendo um aumento gradual de sua incidência e prevalência nos últimos anos. Nesse contexto, acredita-se que possibilitar uma vivência entre estudantes de medicina de tais contextos, voltando-se à assistência prestada pelos serviços públicos de saúde à pessoas que vivem com HIV/SIDA (PVHIV), contribuirá fortemente para a compreensão e, a longo prazo, para o aperfeiçoamento do cuidado fornecido a estes usuários. **Objetivos:** Este projeto visou criar um ambiente de união e cooperação entre a Medicina UFRN e a Medicina Uni-CV, bem como compartilhar, com estudantes de ambos os países, informações sobre prevenção e adesão ao tratamento do HIV, sobre infecções por arboviroses e malária, e as diferenças na prática médica das duas nações. Além de tudo, aponta-se como objetivo norteador a extensão dessa discussão à comunidade.

Metodologia: O projeto ocorreu de 18 a 31 de janeiro de 2018 e foi executado em quatro fases: (1) Diagnóstico inicial da realidade local; (2) Discussão e

aprofundamento teórico acerca das temáticas norteadoras do projeto; (3) Contato e atividades de educação em saúde e prevenção de agravos com profissionais de saúde e com a população local; e (4) Vivência no contexto histórico-cultural da nação cabo-



verdiana em conjunto com a comunidade acadêmica. **Resultados:** O principal resultado do projeto reside na capacidade dos estudantes de transformar a linguagem rebuscada da academia em linguagem acessível à população, tornando efetiva a educação em saúde sobre as infecções abordadas. Outro ponto importante foi que os pacientes com HIV apontaram tanto o estigma de ter a doença quanto os efeitos colaterais da medicação como os maiores entraves na manutenção do tratamento. **Conclusão:** O Djunta Med foi uma experiência única e inovadora para o processo de ensino-aprendizagem de estudantes de medicina, profissionais de saúde e a comunidade envolvida.

Palavras-chave: HIV; Internacionalização; Educação Médica.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um sério problema de saúde pública global. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2016, aproximadamente 36,7 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus, em particular, o continente africano, que corresponde a dois terços de todas as infecções.

Em 1981, foram relatados, nos Estados Unidos da América, os primeiros casos de SIDA, os quais foram diagnosticados em homens jovens homossexuais com pneumonia causada por *Pneumocystis carinii*, em Los Angeles. Em seguida, a síndrome foi descrita em hemofílicos, hemotransfundidos, usuários de drogas, parceiros sexuais de indivíduos portadores da síndrome supracitada e crianças nascidas de mães também portadoras.

Foi após o isolamento de um vírus com atividade de transcriptase reversa do linfonodo de um paciente com AIDS, em 1983, que surgiu a primeira indicação de que tal síndrome fosse desencadeada por um retrovírus. A denominação inicial deste vírus foi LAV (*Lymphadenopathy-associated virus*), posteriormente recebendo o nome de HTLV-IV (*Human T cell leukemia/lymphotropic virus type III*) e, finalmente, sendo denominado HIV-1, em 1986, pelo Comitê Internacional de Taxonomia Viral. Três anos mais tarde, um novo retrovírus nomeado HIV-2 fora isolado.

Cabo Verde (CV), localizado na costa da África Ocidental, registrou 2.885 infecções pelo HIV em 2017, com prevalência na população geral de 0,8%. A mortalidade por Aids nesse país, em 2015, foi de 12 óbitos para cada 100.000 habitantes (Comitê de Combate

à Aids - CV). Em contrapartida, o Brasil apresentou 16.371 novos diagnósticos de HIV só entre janeiro e junho/2017, e em 2016, foram 37.884 casos notificados. A prevalência na população geral é de 0,4%. Em relação à Aids, são notificados, anualmente, cerca de 40.000 novos casos, e o coeficiente de mortalidade dessa síndrome, em 2016, foi de 5,1 óbitos para cada 100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Considerando, então, a prevalência desse problema de saúde em ambos os países, e a vinda de cabo-verdianos para estudar no Brasil há décadas, pensou-se na criação de um intercâmbio entre estudantes de medicina do Brasil e os estudantes de medicina de Cabo Verde, e pela primeira vez na história, o movimento inverso também ocorreu, isto é, estudantes de medicina brasileiros cruzaram o Oceano Atlântico para aprender com os cabo-verdianos sobre o modo que Cabo Verde atende às necessidades de saúde de sua população.

Deste modo, a fim de melhor atender ao aumento recente e gradual de casos de pessoas infectadas com o HIV, nos dois países, o intercâmbio proposto constituiu uma tentativa de permitir a vivência de alunos oriundos de diferentes contextos nacionais voltada à assistência prestada pelos serviços públicos de saúde aos pacientes portadores de HIV/SIDA, contribuindo para o fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem dos alunos de graduação e, a longo prazo, o aperfeiçoamento do cuidado fornecido a estes usuários.

Outrossim, atendendo a uma demanda atual quanto às arboviroses emergentes e a um surto de malária ocorrido em Cabo Verde no passado outubro de 2017, o projeto acrescentou em sua programação a abordagem de doenças infecciosas como dengue, zika e malária junto aos estudantes, profissionais de saúde e a comunidade.

A malária, ou paludismo, é uma doença infecciosa, não contagiosa, cuja transmissão natural ocorre por meio de picadas da fêmea do *Anopheles* infectada. Os agentes etiológicos da malária são os parasitas *Plasmodium falciparum*, *P. malarie* e *P. vivax*, de modo que os mosquitos transmissores da doença são infectados, quase sempre, a partir de pessoas doentes ou apenas portadoras das formas sexuadas (gametócitos) do plasmódio. Excepcionalmente, é possível que chimpanzés, na África, e alguns macacos, nas Américas, possam ser fonte de infecção natural para o *P. malarie* e o *P. vivax* (DE CASTRO DUARTE et al., 2008; LIL et al., 2016). Mais recentemente, no sudeste asiático, têm sido registrados casos humanos graves de malária por *P. knowlesi*, um plasmódio simiano (BARBER et al., 2017).

Em Cabo Verde, a malária é caracterizada como uma enfermidade instável, com transmissão preferencialmente sazonal, de baixa endemicidade e cuja incidência varia de ano para ano. Nos últimos anos, foram registrados casos de malária autóctones e importados, com predominância na época das chuvas e após essa época. Em 2017, os casos de malária começaram a ser registrados antes da época das chuvas e de janeiro até novembro de 2017, tendo sido notificados 403 casos que constituíram um aumento significativo em relação ao ano de 2016, em que foram notificados 47 casos.

As arboviroses são causadas por um grupo de vírus ecologicamente bem definido, designado arbovírus (arthropod-borne-viruses), de forma que a maior parte desses arbovírus pertence aos gêneros *Alphavirus* (família *Togaviridae*) e *Flavivirus* (família *Flaviviridae*). A dengue especificamente é causada por qualquer um dos quatro sorotipos do flavivírus Dengue (DENV-1 a 4), ao passo que a zika é oriunda da infecção pelo vírus Zika, um vírus RNA, de sorotipo único.

Os principais vetores das arboviroses são os mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, embora, no Brasil, apenas o *Aedes aegypti* se mostre como o agente transmissor, estando disseminado por todos os estados do país, apresentando caráter urbano. Da mesma forma, em Cabo Verde, é o *Aedes aegypti* o único vetor conhecido da dengue. Já para a zika, em peculiar, vale ressaltar que é conhecida sua possível transmissão pela via sexual, por transfusão sanguínea, materno-fetal e o contato com fluídos corporais, todavia não se sabe o real protagonismo dessas vias de transmissão na propagação da infecção (GRISCHOTT et al., 2016).

Por sua vez, as taxas de infecção da dengue, segundo a OMS, respondem por mais de 100 milhões de indivíduos infectados anualmente, embora, segundo alguns estudos (BHATT et al., 2013), esse número pode estender-se para cerca de 390 milhões de casos por ano, de modo que apenas 25% desse total se manifesta clinicamente. Sua transmissão envolve mosquitos fêmeas do gênero *Aedes* que se infectam após picar indivíduos virêmicos e transferem pela picada, após replicação em seu organismo, os vírus ao indivíduo suscetível. O primeiro surto de dengue em Cabo Verde ocorreu em 2009 devido ao tipo DENV-3. Resultados de um estudo entomológico em 2014 com a população de mosquitos *Aedes aegypti* da ilha de Santiago em Cabo Verde indicam que tais vetores apresentam alta capacidade vetorial para os sorotipos DENV-2 e DENV-3, aparentando ser menos suscetível a DENV-1 e DENV-4 (MOURA et al., 2015). Quanto à zika, o primeiro caso de infecção pelo vírus em Cabo Verde foi oficialmente constatado em outubro de 2015. Um total de 7.457 casos suspeitos de zika foram notificados desde o início da epidemia até a primeira semana de março de 2016. A transmissão local

ocorreu em quatro ilhas do país: Santiago, Maio, Fogo e Boavista. Durante a epidemia foram registradas 165 grávidas com suspeita de infecção pelo vírus zika, de modo que o primeiro caso de microcefalia foi notificado na cidade da Praia em março de 2016 e, até junho do mesmo ano, registraram-se 11 casos de microcefalia.

Por fim, o nome do projeto, “Djunta”, significa, no Crioulo cabo-verdiano, “unir, aproximar, ligar, mesclar, aliar”, e o “Djunta Med” incorporou esse significado à criação de um ambiente de união e cooperação entre a Medicina UFRN e a Medicina Uni-CV, constituindo-se o primeiro intercâmbio científico-cultural entre estudantes de Medicina de Brasil e Cabo Verde. O projeto focou em compartilhar, com estudantes de ambos os países, informações sobre prevenção do HIV, adesão ao tratamento, infecções por arboviroses, malária e diferenças nas práticas médicas das duas nações e, principalmente, estender essa discussão à própria comunidade. Assim, o Djunta Med foi, também, uma oportunidade de alertar aos estudantes sobre a importância do manejo dos pacientes portadores das doenças supracitadas, sob diferentes ângulos profissionais, estudando o fluxo do usuário ao longo de um sistema de saúde e comparando-o ao de outra nação.

Metodologia

O projeto Djunta Med Brasil-Cabo Verde ocorreu no período de 17 de janeiro de 2018 a 31 de janeiro de 2018, na cidade da Praia, em Cabo Verde. Participaram do projeto vinte e um (21) estudantes cabo-verdianos - dos quais dezenove (19) são do terceiro ano do curso de medicina da Universidade de Cabo Verde (Uni-CV), uma é do atual 7º período de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e outra é do atual 9º período de medicina da Universidade Federal de Roraima (UFRR) - e treze (13) acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

As atividades do projeto foram divididas em quatro (4) fases principais: (1) Diagnóstico inicial da realidade local; (2) Discussão e aprofundamento teórico acerca das temáticas norteadoras do projeto; (3) Contato e atividades de educação em saúde e prevenção de agravos com profissionais de saúde e com a população local; e (4) Vivência no contexto histórico-cultural da nação cabo-verdiana em conjunto com a comunidade acadêmica.

A primeira etapa do projeto se deu com o acontecimento de uma reunião envolvendo todos os Diretores e enfermeiros responsáveis pelos Centros de Saúde da cidade da Praia, e um representante da Uni-CV, conduzida pela Delegada de Saúde, na qual o

projeto Djunta Med foi apresentado às autoridades de saúde da capital do país. Nessa oportunidade, foram-se discutidas metodologias para a ideal realização do projeto, bem como a possibilidade de também integrar a comunidade local como público-alvo das atividades de forma efetiva. Foi também realizada uma visita à sede do Comitê de Coordenação do Combate à SIDA (CCS-SIDA), cujo presidente e a psicóloga da Rede de Pessoas que Vivem com o VIH (PVVIH) inteiraram os estudantes intercambistas no que concerne ao funcionamento da instituição e do imprescindível trabalho que vem sendo feito, além de também terem transmitido o panorama atual da infecção e da doença no país.

Na segunda etapa, foram realizadas palestras e discussões em grupo interuniversidades acerca dos sistemas de saúde de ambos os países, permitindo uma ampla compreensão dos pontos fortes e das fragilidades desses modelos. A discussão seguiu-se com a abordagem sobre as doenças escolhidas como foco do projeto: HIV/Aids, Dengue, Zika e Malária. Aqui destaca-se que a temática prioritária do projeto foi a epidemiologia e a assistência provida pelo sistema de saúde cabo verdiano às pessoas vivendo com HIV/Aids. Apesar disso, considerou-se de extrema importância incluir nas discussões as demais afecções supracitadas, tendo em vista que as duas nações envolvidas comungam em diversos aspectos de suas epidemias, podendo daí haver uma boa troca sobre a maneira como lidam com cada uma delas. O debate sobre tais questões se deu por meio de apresentações realizadas por autoridades de saúde locais e docentes e discentes brasileiros e cabo-verdianos - residindo aí a proposta de ensino do projeto. Destarte, foram explorados variados tópicos: quadro clínico, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prevenção, além de epidemiologia, considerada como de especial interesse, no intuito de situar os estudantes acerca da realidade dos países em questão. Diante disso, vale ressaltar a contextualização histórica do princípio do combate à infecção do HIV/Aids em Cabo Verde por meio da comunicação social.

Na terceira etapa do Djunta Med, os alunos tiveram contato com os serviços de Atenção Primária à Saúde em Praia, conhecendo os centros de saúde, sua estrutura física, as equipes, os serviços disponíveis e o seu funcionamento, o que permitiu a comparação com as Unidades Básicas de Saúde no Brasil, especialmente, de Natal-RN. Cada visita foi guiada por um profissional de saúde do centro, possibilitando também que as dúvidas que surgissem fossem sanadas. Também foram realizadas intervenções sobre prevenção do HIV, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, Arboviroses e Malária com pacientes em sala de espera por meio da metodologia ativa popularmente conhecida como “Mito ou Verdade?”. Nessa dinâmica, os pacientes participantes recebiam placas com as palavras “mito” e “verdade” escritas, uma em cada lado da placa. Os alunos,

então, explicavam que seriam feitas afirmações sobre os temas acima mencionados, e que os pacientes deveriam levantar a placa com o lado “mito” se eles achavam que a afirmativa era falsa ou com o lado “verdade” se eles achavam que a afirmativa era verdadeira. Após isso, os estudantes interrogavam o porquê de se ter achado mito ou verdade, no intuito de partir do conhecimento prévio para construir a informação que se desejava transmitir. Em seguida, era feita a explicação mais detalhada, focando no aspecto principal que cada questão possuía, sendo, posteriormente, sanadas as dúvidas que ainda persistissem, sendo sempre utilizada linguagem compreensível à população geral.

Ainda na terceira fase, foi desenvolvida uma atividade de extensão, em formato de roda de conversa, com as mulheres do projeto “MULHERES POSHITIVAS”, o qual faz parte da Rede PVVH. Tal projeto é constituído por mulheres que vivem com HIV e realizam encontros periódicos para o debate sobre vários temas. Outros pacientes da rede PVVH também participaram dessa atividade, cujos temas abordados foram Boa Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida. A estrutura da roda de conversa se baseou num rito cultural tradicional proposto pelos estudantes da Uni-CV, uma vez que, o intuito era promover um espaço de troca horizontal de conhecimentos entre as pessoas da rede, profissionais de saúde e os estudantes. O encontro teve início com um “chamado”, cuja essência é atrair a atenção dos participantes utilizando a música. A seguir foi adotada uma dinâmica, em que cada participante da roda apresentava um(a) outro(a) partícipe ao grupo. Em seguida, lançou-se mão de perguntas disparadoras para dar início a conversa: “Para você o que é boa adesão ao tratamento?” e “O que significa ter qualidade de vida para você?”. A postura não impositiva e escuta atenta permitiu um ambiente de abertura e confiança. A partir dessa abordagem foi possível uma compreensão aproximada do que aquelas pessoas entendiam por boa adesão terapêutica e ter qualidade de vida. Posteriormente, a atividade foi encerrada com uma ciranda e com o Batuque (*Batuku ou Batuk*, em Crioulo cabo-verdiano, gênero musical e dança tradicional de Cabo Verde), envolvendo a integração das culturas brasileira e cabo-verdiana.

As vivências concernentes à riqueza histórica e cultural de Cabo Verde compuseram a quarta fase do intercâmbio e ocorreram cadenciadamente. O aprendizado sobre as relações entre as nações ex-integrantes do império português iniciou-se pela visita ao Centro Cultural Brasil-Cabo Verde, mantido pela Embaixada brasileira em Cabo Verde, onde os intercambistas foram recepcionados pela diretora do Centro e obtiveram um breve panorama sobre Cabo Verde, sua história, cultura e realidade, assim como dos laços existentes entre ambos os países. Lá dissertou-se sobre a semelhança de seus contextos, notadamente do Nordeste brasileiro, a qual é patente na comparação entre

as produções literárias e musicais: autores separados pelo Atlântico, sem nunca trocar palavra, expressavam a mesma dor pela migração compulsória causada pela falta d'água e pela aridez do clima. Em adição, sendo os dois países de riquíssima culinária, houve uma celebração cultural em que cada grupo ofereceu à degustação as iguarias de sua pátria. Outrossim, o grupo intercambista foi convidado a participar de um rito tradicional da cultura badia: o "Terêru da Amizadi". Ele é concebido em quatro momentos - *Sambuna*, *Nobreza*, *Lenga-lenga* e *Komersu Sabi*. *Sambuna* consiste em um chamado, que é preparado por um emissor e objetiva chamar a atenção dos participantes e prepará-los para o que virá a seguir. O momento da *Nobreza* se dá pela narração previamente pensada de um episódio significativo da história africana, podendo ser algum evento, guerra ou memória de uma personalidade importante na resistência africana e soberania do povo negro. O terceiro momento, a *Lenga-lenga*, é o de maior descontração, estando permitido todo tipo de expressão: contação de estórias e piadas, declamação de poesia, interpretação de canções, esquetes por qualquer um da roda que se sinta à vontade. O momento final é o *Komersu Sabi*, no qual alguém com maior conhecimento sobre determinado assunto é convidado a palestrar para o grupo, coordenando uma conversa aberta. Nessas circunstâncias, o grupo brasileiro pôde chegar-se um pouco mais à cultura que permeia seu cotidiano sem ser, muitas vezes, percebida.

Para mais, houve visitas a sítios históricos, como à "Cidade Velha" (Ribera Grande, Patrimônio Mundial pela UNESCO, berço da Cabo-verdianidade e das colônias do Império Português), à Fortaleza Real de São Filipe, às ruínas da Sé Catedral, à Igreja de Nossa Sr^a do Rosário, à Igreja e ao Convento de San Francisco, e ainda ao Campo de Concentração em Tarrafal de Santiago.

Resultados e Discussão

No primeiro momento, o projeto foi bem sucedido em eliciar o envolvimento dos profissionais de saúde locais, uma vez que todos os representantes dos centros de saúde da cidade da Praia estiveram na reunião inicial e abraçaram os objetivos propostos. Contando com o apoio desses profissionais, os discentes brasileiros e cabo-verdianos conseguiram conhecer o cenário local de Atenção Primária à Saúde por meio de visitas a cinco dos seis Centros de Saúde da capital e ao Centro de Saúde de Cidade Velha.

A partir do discurso destes representantes, depreendeu-se que, devido ao fato de os estudantes de medicina do terceiro ano da Uni-CV serem a primeira turma a ser formada em Cabo Verde, a população não está preparada para a presença de acadêmicos de medicina nos serviços públicos de saúde.

Dando seguimento, Brasil e Cabo Verde apresentaram os cenários epidemiológicos da infecção pelo HIV, os quais se assemelham, com uma prevalência na população geral de 0,4% e 0,8%, respectivamente. Foi produto das discussões a constatação de que Cabo Verde tem tido efetividade nas suas políticas públicas de controle de epidemias, contando com grande envolvimento da população.

Um dos principais resultados do projeto reside na capacidade dos estudantes de transformar a linguagem rebuscada da academia em linguagem acessível à população, tornando efetiva a educação em saúde. O Djunta Med foi responsável por promover o primeiro contato dos estudantes de medicina cabo-verdianos, durante a graduação, com a população a qual irão prestar cuidados. Aqui, soma-se a criação a posteriori de um grupo de trabalho, fundado pelos acadêmicos da Uni-CV, com o intuito de manter projetos de educação em saúde, de forma a expandir o conhecimento além dos muros universitários, levando-o também para a comunidade local.

Ademais, a atividade de extensão “Mito ou verdade?” foi desenvolvida em cinco (5) centros de saúde e atingiram aproximadamente 160 pessoas, resultando em uma forma efetiva de transmitir informações e elucidar dúvidas da população sobre as doenças marcantes do cenário epidemiológico local.

Já em relação às atividades desenvolvidas com pessoas que vivem com HIV, foram identificados alguns desafios existentes no contexto da atenção à saúde dessa população: durante conversa com esses indivíduos, foi relatada a dificuldade que ainda existe quanto ao estigma da doença. Muitos ainda têm de esconder sua condição soropositiva de parentes e da comunidade, o que resulta em evasão do atendimento médico por medo de exposição. Curiosamente, vale salientar que as pessoas que frequentam grupos de apoio, como o chamado “MULHERES POSHITIVAS”, beneficiaram-se fortemente de acompanhamento interdisciplinar na atenção primária, o que aumenta a conexão humana dos participantes, aceitação pessoal e motivação para a vida. Os pacientes com HIV apontaram tanto o estigma de ter a doença quanto os efeitos colaterais da medicação como os maiores entraves na manutenção do tratamento. Aqui, cabe ressaltar a importância da rede do PVVIH, que ajuda a combater o tabu em torno do HIV na sociedade e a acompanhar de forma interdisciplinar esses pacientes, além de promover o empoderamento das PVVIH. Isso, por sua vez, estimula a autoestima e

contribui para a aceitação do diagnóstico, repercutindo, portanto, em uma boa adesão ao tratamento.

Ao longo do período da vivência, notou-se que o fato da assistência às PVVIH ter lugar na Atenção Primária facilita o acompanhamento e a qualidade do acesso aos serviços de saúde. Em contraste, no Brasil a assistência é predominantemente prestada em serviços especializados, o que pode contribuir para manter o estigma relacionada à infecção, uma vez que soa de certa forma segregativa.

Por fim, outro ponto importante que deve ser mencionado diz respeito à interação que houve entre os estudantes de medicina brasileiros e os cabo-verdianos. A troca de experiências foi bastante positiva e permitiu aprendizados bilateralmente, em especial, aos anfitriões que, até então, não haviam tido contato direto com a comunidade. Devido à implementação recente do curso médico, o contato com o paciente apenas se dá tardiamente em comparação à realidade brasileira, na qual desde os primeiros períodos do curso existe amplo espaço para essa prática, dentro ou fora da estrutura curricular obrigatória.

Conclusão/Considerações Finais

O projeto Djunta Med representa uma experiência única e inovadora para o processo de ensino-aprendizagem de estudantes de medicina, profissionais de saúde e a comunidade envolvida. Tais agentes participantes puderam compartilhar e refletir sobre valores imateriais e estigmas culturais, diversidade na prática médica e o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias em diversos contextos profissionais. Foi, assim, uma oportunidade singular de aprendizado e extensão à sociedade civil, de permuta de experiências e vivências entre indivíduos de nações distintas, bem como um contato valioso entre duas escolas médicas e seus princípios orientadores na formação dos alunos. Foi possível, desse modo, despertar o interesse dos estudantes em atuar como promotores de atividades práticas em saúde, fazendo com que eles percebessem que podem intervir e causar impacto social ainda durante o curso da graduação.

Uma vez que a cooperação no setor da saúde entre Brasil e Cabo Verde existe desde os primeiros anos do pós-independência deste último país, o Djunta Med também mostrou-se capaz de impulsionar o já vigente processo de dialética internacional, presente, por exemplo, no atual cenário em que o Brasil se interpõe como principal parceiro de Cabo

Verde para a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV, isso desde 2005. Por conseguinte, o projeto em questão acaba por, ainda mais, estreitar os laços entre esses dois países, abrindo novamente espaço para maneiras inovadoras de cooperação no futuro.

No contexto do controle de epidemias em Cabo Verde, pode-se afirmar, a partir das discussões e vivências, que a insularidade do país constitui um fator positivo no controle das epidemias, embora seja uma das maiores entraves na efetivação do acesso universal ao sistema de saúde.

Quanto ao futuro, o projeto objetiva incluir as atividades desenvolvidas nesta primeira edição em diferentes cenários, como escolas e universidades, com o propósito de alcançar crescentemente jovens cidadãos. Busca, também, estabelecer-se no Brasil em sua segunda edição, e posteriormente em outros países lusófonos. Acredita-se, por fim, que a educação médica é um processo de qualificação profissional extremamente beneficiado quando há troca, partilha, construção de conhecimentos e perspectivas entre indivíduos de diferentes contextos. Isso foi o que a experiência do Djunta Med prontamente representou para os envolvidos.

Referências

1. VERONESI et al (Ed.). Tratado de Infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. 2489 p.
2. TAVARES W.; Marinho L.A.C. Rotinas de Diagnósticos e Tratamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ª. ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2015.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico HIV-Aids . Brasil, 2015.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasil , 2013.
5. OMS. Global Aids Up Date , 2016.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL. Protocolo de Terapêutica Antirretroviral . Cabo Verde, 2015.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL. ; Serviço de Vigilância Integrada e Resposta a Epidemias (SVIRE) Evolução do Surto de Infecção pelo

- Vírus Zika da semana 41 de 2015 a semana 02 de 2016 em Cabo Verde, Cabo Verde, 2016
8. MOURA, Aires Januário Fernandes Da e colab. Vector competence of the *Aedes aegypti* population from Santiago Island, Cape Verde, to different serotypes of dengue virus. *Parasites & Vectors*, v. 8, n. 1, p. 114, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13071-015-0706-8>>.
 9. LUZ K. G.; Santos G. I. V.; Vieira R. M. Febre pelo vírus Zika. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(4):785-788, out-dez 2015
 10. BAUD D.; Gubler D. J. ;Schaub B., Lanteri M. C; Musso D. An update on Zika virus infection. *Lancet* 2017; 390: 2099–109 Published Online June 21, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31450-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31450-2)
 11. DONALISIO M. R., Freitas A. R. R. ; Zuben A. P. B. V. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública . *Rev Saúde Pública* 2017;51:30
 12. BHATT, Samir e colab. The global distribution and burden of dengue. *Nature*, v. 496, p. 504, 7 Abr 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/nature12060>>.
 13. GRISCHOTT, Franca e colab. Non-vector-borne transmission of Zika virus: A systematic review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, doi: 10.1016/j.tmaid.2016.07.002, v. 14, n. 4, p. 313–330, 1 Abr 2018.
 14. BARBER, Bridget E e colab. World Malaria Report: time to acknowledge *Plasmodium knowlesi* malaria. *Malaria Journal*, v. 16, n. 1, p. 135, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12936-017-1787-y>>.
 15. LIU, Weimin e colab. Multigenomic Delineation of *Plasmodium* Species of the *Laverania* Subgenus Infecting Wild-Living Chimpanzees and Gorillas. *Genome Biology and Evolution*, v. 8, n. 6, p. 1929–1939, 11 Jun 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943199/>>.
 16. DE CASTRO DUARTE, Ana Maria Ribeiro e colab. Natural *Plasmodium* infections in Brazilian wild monkeys: Reservoirs for human infections? *Acta Tropica*, v. 107, n. 2, p. 179–185, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001706X08001654>>.

ANSIOLÍTICOS E ANTIDEPRESSIVOS: UM CLAMOR PELA INDEPENDÊNCIA

Área Temática: Saúde.

Paulo Maurício Oliveira Vieira¹; Lydiane Coelho de Macedo Andrade²; Victória Maria Amorim Romualdo³; Julia Serpa Miranda⁴

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ).

Resumo

INTRODUÇÃO: No século XXI, o sofrimento psíquico ocupa um lugar inédito sendo considerado como o "Mal do Século". A medicalização social do sofrimento humano é um grande desafio para os serviços de atenção à saúde, visto que a depressão e a ansiedade apresentam alta prevalência em pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde. **OBJETIVO:** Abordar questões da medicalização excessiva de pacientes com quadro de depressão e ansiedade assistidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e propor um tratamento complementar fundamentado na Medicina Antroposófica (MA). **MÉTODOS:** Com a participação de três acadêmicas do curso de Medicina, o programa foi dividido em duas fases, sendo a primeira correspondente ao treinamento de ESFs e a segunda, ao trabalho com os usuários de ansiolíticos e antidepressivos, adscritos em três equipes das ESFs. Na segunda fase, os interessados participaram de uma reunião explicativa e de uma consulta médica individual, sendo, em seguida, divididos em três grupos com acompanhamento semanal em trabalho biográfico, fundamentado na técnica proposta por Burkhard. A medicação antroposófica foi introduzida para todos os pacientes. **RESULTADOS:** Na primeira fase não houve adesão das quatro equipes das ESFs e, na segunda fase do programa, voluntariaram-se treze pessoas. Destes, 5 dos voluntários, tiveram diagnóstico de depressão maior a partir dos critérios do DSM-V. Após 1 ano e 4 meses, apenas 2 das participantes ainda tinham diagnóstico de depressão, sendo ambos os casos correspondentes a quadros compatíveis com

¹ Universidade Federal de São João del-Rei, Medicina.

² Universidade Federal de São João del-Rei, Medicina.

³ Universidade Federal de São João del-Rei, Medicina.

⁴ Universidade Federal de São João del-Rei, Medicina.

transtorno bipolar. A redução do uso de ansiolíticos ou antidepressivos ocorreu com 6 das participantes até o fim do programa. **CONCLUSÃO:** Este programa foi um exercício de um novo olhar, valorizando o ser humano em sua integralidade, por meio da MA. A inserção dos alunos nesse contexto, ampliou a sua visão da medicina e do conhecimento de outra racionalidade médica.

Palavras-chave: Medicina Antroposófica; Depressão; Ansiedade; Desmedicalização, Biografia Antroposófica

Introdução

A depressão pode ser enquadrada como síndrome, quando caracterizada como as alterações do humor associadas a alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Enquanto doença, ela é classificada como: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros (DEL PORTO, 1999). Já a ansiedade está relacionada a um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, sensação que precede o perigo com tensão e desconforto (CASTILLO et. AL. 2000).

No século XXI, o sofrimento psíquico ocupa um lugar inédito sendo considerado como o "Mal do Século". A Psiquiatria é a principal responsável por isso, uma vez que, com a extinção dos manicômios, a Psiquiatria foi para os consultórios privados, para os serviços de saúde comunitários, para a cultura cotidiana e para a mídia (PEREIRA, 2011), sem falar que a prescrição de psicofármacos é feita agora por qualquer médico, seja ele profissional da atenção primária, da Cardiologia, Geriatria, Dermatologia, Ortopedia, Oftalmologia, etc. (FREITAS e AMARANTES, 2015).

Transformar sintomas mentais em doenças implica em atendimento médico, e este vem seguido de medicação, a qual, por sua vez, tem uma estreita ligação com a indústria farmacêutica, que cria remédios para a cura das doenças psíquicas sancionadas pelos médicos. Doenças psíquicas passam a ser resultantes dos interesses corporativos da Medicina Mental e da indústria farmacêutica: "a estratégia mercadológica dessa aliança é transformar formas de pensar, sentir e agir em fenômenos com causalidade biológica particularmente originada do cérebro" (FREITAS e AMARANTES, 2015).

A Biomedicina ganha força apoiada na teoria do desequilíbrio químico. Moléculas neurotransmissoras das sinapses nervosas, como a serotonina, noradrenalina e/ou dopamina, em quantidades alteradas, causam os transtornos mentais e serão corrigidas com medicações (FREITAS e AMARANTES, 2015; PEREIRA, 2011).

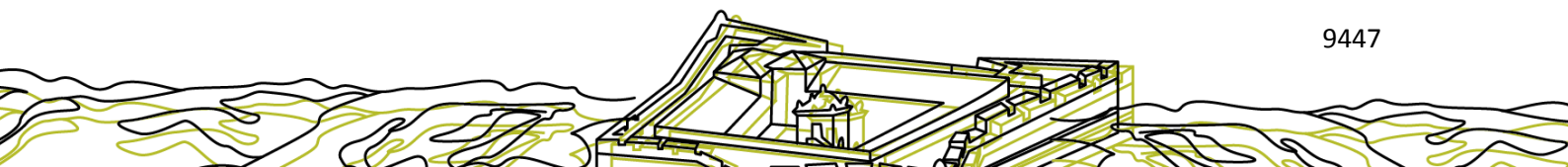
Segundo Pérez (2002), o médico, inconscientemente, inicia intervenções clínicas em cascata, às vezes necessárias, porém muitas vezes dispensáveis e difíceis de cessar. O paciente e a sociedade que pressionam, creem que o médico, que atua como verdadeiro agente do paciente, ao final toma sempre a melhor decisão em seu nome. Cabe ao médico a decisão do normal e do patológico, constituindo assim uma atitude mantenedora da prática centrada no poder médico.

Dentre os muitos significados assumidos pela palavra medicalização, utilizaremos o conceito de Conrad (2007), que descreve a medicalização como “um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos e são considerados doenças e distúrbios” (CONRAD, 2007).

Dentre as categorias de problemas não médicos transformados em problemas médicos, os autores descrevem: distúrbios mentais (insônia, tristeza, ansiedade, nervosismo, angústia, timidez, transtornos de estresse pós-traumáticos, fobia social), alcoolismo e uso de drogas tornadas ilícitas, distúrbios alimentares, diferenças sexuais e de gênero, disfunção sexual, dificuldades de aprendizagem, hiperatividade, abuso sexual e comportamentos antes considerados imorais, pecaminosos ou criminosos transformados em doenças. Hoje aceita-se como normal a medicalização do luto, da menstruação, do controle da fertilidade, da menopausa, da memória, do nascimento, do envelhecimento e da morte (CONRAD, 2007; MENDONÇA, 2008; ZORZANELLI, 2014).

A incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos sistemas nacionais de saúde de diversos países começou a ser recomendada no fim da década de 1970. Em nosso país, a institucionalização dessas abordagens teve início na década de 1970 através de experiências focais e isoladas. Após a criação do SUS em 1988, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas locais, vindo a implantar as experiências pioneiras. Em 2006, foi consolidada a PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) (BENEVIDES, 2012). Nesta política, foi incluída a Medicina Antroposófica (MA).

A Medicina Antroposófica é uma prática de assistência à saúde interdisciplinar, fundamentada na Antroposofia e sistematizada por Rudolf Steiner (1861-1925) no início do século XX. Estuda a relação do ser humano com a natureza e o cosmos, oferecendo



uma forma de compreensão e resgate dessa relação (GREUEL, 1994). A palavra Antroposofia deriva do grego *antrophos* (homem) *sophia* (sabedoria). É uma filosofia que estuda a relação do ser humano com a natureza, com os planetas, com as constelações e com os seres espirituais (GREUEL, 1994). Seus estudos demonstram como o ser humano pode ser avaliado através do que chamam de quadrimembração, trimembração e ritmos da história de vida, a biografia. Para Steiner (1988) o ser humano é dividido em quatro corpos. Essa divisão mostra a relação do ser humano com os reinos que o cercam: corpo físico, que tem relação com o reino mineral; corpo vital, relacionado ao reino vegetal; corpo astral ou emocional, que mantém uma relação com o reino animal, e um corpo comum somente ao ser humano, que Steiner chama de Corpo do Eu ou Espírito Humano - eis aqui o esclarecimento do que vem a ser espiritual, na concepção antroposófica. O espírito humano refere-se à capacidade dos seres humanos desenvolverem um pensamento consciente, o que os diferencia do reino animal (Steiner, 1988).

A MA utiliza desses conhecimentos para o diagnóstico e a intervenção terapêutica. Um indivíduo que adoece pode ter um comprometimento nas suas forças vitais e estas, por sua vez, podem ter sido comprometidas por um agravo emocional, ou seja, uma expressão do corpo emocional. A dificuldade de lidar com a situação estressora é atribuída a uma intervenção fraca do Eu, no sentido de ter-se uma dificuldade de consciência dos fatores envolvidos no adoecimento e no seu enfrentamento (WOLF, 1978).

Por trimembração – outro conceito da MA – entende-se a divisão do corpo humano em três partes ou sistemas: Sistema Neurosensorial, Sistema Rítmico e Sistema Metabólico e dos Membros. O Sistema Rítmico faz o equilíbrio entre o polo superior (Sistema Neurosensorial) e o polo inferior (Sistema Metabólico e dos Membros). Observando a trimembração pelo aspecto físico, as patologias ou sintomas podem ser atribuídas à predominância de um polo sobre o outro (HAUSCHKA, 1985). O diagnóstico, por meio da trimembração, direciona a conduta terapêutica, diminuindo a intervenção de um polo ou reforçando o polo enfraquecido. Como exemplo podemos citar a enxaqueca que, para a MA, é a invasão do polo metabólico no neurosensorial, provocando a dor. Pode-se observar, como fatores causais, determinados tipos de alimentos, períodos do ciclo menstrual, ansiedade, entre outros. Neste caso, várias terapêuticas podem ser sugeridas, como medicamentos naturais em forma de chás, medicamentos homeopáticos, terapias externas como o escaldapés, eurritmia (terapia do movimento) etc. (GUELMAN, 2013).

Para a MA a doença pode ser compreendida como um sintoma de uma enfermidade muito mais essencial: um esquecimento de si. O doente seria o autor de sua doença, buscando, através dela, o restabelecimento do equilíbrio físico, psíquico e espiritual. Nessa concepção, é reconhecido que todo ser humano possui em si o poder da cura e do restabelecimento. A responsabilidade do médico e do terapeuta é estimular este poder (MORAES, 2007).

As Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, homologadas em 2001 e ampliada em 2014, têm como premissas a integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativas nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes no processo do conhecimento (NOGUEIRA, 2009).

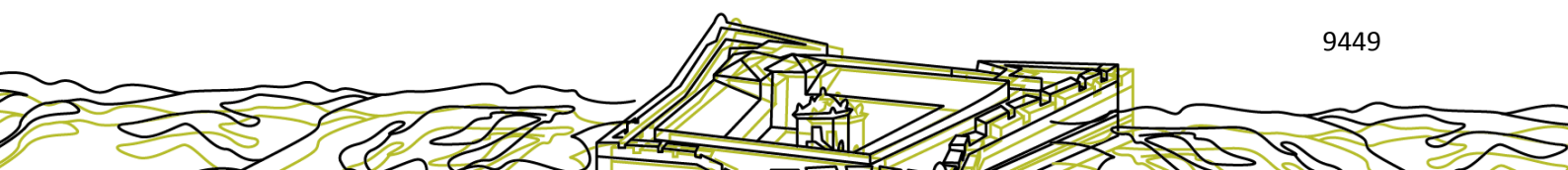
A partir do cenário exposto, o projeto de extensão visa abordar questões da medicalização excessiva de pacientes com quadro de depressão e ansiedade assistidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e propor um tratamento complementar fundamentado na Medicina Antroposófica (MA).

Na prática de assistência das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de São João del-Rei MG, observa-se uma atividade que deixa os profissionais de saúde em estado de angústia frente a um problema de difícil solução: o dia de receita azul, ou seja, a prescrição de medicamentos controlados para pacientes com quadro de depressão e ansiedade.

Na rede de assistência à saúde do município existe um Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares: O Centro de Referência em Medicina Antroposófica (CRMA). Este centro é referência para as ESFs e muitos pacientes com transtorno de humor são tratados de forma complementar, usufruindo da manipulação de medicamentos antroposóficos, produzidos na farmácia do município, assim como de terapias não medicamentosas.

O Centro de Referência em Medicina Antroposófica (CRMA) é também um campo de estágio para alunos de Medicina da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ) e, a partir de 2016, foi integrado ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX).

Vinculado ao Departamento de Medicina (DEMED) da UFSJ, o Programa de Extensão teve como objetivo geral desenvolver a prática de prevenção quaternária para pacientes com ansiedade e depressão, assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família no



município de São João del Rei, através de tratamento complementar fundamentado na Medicina Antroposófica, como alternativa ao tratamento alopático. Seu caráter extensionista teve como objetivos específicos estimular o trabalho em equipe de saúde com ênfase na transdisciplinaridade; introduzir nas ESFs de São João del Rei-MG Práticas Integrativas e Complementares fundamentadas na MA; garantir a longitudinalidade e a integralidade da assistência à saúde, baseado nos princípios do SUS.

Metodologia

Em 2016, com a participação de três acadêmicas do curso de Medicina, o programa foi dividido em duas fases, sendo a primeira correspondente ao treinamento de ESFs e a segunda o trabalho com os usuários de ansiolíticos e antidepressivos adscritos em três equipes das ESFs.

As atividades da primeira fase foram desenvolvidas com quatro equipes de ESF, divididos em dois grupos de acordo com o bairro, sendo três equipes no bairro 1 e uma equipe no bairro 2. Em ambos os grupos toda a equipe foi convidada a participar das atividades e realizaram atividades de sensibilização para o tema do cuidado e treinamento em terapias externas, no entanto o grupo do bairro 2 participou de exposições teóricas sobre MA, demandada pelos mesmos.

O treinamento foi feito no serviço, com discussão teórica dos fundamentos da medicina antroposófica, trabalho com grupos operativos, fundamentado na educação popular em saúde. Inicialmente, foram feitas palestras expositivas explicando os princípios da MA. Foi realizada atividade de sensibilização, com enfoque no cuidado ao cuidador, fazendo com que os participantes sentissem e compreendessem a importância do cuidado aos outros e a eles mesmos. Depois, os profissionais participaram de uma vivência fundamentada na MA como pacientes. Em seguida, observaram uma demonstração de realização da técnica de compressas feita por uma agente comunitária de saúde (ACS) já integrante do Centro de Referência em Medicina Antroposófica há muitos anos. As equipes receberam treinamento para realização das terapias externas, sendo elas o escalda-pés, o deslizamento de óleos e o pentagrama (este último consistindo no deslizamento de óleo localizado em cabeça, membros superiores e inferiores).

Juntamente às equipes pactuou-se também estratégias de divulgação e convite para o público alvo do projeto (usuários de ansiolíticos e antidepressivos). Os pacientes

interessados foram convidados a uma reunião explicativa sobre o programa e o assunto em questão. Para aqueles que se voluntariaram foram agendadas consultas médicas individuais, realizadas por alunos treinados na abordagem sistêmica ampliada pela MA.

Na segunda parte do Programa se buscou realizar o acompanhamento de usuários; inicialmente realizou-se uma reunião na qual foi feita uma sensibilização, assim como no treinamento com as equipes, e explicação acerca da metodologia. A partir dessa ação, as pessoas interessadas se voluntariaram a participar do programa, sendo agendada consulta individual para os participantes.

Na consulta, o problema de saúde foi abordado com base na narrativa de McGill-Mini, na qual o paciente tem fala livre, com abordagem ampla do processo de adoecimento. Segundo SOUZA et. al. (2014), tal entrevista é um roteiro semiestruturado de caráter qualitativo, que gera a produção de narrativas acerca do adoecimento ou qualquer problema ou evento relacionados à saúde.

Além disso, foram prescritos quatro medicamentos antroposóficos, que poderiam ser usados concomitantes aos medicamentos alopáticos, até que os mesmos fossem retirados de forma correta.

Após essas consultas, iniciou-se o grupo terapêutico. Os participantes foram divididos em 3 pequenos grupos de cerca de 4 pessoas cada, sendo que, a cada encontro, era trabalhado um setênio da vida, a partir do qual era realizada uma atividade artística (pintura com aquarela ou giz de cera de abelha em papel A3) e uma explanação das questões mais importantes relativas à vida de cada um. Utilizamos o Método de Trabalho Biográfico desenvolvido por Gudrun K. Burkhard (1929-). Neste método seguimos a visão da Antroposofia que, divide a vida humana em ciclos de sete anos (BURKHARD, 1998).

Resultados e Discussão

Na primeira fase do programa pode-se observar diferenças no treinamento dos grupos em 3 parâmetros principais: público-alvo, número de reuniões e conteúdo das reuniões. No bairro 1 apenas as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) participaram dos encontros, enquanto no bairro 2 toda a participação foi de toda a equipe. Além disso, houve mais reuniões com o bairro 2, devido ao interesse no aprendizado teórico e prático demonstrado pelos mesmos. No entanto, nenhuma equipe deu continuidade ao

trabalho. No bairro 1, a equipe relatou sobrecarga de trabalho e insegurança com a situação profissional, além da falta de apoio de enfermeira e médicos. No bairro 2, a demanda surgiu da médica da equipe, o que gerou um maior envolvimento da mesma; além disso, alguns profissionais demonstraram-se abertos e interessados pela racionalidade médica diferente da tradicional, sendo ambos esses fatores possíveis causas do maior envolvimento da segunda equipe. No entanto, sendo somente a médica a principal interessada, estava visível o pouco interesse da enfermeira e a resistência de alguns dos agentes comunitários de saúde em fazer uma atividade diferente das suas atribuições institucionais de praxe. Além disso, ambas as equipes alegaram, principalmente, a falta de material, o aumento das atribuições no trabalho e a falta de tempo.

Na segunda fase do programa, voluntariaram-se treze pessoas, sendo doze mulheres e um homem. Analisando o perfil dos participantes, constatamos que todos tinham uma baixa condição socioeconômica, sendo a maior renda a de dois salários mínimos. A maioria era idosa (54%), negra (54%), mulher (92%) e de baixa escolaridade (54% não concluíram o Ensino Fundamental). Dos 13 participantes iniciais, 7 permaneceram até o fim do programa, sendo todas mulheres.

No início, maio 2016, 5 (83%) dos voluntários tiveram diagnóstico de depressão maior a partir dos critérios do DSM-V. Após 1 ano e 4 meses, em setembro 2017, apenas 2 (29%) das participantes que permaneceram no programa tinham diagnóstico de depressão. No entanto, os 2 casos refratários correspondem a voluntárias com quadros compatíveis com transtorno bipolar, sendo a depressão constituinte dos quadros clássicos da afecção e de difícil resolução clínica. Outro dado relevante é de que somente essas mesmas participantes continuaram fazendo uso de medicamentos antroposóficos, retornando ao serviço de MA, em julho de 2017.

A redução do uso de ansiolíticos ou antidepressivos ocorreu com 6 (86%) das participantes, até o fim do programa, os quais reduziram o uso de medicamentos. Os casos de não redução estavam relacionados à existência de transtornos psicóticos.

Outros resultados relatados pela maioria das participantes foi uma melhora significativa de seu estado emocional, da qualidade de vida e da satisfação pessoal. Uma parte das pessoas relatou maior compreensão dos próprios processos de adoecimento.

Ao avaliarmos os resultados encontrados na consulta de retorno em 2017, observamos que a análise dos dados e da situação clínica das pacientes foi prejudicada pela ineficácia de alguns instrumentos, que sofreram interferência de outras questões

médicas e sociais. Por exemplo, uma participante julgou que sua saúde estava pior naquela data que há um ano. Apesar da melhora dos sintomas mentais, devido ao maior cuidado com a saúde, foi diagnosticada com cardiopatia e diabetes.

Os participantes do estudo, de modo geral, estavam em situação de vulnerabilidade social, enfrentando questões de difícil resolução, como questões judiciais, de violência, de saúde e familiares. A comunicação entre os extensionistas e as participantes do programa não foi de todo efetiva, visto que algumas participantes não reconheceram a possibilidade de permanência no tratamento no CRMA, após o fim do programa. Talvez, devido à falha na comunicação, somente uma pessoa do grupo continuou vinculada ao CRMA, participando de outras atividades ofertadas. Outras continuaram o uso da medicação antroposófica, e ainda outras descontinuaram o vínculo por completo.

Conclusão/Considerações Finais

Vivemos em uma época em que a predomina ideia segundo a qual a abordagem do sofrimento psíquico pode e deve ser curado com drogas, inclusive conflitos sociais, enquanto a autonomia e o poder do paciente sobre a própria vida são deixados em segundo plano. Dessa forma, o empoderamento do paciente sobre sua vida e a escuta de suas aflições muitas vezes basta para aumentar a resolubilidade dos casos, quando associados a outros recursos terapêuticos.

Atividades coletivas de educação em saúde podem ser enriquecidas com o conhecimento filosófico antroposófico, estimulando os indivíduos a assumirem uma nova postura de vida através da valorização do seu caminho na vida, sua biografia, o significado dos encontros interpessoais, a busca para a realização de metas e a mudança do estilo de vida. Neste aspecto, a contribuição da medicina antroposófica com trabalhos individuais e coletivos aponta para um novo paradigma de saúde, ampliando reflexões e mudanças de atitudes, tanto da clientela como da equipe de trabalho, tornando o ser humano valorizado em sua totalidade e como unidade.

Este projeto de extensão foi um exercício de um novo olhar, de novos modos de abordagens dos chamados "problemas mentais". A cada encontro desvenda-se o mistério do ser humano através da acolhida amorosa, do respeito e da escuta do sujeito considerado senhor do seu destino.

Referências

- BENEVIDES, I. Inserção da medicina antroposófica no Sistema Único de Saúde: aspectos históricos, marcos normativos e desafios para sua implementação. **Arte Médica Ampliada**. 2012, v. 32, n.1.
- BURKHARD, Gudrun K. **Bases Antroposóficas da Metodologia Biográfica: a biografia diurna**. São Paulo: Antroposófica, 2002.
- BURKHARD, K. Gudrum. **O trabalho biográfico como trabalho de iniciação**. Arte Médica Ampliada/Sociedade Brasileira de Médicos Antroposóficos. São Paulo: 1992
- BOTSARIS,A; MEKLER, T. **Medicina Complementar: Vantagens e questionamentos sobre as terapias não convencionais**. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- CASTILLO, Ana Regina GL; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R and MANFRO, Gisele G. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2000, vol.22, suppl.2, pp. 2023. ISSN 1809-452X.
- CONRAD, P.(2007). **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore, Maryland, USA: The Johns Hopkins University Press.
- DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 1999, vol.21, suppl.1, pp. 06-11. ISSN 1809-452X.



ESP-MG. Caderno de práticas integrativas e complementares do SUS/MG: formação de apoiadores, experiências e conceitos./ Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2014.

FREITAS, F., AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GHELMAN, R. Dor sob a visão da antroposofia aplicada a saúde. **Rev. Arte Médica Ampliada**, 33(3), 125-127. (2013).

GREUEL, M.V. **A obra de Rudolf Steiner**. São Paulo: Edições Arte e Ciência, Editora antroposófica (1994).

HAUSCHKA, M.. **Massagem rítmica** .São Paulo:Associação Beneficente Tobias(1985).

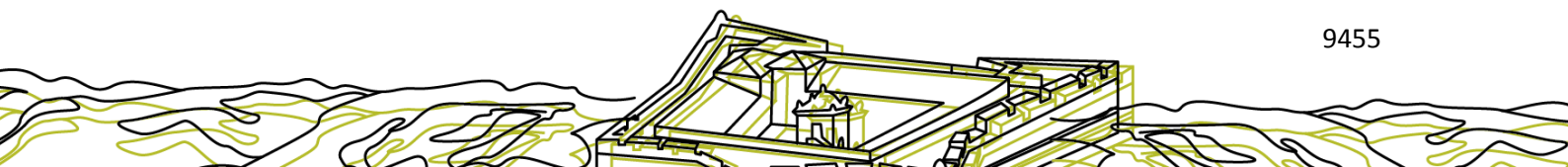
LUZ, M.T., Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

MENDONÇA, R.T., CARVALHO, A.C.D. de, VIEIRA, E.M., & ADORNO, R. de C.F.

(2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde e**

Sociedade, 17(2), 95-106. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200010>

MORAES, W.A.. **As bases epistemológicas da medicina ampliada pela antroposofia**. São Paulo: ABMA(2007).





NOGUEIRA, M.I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 2, p. 262-270, jun. 2009.

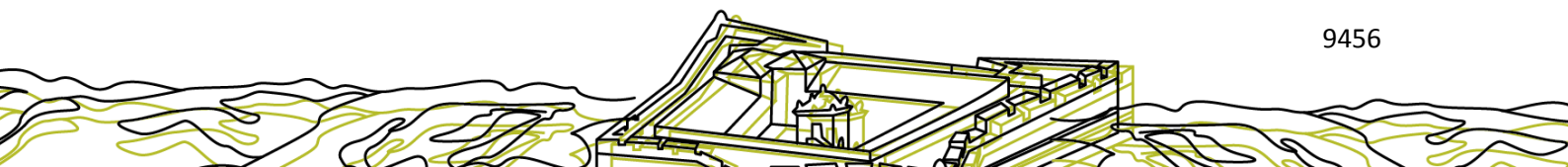
PEREIRA, L.. O trabalho em causa na “epidemia depressiva”. **Tempo Social**, 23(1), 67-95. (2011) <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702011000100004>

SOUZA, A. N. et. al. A Narrativa de Adoecimento e as Práticas Formativas na construção da Realidade Clínica. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 47-57. Dez. 2014.

STEINER, R. . **Teosofia: Introdução ao conhecimento suprasensível do mundo e do destino humano**. São Paulo:Antroposófica, 1988.

WOLFF, O., HUSEMANN, F.. **A imagem do homem como base da arte médica**. São Paulo: Editora Resenha Universitária Ltda(1978).

ZORZANELLI, R.T., ORTEGA, F., BEZERRA J., B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6), 1859-1868. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>



A ATIVIDADE DE EXTENSÃO E A FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Área Temática: Saúde

Izamara Pereira Paterra¹; Mirela Oliveira Figueiredo²

Instituição: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Resumo

A extensão universitária exerce papel de extrema importância na comunicação entre universidade e comunidade. Os projetos de extensão universitária do curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) tem sido realizados desde a fundação do curso em 1978, constituindo-se uma das atribuições docente. O presente trabalho teve por objetivo investigar a função da atividade de extensão na formação do profissional terapeuta ocupacional de acordo com o relato de docentes e discentes do curso de terapia ocupacional da UFSCar. Segundo os relatos dos docentes, a extensão universitária tem uma função extremamente positiva para a formação do discente, pois possibilita o exercício do relacionar-se com o outro, em seu contexto e suas demandas. Com isso, as atividades de extensão favorecem a autorreflexão, o questionamento do papel do profissional na sociedade e o pensar relativo às estratégias para a resolução de distintos problemas. Os estudantes confirmam que estar em contato com a realidade da comunidade é essencial para que haja crescimento profissional, além disso, destacam ainda a possibilidade de crescimento pessoal. Os docentes também relataram que as atividades de extensão propiciam o ensino prático e está atrelada com a pesquisa favorecendo por um lado a prestação de serviço(s) antes inexistente(s) e por outro a produção e disseminação de conhecimento científico. Conclui-se que a atividade de extensão promovida por docentes do curso de terapia ocupacional da UFSCar se mostrou uma ferramenta potente na transformação da formação profissional, uma vez que oferece subsídios teóricos e campo para a prática, extrapolando o ensino em sala de aula.

Palavras-chave: Extensão universitária; Formação; Terapia ocupacional.

¹UFSCar, Depto. Terapia Ocupacional e agência de financiamento (se houver) do Autor 1.

²UFSCar, Depto. Terapia Ocupacional.

Introdução

O curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) iniciou em 1978 e o corpo docente tem, ao longo dos anos, realizado diversas atividades de extensão. Têm-se o registro de que apenas nos últimos 17 anos foram concretizadas 391 atividades de extensão por docentes do Departamento de Terapia Ocupacional (DTO) da UFSCar (PATERRA; FIGUEIREDO; SILVA, 2015).

Tal fato deve-se por um lado a extensão universitária constituir uma das atribuições dos docentes na UFSCar havendo uma política para a sua realização de forma indissociável com o ensino e com a pesquisa (UFSCAR, 2016).

Por outro lado, o ensino em terapia ocupacional requer conhecimentos teóricos e práticos, envolvendo não apenas o docente e o aluno, como também os sujeitos considerados alvo da intervenção terapêutica ocupacional (pacientes, usuários, clientes, indivíduos e/ou outros coletivos). Assim, as atividades de extensão voltadas ao atendimento da população se tornou uma prática recorrente no curso de terapia ocupacional, pois favorece o ensino por meio da prática e de suas respectivas teorias (PATERRA, FIGUEIREDO, SILVA, 2015).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da saúde nascem em 2001, a partir do entendimento que os profissionais de saúde precisavam de uma formação geral, mais humanista e crítico reflexiva, capaz de atuar de acordo com as necessidades emergentes do campo prático, enfrentando os desafios propostos, principalmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (DE ALMEIDA, 2007). As DCNs tem como um de seus princípios “fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão” (BRASIL, 2001, p. 3).

A definição das DCNs foi um salto para a formação em saúde, uma vez que estabelecem habilidades e competências gerais e específicas para cada profissional, assim como horas mínimas de estágio e atividades complementares. Por outro lado, se torna um desafio para algumas instituições de ensino, uma vez que a prática se torna um cenário essencial para alcançar a formação proposta.

A transformação da prática profissional se dá a partir da formação, essa deve ser capaz de aproximar os profissionais da realidade e das necessidades da população e dos serviços onde estão inseridos. Espera-se que a formação seja voltada para as relações sociais, onde todos – docentes, trabalhadores, usuários dos serviços de saúde e outros profissionais da saúde – são integrados na produção desse conhecimento (**BISCARDE, PEREIRA-SANTOS e SILVA, 2014**). Neste cenário discutimos a importância das

atividades de extensão para a formação em saúde, mais especificamente em terapia ocupacional.

Dessa forma, a extensão universitária que por anos – e ainda hoje, em alguns casos – exerceu papel assistencialista, se torna um espaço para formação crítica muito potente, uma vez que a relação com a comunidade na prática fazem parte do dia a dia das ações dos projetos. Na medida em que as atividades de extensão possibilitam a intervenção terapêutica ocupacional nas demandas da população alvo, conseqüentemente são requeridas fundamentações teóricas que embasem tal ação. Com isso, é possível verificar a eficácia e consequência das ações empregadas, confirmando, refutando ou modificando estas fundamentações (EMMEL, 2010).

O presente trabalho teve por objetivo investigar a função da atividade de extensão na formação do profissional terapeuta ocupacional de acordo com o relato de docentes e discentes do curso de terapia ocupacional da UFSCar.

Metodologia

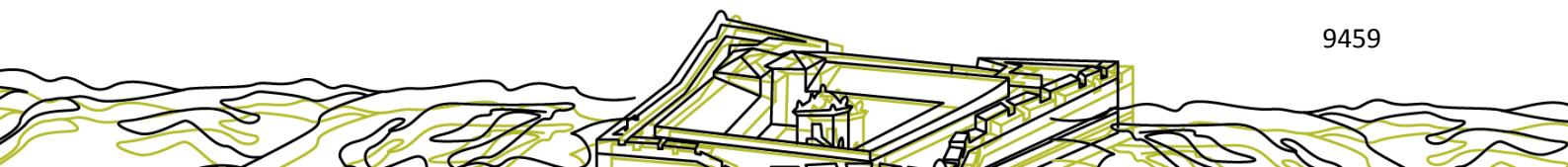
Trata-se de um estudo qualitativo descritivo (MINAYO, 2004) sendo que a amostra foi composta por docentes e discentes do curso de terapia ocupacional da UFSCar, campus São Carlos.

Os critérios para composição desta amostra consistiram em docentes que coordenavam ou já coordenaram atividades de extensão, e discentes que participaram destas atividades.

A pesquisa teve início mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes do estudo.

Com os docentes e discentes foram realizadas entrevistas semi-estruturadas contendo questões referentes a importância da realização das atividades extensionistas e de que forma estas influenciam na formação discente. Algumas entrevistas foram feitas presencialmente sendo áudio-gravadas e outras por meio virtual e/ou impresso.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática (BARDIN, 2006). A técnica de análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a mensagem e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Para isto, iniciou-se com a leitura cuidadosa dos dados de onde vão se apreendendo as categorias temáticas. De acordo com Turato (2011), na prática, a organização da análise é feita em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Turato (2011) acrescenta que, se a descrição (a enumeração



das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária, e se a interpretação (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência (ou dedução lógica) é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra.

A partir da análise dos dados obteve-se 2 categorias temáticas, a saber: 1. Impacto na formação discente e 2. Indissociabilidade entre a extensão, o ensino e a pesquisa.

Resultados e Discussão

1. Impacto na formação discente

A formação em terapia ocupacional se concretiza mediante o ensino e aprendizado de diversos pressupostos teóricos e perspectivas teórico metodológicas que fundamentam as ações da profissão em diferentes áreas e campos de atuação. Além da aquisição e domínio das técnicas, dos conhecimentos e procedimentos teórico-científicos, a formação também preconiza o desenvolvimento de profissionais comprometidos com as necessidades do homem no seu tempo, profissionais que sejam capazes de promover mudanças sociais, sendo necessário para isto que o processo de ensino-aprendizagem seja reflexivo, ativo, histórico, político (ROSA, 2001).

Segundo os relatos dos docentes, a extensão universitária tem uma função extremamente positiva para a formação do discente, pois possibilita o exercício do relacionar-se com o outro, em seu contexto e suas demandas. Desta forma, as atividades de extensão favorecem a autorreflexão, o questionamento do papel do profissional na sociedade e o pensar relativo às estratégias para a resolução de distintos problemas.

“Poder engajar os alunos em atividades extensionistas e esse engajamento vai muito além do que as atividades de graduação permitem, a gente tem limites na graduação de tempo, formato e de conteúdos e então a extensão só vem para somar (...) as diferentes possibilidades que o engajamento que as atividades de extensão acrescentam para a graduação são de muita potência (Relato da Docente 7).

“Questionaram, refletiram e ampliaram o conhecimento sobre o ‘ser TO’, estudaram políticas e se fortaleceram sobre as temáticas das atividades.” (Relato da Docente 2);

“Elas nos auxiliam a pensar em novas formas de resolver problemas relacionados à profissão” (Relato da Docente 3).

Considerando que a formação do aluno deve ser composta pelas dimensões política e técnica, pelo geral e o específico, o antigo e o novo, o elementar e o complexo (LOPES, 1996), a extensão universitária estaria proporcionando aos discentes uma capacitação que parte daquilo que é real, que tem sentido e significado que são atribuídos por eles próprios. Em adição, o processo de formação do terapeuta ocupacional deve propiciar a compreensão do(s) indivíduo(s) em todas as suas dimensões, ao invés de ser conduzido pelo conhecimento fragmentário e especializado (LOPES, 1996). Nesta direção, por meio da extensão possibilita-se uma transformação na forma de se pensar e fazer, que por vezes não ocorre ao longo da graduação, ou seja, do processo formativo em sala de aula (SILVA, ROCHA, 2014).

“Entendo ser a oportunidade de levar para o ambiente externo os conhecimentos e técnicas adquiridos na universidade, a ampliação de espaços para novos saberes e práticas.” (Relato Estudante 14); “Acredito que a extensão universitária é uma possibilidade de experimentarmos aspectos da prática profissional (...) e construindo conhecimento por meio de estudos e supervisões realizadas em conjunto com profissionais já formados.” (Relato Estudante 19); “Possibilidade de aprender para além das paredes de sala de aula.” (Relato Estudante 7).

“Proporcionam a vivência de experiências que transcendem o conhecimento técnico/acadêmico.” (Relato Estudante 8).

“A extensão proporciona experiências de todos os aspectos, teórica e prática, e podem complementar a graduação do estudante.” (Relato Estudante 4).

“Acho que a extensão nos prepara para futuras situações como profissionais.” (Relato Estudante 10).

“Com os projetos de extensão aprendi a conversar, intervir, raciocinar como TO, refletir sobre a importância da intervenção” (Relato Estudante 2).

“Tem me mostrado quais áreas tenho mais afinidade, além de me ajudar a enxergar a profissão na prática.” (Relato Estudante 22).

Para Marins e Emmel (2011) é de extrema importância que o trabalho interdisciplinar seja introduzido desde o início da vida acadêmica. Uma vez que no atual currículo de formação na UFSCar os estudantes entram em contato com a prática através

de estágios a partir do oitavo semestre, a extensão se torna essencial para a formação prática. A participação – e permanência – em projetos é de escolha do estudante, favorecendo a autonomia para que cada um construa a sua formação de acordo com seus interesses, podendo se aprofundar em diferentes áreas de futura atuação.

2. Indissociabilidade entre a extensão, o ensino e a pesquisa

Atualmente, nas universidades brasileiras, a formação profissional tem ocorrido por meio da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão (PAULA, 2013) sendo que os relatos dos docentes que participaram da presente pesquisa seguem nesta direção.

Em relação ao ensino, verificou-se que a extensão possibilitou a realização do ensino prático:

“(...) precisávamos ter campo de prática. Então a primeira tarefa que a gente tinha aqui era implantar campos de práticas e no fundo no fundo já era o elo entre ensino e extensão. (...) de uma cultura assistencialista que nós tínhamos para uma cultura extensionista baseada no tripé ensino-pesquisa-extensão (Relato da Docente 6)”;

“As atividades de extensão permitem que o conhecimento produzido na Universidade chegue à comunidade de uma forma que beneficie a mesma e também os estudantes em formação, pois os mesmos poderão vivenciar, para além do currículo de graduação, a atuação profissional em diferentes campos” (Relato da Docente 10);

“Então pensar na pesquisa, na produção do conhecimento vinculada na extensão universitária na verdade é pensar na pesquisa e na produção do conhecimento vinculada e responsabilizada no retorno social e no engajamento das necessidades e das demandas que estão colocadas para nós” (Relato da Docente 7);

Os discentes também reconhecem a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e identificam como essa se reflete na formação:

“Acredito que seja impossível pensar em ensino e pesquisa sem que se compreenda seu reflexo na comunidade, na vida real” (Relato Estudante 9);

“Uma não é sem a outra, são conhecimentos que caminham juntos e se complementam.” (Relato do Estudante 14).

"Os três pilares ensino, pesquisa e extensão não existem se não juntos. Para mim, são o alicerce da formação acadêmica!" (Relato Estudante 8).

"Não devem existir um sem o outro para que seja efetivo a formação." (Relato Estudante 11);

"A extensão faz essa função, conecta as experiências dentro de sala, dentro da cabeça, no contato real e no coração..." (Relato Estudante 1).

"O ensino de uma profissão é importante, porém, ele sozinho não basta. Temos que nos tornar capazes de refletir a prática, e nesse sentido a extensão universitária pode contribuir." (Relato Estudante 19).

"Entendo que nesse processo é possível que se ensine (e aprenda), compartilhando conhecimentos adquiridos no meio universitário, que se pesquise, contribuindo, criando e registrando métodos e experiências em Terapia Ocupacional e que se compartilhe de tudo isso com a comunidade." (Relato Estudante 10).

A formação de terapeutas ocupacionais da UFSCar define quatro áreas de competência, sendo essas: Cuidado Integral ao Indivíduo; Cuidado Integral a Grupos; Cuidado Integral Coletivo e Investigação em Terapia Ocupacional. As intervenções necessárias para atender essas áreas de competência passam por acompanhamentos individuais e/ou coletivos, construção de redes entre serviços de diferentes setores públicos, bem como participar de espaços de construção e divulgação de conhecimento científico (DELLA BARBA, 2012).

A combinação entre experiências práticas e momentos de supervisão teórica, a partir das necessidades emergentes do campo, transforma a formação, possibilitando que os estudantes – em diferentes estágios de formação – experimentem as diferentes áreas de competência, em diferentes contextos, podendo transitar de forma livre entre as diversas áreas de atuação profissional. Isso possibilita que os estudantes possam, ao longo da formação, construir raciocínio crítico e repertório para a atuação nas mais diversos contextos.

Rosa (2014) refere que a extensão amplia as possibilidades para o ensino e a aprendizagem, pois favorece que a formação profissional não fique limitada as competências técnico-operacionais, pois na medida em que coloca os discentes em relação com diferentes populações é possível que os conteúdos aprendidos sejam

testados, aprimorados e utilizados mediante uma concepção de saúde multidimensional e sob as determinantes sociais.

Além disso, os docentes do DTO/UFSCar referiram que as atividades de extensão atuaram na prestação de serviço(s) antes inexistente(s), ou na ampliação de recursos e especialistas na rede, ou criação de novas tecnologias de cuidado e atenção as novas demandas emergentes no campo.

“O tipo de atividade extensão realizada pelo DTO/UFSCar possibilita o contato direto com a sociedade e a oferta de serviços (diretos e/ou em parceria com os órgãos governamentais e não-governamentais) que propiciam acesso à população” (Relato Docente 9) “E também para fortalecer laços com os profissionais supervisores de estágios e demais profissionais da região” (Relato da Docente 8).

Em conjunto, a extensão também foi referida como atrelada a pesquisa favorecendo a realização de *“(...) grupos de estudos, trabalhos de conclusão de curso, orientações de mestrado, artigos em revistas e palestras em congresso internacional.” (Relato da Docente 8).*

A extensão universitária favorece a troca de saberes acadêmico e popular, o que consequentemente propicia a produção de novos conhecimentos resultantes da relação entre a aplicabilidade de teorias em contextos reais (FORPROEX, 2012).

Nesta indissociabilidade entre extensão, pesquisa e ensino, foi referido o entendimento do compromisso social da Universidade com as demandas da sociedade.

“Então pensar na pesquisa, na produção do conhecimento vinculada na extensão universitária na verdade é pensar na pesquisa e na produção do conhecimento vinculada e responsabilizada no retorno social e no engajamento das necessidades e das demandas que estão colocadas para nós. (...) poder alimentar tanto o ensino quanto a pesquisa em sintonia com a sociedade respondendo as demandas dela é muito bacana, eu acho que eles se me deram retorno (Relato da Docente 7)”

Silva e Poellnitz (2015), em pesquisa sobre o tema das atividades na formação do terapeuta ocupacional, verificaram que docentes de cursos de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo têm realizado as atividades extensionistas integradas com a pesquisa, o que consequentemente retroalimenta o ensino, especificamente no campo das atividades e recursos.

Assim, os relatos demonstraram que os projetos possuem uma potência transformadora, própria da extensão universitária, concretizando ações dentro do âmbito da assistência a comunidade, produzindo e divulgando conhecimento científico com uma aplicabilidade prática e articulando-se as ações de ensino.

Considerações Finais

A formação profissional na área da saúde é complexa e desafiadora, uma vez que exige domínio da teoria e experiência prática para lidar com o dia a dia do trabalho em diferentes serviços. O compromisso dos docentes com as atividades de extensão no curso de terapia ocupacional na UFSCar transformam a formação teórico-prática em uma realidade possível. A experiência através da extensão universitária facilita o trânsito entre teoria e prática de forma dinâmica e criativa, possibilitando que o estudante faça parte do processo de ensino-aprendizagem ativamente, se esquivando da educação bancária. O profissional dessa área deve ser sensível às realidades, necessidades e potenciais dos territórios e dos serviços onde serão inseridos.

O terapeuta ocupacional deve estar preparado para atuar em cenários variados e com populações com as mais diversas necessidades. Esse trabalho vai muito além de acompanhamentos individuais e/ou de grupos e coletivos. É necessário compreender a dinâmica dos serviços e as políticas públicas, portanto, estar em campos de prática com a acompanhando as mudanças políticas do país é essencial para que esse profissional reinvente suas práticas para atender as demandas emergentes.

Através das atividades de extensão o profissional em formação acessa diferentes formas de conhecimento a partir de reuniões de equipe, supervisões, grupos de estudos e discussões com a própria comunidade. Pela prática vivenciada surgem novas dúvidas que podem gerar em objetos de estudo e pesquisa, promovendo a relação entre o ensino e a pesquisa.

O reconhecimento da importância da extensão universitária durante o processo de formação através das falas dos discentes mostram que a aprendizagem vai muito além do exercício da teoria e da prática, a relação com outros profissionais, o dia a dia dos serviços e o contato com a comunidade produzem uma forma de pensar realmente crítica frente à realidade fora dos muros da universidade. Isso induz a reflexão sobre a prática profissional, transformando as futuras formas de atuação e promovendo a transformação social. Dessa forma, a presença das atividades de extensão se tornam essenciais para a formação profissional.

Referências

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Persona, 2006.

BISCARDE, D. G. S; PEREIRA-SANTOS, Marcos; SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, p. 177-186, 2014.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/ CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

Castro, L. M. C. A Universidade, a Extensão Universitária e a Produção de Conhecimentos Emancipadores: ainda existem utopias realistas [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004

DE ALMEIDA, M. J et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

DELLA BARBA, P. C. S. et al. Formação inovadora em terapia ocupacional. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 42, 2012

EMMEL, M. L. G. Desafios da docência em terapia ocupacional. In: XII Encontro Nacional de docentes de Terapia Ocupacional, setembro, Curitiba, 2010, UFPR. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, Suplemento especial.

FORPROEX. FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR PÚBLICAS BRASILEIRAS. Política Nacional de Extensão Universitária. Manaus, 2012.

LOPES, R. E. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do Terapeuta Ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo, v.4/7, p. 27-35, 1996.



MARINS, S. C. F; EMMEL, M. L. G. Formação do terapeuta ocupacional: acessibilidade e tecnologias. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 19, n. 1, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

PATERRA, I. P.; FIGUEIREDO, M. O. ; SILVA, C. R. Caracterização das atividades de extensão implementadas por docentes do curso de terapia ocupacional da UFSCar. In: Cadernos de Resumos do 2º Congresso de Extensão da Associação das Universidades do Grupo de Montevidéu (AUGM), Campinas, 2015. p. 157-158. Disponível em: <http://www.augm.preac.unicamp.br/arquivos/cadernosresumos.pdf>

ROSA, S. D. Reflexões sobre os diferentes papéis assumidos pelo Terapeuta Ocupacional enquanto Professor Universitário. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 9, n.1, p. 1-15, 2001.

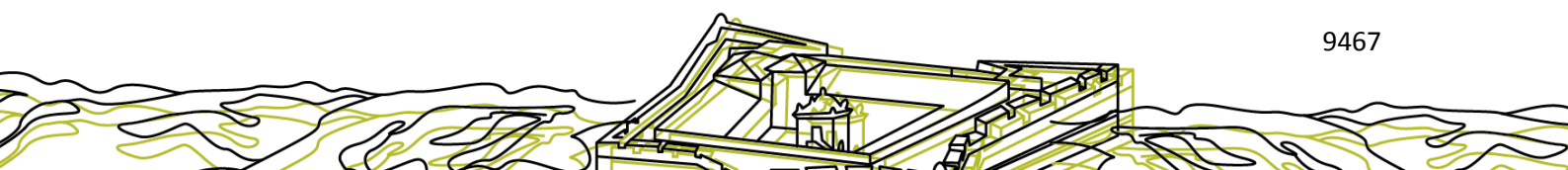
SANTOS, B. S. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.v.1: A crítica da Razão indolente: contra o desperdício da experiência

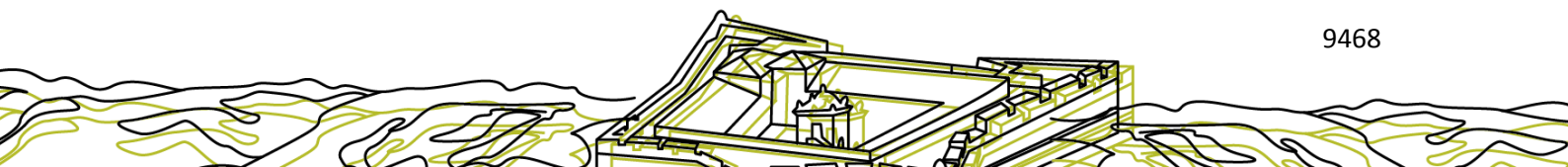
SILVA C.R., POELLNITZ J.C.V. Atividades na formação do terapeuta ocupacional. Rev Ter OcupUniv São Paulo, v.26, n.1, p.74-82,2015.

SILVA, A. C. M.; ROCHA, N. T.. Para continuar extensionista. In: Silva, A. C. M.; BRÊTAS, A. C. P; DE SANTANA, C. L.A. Com-Unidade: experiências extensionistas. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2014.

TURATO ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

UFSCar. Universidade Federal de são Carlos. Resolução do CoEx nº 03/2016, de 17 de março de 2016. Disponível em: <http://www.proex.ufscar.br/arquivos/normas-regras-e-outros/resolucao-coex-03-17-03-2016-regimento-geral-da-extensao.pdf>





SAÚDE MENTAL, DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: AMPLIANDO A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPINA GRANDE

Área Temática: Saúde

Adriana Reis Bezerra¹; Ayrton de Queiroz Alves Barros²; João Gabriel Gomes Pedrosa Duarte³; Maristela de Melo Moraes⁴; Natália Vasconcelos³;

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Resumo

O presente trabalho objetiva apresentar e refletir sobre as atividades de extensão desenvolvidas no âmbito da Saúde Mental, voltadas à qualificação das práticas de cuidado dirigidas às populações vulnerabilizadas pelo consumo de álcool e outras drogas, que vivem em situação de rua e/ou são usuárias da rede de atenção psicossocial. As ações buscaram fortalecer a participação popular desses usuários no município de Campina Grande, atendidas por três dispositivos públicos, a partir da mobilização para o controle social das políticas de saúde e assistência social dirigidas a elas. Os extensionistas acompanharam e facilitaram atividades participativas com profissionais e usuários de serviços que atendiam adultos, crianças e adolescentes em situação de rua ou não. Também contribuíram na organização de oficinas de educação continuada voltada para profissionais das redes de cuidado. Identificamos barreiras à participação popular dos usuários dos referidos dispositivos nos conselhos locais e municipais de saúde e assistência social e outros espaços formais e informais de controle de políticas públicas, dentro e fora dos serviços. A não compreensão dessa população como sujeitos de direitos, por parte deles e das equipes, também parece dificultar a participação. No caso das crianças e adolescentes, os atravessamentos do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA geram muitas vezes uma postura de tutela

¹ Universidade Federal de Campina Grande, Psicologia

² Universidade Federal de Campina Grande, Psicologia

³ Universidade Federal de Campina Grande, Psicologia.

⁴ Universidade Federal de Campina Grande, Psicologia

junto a essa população, incoerente com a postura mais ativa necessária à participação popular. Consideramos que ações de educação continuada junto aos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sobre a importância do controle social nas políticas públicas seja um caminho a ser construído. Ações diretas junto aos usuários dos serviços para fomentar a participação popular precisam ser realizadas para que os direitos dos usuários sejam garantidos, principalmente o direito à participação nas instâncias formais e informais de controle sobre as políticas públicas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Álcool e drogas; RAPS; Participação Popular.

Introdução

A preocupação relacionada à diminuição do abismo entre teoria e prática, histórica, em especial, na área de saúde, torna-se cada vez mais presente nos espaços acadêmicos e sociais. É crescente o número de eventos, no âmbito da saúde mental, destinados à reflexão sobre a qualidade dos cuidados dirigidos às populações vulneráveis pelo consumo de álcool e outras drogas, com o intuito de encontrar alternativas que levem à superação do estigma e dos preconceitos relacionados às mesmas.

Neste contexto, alinhado aos constantes desafios impostos aos profissionais de saúde mental, surgiu, através do Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas – NUD – UFCG, este projeto de extensão, com o objetivo principal de levar a perspectiva da Redução de Danos às práticas de cuidados dirigidas às populações vulneráveis pelo consumo de álcool e outras drogas, assim como, mobilizar os usuários para participarem ativamente dos espaços destinados a deliberação de políticas das quais são público alvo.

Para tanto, foram adotadas metodologias específicas no intuito de sensibilizar, conscientizar e capacitar alunos e profissionais de saúde que atuam, na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba.

Tendo como base os marcos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, as ações extensionistas ora relatadas, possibilitaram a ampliação do olhar de estudantes, trabalhadores que atuam na saúde e em serviços vinculados à outras políticas públicas, e das próprias famílias para com os que fazem uso de drogas. Enquanto o estigma instituído pelos campos do saber normatizadores, como, por exemplo, a Psiquiatria Hospitalocêntrica, “adoece” e marginaliza a pessoa que usa drogas, o projeto executado,

visou demonstrar que, não só é possível, mas também necessário perceber estes sujeitos como cidadãos que integram a sociedade.

Os estudantes e trabalhadores, principalmente da saúde, assumiram o desafio de contribuir para o redesenho das práticas de cuidado, com enfoque na valorização da própria experiência e na tomada de decisão sobre a atitude cuidadora, o que se dá, na prática, através da adoção de metodologias participativas e horizontalizadas, alinhadas a proposta da Redução de Danos.

A força motriz do trabalho desenvolvido, tem como pano de fundo a constatação de que a melhor forma de qualificar o cuidado destinado às pessoas que usam álcool e outras drogas, é ampliar o olhar do outro sobre esses e destes sobre si mesmo. Sendo assim, as ações desenvolvidas envolveram, simultaneamente, acadêmicos, profissionais, famílias e usuários ligados aos serviços de Saúde Mental e de equipamentos de Assistência Social do município de Campina Grande, Paraíba.

Corroborando com o exposto, Moraes e Barreto (2012) enfatizam que no que tange ao tema das drogas, e, em especial, a perspectiva de Redução de Danos, os profissionais que atuam nas Redes de Atenção Psicossocial apresentam limitações, próprias da sua formação, o que os impede de serem efetivos em suas práticas profissionais, sobretudo as que preconizam o cuidado em liberdade e outros princípios que norteiam a lógica antimanicomial.

Constata-se, portanto, a necessidade de difusão desses conhecimentos e práticas na formação e/ou atualização dos profissionais de saúde mental, de forma aumentar as possibilidades de atuação voltada às reais necessidades das pessoas, levando em consideração uma avaliação integrada que contemple aspectos biopsicossociais, respeitando e priorizando os Projetos Terapêuticos Singulares, alinhados à perspectiva da Redução de Danos. Neste sentido, Dimenstein (2000) destaca os desafios enfrentados pelos profissionais de Psicologia ao se depararem com a demanda da Saúde Pública, que configura-se em população de baixa renda, encaminhada por outra instituição ou profissional, com expectativas muito distintas daquela que busca o consultório privado, logo difere muito, da população para a qual a formação orienta.

Autores como Yamamoto e Oliveira (2010) e Spink e Matta (2010), aprofundam essa discussão e afirmam que as falhas de formação dos profissionais de saúde mental, em muitos casos, acoplada a resistência a novos saberes, acabam por restringir práticas, fragilizar autonomias e serviços e, principalmente, buscar soluções simplistas para problemas complexos. Na contramão dos avanços, pode-se apontar também o

paradigma dos saberes excludentes e patologizantes produzidos pela Psiquiatria tradicional, que desconsideram as questões levantadas pela Reforma Sanitária e pela Luta Antimanicomial, o que implica sérios desafios para os que deles sofrem as influências.

Apesar da nitidez dos obstáculos a serem superados, percebemos, a partir da realização do projeto de extensão em questão, algumas mudanças discursivas e práticas que corroboram com a avaliação de que influenciámos a compreensão sobre lógica do cuidado destinados aos usuários de álcool e outras drogas, seja dos acadêmicos ou dos trabalhadores da saúde e de outras áreas envolvidos nas ações propostas.

Vale ressaltar, que o trabalho realizado não se limitou apenas a melhorar a atuação dos profissionais de saúde, e, assim como se propôs, inicialmente, paulatinamente conseguiu inserir os usuários em espaços decisórios e participativos de forma a contribuir com a redistribuição e ressignificação do poder, promovendo o estreitamento da relação entre as pessoas que usam droga e formuladores de políticas destinadas a esse campo, gerando possibilidades de novos e melhores arranjos decisórios.

Metodologia

Descrever o universo abordado ou a amostra, local, os materiais utilizados, as etapas, tipo de ação ou pesquisa e métodos de análise.

Neste projeto, contamos com a participação dos serviços da rede de saúde e de assistência social de Campina Grande/Paraíba durante o período de maio de 2017 a dezembro de 2017. Sendo o público atendido em questão: trabalhadores, gestores, lideranças de movimentos sociais, discentes e docentes da UFCG, IFPB e outras instituições de ensino, usuários dos serviços de saúde e assistência social.

Utilizamos para a execução deste projeto as metodologias ativas e participativas, essas que Segundo Góis (2012) colocam a participação coletiva como centro de interesse, buscam também dar movimento ao diálogo interdisciplinar entre áreas de conhecimento, promovendo a coparticipação, corresponsabilização e cooperação entre os profissionais e as partes envolvidas no processo de transformação da realidade social, compartilhando conhecimentos e experiências.

As rodas de conversas, círculos de cultura, oficinas temáticas e outras vivências são metodologias que se instrumentalizam de técnicas diferentes com o objetivo de promover o cuidado através do encontro. As pessoas que participaram dessas atividades

foram acolhidas e convidadas a falar/expressar suas inquietações, possibilitando a expressão de suas próprias representações, sofrimentos, desafios e avanços. Este viés nos possibilitou dispor de cuidados coletivos voltados para a prevenção e promoção em saúde mental, tanto no tocante à formação acadêmica quanto à atuação profissional (Góis, 2012). Nessa perspectiva, destacamos a seguir as técnicas utilizadas, bem como as etapas em que ocorreram.

Observação participante

A observação participante é muito utilizada para inserção de acadêmicos nos contextos que se pretende conhecer e participar, seja para fins de pesquisa ou mapeamento situacional realizado antes ou durante as atividades de extensão. Nesse sentido, o que se busca é partilhar o cotidiano do serviço anteriormente desconhecido ou pouco conhecido. Inicialmente os estudantes se inseriram nos serviços da saúde mental e da assistência social acompanhando a rotina destes e seus respectivos cronogramas

O recurso da observação participante foi muito importante na ação extensionista, em todos os serviços envolvidos no projeto de extensão, especialmente nos serviços que atendiam a população de rua, seja de adultos ou crianças, cuja dinâmica de trabalho é muito específica lidando com a inconstância e descontinuidade diretamente, já que não se tem aqui um espaço fixo de atendimento onde os usuários se direcionam a um determinado ambiente. O que acontece, então, é o oposto, o serviço se desloca até o usuário e dessa forma vai contemplando as demandas que se apresentam no cenário. O mapeamento de algumas áreas estão estabelecidos, no entanto, a dinâmica do ambiente altera as especificidades dos locais constantemente.

Também ajudou na busca pelos movimentos sociais atuantes em Campina Grande, bem como no mapeamento das redes vivas de cuidado e dos principais elementos que integram a perspectiva de cuidado que orientam as práticas em saúde presentes nos serviços/dispositivos nos quais atuamos. Nesse sentido, a observação participante possibilitou no momento do atendimento dos serviços aos usuários uma aproximação e efetivação do cuidado à esta população. As redes vivas de cuidado, então, se constituíram como mais uma possibilidade observada de diálogo dos serviços para com os usuários, seja à título de informação a respeito daqueles sujeitos ou de um cuidado mais diretivo entendendo que essas redes fazem parte do cotidiano daqueles indivíduos e, portanto, muito vezes sabem mais sobre eles do que os próprios serviços

se colocando ali como facilitadores na articulação do cuidado oferecido à população em situação de vulnerabilidade. É importante ressaltar que toda essa articulação deve ser posta respeitando o espaço do usuário, escutando-o e questionando-o sobre sua vontade e sua opinião a respeito de cada ação entendendo-os como sujeitos de direitos.

Oficinas temáticas

Após adentrarmos nos serviços iniciamos um processo de educação continuada e espaços de discussões e debates como forma de articular a rede de saúde mental da cidade de Campina Grande considerando outras instâncias, como a assistência social e a educação. Logo, promovemos oficinas intersetoriais em parceria com o Projeto Redes (FIOCRUZ) que potencializaram a construção e o fortalecimento de espaços de troca e amplo diálogo no tocante à atenção, práticas de cuidado e as políticas de drogas, envolvendo gestores e trabalhadores dos serviços público e sociedade civil. Elas foram divididas em cinco encontros, sendo cada um deles mediados por uma pessoa convidada e organizados em um turno (Oficina 1) ou dois momentos distintos do dia (Oficinas 2, 3, 4 e 5), pela manhã aberto para o grande público de profissionais dos serviços, usuários e usuáries, familiares e/ou acompanhantes, estudantes, dentre outros e a tarde, para grupo mais reduzido formado por trabalhadores e gestores de serviços públicos que atendem pessoas que usam drogas e

lideranças de movimentos sociais.

Os temas das oficinas foram, respectivamente: Participação e controle social nos conselhos municipais sobre drogas; Preconceito e exclusão social das pessoas que usam drogas e seus impactos nos modos de cuidar; Infância, juventude e participação popular; Democracia, participação popular e cidadania; Políticas públicas sobre drogas e Políticas de cuidado.

Círculo de Cultura

A proposta freireana do Círculo de Cultura se apresenta como um mecanismo de construção coletiva do conhecimento, que se efetiva através da constituição de um grupo que juntos se debruçam sobre a realidade, com o objetivo de elaborar o conteúdo programático da ação educativa, pois, segundo Freire (1987) ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo e todas as pessoas se educam em comunhão mediatizados pelo mundo.

Na ocasião desse projeto realizamos o Círculo de Cultura com as equipes do Consultório na Rua e Programa Ruanda, juntas, a partir de um tema escolhido em diálogo com os próprios serviços ao longo do projeto a saber, as Redes Vivas de Cuidado. A atividade foi iniciada com um momento de acolhimento, posteriormente a discussão da temática de forma coletiva em subgrupos, assim como a confecção de materiais para serem socializados, em seguida a socialização do que foi construído através de poesias e prosas, e por fim a avaliação do encontro.

Reuniões com gestores, profissionais e extensionistas

A realização de reuniões semanais com toda a equipe do projeto para planejar, monitorar e avaliar as ações do projeto foram de grande importância na execução do projeto. Algumas dessas reuniões incluíram momentos formativos de discussão teórica e metodológica que ajudava a instrumentalizar discentes extensionistas para as atividades realizadas.

Ainda sobre processos formativos, foram realizados encontros abertos ao público, com textos previamente sugeridos para leitura ou exibição de vídeos relacionados aos temas do projeto.

Além das reuniões com a equipe do projeto, foram realizadas reuniões de apresentação do projeto para os serviços que o receberam, reuniões com o Comitê Gestor de Políticas sobre Drogas de Campina Grande para planejar as Oficinas Temáticas e reuniões de avaliação final do projeto com gestores, trabalhadores, alunos e professores envolvidos no projeto. Ademais, além de promover as reuniões acima citadas, participamos das reuniões do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD) de Campina Grande.

Resultados e Discussões

A realização da extensão nos serviços da saúde mental e da assistência social em Campina Grande, considerando as atividades realizadas com o objetivo de articulação e comunicação entre estes se apresentaram como uma abertura de diálogo e possibilidades em relação à ligação entre estes, isto é, o conhecimento de que existe uma corresponsabilização entre os serviços acabou por possibilitar uma nova forma de atender os usuários entendendo-os como sujeito de direitos em relação à todos aqueles serviços ali dispostos nas oficinas temáticas propostas. Além disso, a inserção nos serviços, assim como os próprios assuntos dialogados nas oficinas proporcionaram uma

facilitação em relação a efetivação de um cuidado específico considerando uma perspectiva em que aqueles sujeitos podem se colocar como atuantes no processo de atendimento e cuidado oferecido pelos serviços.

Consideramos, portanto, que os objetivos do projeto foram devidamente alcançados, a saber, realizar atividades de extensão no âmbito da saúde mental, álcool e outras drogas e da assistência social, orientados pela perspectiva da Redução de Danos, visando a qualificação das práticas de cuidado e proteção social dirigidas às populações em situação de vulnerabilidade pelo consumo de álcool e outras drogas, bem como à diminuição de estigmas e preconceitos relacionados a essa população e seu fortalecimento enquanto sujeito político e de direitos.

Entretanto, houveram muitos desafios e dificuldades durante este percurso, como no mapeamento dos poucos grupos atuantes em movimentos sociais nos territórios trabalhados, na realização de atividades formativas com as equipes dentro dos próprios serviços, e os grupos com os usuários, o que aconteceu com uma frequência menor do que a planejada inicialmente. De todo modo, os processos formativos realizados fora dos espaços físicos dos serviços tiveram a participação dos trabalhadores e trabalhadoras que configuram o público que se pretendia trabalhar inicialmente. Por outro lado, a observação-participante garantiu a presença semanal dos extensionistas nos serviços vinculados ao projeto, ainda que algumas vezes não tenha sido possível propor e manejar efetivamente os grupos com o público atendido nesses locais.

Como outros resultados podemos mencionar que a frequência dos extensionistas nestes serviços, bem como na própria comunidade, tornou possível identificar que a participação popular de pessoas que usam álcool e drogas e são atendidas nesses serviços é bastante incipiente, dentro ou fora desses, mas se mostra como uma potencialidade a ser incentivada em ações posteriores voltadas à essa população.

A criação de uma associação de usuários em um dos centros de atenção psicossocial, ainda que embrionária ao término da vigência do projeto, pareceu bastante promissora no que diz respeito à continuidade e qualificação da participação popular, não só dentro deste serviço, como também no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas - COMAD. Uma vez que acompanhamos esses usuários ao longo do projeto no deslocamento até o local das reuniões e durante a participação nessas reuniões. Com isso, pudemos avaliar que a fala da pessoa em sofrimento psíquico devido ao uso de álcool e/ou drogas ainda é pouco reconhecida e não tem ainda a legitimidade necessária para influenciar na construção de políticas públicas nessa área. Por outro lado, além da embrionária associação de usuários, não foi possível encontrar outros coletivos organizados que

atuam na pauta das políticas sobre drogas ou que possibilitam a organização popular de pessoas com demandas específicas relacionadas ao uso de drogas neste município.

Considerações Finais

A realização do projeto Saúde mental, drogas e redução de danos: ampliando a participação popular na Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande tornou possível a percepção dos muitos avanços operados pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial nas políticas e nos serviços públicos de Campina Grande, mas também a

fragilidade das equipes no que diz respeito à gestão dos processos de trabalho, funcionamento em rede e em relação à herança deixada pela institucionalização das pessoas que usam drogas e outros processos de exclusão pelos quais essa população vem passando historicamente.

Avaliamos que muitas das ações que realizamos, sobretudo quando pensamos no foco da participação popular, ainda precisam ser continuadas e/ou desenvolvidas, uma vez que falar em participação popular cidadã quando os sujeitos de direitos são pessoas que usam drogas parece resultar em um conflito enorme, seja entre os gestores e trabalhadores seja entre os próprios usuários, que muitas vezes não se percebem como pessoas que tem direito sociais e que podem participar das políticas públicas.

Em tempos de redução significativa de direitos sociais, a participação popular nas políticas e nos serviços públicos se torna uma questão de sobrevivência para a dar continuidade à democracia que construímos no país. Esperamos assim que outros projetos semelhantes sejam desenvolvidos e que as sementes que plantamos possam germinar e dar frutos fortes.

Referências

Dimenstein, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. Estudos de Psicologia (Natal), 5(1), 95-121. 2000.



Góis, C. W. L. Psicologia Clínico-Comunitária. Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil, 2012.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

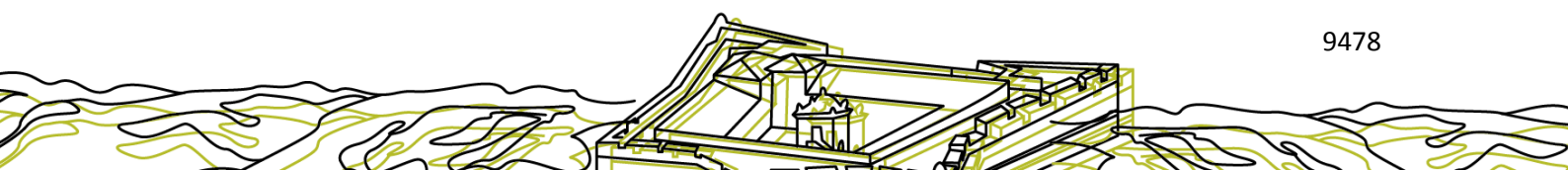
Moraes, M.; Barreto, A. Práticas clínicas e saúde mental pública: contribuições políticas e epistemológicas para um campo em formação. In: Barreto, Alexandre; Santos, Josenaide (Org.) Saúde e Drogas: por uma Integralidade do cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. Recife: EdUFPE. 2012.

Spink, M. J.; Matta, G. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, M. J. (Org.), A psicologia em diálogos com o SUS:

prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 25-52. 2010.

Yamamoto, O.; Oliveira, I. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. Psicologia:

Teoria e Pesquisa, 26(spe), 9-24. 2010.



HEMOVIGILÂNCIA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL: O PAPEL DO ESTUDANTE DENTRO DA ESTRATÉGIA DE RECONHECIMENTO DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS

Área Temática: Saúde

Gabriela Vieira da Silva¹; Alexandre Henrique Jácome Oliveira¹; Felipe Augusto Santos Chaves¹; Maria Marina Leonardo Alves Costa¹; Mariana Santos de Souza Silva¹; Cecília Gurgel Lima¹; Geraldo Ferreira da Costa¹; Renan Leopoldo Pereira Castro¹; Rodolfo Daniel de Almeida Soares²; Leilanne Kelly Borges de Albuquerque Santos³

Instituição: Universidade Federal Do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

A transfusão de hemocomponentes é uma terapêutica indispensável para a medicina atual, no que tange o tratamento de diversas patologias e condições clínicas, apresentando inúmeros benefícios. Contudo, a hemotransfusão não é isenta de riscos. Nesse contexto, incidentes transfusionais podem ocorrer, resultando, em casos extremos, no óbito do paciente receptor ou na contaminação por agentes infectocontagiosos, se não forem previamente identificados e solucionados. Na tentativa de acompanhar e monitorar o processo transfusional, alguns hospitais contam com o sistema de hemovigilância hospitalar, cuja responsabilidade é gerar dados objetivos sobre as variáveis que podem levar aos efeitos indesejáveis da hemotransfusão, analisá-los e trabalhar em seu controle, permitindo a diminuição dos eventos adversos e a manutenção da qualidade da assistência à comunidade.

Neste projeto de extensão, os alunos de graduação do curso de medicina fazem o rastreamento de todas as transfusões ocorridas, identificando os casos de incidentes transfusionais através da busca ativa, a qual compreende: a visita diária a todos os pacientes que receberam pelo menos um hemocomponente em algum dos hospitais universitários pertencentes ao complexo; coleta de dados sobre o descarte de hemocomponentes; coleta de dados sobre a reserva cirúrgica dos hemocomponentes, juntamente com a planilha dos dados de transfusões sanguíneas realizadas mensalmente.

Dessa maneira, é possível refletir o uso adequado dos hemocomponentes, evitando o descarte desnecessário e reduzindo o custo dessa terapêutica ao Sistema Único de

Saúde (SUS). Esses dados levantados são analisados estatisticamente em planilhas eletrônicas, as quais fornecem informações relevantes sobre as variáveis estudadas e permitem a identificação do perfil de incidentes transfusionais do complexo hospitalar da Universidade Federal.

Palavras-chave: Hemovigilância; Notificação; Reação Transfusional; Sistemas de Informação em Saúde.

Introdução

A transfusão de componentes do sangue é uma prática rotineira na maioria dos hospitais. Apesar de ser uma importante medida salvadora de vidas, está associada a acontecimentos adversos, algumas vezes graves, podendo levar a óbito. Devido a isso, é fundamental que todo o processo envolvendo a produção e transfusão de hemocomponentes seja devidamente regulamentado e continuamente rastreado. Nesse sentido, utilizamos da hemovigilância e da retrovigilância. O primeiro é um sistema de avaliação e alerta, estruturado para recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes, a fim de gerar informações que ajudem a prevenir o aparecimento ou recorrência desses efeitos. Já o segundo, é um sistema que faz parte da hemovigilância e diz respeito a uma investigação retrospectiva, isto é, relaciona-se à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou viragem de um marcador/soroconversão ou a um receptor de sangue que apresentou marcador positivo para uma doença transmissível por transfusão (DTT). A retrovigilância também se aplica a casos de detecção de positividade em análises microbiológicas de componentes sanguíneos e investigação de quadros infecciosos bacterianos em receptores, sem manifestação imediata, mas potencialmente imputados à transfusão, a exemplo da investigação de casos por *Yersinia enterocolitica* em talassêmicos. A qualidade do serviço de hemoterapia deve ser medida pelo monitoramento de seu processo e ações preventivas e corretivas tomadas para evitar a ocorrência ou reincidência dos eventos adversos. Para que o sistema tenha sucesso e alcance seu objetivo, é preciso que toda a equipe responsável pela transfusão participe ativamente do processo de notificação e, logo, esteja capacitada para isso. Isso inclui o doador, os responsáveis pela coleta do sangue, os responsáveis pelo armazenamento, processamento, transporte, os responsáveis pela administração do hemocomponente, o médico responsável pelo paciente, e o próprio receptor. Nosso projeto atua no âmbito Hospitalar, valendo-se da atuação de voluntários para garantir a eficácia do serviço. Nossa metodologia foi baseada no sistema SHOT (Serious Hazard of Transfusion), projeto de Hemovigilância do Reino

Unido que conta com a atuação de diversos profissionais de saúde, em todos os graus do processo de hemotransfusão, para registrar a ocorrência de Incidentes Transfusoriais Adversos. Baseado nisso, dispomos dos nossos voluntários e sua determinação em buscar os incidentes adversos para garantir a qualidade do serviço de transfusão prestado. O padrão do serviço de Hemoterapia é garantido ainda pela correta organização das informações, prevenindo erros administrativos. A correta catalogação informacional previne erros de cunho logístico, que poderiam resultar em efeitos nocivos ao paciente. Esses erros são percebidos pelos membros da nossa extensão e corrigidos prontamente. Outro aspecto fundamental para um sistema de hemovigilância é a garantia da rastreabilidade de um hemocomponente. A rastreabilidade permite que se realize tanto a investigação ascendente - do receptor ao doador, quanto a investigação descendente - do doador ao receptor, envolvidos em qualquer processo com incidente transfusional relacionado. As portarias ministeriais que versam sobre a Hemoterapia obrigam todos os Serviços de saúde que realizam transfusão a desenvolver atividade de Hemovigilância, conforme consta no Art. 12 da Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016, do Ministério da Saúde: “Toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional. É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica”. Entretanto, por vários anos seguidos, o estado do Rio Grande do Norte deixou de informar à ANVISA qualquer Incidente Transfusional ocorrido, sugerindo que a Hemovigilância não é ativa, e sendo motivo de descrédito no Ministério da Saúde. Entre as causas da falta de notificação está a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde envolvidos de identificar e relatar os incidentes ao Banco de Sangue. O conhecimento das limitações da hemoterapia e de seus eventos adversos é fator importante para o uso racional de hemocomponentes e para o investimento em segurança transfusional. A publicação dos índices nacionais de incidentes transfusionais gera respaldo para esse conhecimento. Diante disso, a necessidade de um serviço hospitalar de hemovigilância adequado, capaz de fornecer dados corretos e significativos para o sistema, permitindo a notificação de reações transfusionais, a avaliação de suas consequências e o trabalho em sua prevenção. A implantação e bom funcionamento do serviço de hemovigilância em hospitais, clínicas e centros de transfusão deve ser uma prioridade da administração e da direção clínica dos mesmos. O complexo hospitalar da universidade, como formador de opinião em diversas áreas e escola da maioria dos Médicos e Enfermeiros

do estado, está em posição de destaque. As ações desenvolvidas nos seus Hospitais costumam se refletir em médio prazo a todos os serviços de saúde do estado.

Esse trabalho tem como objetivos realizar, junto ao paciente que se submeteu à transfusão sanguínea e a seus familiares e acompanhantes, estímulo diário à doação de sangue; melhorar a segurança do processo transfusional dos Hospitais da Universidade; atender às exigências legais do processo de Hemovigilância preconizadas pela ANVISA; conscientizar a equipe multiprofissional, a partir da apresentação de dados concretos, quanto à importância do uso racional de hemocomponentes; atender às exigências legais do processo de Hemovigilância preconizadas pela ANVISA; conscientizar a equipe multiprofissional, a partir da apresentação de dados concretos, quanto à importância do uso racional de hemocomponentes; capacitar a equipe assistencial quanto a importância do preenchimento das fichas de notificações dos eventos adversos relacionados à transfusão; promover educação continuada aos profissionais de saúde para o diagnóstico, conduta e investigação adequada de incidentes transfusionais; criar campo de aprendizado em Hemoterapia aos alunos dos cursos de Ciências da Saúde; contabilizar, analisar e fornecer dados aos hospitais, demonstrando a importância da busca ativa dos incidentes transfusionais; orientar, por meio de palestras baseadas nos dados obtidos, a importância de evitar o descarte de hemocomponentes tendo em vista os custos para produção; realizar reuniões mensais com os estudantes e os orientadores para discussão de temas relacionados ao projeto e adoção de medidas para seu aperfeiçoamento em benefício dos pacientes; promover campanhas educativas junto aos pacientes, comunidade acadêmica e profissionais da saúde, ressaltando a importância da doação sanguínea; realizar palestras informando os hospitais sobre os dados levantados e possibilitar debates para melhoria do serviço terapêutico; analisar as reservas cirúrgicas e adotar medidas de intervenção; analisar mensalmente os dados obtidos por meio da busca ativa realizada pelos graduandos; discutir mensalmente as notificações dos eventos adversos visando ampliar o aprendizado dos discentes quanto aos casos clínicos e às indicações das transfusões; orientar a importância de o graduando se inteirar dos assuntos além da terapia, visando olhar o indivíduo como um todo e não somente a sua doença, permitindo um diálogo com os pacientes e familiares sobre assuntos que os afligem.

Metodologia:

O projeto de Hemovigilância é um estudo do tipo longitudinal, uma vez que corresponde a uma pesquisa que analisa as variações dos mesmos elementos no decorrer de um longo período de tempo. Nessa perspectiva, o levantamento dos dados é

realizado diariamente por graduandos da área da saúde vinculados ao projeto. Para tanto, é feito um levantamento prévio das transfusões de hemocomponentes realizadas nas últimas 24 horas e, a partir do registro desses procedimentos, identifica-se o paciente submetido à transfusão e o leito hospitalar no qual ele está internado, seja no Hospital Universitário ou na Maternidade Escola. Feito isso, avalia-se cada paciente quanto à possibilidade de ocorrência de incidentes transfusionais. Esse trabalho de busca ativa envolve, além do questionamento direto ao paciente acerca da ocorrência de algum sinal ou sintoma, a análise do prontuário e do relato dos profissionais de saúde responsáveis pelo paciente. Essas medidas contribuem para tornar mais sensível o processo de busca ativa. Os discentes participam, assim, da identificação e análise dos efeitos indesejados da transfusão sanguínea, realizando o monitoramento de incidentes transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhoria da qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e o consequente aumento da segurança do paciente. Além da atuação dos alunos voltada especificamente para a hemovigilância, existe outro braço de ação do projeto: a retrovigilância. Esta última consiste na investigação de casos e busca de pacientes transfundidos com hemocomponentes oriundos de doadores que sofreram soroconversão, ou seja, por meio dela se investigam casos suspeitos de infecção de receptores por doenças transmitidas por transfusão (DTT). Para tanto, realiza-se a busca ativa desses receptores, em arquivos alimentados pela hemovigilância, que são contatados e encaminhados a serviço específico a fim de ser submetido a exames para descartar ou confirmar a existência de doenças infectocontagiosas associadas à transfusão do hemocomponente. Para garantir que todos os pacientes transfundidos sejam avaliados, cada discente integrante do projeto fica responsável por um dia fixo na semana e é estabelecida uma escala para sábados, domingos e feriados. O responsável do dia vai até o prédio da Unidade Transfusional e coleta os dados dos pacientes transfundidos nas últimas 24h e, a partir daí, realiza a busca ativa com foco nos dados clínicos do paciente e do processo de hemotransfusão. As informações captadas dessa forma serão compiladas em tabelas que categorizam os seguintes aspectos: dados gerais dos pacientes; tipo e quantidade de hemocomponente; setor da transfusão; e ocorrência de incidentes transfusionais e, se presentes, as características dele, como manifestação clínica, diagnóstico e gravidade. Os incidentes detectados são discutidos individualmente com os orientadores, em reuniões mensais, e notificados à ANVISA através do sistema NOTIVISA. Em associação à busca ativa, é feita a sensibilização do paciente e de seus familiares/acompanhantes quanto à importância da doação de sangue para a manutenção dos estoques do hemocentro do Estado. Assim, durante as

visitas diárias, os acadêmicos também são responsáveis por conversar com familiares e acompanhantes visando sanar as dúvidas e estimulá-los a realizar a doação de sangue, distribuindo folders explicativos com informações acerca do processo. Os que se disporem a tal gesto são direcionados e orientados sobre os locais de doação mais próximos e que eles preferam, sendo, em geral, encaminhados ao Hemonorte, por transporte próprio da instituição, uma vez por semana, ficando a cargo dos membros da Hemovigilância realizar o contato e organizar o transporte. Além disso, também é feita a distribuição mensal de panfletos informativos nos setores de aula dos hospitais em análise no intuito de conscientizar os graduandos. É importante frisar que todas as solicitações de sangue enviadas ao Núcleo de Hematologia e Hemoterapia do HU são analisadas e cruzadas com os dados de transfusão para identificar possíveis excessos na requisição de hemocomponentes. Foi visto, nos anos anteriores do projeto, que a reserva cirúrgica de hemácias é superestimada, com uso efetivo mínimo em relação ao que é solicitado. Isso leva a uma redução na eficiência do trabalho da equipe de transfusão dos hospitais e aumenta, consideravelmente, o consumo de reagentes. Reuniões periódicas com o coordenador e colaboradores são realizados para discutir assuntos relevantes em Hemoterapia, afinar a qualidade dos dados coletados e para gerar os boletins dos serviços, juntamente com os responsáveis por cada serviço. Esses dados são apresentados em formas de tabelas que servem como relatórios mensais sobre a ação de todo o processo de transfusão sanguínea do hospital. Por fim, os estudantes de medicina voluntários do projeto se responsabilizam por sensibilizar os profissionais responsáveis pela assistência direta aos pacientes acerca da importância da identificação precoce dos incidentes transfusionais, da devolução do hemocomponente envolvido para análise e da notificação do evento adverso. Dessa forma, os profissionais contribuem de forma significativa para a busca de melhoria e mais segurança para o processo. As capacitações são organizadas pelos próprios estudantes, contando com o auxílio de um médico e enfermeiro habilitados em hemovigilância. A divulgação do projeto é feita através de pôsteres, artigos, exposição de informes publicitários nas televisões dos corredores do HU, bem como afixação de banners nas enfermarias, ambulatórios e corredores, além de reformular o material de mídia utilizado atualmente.

Resultados e Discussão

Por meio do projeto, os discentes puderam aprofundar seus conhecimentos inerentes às reações transfusionais, seus sintomas, complicações associadas e formas de prevenção possibilitaram a sua identificação mais precoce e, conseqüentemente, uma prática mais segura no tocante à administração dos componentes sanguíneos, com vistas à

construção de protocolos que validaram essas práticas e pôde ser incorporados. A transfusão sanguínea é um processo que, mesmo realizado dentro das normas preconizadas, bem indicada e corretamente administrada, submete o receptor a uma série de riscos, dessa forma, foi fundamental o monitoramento de todo o processo, desde a captação do doador até a transfusão sanguínea no receptor nos HU e na Maternidade escola, nas quais os alunos puderam atuar durante o ano de 2017 na busca ativa. Assim, foi possível criar um sistema integrado com multiprofissionais, articulado e realimentado em todo o seu processo com as atividades diárias, gerando as informações necessárias para tomada de decisões e desencadeamento de ações que possibilitaram a melhoria do acompanhamento do paciente transfundido. Portanto, os alunos do projeto de extensão no ano de 2017 puderam julgar o significado dos eventos em todos os níveis (local, regional e nacional); coletar dados sistematicamente e analisá-los; detectar eventos novos; informar de modo ágil e eficaz para que providências possam ser tomadas oportunamente – formando uma rede de alerta; contribuir para a segurança transfusional e qualidade dos hemocomponentes; gerando ações corretivas, elaboração de protocolos operacionais e normas técnicas; e oferecendo treinamento para todos os profissionais envolvidos com a transfusão de hemocomponentes. A maior atuação dos comitês transfusionais fez com que o número de notificações aumentasse, mas elas ainda são mínimas, com pequena geração de conhecimento sobre o assunto à nível nacional. O processo de hemovigilância já se comprovou como um importante fator para garantir a qualidade e segurança dos processos de transfusão, o que confere melhores serviços de assistência à população envolvida. A análise das notificações dos incidentes transfusionais, em alguns países, já está contribuindo para a melhoria da qualidade do processo. No Brasil, pouco se conhece sobre a prevalência/incidência real dos incidentes transfusionais, sejam eles inerentes à terapêutica, decorrentes de má indicação e de mal uso dos produtos sanguíneos, ou de falhas no processo durante o ciclo do sangue. Não obstante, o projeto cria novas oportunidades extracurriculares para que os discentes tenham oportunidades no que diz respeito ao ensino de práticas hemoterápicas. Isso acaba por facilitar o aprendizado e manejo da prática transfusional, melhorando a segurança transfusional e podendo gerar mais segurança no tratamento do paciente. Dessa forma, a inserção da hemovigilância, por meio de buscas ativas de incidentes adversos, seguindo orientações do Comitê Transfusional, foi de fundamental importância para a segurança do processo transfusional. Com a busca ativa, realizada pelos estudantes, foi possível identificar que a frequência de Incidentes Transfusionais (5.9/1000 hemocomponentes), no Hospital Universitário, sendo o dobro da frequência nacional brasileira demonstrada no Relatório de Hemovigilância da ANVISA no ano de

2014. Tal constatação permite afirmar que o sistema de hemovigilância, durante esse período, mostrou-se bastante efetivo no que diz respeito às notificações junto à ANVISA. Outra constatação foi o aumento no número de notificações enviadas ao Núcleo de Hematologia e Hemoterapia (NHH) deste nosocômio, de quatro em 2012 para 107 nos anos de 2013-2017. Por outro lado, ainda observamos um número considerável de subnotificações no nosso Estado, visto que existem outros centros hospitalares, assim, o número de notificações final permanece baixo, quando comparado aos outros estados do Brasil. Todavia, salienta-se a importância do trabalho constante da equipe de hemovigilância, através de visitas diárias, no esclarecimento e instrução aos profissionais responsáveis pela prática hemoterápica, acerca do reconhecimento e notificação dos eventos adversos, como fatores que contribuíram para redução considerável da taxa de subnotificações. Desse modo, esse projeto, além de propiciar benefícios e melhorias da assistência aos pacientes através da hemovigilância, permite a criação de um campo de aprendizagem bastante amplo, tanto da vivência hospitalar quanto da prática hemoterápica, ao inserir alunos na prática diária dos hospitais e possibilitar a interação desses com a equipe multiprofissional, contato com pacientes e com os familiares - incentivando-os à doação de sangue -, e diálogo com profissionais médicos e com os demais estudantes da graduação sobre o uso racional dos hemocomponentes, dentro da perspectiva de melhor assistência aos pacientes e do desenvolvimento de protocolos para minimizar os descartes de hemocomponentes de reserva cirúrgica, além de trabalhar no âmbito do maior estímulo à doação de sangue. Durante a execução do projeto, os alunos entraram em contato frequente com o seu objeto de estudo (o paciente) e foram orientados por profissionais, técnicos e professores, já experientes na vivência profissional que o aluno busca aprender durante seu curso. Sendo assim, promove uma consolidação do conhecimento que vai além do tema específico do projeto, a hemovigilância, e abrange todo o conjunto de cuidados que envolvem a assistência ao paciente. Além disso, os acadêmicos tiveram a possibilidade de vivenciar o dia-a-dia dos pacientes com longa permanência no hospital. Nessa perspectiva, os membros do projeto avaliaram o paciente além da patologia que o aflige, vendo o ser humano como um todo, suas necessidades físicas, psicológicas e sociais. Os voluntários auxiliaram na maior humanização no ambiente hospitalar, sendo um meio para o pacientes externar suas preocupações e queixas sobre o tratamento instituído, dialogar sobre os benefícios hemoterápicos, a importância da doação de sangue, esclarecimentos sobre dúvidas pertinentes à necessidade de transfundir, sinais e sintomas que podem ocorrer e que eles acreditam que são normais e na verdade podem ser algum evento adverso, entre outros esclarecimentos

pertinentes a terapia sanguínea. Foi feita, ainda, parceria com o projeto de extensão Sangue Universitário e com o Hemonorte nas ações de doação sanguínea diárias, bem como durante campanhas dos dois serviços ou campanhas municipais. Foram trazidos, com a nossa ação de extensão, benefícios na melhoria da segurança transfusional, adequando o Hospital Universitário e a Maternidade Escola às prerrogativas legais impostas pela ANVISA, associado à criação de campo de aprendizado em benefício da comunidade junto a uma série de profissionais capacitados e estudantes que buscam uma maior interação com os pacientes. Ao passo do crescimento do projeto, nossos funcionários foram relocados para auxiliar no funcionamento do projetos, ao passo em que foram realizadas as notificações, pesquisas na área de hemoterapia podem ser feitas de forma rápida a partir da análise desse banco de dados e da alimentação dos bancos de dados do sistema nacional, permitindo o acompanhamento dos eventos de forma nacional e a adoção de medidas relevantes, visto que esses dados estão dispostos nos guias do Ministério da Saúde. Isso leva, portanto, ao cumprimento do objetivo acadêmico de associar Ensino, Pesquisa e Extensão.

Conclusão/Considerações Finais

Diante disso o projeto de hemovigilância tem uma importância significativa no contexto do controle e busca ativa das reações transfusionais, visando aprimorar o processo de notificação. Além disso, permite que o estudante de medicina saiba reconhecer, conduzir e notificar a ocorrência de reações transfusionais. Dessa forma, a extensão universitária alcança seu objetivo primário: concomitância de evolução no ensino e mudanças na realidade da população.

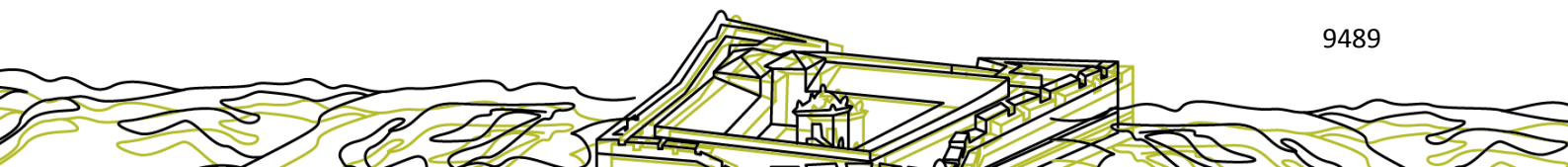
Referências

1. Serious Hazards of Transfusion – SHOT [Internet]. Plymouth Grove, Manchester: SHOT office; 2010 – [citado em Dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.shotuk.org/home/>.
2. Proietti Anna Bárbara F. C., Cioffi Júnia G. M.. Hemovigilância: verificação final da qualidade da transfusão?. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 03]; 30(3): 173-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-842008000300001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-4842008000300001>.

3. Callera, F.; Silva, A. C. O.; Moura, A. F.; Melo, D. B.; Melo, C. M. T. P.; Descriptions of acute transfusion reactions in a Brazilian Transfusion Service; Serviço de Hematologia e Hemoterapia de São José dos Campos SP. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2004;26(2):78-83.
4. Bueno SC. Proposta de implementação da hemovigilância para a racionalização na utilização dos hemocomponentes [tese]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE; 2007.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Hemovigilância nº 4. 1.ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2011.
6. Brasil, Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 13 de novembro de 2013, Seção 1, página 106.
7. Alter, H.J.; Klein, H.G.; The hazards of blood transfusion in historical perspective. bloodjournal.hematologylibrary.org at CAPES Usage on October 21, 2011.
8. Neto, A. L. S; Barbosa, M. H. Analysis of immediate transfusion incidents reported in a regional blood bank. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. vol.33 nº.5 São Paulo, Out. 2011.
9. Ludwig, L.; Zilly, A. Reações Transfusionais Ligadas ao Sistema ABO. NewsLab - edição 84 – 2007
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Hemovigilância nº 5, atualizado. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2012.
11. Brasil, Resolução - rdc nº 57, de 16 de dezembro de 2010 legislações – rdc sex, 17 de dezembro de 2010 00:00
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Manual Técnico de Hemovigilância – Investigação das Reações Transfusionais Imediatas e Tardias Não Infecciosas 2007.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil, 2015.



14. Flausino G de F, Nunes FF, Cioffi JGM, Proietti AB de FC. Teaching transfusion medicine: current situation and proposals for proper medical training. Rev Bras Hematol Hemoter. 2015;37(1):58–62.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Relatório de Hemovigilância 2013. Brasília: Anvisa, 2014. 44 p.
16. Meza B, Lohrke B, Wilkinson R, et al. Estimation of the prevalence and rate of acute transfusion reactions occurring in Windhoek, Namibia. Blood Transfusion. 2014;12(3):352-361.5.Spiess BD. Red Cell Transfusions and Guidelines: A Work in Progress. Hematology/Oncology Clinics of North America. 2007 Feb;21(1):185–200.
17. Brasil, Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. Publicada no Diário Oficial da União de 05/02/2016, nº 25, Seção 1, pág. 37



IMPLEMENTANDO O TESTE DO CORAÇÃOZINHO NA TRIAGEM NEONATAL POR MEIO DA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Área Temática: Saúde

Rebecca Paiva de Araújo Silva¹; Iana Ciara Santos de Albuquerque¹; Ana Karenina Carvalho de Souza¹; André Victor Fernandes Barbalho¹; Gisele Correia Pacheco Leite³.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

Introdução: As Cardiopatias Congênitas (CC) correspondem à 3^o causa de óbito no período neonatal: o diagnóstico precoce das mesmas se faz fundamental. Desse modo, o Teste do Coraçãozinho (TC) se tornou obrigatório pelo SUS, no Brasil, a partir da portaria do Ministério da Saúde, 10/06/14. **Objetivo:** Capacitação dos profissionais da área da saúde (PAS) para realização do TC, buscando sua implementação no Rio Grande do Norte (RN). **Metodologia:** Um grupo de discentes, docentes e PAS em geral atuam no projeto de extensão intitulado *Capacitação dos PAS para realização do TC*. Esse grupo organiza e participa dos treinamentos, como forma de educação permanente e continuada em saúde. Cada capacitação ocorre em turnos de cinco horas, com atividade teórica, seguida de abordagem teórico-prática e prática no Serviço Universitário de Referência (SUR). São aplicados formulários de coleta de dados. **Resultados:** Foram realizadas em torno de 20 capacitações em 06 maternidades do estado, no período de 2016 a 2017, sendo 04 públicas e 02 privadas, atingindo um público total de 344 pessoas capacitadas (cerca de ²40 eram PAS) e aproximadamente 350 neonatos submetidos ao TC. Os alunos, ora atuando como ouvintes (sendo capacitados) ora como instrutores (capacitando e sendo agente multiplicador de informações em suas unidades de trabalho), demonstraram grande ganho de experiência acadêmica no quesito ensino e pesquisa. O grupo também participa de ações de educação em saúde para levar o conhecimento do teste à população em geral. **Conclusões:** O TC ainda não foi efetivamente implementado no país na rotina neonatal, conforme preconizado. Ações

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Discentes do curso de Medicina.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente do Departamento de Pediatria.

que permitam a capacitação dos PAS para a realização do teste, bem como divulguem conhecimento aos PAS e ao público em geral podem permitir que a população também participe do processo de luta pela garantia do acesso universal a este teste de triagem, imprescindível para uma assistência neonatal de qualidade.

Palavras-chave: Oximetria de Pulso; Teste do Coraçãozinho; Cardiopatia Congênita; Educação em Saúde.

Introdução

A relação da ciência com a sociedade é fundamentalmente dinâmica e interativa. Deste modo, a obsolescência da informação torna-se cada vez mais célere, trazendo a necessidade de aprimoramento constante dos conhecimentos pelos profissionais. Conceitos de educação permanente (EPS) e de educação continuada em saúde (ECS) tornam-se essenciais no cenário atual, de modo a permitir a estruturação do conhecimento para melhoria da assistência em saúde (PEREIRA, 2002).

A proposta da EPS foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde no início dos anos 80, com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde. Esta proposta se relaciona com o conceito de ECS, entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. Assim, caracteriza-se como um processo educativo permanente, de natureza participativa e multiprofissional, que busca promover a transformação das práticas de saúde e de educação, com a finalidade de aprimorar os indivíduos e conseqüentemente melhorar a assistência prestada aos usuários (PEDUZZI et al, 2008).

Nesse contexto, este projeto realiza uma abordagem pautada nos conceitos da EPS e ECS para PAS que atuam nas maternidades públicas e privadas do estado do Rio Grande do Norte, capacitando-os quanto à realização do TC, com conseqüente abordagem sobre a epidemiologia das CC em neonatos.

O destaque relativo aos PAS gira em torno da capacitação em si, a qual permite de forma prática e concisa a atualização em saúde para diferentes profissionais, a uniformização das condutas a serem executadas e a oportunidade de um espaço para esclarecimento de dúvidas em saúde. Toda essa logística faz parte de um processo de

ensino-aprendizagem que reflete a ECS, a qual é um processo de aperfeiçoamento dos profissionais com a finalidade de atender às necessidades do serviço e de tornar o trabalho mais qualificado, não somente quanto à teoria e à técnica a ser executada, mas abrangendo também o refinamento do profissional com bases ética e técnico-científica.

As CC são responsáveis por aproximadamente 40% de todos os defeitos congênitos e são consideradas uma das malformações mais frequentes. Fazem parte do grupo de anomalias congênitas que mais matam no período neonatal, sendo necessário o diagnóstico precoce para tratamento destas doenças. Nesse aspecto, esse teste vem sendo estabelecido mundialmente, baseado na aferição da Oximetria de Pulso em neonatos.

O presente estudo se justifica pelo fato de o Ministério da Saúde ter incorporado o TC na triagem neonatal, através da portaria de 10 de Junho de 2014, e o mesmo teste ainda não ter sido implementado rotineiramente no período neonatal. Sua efetivação vem sendo prejudicada devido aos diversos enfrentamentos que ainda fazem parte da realidade do Brasil e, particularmente, do RN, os quais constituem importante entrave para efetivação desta medida, seja por carência de insumos, equipamentos e infraestrutura necessários, seja por não existência de preocupação em se capacitar os PAS para a realização do teste.

Logo, mediante a alta incidência das CC graves em neonatos e a alta morbimortalidade infligida por elas, a capacitação de PAS para realização e interpretação deste teste deve ser a primeira barreira a ser transposta, objetivando a interação dos conhecimentos consolidados na universidade com a sociedade civil (EWER, 2012). Assim, a Extensão Universitária (ExU) é uma ferramenta imprescindível ao possibilitar este intercâmbio de saberes e experiências.

Ao considerar que o projeto gira em torno dos pilares de ensino-pesquisa-extensão, são ofertados por ele vasto conhecimento e desenvolvimento de habilidades diante da participação. Neste âmbito, é fácil observar os ganhos adquiridos pelos alunos, os quais perpassam a experiência acadêmica por meio da execução das atividades - associada ao conhecimento sobre a temática e ao reforço do conhecimento e da habilidade já desenvolvidos -, o estímulo a valores éticos no contato com docentes, demais alunos e população, além do desenvolvimento de habilidades de liderança, comunicação, organização, segurança e

desenvoltura para desenvolver as apresentações, geralmente diante de um público diverso e incomum à prática acadêmica.

A participação no projeto promove a integração entre estudantes de diferentes períodos e cursos da área da saúde, com motivação, interação e intercâmbio de experiências, assim como o incentivo a um ensino transversal, uma vez que os próprios instrutores se ajudam, a fim de sanar todas as dúvidas conceituais e técnicas sobre o TC. Ainda é válido atentar para o desenvolvimento de habilidades de autogestão, administrativas e de resolutividade na organização e execução das capacitações, sendo envolvidos o planejamento estratégico da data, da aula e do material bem como a execução da prática; sejam consideradas também as dificuldades na administração dos recursos materiais ou humanos como fatores inerentes a qualquer projeto de grande porte, tendo conferido maturidade aos estudantes organizadores e aos instrutores envolvidos. Ademais, é extremamente significativo mencionar a inserção no mundo acadêmico, incluindo o aprendizado na leitura de artigos e seleção de ideias e referências para a elaboração de materiais didáticos e do próprio projeto de pesquisa.

Quanto ao aprimoramento de habilidades por parte dos docentes envolvidos, ressaltase o desenvolvimento de técnicas de orientação aos alunos. Esse processo de ensino vai além da base extensionista, ao incluir o contínuo direcionamento das práticas de educação em saúde e conferir, assim, estímulo à formação crítica, científica e ética dos estudantes; conseqüentemente, os professores agregam experiências à carreira e à metodologia de ensino.

Outrossim, ressalta-se a importância da implementação efetiva do TC nas maternidades e da formação de recursos humanos capacitados para realizá-lo e interpretá-lo precisamente como fator determinante para melhoria da assistência aos neonatos. Afinal, tão importante quanto a realização do teste é a sua correta interpretação em um processo que é operador-dependente.

Sob esse ponto de vista, a coordenação da residência multiprofissional do HUOL/UFRN estabeleceu em 2016, em parceria com a equipe do projeto do TC, a obrigatoriedade de participação na capacitação deste teste e posterior multiplicação do conhecimento para turmas futuras. Além disso, é acrescentada a oportunidade de aplicar os conhecimentos obtidos na graduação e associá-los à prática profissional, independente da formação ser médica ou de enfermagem, contribuindo para a realização do caráter multiprofissional da residência.

Por fim, este artigo objetiva delinear o processo de capacitação de PAS das maternidades - públicas e privadas - do estado do RN, enquanto proposta intervencionista na saúde pública, no período de 2013 a 2017, para realização e

interpretação precisas do TC em neonatos, visando à otimização da assistência a este público e ao desenvolvimento de aptidões referentes à equipe colaborativa do projeto.

Metodologia

O processo de ensino tomou como base a ECS, em que o conteúdo teórico não se limita apenas ao dia da capacitação, mas sim abrange uma educação longitudinal, principalmente a partir da distribuição do material didático complementar para promover educação continuada. Para tanto, a equipe utilizou-se de recursos audiovisuais para esquematizar uma aula dinâmica a ser apresentada aos PAS, oferecendo de maneira didática e objetiva o arcabouço teórico necessário para a realização do TC.

As atividades teórico-práticas necessitavam de um planejamento prévio com a instituição de saúde onde seriam realizadas. Era preciso contatar a diretoria da unidade de saúde a fim resolver os pormenores do evento, como data, horário, local e auxílio necessário. Em seguida, há abertura de inscrições aos profissionais interessados a partir da disponibilização de um formulário virtual para coleta de dados cadastrais, que são importantes para a composição da lista de presença e de certificados. O acesso ao formulário virtual se dá por meio deste link: <https://goo.gl/forms/XZwI9YuOM5Cr3YE73>.

Sob esse prisma, retoma-se a possibilidade de crescimento que o projeto permite aos envolvidos. Os alunos ganham não somente quanto à projeção acadêmica com o desenvolvimento do eixo ensino-pesquisa-extensão, mas também quanto ao desenvolvimento de habilidades laborativas que resultam em grande resolutividade organizacional e administrativa com o planejamento e execução das atividades. Ademais, a elaboração de uma metodologia dinâmica para as capacitações nessa área específica denota o caráter inovador e promove a eficácia da proposta.

No dia da capacitação, os participantes são acolhidos e assinam a lista de presença. Em seguida, é realizada uma pesquisa, por meio da aplicação de formulário para avaliar os níveis de conhecimentos dos participantes previamente à capacitação. A intervenção se inicia com a exposição audiovisual supracitada, ressaltando epidemiologia, frequentes CC detectadas pelo teste, intercorrências gestacionais associadas à presença de CC, técnica correta para realização do procedimento, sua importância, os erros mais comuns, entre outros aspectos.

A importância desse aporte teórico e dessa abordagem se alicerça nos pilares da educação continuada, de forma a permitir ao profissional manter, aumentar ou melhorar

sua competência, para que seja compatível ao desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual, na perspectiva de transformação de sua prática. Dessa forma, a metodologia aplicada favorece o aprendizado, pois as considerações teóricas realizadas embasam o conhecimento e explicam a necessidade de se aplicar a técnica corretamente.

Após o momento teórico, ocorre a demonstração da utilização do oxímetro para a realização do teste com modelos de bonecos; em seguida é executado o momento da prática com participantes e neonatos voluntários das maternidades em questão, sob a supervisão dos instrutores. Essa etapa inicial de demonstração consolida o conhecimento obtido na aula teórica e permite a preparação para a prática, a qual ocorre nas enfermarias com os neonatos, sob supervisão dos monitores, em prol da correção da técnica de imediato e da obtenção de testes fidedignos.

Desse modo, ao final da capacitação, os profissionais envolvidos são aptos técnica e cientificamente para a realização de um teste de triagem de grande impacto para a devida atenção à saúde do neonato, sendo uma intervenção de baixo custo, segura e prática. Embora seja uma atividade de aferição relativamente rápida e sem muitas complicações operacionais, é essencial lembrar que se configura como um processo operador-dependente, de modo a requerer as habilidades específicas e adequadas para a realização e a interpretação eficazes do teste. Com esse entendimento, o profissional é também apto para disseminar os conhecimentos adquiridos em sua unidade de trabalho, de forma a contribuir para a criação de um fluxo de EPS no contexto de aplicação do TC, com impacto positivo no diagnóstico e na assistência à criança cardiopata.

Os resultados colhidos são registrados em formulário, prontuário e no cartão da criança, com entrega do *folder* sobre TC aos genitores e explicações acerca da importância do teste. Ao término da capacitação, são distribuídos *folders* educativos sobre o TC e outros materiais de apoio aos participantes. Além disso, um modelo de banner sobre o TC foi disponibilizado via *e-mail* para as maternidades do RN, a fim de auxiliar os profissionais de saúde no procedimento.

A divisão da capacitação em etapas possui o objetivo de levar o capacitando ao processo de construção do conhecimento. O conceito do construtivismo aplica-se à educação em saúde através da integração das práticas de ensino com as vivências do aluno. Desse modo, a aproximação entre o que é visto em sala de aula e o ambiente de práticas irá guiar o aluno nesse processo. Logo, a cada etapa o aluno é incentivado a refletir sobre sua atuação e sobre a importância do que foi visto para a execução da

etapa seguinte. Assim, é gerada uma interdependência entre as fases do processo, refletindo a necessidade de se adotar as novas práticas apresentadas, para impactar substancialmente a assistência à saúde.

Por fim, era solicitado aos capacitandos o preenchimento de um formulário avaliativo, no intuito de analisar a eficácia do processo de ensino-aprendizado, além de um formulário *on-line* de avaliação da capacitação, o qual inclui tópicos como: apresentação, conteúdo abordado, ferramentas, qualificação dos instrutores, material disponibilizado, pontos positivos e negativos e sugestões, com o objetivo de vislumbrar melhorias na ação e no processo de ensino-aprendizagem. Após avaliação dos alunos pelos instrutores, é confeccionado e entregue um certificado ao participante; tais instrumentos online são disponibilizados por meio de endereço eletrônico fornecido pelo participante no ato da inscrição.

Resultados e Discussão

Embora o país tenha avançado em termos de uma saúde neonatal mais ampla, a integralidade no atendimento à criança com cardiopatia ainda é um sério entrave diante do sistema de saúde brasileiro, a começar pelas iniquidades geográficas entre estados e dentro de um mesmo estado no que tange ao acesso a uma triagem resolutiva e de qualidade, perpassando grande defasagem no diagnóstico pré e pós-natal, no atendimento inicial e na transferência para centros de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em relação à execução da Portaria nº 20, que decidiu pela incorporação do TC na Triagem Neonatal no SUS, o desconhecimento e a parca difusão de informações sobre o teste são prevalentes e demonstram, de certa maneira, leniência e insuficiência legal no cenário da saúde; assim, o TC ainda não é devidamente realizado na triagem neonatal, e isso debilita a administração do cuidado e a integralidade da atenção à saúde do neonato (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ, 2017).

Além disso, uma das condições ideais para avaliação da oximetria seria profissionais capacitados e resolutivos, o que representa outra fragilidade na aplicação do TC, pela negligência relativa a capacitações bem estruturadas e que reflitam a urgência da inserção real e da prática iminente do TC na Triagem Neonatal. Destaca-se que deve haver ciência por parte de enfermeiros e técnicos de enfermagem a respeito de suas habilidades e competências para praticarem uma assistência que minimize a imperícia e, principalmente, a negligência, ainda mais ao lidarem com a fase inicial da vida.

Nesse sentido, o projeto teve seu início a partir dessa necessidade de implementação do exame na triagem. Como já explanado, o TC faz parte de diversos programas de triagem pelo mundo e vem sendo implementado em diversos países para a investigação de CC. Em 2011, a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou a 1ª orientação sobre a importância da realização do teste como triagem para CC. O TC é a essência, neste cenário, para o desenvolvimento de ações de extensão dentro da universidade desde o ano de 2013, quando se iniciou sob o forte empenho da equipe envolvida, apesar de pouca estrutura e embasamento para desenvolvê-lo. A partir desse momento, a capacitação de profissionais começou a ocorrer e, no ano de 2014, após grande luta de diferentes representantes da linha de cuidado da criança cardiopata, o exame se tornou parte obrigatória do sistema de triagem neonatal do SUS, de acordo com a portaria nº 20/2014. Desde então, o processo de capacitação ganhou mais força como ExU e teve grande evolução, conseguindo registro oficial na ExU no 1º Dia D da CC em 2015, até culminar na compra de um oxímetro para o projeto neste mesmo ano; sendo agora ainda mais importante como instrumento para a implementação do teste no RN, afinal, apesar da obrigatoriedade, não existiam profissionais suficientemente habilitados para torná-lo efetivo.

A partir de 2016, o TC entrou para a lista de projetos de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob supervisão docente e com a colaboração de diversos PAS envolvidos principalmente na pediatria e na enfermagem, de diferentes setores de Natal/RN, tais como: maternidades públicas e privadas, secretarias de saúde do estado, sociedade de pediatria, dentre outros. O projeto se baseou na capacitação dos PAS de Natal e RN para a realização do TC, já tendo expandido para o interior do RN, iniciando esse processo em Alexandria/RN em 2017. A datar do seu início até o ano atual (2018), as diferentes equipes que contribuíram para o andamento e a ampliação do projeto foram responsáveis por capacitar não apenas os profissionais em atividade, mas também estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, os quais agora representam também um público-alvo.

De acordo com o desenvolvimento das capacitações, a metodologia aplicada vem sendo aperfeiçoada e seguindo o mesmo padrão desde que virou projeto: a capacitação se dá inicialmente por meio de uma apresentação com recurso audiovisual, em seguida é realizada uma demonstração com modelos de neonatos sobre a prática da oximetria de pulso, e, por fim, ocorre a prática com os neonatos e a aplicação de formulários sobre o bebê e a mãe, materiais que estão em processo de atualização. A essencialidade do aperfeiçoamento da metodologia se dá pela sofisticação da informação passada aos profissionais, com a inclusão de diferentes fontes científicas atualizadas e elaboradas

que fundamentam com veemência a importância da realização da oximetria de pulso nos neonatos, haja vista o grande impacto da morbimortalidade por CC.

Em referência ao aperfeiçoamento das capacitações, é válido ressaltar as conquistas do projeto. Inicialmente, um grupo reduzido de estudantes e professores capacitavam profissionais nas unidades da maternidade-escola da instituição universitária; em seguida, foi adquirido um oxímetro próprio para o projeto (2015), feitas apresentações em eventos científicos como a CIENTEC e o Congresso Brasileiro de Cardiologia; conquistadas bolsas para os alunos envolvidos; além de o projeto ter conquistado espaço na graduação dos cursos de medicina e enfermagem, de forma a representar grande avanço na implementação do TC no RN.

Para o ano vigente, os planos são continuar a investir na capacitação dos PAS e acadêmicos de medicina e enfermagem, levando o conhecimento e a aptidão para que possam aplicar devidamente - por se tratar de um processo operador-dependente - e disseminar o conhecimento sobre o TC. Soma-se a isso o desejo de transformar o projeto de extensão em pesquisa e ampliar o campo de atuação para alcançar um maior número de profissionais e qualificá-los.

Os resultados quantitativos desta proposta se dão no sentido de possibilitar o preparo técnico dos PAS para lidar com a assistência de modo adequado e resolutivo aos neonatos. No período de 2016 a 2017, foram realizadas em torno de 20 capacitações em 06 maternidades do Estado - sendo 04 públicas e 02 privadas -, com um público total de 344 pessoas capacitadas - das quais cerca de 240 eram profissionais de saúde - e de aproximadamente 350 neonatos submetidos ao TC. Além disso, deve-se destacar a potencial existência e inserção do projeto nos cursos de graduação de medicina e enfermagem, nos quais se estima que os futuros profissionais sejam habilitados para a realização do exame.

Com isso, pode-se explicitar o caráter de EPS que o projeto adquiriu, ao ser inserido na graduação dos cursos de PAS, bem como ter sido incorporado, em 2017, à residência multiprofissional do HUOL/UFRN, na qual os residentes se capacitaram e se tornaram instrutores. Desse modo, a capacitação passou a ser incorporada como atividade obrigatória da residência multiprofissional, abrindo portas para a atuação desses profissionais nos mais variados setores da assistência em saúde no estado.

Diante dos resultados obtidos, é relevante observar que o processo de capacitação de profissionais, apesar de imprescindível, é lento e ainda não foi capaz de abranger PAS de outras regiões do estado, como Agreste, Seridó e Alto Oeste. Uma importante

consideração a ser feita é a necessidade de ampliar os números, a quantidade e a qualidade de PAS capacitados em diferentes áreas do estado, pois, nessas localidades, há pouca assistência nas maternidades, o teste não é implementado e os neonatos perdem a oportunidade de uma triagem adequada, de um diagnóstico precoce e - consequentemente - de um tratamento mais eficaz. Por esse motivo, percebe-se a necessidade de discutir, planejar e executar de forma integrada, com as Prefeituras e Governo do Estado, a inserção das capacitações, do projeto e do TC na realidade dos profissionais para que a portaria nº 20 seja executada, sem negligência nem prejuízo aos serviços de saúde.

Este trabalho vem sendo desenvolvido e aperfeiçoado desde 2013 e deve ser continuado para que o processo de ensino teórico-prático permita, além de realização correta, a disseminação do conhecimento associado à prática, para promover a prevenção de sequelas mais graves em consequência da hipoxemia (MAHLE, William T., 2009). Frente a essa realidade, é primordial refletir quanto à reduzida oxigenação do tecido nervoso e às consequências da hipoxemia que perduram além do período neonatal, as quais se apresentam como o atraso do desenvolvimento neurológico detectado em crianças na fase pré-escolar (WERNOVSKY, 2015).

Além disso, no decorrer das atividades, variados foram os resultados no âmbito da educação em saúde, como a execução e apresentação de *folders*, fluxogramas, *banners*, slides e material didático próprio para serem utilizados durante e após as capacitações, com objetivo de promover educação em saúde com qualidade e multiplicar o conhecimento acerca do TC para os demais profissionais que tenham contato apenas com o material didático e com os colegas de trabalho capacitados. Atualmente a equipe organizadora do projeto está em fase de desenvolvimento de cursos de capacitação *on-line*, via plataforma AVASUS, juntamente à equipe do SEDIS-UFRN; um produto de grande valor para os profissionais e população em geral. Essa parceria tem como objetivo a criação de um bloco de aulas temáticas sobre o TC que abordam desde o funcionamento do coração no período fetal, perpassando conteúdos como anatomia e fisiologia, assim como a explanação de conhecimentos sobre CC e o TC. Nesse sentido, o projeto enfocou não apenas a transferência do conteúdo e da técnica, mas também a elaboração de um material de fácil entendimento e acesso, a fim de alcançar profissionais de saúde e sociedade em geral, com o intuito de expandir consideravelmente a cobertura do projeto.

No tocante a esta proposta, então, o processo de capacitação de PAS das maternidades públicas e privadas do estado confere um estímulo permanente à formação crítica, científica e

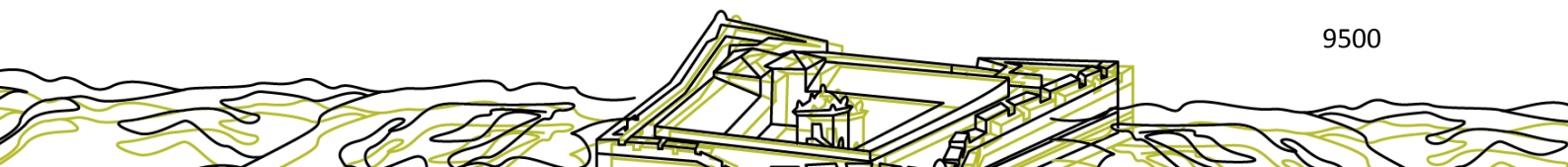
ética dos estudantes e dos demais atores envolvidos, tendo uma base extensionista articulada intrinsecamente com o ensino e a pesquisa, para viabilizar relações transformadoras entre a universidade e a sociedade, a partir de um diálogo que envolva diferentes conhecimentos. Desta forma, em reciprocidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), visa à garantia do direito à vida e à saúde somada à atenção primordial às crianças, sendo, nesta conjuntura, uma proposta intervencionista na saúde pública.

Conclusão/Considerações Finais

São evidentes as grandes dificuldades enfrentadas, quando não inviabilidades, para a realização de uma assistência com resolubilidade acerca das CC em muitas localidades brasileiras. O alcance da atenção integral e a intervenção terapêutica premente esbarram em entraves sérios, desde a Atenção Primária, passando pela atenção especializada, até à regulação assistencial.

Relativamente à insuficiência de profissionais capacitados e resolutivos, é fundamental salientar que o fator menos desenvolvido no acompanhamento de processos de capacitação de PAS é o aspecto avaliativo, de modo a negligenciar a prática eminente do TC na Triagem Neonatal e a representar fragilidade de impacto na qualidade dos serviços de saúde (PEDUZZI et al, 2008). Desta maneira, enquanto não for estabelecido um programa sustentável de rastreamento da oximetria de pulso, com rigor de avaliação e garantia de qualidade, ainda estará distante, portanto, uma linha de cuidado que seja um instrumento efetivo para melhor desenvolvimento das crianças em questão.

Apesar de oficialmente o TC fazer parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal, observa-se que, na prática, a rotina de realização deste teste não vem ocorrendo eficientemente no período neonatal conforme preconizado. Ações que levem a divulgação do conhecimento sobre o TC, às comunidades e aos PAS, podem permitir que a população também participe do processo de luta pela garantia do acesso universal ao TC, ainda mais tendo em vista que esta atividade vai beneficiar principalmente crianças em extrema vulnerabilidade, inseridas em periferias urbanas. Tais práticas também se enquadram na ótica da educação em saúde, a qual se alicerça nas concepções de saúde e de educação embasadas no desenvolvimento das potencialidades humanas, sobretudo



de transformação de realidades, sendo integrantes dos direitos da pessoa humana (PEREIRA, 2002).

Embora seja um trabalho em desenvolvimento e passível de aprimoramento e reformulações, o projeto já traz à tona resultados que fomentam a essencialidade do preparo técnico dos PAS referente à assistência neonatal, além da produção e disponibilização de materiais potencializadores de uma educação permanente e transformadora do cenário de saúde, destacando a adequação das instituições atingidas aos padrões de excelência almejados pelo SUS, para a implementação efetiva do teste na rotina das maternidades públicas e

privadas do estado do RN e para a otimização da rede de atenção aos neonatos portadores destas patologias. Sob esse raciocínio, sendo a educação continuada um conjunto de experiências que possibilitam ao profissional transformar sua prática e aprimorar suas competências para ser compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, o projeto se configura como um processo continuado de Educação em Saúde, fazendo-se cumprir integralmente a Portaria SCTIE/MS nº 20, de 10 de junho de 2014, com o objetivo de minimizar o impacto da morbimortalidade neonatal e promover qualidade de vida a esse grupo atingido (SALUM, 2000).

Além da competência de educação permanente – na qual os PAS devem aprender e ter responsabilidade com a educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, com condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços –, há o enfoque no trabalho em equipe multiprofissional, bem como na integração ensino-serviço. Dessa maneira, tornam-se mais acessíveis espaços de reflexão sobre a prática, de atualização técnico-científica e de diálogo com usuários e demais trabalhadores que integram os serviços (PEDUZZI et al, 2008).

As concepções de EPS e ECS, então, surgem neste contexto e são essenciais para a evolução dos PAS, pelo seu caráter complementar: a EPS, caracterizada pela problematização das práticas de saúde, com o aspecto multiprofissional, pode ser articulada à ECS, a qual preconiza os fundamentos técnico-científicos para melhor promover as instituições

(PEDUZZI *et al*, 2008).

Por isso, é de grande importância que este trabalho possa abranger a maior quantidade de instituições e de PAS, visando à eficaz execução e interpretação do teste - tendo o profissional, nesse processo operador-dependente, as habilidades específicas e devidas para tal - bem como à melhoria dos serviços de forma multidisciplinar, por meio do

diálogo entre as diferentes áreas de profissionais de saúde que lidam diariamente com essa realidade. Um profissional capacitado para a realização do TC pode replicar, na sua unidade de trabalho, o conhecimento adquirido, e, assim, mais profissionais capacitados serão gerados, tanto nas maternidades como nas unidades de saúde básicas. A partir dessa atividade e da estruturação de baixo custo para a realização do teste, será possível a melhoria dos diagnósticos das CC com a identificação precoce, impactando no diagnóstico e na melhoria da assistência à criança em Natal e no estado do RN.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Parecer Técnico N°**

04/2017, De 30 De Maio De 2017. Disponível em:

<http://corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_1704_Testes_Coracaozinho.pdf>

Acesso em 31 Out 2017.

DE-WAHL GRANELLI, A et al. **Impact of pulse oximetry screening on the detection of duct dependent congenital heart disease: a Swedish prospective screening study in 39,821 newborns.** BMJ. 2009.

EWER, A *et al.* **Pulse oximetry as a screening test for congenital heart defects in newborn infants: a test accuracy study with evaluation of acceptability and costeffectiveness.** Health Technol Assess 2012;16(02)

HAGEMANN, Lauro L.; ZIELINSKY, Paulo. **Rastreamento populacional de anormalidades cardíacas fetais por ecocardiografia pré-natal em gestações de baixo risco no município de Porto Alegre. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 4, p. 313-319, 2004.

LAWN, Joy E; COUSENS, Simon; ZUPAN, Jelka. **4 million neonatal deaths: When? Where? Why?** The Lancet , Vol. 365, No. 9462, p891–900, 5 March 2005.

MAHLE, William T. **Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease.** Volume 120, Issue 5. August 4, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria De Atenção À Saúde. **Portaria N° 1.727, De 11 De**

Julho De 2017. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/31/Portaria-1727.pdf>>

Acesso em 31 Out 2017.

PEDUZZI, M. et al. **Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary**



healthcare units in São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

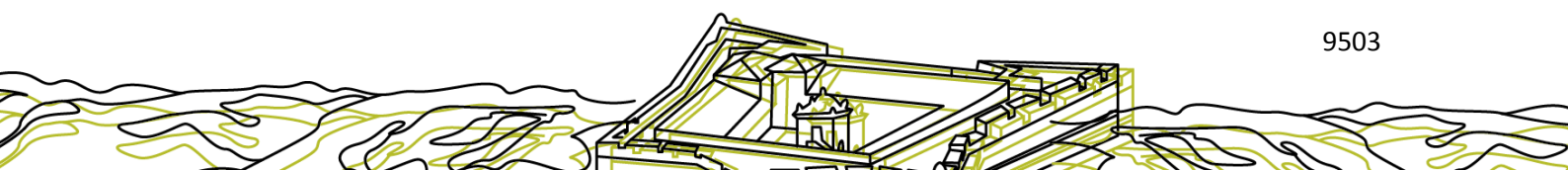
PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5):1527-1534, set-out, 2003.

ROSA, Rosana Cardoso M. et al . **Cardiopatas congênitas e malformações**

extracardíacas. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 31, n. 2, p. 243-251, Jun 2013

SALUM, N. C.; PRADO, M. **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador(a) de enfermagem.** Texto Contexto Enferm. 2000;9(2 Pt1):298-311.

WERNOVSKY, G.; DOBROLET, N.; HYSLOP, A.; SCHMELZER, A. **A Collaborative and Holistic Approach for Children with Heart Disease.** NeuroCardiac Development Program, 2015.



VIVÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE DIÁLISE

Área Temática: Saúde.

Beta Cleide Pereira Costa¹; Andrea Cristina Dantas Borba²; Ingrid Beatriz de Melo Antunes²; Joyce Carolynne Silva¹; Adriana Aparecida de Moura Fernandes²; Francisca Iris Araújo de Brito²; Viviane Peixoto dos Santos Pennafort²; Gisele Correia Pacheco Leite³; Ana Elza Oliveira de Mendonça⁴.

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

Introdução: Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a hemodiálise é definida como “um procedimento por meio do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer”. **Objetivo:** Descrever a vivência de discentes de enfermagem em unidades de diálise. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado de março a dezembro de 2017. As experiências desse estudo são frutos da participação no projeto de extensão “Vivenciando o cuidado de enfermagem em unidade de diálise”, realizado numa clínica para pacientes renais crônicos e num serviço de hemodiálise hospitalar para pacientes renais agudos e crônicos agudizados. **Resultados/discussão:** A clínica de diálise destina-se ao atendimento de pacientes renais crônicos e a unidade de diálise hospitalar aos pacientes com lesão renal aguda ou crônicos agudizados. Na clínica a equipe de enfermagem era maior quando comparada ao hospital, contudo, viu-se que a ausência de implementação da Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a necessidade de agilidade e repetição de atividades contribuíam para um processo de trabalho mecânico e estressante. **Conclusão:** conhecer os serviços de diálise e vivenciar o processo de trabalho da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes renais

¹ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Concluinte de graduação.

² UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Enfermeira.

³ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Médica.

⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Orientadora.

crônicos e agudos, foi uma experiência muito enriquecedora para as enfermeiras em formação.

Palavras-chave: Diálise renal; Nefropatias; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o processo de envelhecimento vem se intensificando nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina. Acompanhando esta transição demográfica surgem as doenças do envelhecimento, como a doença renal crônica (DRC) que aumentam a demanda por serviços de saúde e geram repercussões sociais e econômicas para toda a sociedade. Dentre as modalidades de tratamento o mais utilizado é a hemodiálise, sendo o Brasil o terceiro maior mercado de diálise do mundo (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAIN, 2010; CESARINO; BORGES; RIBEIRO, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a hemodiálise é definida como “um procedimento por meio do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. O procedimento retira do corpo os resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e auxilia na manutenção do equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, ureia e creatinina”. Existem, aproximadamente, 100 mil pessoas em tratamento por hemodiálise no Brasil, segundo a SBN. Outro índice preocupante é a de mortalidade, que oscila entre 5% a 10% ao ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

A hemodiálise é indicada para pessoas que se apresentam com injúria renal aguda grave ou insuficiência renal crônica. A indicação para o início do tratamento é feita pelo médico nefrologista, que avalia a função renal através de sinais, sintomas e exames laboratoriais, como as dosagens de ureia, creatinina, potássio, ácidos, hemograma, etc. Em alguns casos, apenas o tratamento clínico com medicações se tornam suficientes para reverter, controlar ou estabilizar a doença renal. Porém há casos mais graves em que este tratamento conservador não é suficiente e se torna necessário o início da hemodiálise (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Para atender a demanda de pacientes em tratamento dialítico existem no Brasil aproximadamente 750 unidades de diálise credenciadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2016. Esses agravos e as doenças renais têm sido objeto frequente de estudos nos últimos anos, devido sua importância epidemiológica e clínica, gerando uma

demanda crescente por profissionais de saúde, em especial de enfermagem, especializados para cuidar desses clientes em serviços de baixa, média e alta complexidade, como em clínicas e centros de referência em diálise. Infere-se que esse cenário de doença renal é reflexo de uma sociedade onde há descontrole da hipertensão, obesidade e diabetes. Entende-se que os desafios passam por combater esses fatores para retardar ou diminuir esses casos, além de garantir melhor assistência (SESSO et al., 2017).

O enfermeiro é considerado um profissional fundamental na qualidade do tratamento dialítico com ações planejadas e coordenadas, resultantes em cuidados direcionados à prevenção e detecção precoce de possíveis intercorrências no tratamento do paciente em hemodiálise, promoção em saúde com atividades educativas centradas no paciente, bem como a participação ativa na educação permanente de sua equipe, além da busca por atualizações (FREITAS; MENDONÇA, 2016).

Nesta perspectiva, enquanto acadêmicas de enfermagem, surgia o interesse em conhecer melhor o papel do enfermeiro junto ao paciente submetido à hemodiálise. Pois por meio da SAE o enfermeiro pode prevenir agravos, bem como intervir com maior precisão e em tempo hábil junto ao paciente submetido à hemodiálise, proporcionando um cuidado seguro e qualificado a esse paciente.

Este cenário justifica a preocupação não apenas com o amparo humano-tecnológico ao paciente em hemodiálise, mas também com os custos e a efetividade das terapias dialíticas custeadas pelo SUS. Assim, idealizou-se possibilitar aos discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vivenciar o cuidado aos pacientes com doenças renais agudas ou crônicas em terapia hemodialítica e contribuir para aproximação do discente com a realidade sociocultural e clínica dessa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. As ações foram desenvolvidas por discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) durante projeto de extensão “Vivenciando o cuidado de enfermagem em unidade de diálise”, vinculado a Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PROEX/UFRN).

As atividades do projeto foram realizadas em serviços de saúde conveniados a UFRN, sendo uma clínica privada e em um hospital com serviço de hemodiálise, ambos vinculados ao SUS para atendimento de pacientes renais na região Nordeste do Brasil.

O projeto foi desenvolvido no período de março a dezembro de 2017, sendo integrado por doze discentes do sétimo e oitavo período, distribuídos numa escala de plantões diurnos de 12h aos sábados. A tutoria dos discentes foi realizada pelas enfermeiras assistenciais de ambos os serviços, enquanto colaboradoras do projeto de extensão universitária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estrutura física da clínica privada dispõe de três salas de hemodiálise, cada uma com capacidade para 24 pacientes e três salas de pequeno porte, sendo uma exclusiva para pacientes com sorologia positiva para hepatite B, uma sala de triagem para a primeira diálise de pacientes em processo de admissão no serviço e uma sala para pacientes com necessidades especiais. As salas são identificadas por cores e para facilitar o dimensionamento de pessoal, os pacientes são distribuídos em dois lados, cada um com 12 pacientes, totalizando 24 pacientes por turno. O serviço dispõe ainda de uma sala de classificação de risco, sala de emergência e centro cirúrgico exclusivo para confecção de fistula e implante de cateter. A equipe de enfermagem de cada sala é formada por um enfermeiro(a) e seis técnicos de enfermagem, cada técnico de enfermagem é responsável por quatro pacientes.

Cada sala possui 2 postos de enfermagem e 2 enfermeiros responsáveis coordenando a equipe de técnicos de enfermagem, organizando o processo de trabalho, puncionando as fístulas dos pacientes para diálise e ou instalando os pacientes em uso de cateteres de curta e longa permanência.

Os pacientes na clínica de hemodiálise possuem o perfil de doença renal crônica ocasionada em sua maioria por diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica e a terceira maior causa são as glomerulopatias. Quanto ao encaminhamento para o serviço, a maioria dos pacientes são provenientes de hospitais de todo o Estado do Rio Grande do Norte. As sessões de hemodiálise em geral são realizadas três vezes na semana, com duração média de quatro horas. Em média 70% dos pacientes não faziam acompanhamento prévio com um nefrologista antes de ingressar na diálise e foram diagnosticados com doença renal crônica em atendimentos de pronto-socorro.

Os serviços que são oferecidos na clínica: diálise móvel (em uma unidade móvel de diálise), farmácia, engenharia (manutenção de equipamentos), lavanderia, nutrição, psicologia, sala de emergência, salas para hemodiálise, classificação de risco, sala de isolamento (pacientes com hepatite B), administração, auditório, consultórios, centro cirúrgico e central de controle de material e esterilização.

Os médicos e enfermeiros realizavam: visitas no leito dos pacientes em hemodiálise, regulagem da ultrafiltração (UF), avaliação das queixas, detecção e intervenção em intercorrência, a hipotensão e a hipoglicemia foram as mais comuns, exames de rotina mensais, trimestrais, semestrais e anuais. A assistência é informatizada com um sistema em que é possível localizar todos os dados de saúde do paciente.

Na clínica, eles reutilizam o capilar, portanto eles devem fazer o pré-teste e pós-teste para certificar que não possui resíduos do material esterilizante utilizado para preenchimento do mesmo. A utilização de sistema automatizado para o processamento de dialisadores, possibilita a reutilização do filtro capilar em até 20 vezes.

O processo de trabalho é muito mecânico e repetitivo, lembrando o filme “Tempos modernos” de Charlie Chaplin. Conecta paciente, analisa queixas, desconecta paciente, higieniza máquina, pré-teste, pós-teste, traz novo paciente e recomeça o ciclo. Em pacientes crônicos que tem boa adesão ao tratamento, os eventos adversos e as intercorrências são mais raras. Outro aspecto observado foi que grande parte dos profissionais da equipe de enfermagem não conheciam aspectos clínicos e da história do paciente, dificultando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem e contribuindo para um processo de trabalho mecânico.

Alguns pacientes são bem conhecidos pela equipe, pois fazem a hemodiálise há mais de 20 anos e os mesmos são muito resistentes a receber assistência dos discentes e de novos funcionários. O que se tornou um aspecto negativo sob o ponto de vista dos discentes, pois, nesses casos as atividades práticas foram substituídas por observações. Porém, para melhorar a relação de confiança com os pacientes, foi possível realizar algumas atividades assistenciais como verificação de sinais vitais, manuseio das máquinas de hemodiálise e assistência durante intercorrências.

O perfil dos pacientes na unidade de diálise hospitalar foi de pacientes crônicos agudizados e de agudos, que por algum motivo sua função renal foi prejudicada e necessitou de hemodiálise. A unidade de diálise conta com todos os demais setores e profissionais do hospital, como nutrição, psicologia, assistência social, psicologia, farmácia, centro cirúrgico, central de material e esterilização, internamento, clínica

ambulatorial, entre outros. A unidade de diálise do hospital dispunha de oito máquinas, mas, por estar em período de reforma só estava atendendo quatro pacientes por turno.

No hospital a via de acesso mais utilizada eram os cateteres de curta permanência, poucos pacientes possuíam cateter de longa permanência ou fístula para tratamento de hemodiálise. Por serem pacientes agudos, apresentavam mais intercorrências e das mais diversas: sangramento em local de acesso, hipotensão, hipoglicemia, angina (instabilidade de potássio), entre outros. E a equipe era extremamente preparada para as atuar rapidamente no atendimento de pacientes com intercorrências.

As principais intercorrências observadas foram uma hemorragia em acesso central para hemodiálise, angina e um paciente que quase rompe a ferida cirúrgica (recémtransplantado renal) por uma tosse intensa com hemorragia em ferida operatória. A enfermeira do setor foi a primeira a intervir e controlar a situação, estabilizando o paciente, e solicitando suporte da equipe de plantão.

Na unidade hospitalar os pacientes aceitam receber os cuidados das discentes durante o atendimento. Assim, foi possível realizar todos os procedimentos, inclusive a punção de uma fístula e instalação de pacientes em uso de cateter. No hospital, todo o circuito é utilizado apenas uma única vez, sendo todo ele desprezado após o uso do paciente, não existe setor de reprocessamento de dialisadores.

A equipe em sua maioria desconhece a história do paciente em hemodiálise, sabe apenas que precisa fazer o tratamento. Por mais que os pacientes agudos possuam uma maior dinâmica, ainda assim se torna um processo mecânico, pela falta de assistência clínica e entendimentos dos profissionais de enfermagem, marcadamente pela ausência de sistematização da assistência de enfermagem no serviço, que possibilitaria uma assistência mais individual e direcionada ao indivíduo e não “mais um paciente submetido à hemodiálise” (KOERICH; BAKES; NASCIMENTO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no projeto de extensão, proporcionou experienciar as atividades laborais da equipe de enfermagem em serviços especializados de alta complexidade na área de nefrologia, possibilitando aos discentes do Curso de Graduação em Enfermagem compreender o papel assistencial, gerencial e educativo do enfermeiro junto aos profissionais da equipe multiprofissional e aos pacientes e familiares.

A importância dessa vivência, se deve ao pouco acesso disponibilizado por esses serviços ao ingresso de discentes de graduação em processo de formação, configurando o projeto de extensão na área de nefrologia uma oportunidade de ampliar os horizontes para além da sala de aula, favorecendo a aproximação com a realidade e com as necessidades do mercado de trabalho formal.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAIN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**

2010, 56(2); 248-253. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200028&lng=en . Acesso em 22 nov. 2017.

CESARINO, Cláudia Bernardi; BORGES, Patricia Peruche; RIBEIRO, Rita de Cássia Helú et al. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. *Acta paul. enferm.* 2013; 26(1): 101-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100016&lng=en . Acesso em 23 dez. 2017.

FREITAS, Rafaela Lúcia da Silva Freitas; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*. v. 14, n. 2, 22-3; 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/678>

KOERICH, Magda Santos. BACKES, Dirce Stein. NASCIMENTO, Keyla Cristiane do, et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. *Acta paul. enferm.* 2007 dez; 20(4): 446-451. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400010&lng=pt . Acesso em 27 nov. 2017.

SESSO, Ricardo et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J Bras Nefrol** 2017; 39(3):261-266. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-030261.pdf . Acesso em 26 nov. 2017.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Hemodiálise**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/> Acesso em 5 nov. 2017.





PROMOÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COM VISTAS À REDUÇÃO DA OBESIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA ATRAVÉS DE AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS QUE VISEM À CONSCIENTIZAÇÃO A RESPEITO DOS ALIMENTOS SERVIDOS NAS CANTINAS DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE CAMPINAS

Área Temática: Saúde.

Letícia Araújo Tassine Penatti¹;

Co-autor: José Francisco Kerr Saraiva².

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Resumo

A Doença Cardiovascular (DCV) é a maior causa de morte no Brasil, levando anualmente a aproximadamente 400.000 mortes. Seus fatores de risco são bem estabelecidos e o aumento destes na população brasileira encontra-se entre as preocupações das autoridades sanitárias do país. Sobrepeso e obesidade na infância são importantes precursores da DCV no adulto. Fundamentalmente o aprendizado dos jovens sobre hábitos de vida saudáveis e alimentação adequada ocorre em ambiente escolar. Contraditoriamente, sabe-se que nas cantinas escolares, gerenciadas pelas Associações de Pais e Mestres, as quais objetivam arrecadar fundos para atividades comunitárias, são vendidos alimentos de alto teor calórico, sódio e gorduras hidrogenadas, nocivas ao organismo, como refrigerantes e salgadinhos. Tais práticas contrariam as autoridades sanitárias e educacionais, cujas recomendações são de fornecer apenas alimentos saudáveis e naturais. O presente projeto objetiva atuar nas cantinas escolares, orientando pais, mestres, gestores e alunos acerca da importância da alimentação saudável e, assim, modificar os alimentos vendidos nesses estabelecimentos. Pretende-se utilizar as cantinas como instrumento permanente de promoção à alimentação saudável e à saúde cardiovascular.

Palavras-chave: saúde; prevenção; cantinas; educação; obesidade.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

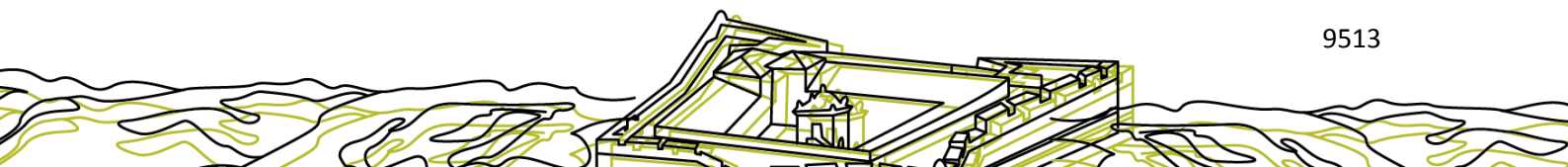
Introdução

A população brasileira vivenciou nas últimas 6 décadas uma transição demográfica e nutricional, a qual abrangeu, dentre outras mudanças, o aumento da longevidade, a urbanização da população, o predomínio da força de trabalho nos setores secundário e terciário da economia, a diminuição da taxa de fecundidade. Do ponto de vista dietético e nutricional, houve um significativo declínio da desnutrição com subsequente aumento do sobrepeso e da obesidade especialmente entre crianças e adolescentes¹. De acordo com relatos da Organização Mundial da Saúde, a prevalência de obesidade tem crescido em torno de 10 a 40% nos países europeus nos últimos 10 anos².

Observa-se que esse aumento da prevalência se deva ao fato que a cada dia há um incremento no consumo de alimentos ricos em gordura, sal, açúcar, carboidratos simples e ácidos graxos *trans*, além de pouca oferta de frutas, legumes e verduras, associado a monotonia de cores nos lanches dos escolares³. Tais mudanças quando associadas ao sedentarismo desencadeiam o excesso de peso, primeiro passo para o desenvolvimento de fatores de risco para a doença cardiovascular; propiciam, na sequência, uma chance maior de aparecimento as doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial e futuramente a doença cardiovascular com suas complicações (Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Doença Renal Crônica, entre outras). Um estudo realizado no município de Campinas, em 2010, avaliou o risco cardiovascular de 4699 crianças e adolescentes, relacionando o excesso de peso com a ingestão de doces, refrigerantes, salgadinhos e *fastfood*. Os principais achados apontaram para uma incidência de 32% de sobrepeso e obesidade dos jovens na faixa etária entre 7 e 12 anos. O consumo diário de doces e refrigerantes foi de 27% aproximadamente. Refeições de *fastfood* uma vez por semana foram relatadas por 26%⁴.

Além disso, sabe-se que as crianças passam grande parte de seu tempo no ambiente escolar, sendo as refeições oferecidas nas escolas, de grande importância aos alunos, principalmente àqueles de baixa renda. Um trabalho realizado na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) revela que, para 50% dos alunos da região Noroeste, a merenda escolar é considerada a principal refeição do dia. Na região Norte, esse índice sobe para 56%⁵. O programa de Alimentação Escolar é responsável por 1,7 milhões de refeições diariamente, nas escolas estaduais de São Paulo ⁶.

Dessa forma se a qualidade da alimentação nas escolas não for adequada, ela poderá comprometer a segurança alimentar da população jovem brasileira⁵. Em que



pese o atual cenário, que hoje tem contornos dramáticos nos jovens brasileiros com níveis inaceitáveis de excesso de peso, é preciso lembrar que durante décadas a fome e a desnutrição e suas graves consequências assombraram a população brasileira. Dentro das políticas públicas de combate à fome o governo brasileiro buscando garantir a segurança alimentar de muitas crianças, estabeleceu-se a merenda escolar como estratégia essencial para o combate à fome e à desnutrição. Em 2004, segundo o IBGE, 97,3% das crianças que frequentavam creches públicas recebiam a merenda ou outra refeição como parte das políticas de combate à fome e à desnutrição. Com base nisso, os níveis de insegurança alimentar e consequente risco de desnutrição passou a ser baixo entre os alunos frequentadores de escolas ou creches em tempo integral⁷. Dessa forma foi possível garantir o desenvolvimento intelectual dos jovens brasileiros evitando-se que cenários como a falta de acesso aos alimentos pudessem limitar seu desenvolvimento neuropsicomotor⁸.

Entretanto, não basta assegurar a alimentação ao jovem nas escolas, é preciso, dentro das ações acima descritas, buscar fornecer um padrão dietético e nutricional educativo a fim de evitar que situações opostas à desnutrição, como o excesso de peso, possam eclodir e servir de gatilho inicial para a instalação das doenças não transmissíveis. Segundo Robinson 2004, as intervenções que visam impactar a dieta infantil de modo a promover hábitos alimentares saudáveis devem ocorrer em grande parte nas escolas, dado que a escola é um espaço de socialização, onde as crianças iniciam suas relações sociais e onde elas permanecem por longos períodos de tempo⁹. É na faixa etária dos pré-escolares que os hábitos alimentares são formados, o que está diretamente relacionado ao descobrimento de sabores, texturas e cores³.

Visando garantir a promoção da alimentação saudável nas escolas em âmbito nacional, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação propuseram a Portaria Interministerial nº

1.010, de 8 de maio de 2006, que recomenda *“incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares”*, visando a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e ensino médio das redes públicas e privadas, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar, sendo a educação alimentar e nutricional uma das ações prioritárias¹⁰.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) tem como objetivo contribuir não só para a aprendizagem e o rendimento escolar, como também para a formação de práticas alimentares saudáveis. Partindo do princípio que muitas crianças alimentam-se principalmente daquilo que é oferecido nas escolas, é de fundamental importância a existência de ações de educação alimentar e nutricional, além da oferta de refeições que atendam às necessidades nutricionais dos escolares durante o período letivo ¹¹.

Entretanto, se de um lado exista a preocupação do programa Alimentação Escolar como parte das políticas públicas que possam transformar o presente cenário através da promoção da alimentação saudável, é sobejamente conhecida a resistência do aluno e da família, e mesmo dos professores, em assimilar tais conceitos diante da forte pressão exercida pela mídia, nesse caso liderada pela indústria do alimento. Acrescente-se a isso a conveniência da oferta de alimentos de baixo teor nutritivo e alto teor calórico, porém de fácil processamento como alternativas de compensação à excessiva carga de trabalho, na qual os pais passaram a buscar formas práticas para a alimentação da família no dia a dia. Ressalte-se que parte desses alimentos, muitas vezes, seduzem os jovens diante da propaganda maciça que alia praticidade a sabor. Essa situação de flagrante contradição chegou às escolas dentro daquilo que poderia ser uma vitrine para o consumo de alimentos saudáveis: as cantinas escolares. Gerenciada por Associações de Pais e Mestres e regulamentada pelo Decreto Estadual nº 48.408, as Cantinas Escolares devem ser administradas direta ou indiretamente pelas Associações de Pais e Mestres com o objetivo de arrecadar fundos para ações comunitárias escolares (festas, confraternizações entre outras)¹². Entretanto, tendo sido criadas sem uma estrita regulamentação daquilo que ali poderia ser vendido, as cantinas transformaram-se em perigoso agente de distribuição e venda de alimentos pouco saudáveis, indo na contramão daquilo que poderia servir de exemplo de alimentação saudável. Objetivamente sabe-se que a prioridade do fornecimento de alimentos nas cantinas é o lucro. Como dito, Pais e Mestres usam a renda obtida para promoção de eventos e festas dentro do calendário sociocultural das escolas. Sendo assim, são oferecidos alimentos mais facilmente vendidos como salgadinhos, doces e refrigerantes. Produtos estes, que são exaltados pela mídia, o que exerce grande influência na escolha destes alimentos pelos alunos.

Um estudo realizado por Azeredo, et al em 2015 em diversas cantinas brasileiras, concluiu que o fato da cantina escolar vender alimentos não saudáveis está associado com maior frequência de consumo desses itens entre os estudantes, quando comparado ao consumo em cantinas que vendem alimentos saudáveis¹³. Preocupado com a situação

acima, autoridades da área da saúde e educação propuseram regulamentações que foram publicadas. Para evitar tais escolhas, desenvolveram-se regulamentações para cantinas escolares sobre quais alimentos poderiam ser comercializados. Entretanto e ao contrario daquilo que poderia se esperar, tais regulamentações ficaram distantes de serem colocadas em prática. Cite-se a título de exemplo o artigo 2º da Portaria Conjunta COGSP/CEI/DSE, DE 23-3-2005, que normatiza o funcionamento das cantinas escolares, onde diz: “A Cantina Escolar não prejudicará o Programa de Alimentação Escolar, nos turnos em que ele ocorre, nem a ele se sobreporá, devendo ambos integrar esforços para o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação”¹⁴. O Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília realizou um estudo com crianças de 4ª a 7ª séries em uma escola na qual houve a transformação da cantina em cantina saudável. Os resultados mostraram que 98% dos entrevistados gostaram do novo tipo de cantina e 33% dos alunos relataram aumento de consumo de alimentos saudáveis depois das mudanças implantadas. Um outro estudo, realizado pelo mesmo Projeto, verificou que 66,7% das lanchonetes escolares que estimularam o consumo de lanches saudáveis, agregaram valor ao negócio, aumentando seu lucro numa faixa de 30% a 50%¹⁵.

Porém, sem a devida fiscalização e acima de tudo sem uma clara estratégia visando à conscientização, essas regulamentações não apenas não serão cumpridas, mas corre-se o risco das cantinas acabarem por se constituir de instrumento de oposição àquilo que é ensinado na sala de aula e a alimentação preparada e servida nas escolas.

Dessa forma, torna-se necessário definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis, de modo a sensibilizar e capacitar as Associações de Pais e Mestres, assim como profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos adequados e, dessa maneira, definir a cantina escolar como um instrumento propagador de hábitos alimentares saudáveis. Dentro deste contexto, deve-se ainda desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua corresponsabilidade e a importância de sua participação neste processo¹⁶.

Busca-se, por meio de orientações técnicas, promover a educação de pais, mestres e alunos acerca do risco cardiovascular que os maus hábitos de vida, como a alimentação inadequada, podem causar, conscientizando-os da importância do fornecimento de alimentos saudáveis nas cantinas das escolas da importância do início dessa conscientização se dar no ambiente escolar, através das cantinas escolares. Pais, mestres e professores devem incentivar as crianças aos hábitos saudáveis de vida, combatendo o consumo de refrigerantes e alimentos nocivos à saúde.

Espera-se fazer dos alunos agentes multiplicadores de forma ascendente para a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto à comunidade, promovendo a Cantina Escolar como instrumento de educação permanente sobre hábitos alimentares saudáveis e a importância destes para a saúde atual e futura de cada indivíduo, tornando-as vitrines de modelo de alimentação saudável.

Por fim, pretende-se conhecer os hábitos alimentares dos alunos das Escolas envolvidas no projeto, com o objetivo de propor mudanças adequadas a cada ambiente e prevenir a obesidade infantil, de modo a incentivar o cumprimento das regulamentações propostas às cantinas, como a exclusão de refrigerantes e alimentos nocivos à saúde e a

implementação de lanches naturais e frutas como principais produtos oferecidos.

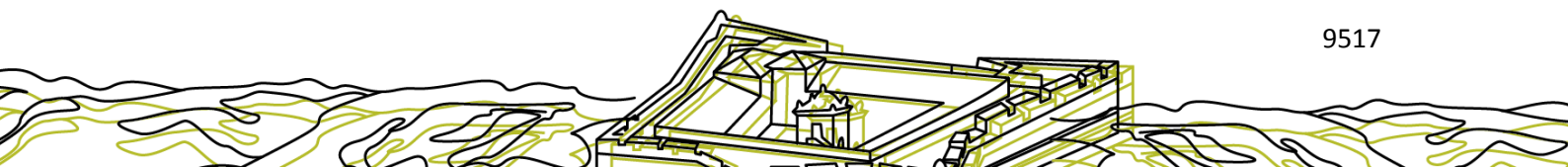
Metodologia

O presente programa se realizará em escolas da rede pública estadual de Campinas no entorno do Campus 2 da PUC Campinas, situadas preferencialmente no Distrito Noroeste da cidade, considerada região periférica e com uma população convivendo com uma série de situações críticas, como violência, vulnerabilidade social, entre outras.

As atividades ocorrerão dentro das escolas, de acordo com a atividade oferecida, seja na sala de aula, pátio, cantinas ou quadras esportivas. Além disso, pretende-se utilizar espaços coletivos existentes como o programa “Escola da Família” onde escolas estaduais abrem regularmente nos finais de semana com o objetivo de aproximar pais, família, alunos e mestres.

Serão realizados encontros sistematizados semanais em dias e horários convenientes às administrações das escolas e dos grupos acima designados, para atividades teóricas e práticas. Serão realizadas oficinas grupais informativas adaptadas conforme a faixa-etária da população alvo, divididas em crianças (6/7 anos e 8/9 anos), adolescentes (10/14 e 15/18 anos) e adultos (pais, professores). As ações educativas realizadas utilizarão de uma linguagem, metodologia e técnica adequadas às características da população em questão.

Serão realizadas oficinas interdisciplinares, utilizando a metodologia dialogada e tendo como recursos: equipamentos audiovisuais, materiais gráficos, jogos de dinâmica de grupos, brincadeiras, etc. Ressalte-se que esses recursos já fazem parte do



instrumental das escolas não se fazendo, portanto, investimento de recursos complementares.

Nessas oficinas, pretende-se caracterizar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como problema de saúde pública na atualidade; informar sobre fatores de risco, medidas preventivas, consequências e tratamento, contextualizando suas implicações socioeconômicas, psicológicas e culturais. Além disso, pretende-se orientar sobre a importância da educação nutricional para as crianças e adolescentes, de forma a conscientizá-los sobre a importância do consumo de alimentos naturais em detrimento de alimentos industrializados ricos em sal, açúcar e gorduras.

No período de realização das atividades descritas, os docentes vinculados ao projeto disponibilizarão os recursos e estratégias próprios de seus respectivos saberes em diálogo com as necessidades da população e diretrizes das políticas de alimentação saudável, de modo a construir encontros interdisciplinares que tenham um potencial transformador da realidade que circunda a população e o estímulo à autonomia do grupo quanto às ações de promoção de saúde. Será então fornecido material didático em consonância com os processos pedagógicos vigentes aos educadores, alunos e pais.

O projeto se desenvolverá nas seguintes etapas:

- 1º Momento: Abril a junho de 2018. Planejamento Dialogado- encontros semanais para sensibilização e mapeamento de condições de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com rodas de conversa e grupos focais para construção coletiva das ações de enfrentamento das DCNT por meio da alimentação saudável no contexto trabalhado, de acordo com os eixos da política de enfrentamento (Ministério da Saúde, Brasil 2011).
- Julho 2018: Férias escolares
- 2º Momento: Agosto de 2018 a Outubro de 2018. Oficinas Grupais - Serão realizadas semanalmente oficinas interdisciplinares, utilizando a metodologia dialogada, visando à educação nutricional e a prevenção da obesidade, uma vez que será através do aprendizado e da mudança de comportamentos e estilos de vida é que se pretende prevenir agravos e riscos à saúde. Temas norteadores e sugeridos: deverão ser definidos com cada segmento populacional, segundo as recomendações da política de alimentação saudável nas cantinas escolares.
- 3º Momento: Novembro a Dezembro de 2018: apresentação da produção coletiva das oficinas e avaliação final. Pretende-se organizar uma mostra

coletiva da produção das oficinas (folder, cartazes, vídeos, entre outros) dentro do projeto pedagógico existente. Indicadores para avaliação do impacto das oficinas: modificações dos alimentos servidos nas cantinas, incremento nas mudanças de comportamento alimentar e adoção de estilo de vida e hábitos mais saudáveis. Os resultados obtidos nas ações realizadas nas escolas serão amplamente divulgados junto às escolas (educadores, alunos), pais e outros segmentos envolvidos na presente ação. Elaboração do Relatório Final de Extensão.

Resultados e Discussão

A educação nutricional de pais e alunos das escolas públicas e as consequentes modificações dos alimentos fornecidos nas cantinas das escolas públicas apontando para o consumo de alimentos saudáveis é um dos objetivos finais do projeto. Espera-se que a conscientização e consequente modificação dos alimentos servidos nas cantinas possam servir de modelo e consequente sensibilização para a importância da adoção de hábitos nutricionais saudáveis, uma vez que se pretende prevenir a obesidade nessa população.

Em relação aos pais pretende-se inseri-los no presente projeto através das oficinas sobre a alimentação saudável dentro dos espaços das reuniões da APM, além do programa Escola da Família, disponibilizados nos finais de semana.

Espera-se, por derradeiro, que no final do presente programa, pais, mestres e

lideranças das escolas estejam conscientes para a mudança do cardápio e produtos servidos nas cantinas e que essa possa ter autonomia de ser um instrumento propagador de hábitos alimentares nas escolas após o término do presente projeto.

Conclusão/Considerações Finais

Espera-se sensibilizar pais, mestres e alunos quanto a importância do fornecimento de alimentos saudáveis nas cantinas escolares para a redução de fatores de risco para a doença cardiovascular, utilizando-as como um instrumento propagador de hábitos alimentares saudáveis.

- Através de orientações técnicas, promover a educação de pais, mestres e alunos acerca do risco cardiovascular que os maus hábitos de vida como alimentação inadequada podem causar, conscientizando-os da importância do fornecimento

de alimentos saudáveis nas cantinas das escolas. Pais, mestres e professores devem incentivar as crianças aos hábitos saudáveis de vida, combatendo o consumo de refrigerantes e alimentos nocivos a saúde. Ressaltar para a importância do início dessa conscientização se dar no ambiente escolar, através das cantinas escolares.

- Fazer dos alunos agentes multiplicadores de forma ascendente para a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto à comunidade.
- Conhecer os hábitos alimentares dos alunos das Escolas envolvidas no projeto, com o objetivo de propor mudanças adequadas a cada ambiente e prevenir a obesidade infantil.
- Promover a Cantina Escolar como instrumento de educação permanente sobre hábitos alimentares saudáveis e a importância destes para a saúde atual e futura de cada indivíduo, tornando-as vitrines de modelo de alimentação saudável.
- Incentivar o cumprimento das regulamentações propostas às cantinas como a exclusão de refrigerantes e alimentos nocivos à saúde e implementação de lanches naturais e frutas como principais produtos oferecidos.

Referências

1. FILHO, M. B; RISSIN, A. *A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 181-191, 2003.
2. OMS. Organização mundial da saúde. *Population-based approaches to childhood obesity prevention*. Genebra, nov. 2012.
3. MENEGAZZO, M; FRACALOSSO, K; FERNANDES, A. C; MEDEIROS, N. I. *Avaliação qualitativa das preparações do cardápio de centros de educação infantil*. Rev. Nutr., Campinas, 24(2):243-251, mar./abr., 2011.
4. SARAIVA, J.F.K., TIMERMAN, A., SARAIVA, D.J.B., AVEZUM, A., MENDES, J.R.Z. Prevalence of excess body weight in a student population of Campinas City. Brazil European Journal of Preventive Cardiology. May 2014 21: s1-s6.
5. STURION, G. L. et al. *Fatores condicionantes da adesão dos alunos ao Programa de Alimentação Escolar no Brasil*. Rev. Nutr., Campinas, 18(2):167-181, mar./abr., 2005.
6. SAO PAULO. Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. Disponível em: <http://www.educacao.sp.gov.br/alimentacao-escolar>. Acesso em 02 de novembro de 2017.
7. BELIK, WALTER . *As várias dimensões da fome*. Jornal da Unicamp, Campinas, 12 jun. 2006.

8. RIBEIRO, G. N. M; SILVA, J. B. L. *A alimentação no processo de aprendizagem*. Revista Eventos Pedagógicos, v.4, n.2, p. 77 - 85, ago. – dez. 2013.
9. ROBINSON, C. H., & Thomas, S. P. (2004). The interaction Model of Client Health Behaviour as a Conceptual Guide in the Explanation of Children's Health Behaviours. *Public Health Nursing*, Vol. 21, (1) 73-84,
10. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.
11. FONSECA, A. N. G. e cols. *Merenda escolar: um estudo exploratório sobre a implementação do Programa Nacional de Alimentação na Escola – PNAE, na Unidade Integrada Padre Newton Pereira em São Luís*. ISSN 2176-1396.
12. BRASIL. *Regulamentação da Comercialização de Alimentos em Escolas no Brasil: Experiências estaduais e municipais*. Ministério da Saúde. Brasília, 2007.
13. AZEREDO, C.M. e cols. Food environments in schools and in the immediate vicinity are associated with unhealthy food consumption among Brazilians adolescents. *Revista Preventive Medicine* 88(2016) 73-79.
14. SÃO PAULO. PORTARIA CONJUNTA COGSP/CEI/DSE, DE 23-3-2005.
15. SCHMITZ, B.A.S. e cols. A Escola Promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 2: S312-S322, 2008.
16. BRASIL. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Ministério da Educação. Brasília, 1997.
17. TALLEMBERG, C. (2005) *Fazendo da clínica uma oficina: modos de experimentação e produção social em saúde mental*. *Revista Eletrônica Academus: Revista Científica de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*, vol. IV, no. 1, p. 18-38 apud
18. CAMPOS, R.O. et al. (2010) *Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, no. 1, p.221- 241.
19. HINGLE, M. D. et al. *Parental Involvement in Interventions to Improve Child Dietary Intake: A Systematic Review*. *Prev Med*. 2010 August ; 51(2): 103–111.
20. GABRIEL, C. G. et al. *Cantinas escolares de Florianópolis: existência e produtos comercializados após a instituição da Lei de Regulamentação*. *Rev. Nutr.*, Campinas, 23(2):191-199, mar./abr., 2010.

21. GABRIEL, C. G. et al. *Regulamentação da comercialização de alimentos no ambiente escolar: análise dos dispositivos legais brasileiros que buscam a alimentação saudável*. Rev Inst Adolfo Lutz. 2012; 71(1):11-20.
22. BRASIL. Projeto de Lei n. N.º 3.606, de 11 de nov. de 2015. PL 3606/2015 . Disciplina a prevenção da obesidade infantil e a promoção da alimentação adequada nas escolas de educação básica das redes públicas e privadas do País, e dá outras providências.
23. BRASIL. *Manual das Cantinas Escolares Saudáveis: promovendo a alimentação saudável*. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
24. SILVA, C. C; BOCCALETTO, E. M. A. *Educação para a Alimentação Saudável na Escola*. Campinas: UNICAMP; p. 23-39.
25. OMS. Organização mundial da saúde. *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity*. Genebra, 2012.
26. BRASIL, E. M. et al. *Educação alimentar e nutricional como ferramenta efetiva de saúde do escolar: uma revisão de literatura*. FIEP BULLETIN - Volume 83 - Special Edition - ARTICLE II – 2013.
27. BOCCALETTO, E. M. A. e cols. *Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividade Física em Escolas Municipais de Vinhedo/SP*. Ipês Editorial, 1ª edição, Campinas 2007.
28. SILVA, J.A.A e HADDAD, F. Portaria Interministerial No-1010, 8 de maio de 2006. Gabinete do ministro.
29. SARAIVA, D.J.B., AVEZUM, A., TIMERMAN, A., CESAR, L.A.M., MENDES, J.R.Z., MAGALHÃES, C.C. SARAIVA, J.F.K. Sedentarism as a stress generator in a Young student population European Journal of Preventive Cardiology may 2014 21: s1-s6.



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS USUÁRIOS DO PROJETO RESAT: (RE) PENSANDO AÇÕES EM SAÚDE DO TRABALHO COMO ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO DOS FATORES HUMANOS

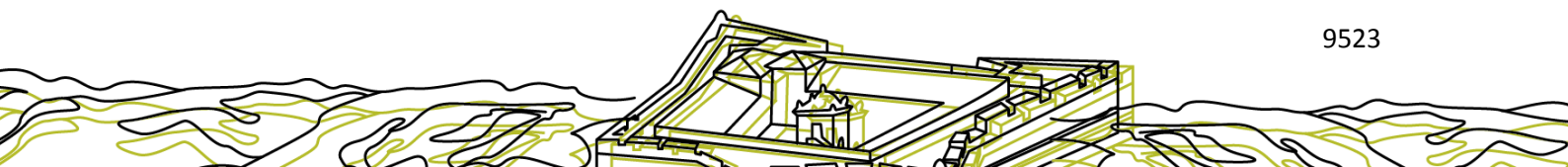
Área temática: Saúde

Cleane Toscano Souto Bezerra¹; João Lucas da Silva Pereira de Melo¹; Karolina Galdino Neves¹; Keyth Sulamita de Lima Guimarães¹; Leonildo Santos do Nascimento Júnior¹; Lorena Marinho Ferreira¹; Márcio Ivan Treml Filho¹; Maria Clara Ferreira Sá¹; Marta Cavalcante dos Santos¹; Nathalia Layla de Oliveira Silva¹; Rafaela Gerbasi Nobrega¹; Rubem Ramalho B. Vieira de Almeida

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Resumo:

Atualmente o campo de atuação em saúde do trabalho vem crescendo, principalmente na área da Fisioterapia, isso se dá pela nova compreensão do processo saúde-doença destes trabalhadores que possuem relação direta com seu ambiente ocupacional, seja por fatores biológicos, químicos, físicos ou ergonômicos. Diante desse contexto, o Projeto “RESAT: (re) Pensando ações em saúde do trabalho como estratégia de valorização dos fatores humanos” foi desenvolvido no âmbito de fornecer uma atenção interdisciplinar e multiprofissional através de avaliação e tratamento de diversos trabalhadores que buscam o serviço. Com isso, este trabalho tem o objetivo de traçar um perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos no Projeto RESAT na Clínica-Escola de Fisioterapia do UNIPÊ. Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter descritivo com abordagem quantitativa. Por meio de uma coleta, utilizando amostra de 29 prontuários dos semestres 2017.2 e 2018.1, os dados foram organizados em uma planilha de Excel e analisados quantitativamente. Viu-se que os usuários apresentam 42,8 anos de idade média, 24,1% assumem ter ensino médio completo e a profissão de secretária (17,2%) sendo a mais recorrente. Em relação à situação trabalhista, 55,2% são assalariados e 58,6% trabalham em empresas. 41,3% dos trabalhadores não apresentam diagnóstico médico e 89,6% requerem dor como queixa principal. No ambiente ocupacional, 75,8% apresentam riscos ergonômicos.



¹ Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

O objetivo proposto foi alcançado porém, necessita-se de um aprofundamento de pesquisas na área para uma melhor compreensão dos profissionais de saúde aos usuários, que possuem suas particularidades e carecem de uma atenção multiprofissional visando a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde ocupacional; Qualidade de vida; Trabalho; Dor.

Introdução

De acordo com Silveira (2009), o trabalho é importante não apenas como fonte de renda, mas também como fonte de reconhecimento e realizações, marcando a identidade dos indivíduos na sociedade, como era antigamente: reconhecidos pela função profissional. Entretanto, do mesmo pode surgir problemas que interferem na saúde, seja por condições de acidentes, riscos químicos, físicos, biológicos ou ergonômicos. Compreende-se os ergonômicos como aqueles em que o próprio ambiente ocupacional e a execução da tarefa leva à um processo de adoecimento, seja pela carga horária excessiva, cobranças dos superiores, equipamentos inadequados, dentre outros.

Apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho e saúde, ainda persiste a distância entre os interesses antagônicos da sociedade capitalista, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, em que a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia de uma política em defesa do trabalho (MINAYO-GOMEZ; THENDIM-COSTA, 1997).

Todo esse impacto a nível físico-emocional termina a prejudicar a saúde do trabalhador, onde estes, segundo Tomasi et al. (2008), se revelam insatisfeitos com sua saúde e se referem aos problemas osteomusculares, do tecido conjuntivo, cardiovasculares e transtornos mentais comuns. Diante disso, a autora comenta sobre investigação regular desses transtornos na vida do trabalhador por meio das mais diversas profissões de saúde, visto que em consonância com Battaus e Monteiro (2013), esses agravos a saúde oriundos da ocupação são responsáveis por um grande número de afastamentos do trabalho, tendo influência direta na sua qualidade de vida e capacidade laborativa.

É nesse contexto, continua Silveira (2009), que se desenvolve a saúde do trabalhador, atuando não só na reabilitação e práticas curativas, mas recentemente no promover ações que visem uma qualidade de vida assim como ações que previnam

esses agravos. Para isso acontecer, é necessário conhecer e investigar a relação entre trabalho e condições de saúde e doença, utilizando assim a anamnese ocupacional.

Adentrando no olhar ampliado em saúde funcional, a anamnese ocupacional é executada da seguinte forma: avaliação dos pacientes (funções musculoesqueléticas; avaliação ergonômica; qualidade de vida no trabalho); diagnóstico (coleta dados; solicita exames complementares; interpreta exames; estabelece prognóstico; prescrição terapêutica e estabelecimento denexo de causa cinesiológica funcional ergonômica); planeja e implementa estratégias de intervenção. (BAÚ; KLEIN, 2009).

Neste cenário, conforme Toldrá *et al.* (2010), é importante compreender a organização do trabalho e os seus reflexos na saúde dos trabalhadores para pensar na intervenção nos ambientes de trabalho, o tratamento clínico, a reabilitação e readaptação profissional, juntamente com sua inserção no mercado novamente, tratando-se de um processo dinâmico de atendimento global do trabalhador.

Segundo Gomez *et. al* (2011), as potencialidades da análise dos processos de trabalho vêm condicionadas à adoção do tratamento interdisciplinar requerido para estabelecer e articular planos referentes ao contorno social, econômico político e cultural e as características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde. Contrapondo os marcos da saúde ocupacional em que o trabalhador é visto como pacientes, na visão da saúde do trabalhador eles constituem-se em sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes fundamentais de ações transformadoras.

O presente estudo tem como objetivos traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos trabalhadores atendidos na clínica-escola através do projeto RESAT e identificar a relação trabalho versus processo saúde-doença.

Metodologia

O Projeto RESAT atua desde o semestre 2017.1 na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), com dois encontros semanais desenvolvendo atividades como avaliação dos usuários, atendimento fisioterapêutico, rodas de conversas com discussão de casos entre os integrantes e construção de PTS's. No Projeto, os trabalhadores passam por uma avaliação multiprofissional composta por estudantes dos cursos de Medicina, Fisioterapia e Enfermagem que abrange questões sociodemográficas, situação trabalhista e o processo de trabalho envolvido para traçar o

nexo causal e um tratamento eficaz, visando atender o aspecto biopsicossocial do usuário.

A pesquisa documental foi de caráter descritivo e abordagem quantitativa. No período de Março de 2018, ocorreu a coleta de dados na Clínica Escola de Fisioterapia do UNIPÊ, obtendo-se uma população de 33 prontuários, tendo como critério de inclusão as fichas completamente preenchidas, onde foram excluídos 4 prontuários por apresentarem dados incompletos e escrita grafite, resultando assim em uma amostra por conveniência de 29 prontuários. A partir da coleta, os dados foram organizados em uma planilha no Excel 2013 contendo variáveis qualitativas e quantitativas, sendo analisados de forma descritiva, utilizando médias, porcentagens e tabelas.

Resultados e Discussão

De acordo com a análise da amostra, no perfil sociodemográfico dos participantes foram encontrados 21 mulheres e 8 homens, possuindo idade média de 42,8 anos, variando faixa etária de 20 a 68 anos, onde relataram possuir grau de escolaridade de ensino superior (48,2%) e 20,6% fundamental incompleto, conforme a tabela 1. Para Abreu, Cesar e França (2009), a procura e a utilização de serviços de saúde tanto de promoção e prevenção, quanto de assistência tendem a ser maiores entre a população feminina. Tal realidade poderia estar associada à adoção diferenciada de estilos de vida alternativos e mais saudáveis por parte das mulheres.

Existe uma grande resistência que dificulta a procura do homem aos serviços de saúde. Os condicionantes dessa resistência têm perpassado historicamente por diferentes aspectos, entre os quais se destaca os socioculturais ligados ao gênero, que deriva do fato de a doença ser considerada um sinal de fragilidades, que os homens não reconhecem como intrínseco à sua condição biológica. Dessa forma, refletindo no perfil de morbidade e mortalidade vinculado aos indivíduos do sexo masculino que poderiam ser evitadas, caso não existisse a resistência frente à procura pelos serviços de saúde (FONTES et al., 2011).

Segnini (2000) destaca que, a educação e a formação profissional surgem como questões centrais pois a elas são conferidas funções essencialmente instrumentais ou seja, capazes de possibilitar a competitividade e intensificar a concorrência, adaptar trabalhadores às mudanças técnicas e minimizar os efeitos do desemprego. A flexibilização do trabalho inscreve-se no mesmo processo que articula o discurso por maiores níveis de escolaridade para os trabalhadores que permanecem empregados e

ocupam postos de trabalho considerados essenciais para os processos produtivos (SEGNINI, 2000). Porém, vale ressaltar que essas visões mesclam-se com os problemas sociais vividos no Brasil como a profunda desigualdade da distribuição de renda, o analfabetismo e os baixos níveis de escolaridade que atingem grande parte da população.

Quadro 1 – Variáveis sexo, idade e anos de educação formal do perfil sociodemográfico e clínico dos usuários do

Projeto RESAT do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

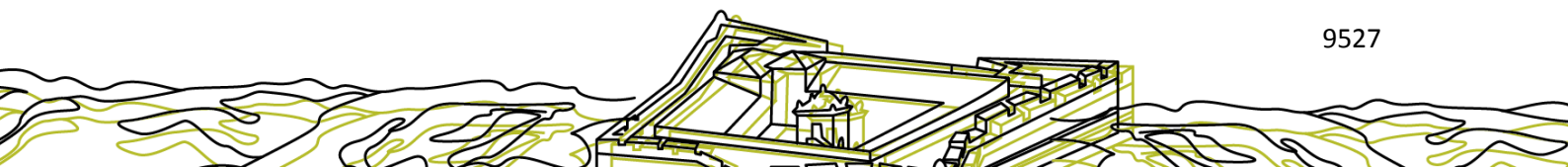
Variáveis	Predominância	Porcentagem
Sexo	Mulheres	72,4%
Idade	Faixa etária: 50 a 54 anos	24,1%
Anos de Educação Formal	Ensino Superior	48,2%

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Com relação à profissão, na amostra há uma variedade de profissões porém houve predominância de secretária (17,2%) seguido de professor (10,3%) e recepcionista (6,89%). A postura sentada é atualmente adotada nos postos de trabalho, devido ao aumento na frequência do uso de computadores e máquinas eletrônicas no ambiente em que o trabalhador exerce sua função. Conforme estudos de Saliba (2004), a posição sentada, apesar de fazer parte do cotidiano humano, gera comprometimentos funcionais ao trabalhador que permanece sobre essa posição durante grande parte do ciclo de trabalho, propiciando o surgimento de alterações como: as alterações posturais, prejuízo circulatório de membros inferiores, sobrecarga muscular, ligamentar e capsular. Estas sobrecargas são notadas de forma gradual, gerando sensações de peso, dormências e dores em pernas, braços, coluna e mãos (COURY, 2010).

Na questão da situação trabalhista, mais da metade dos pacientes atendidos no Projeto são assalariados (55,2%), mas existe uma parcela que declara ser autônomo (24,1%), estar afastado por questões de saúde (10,3%), aposentado (3,4%) e 6,9% afirmam estar desempregados. E dentre estes trabalhadores, foi realizado a média do tempo na função em que eles atuam, que chega a 10 anos e 3 meses.

Diante do cenário atual, em que ocorre a busca incessante de lucratividades das organizações, surge a chamada “Sociedade 24 horas”; sociedade na qual as atividades laborais são realizadas em turnos rodíziantes durante as 24 horas do dia (FISCHER; MORENO; ROTENBERG, 2004). Pinto e Mello (2000) argumentam que o sistema de



trabalho em turno e noturno é muito utilizado atualmente e podem ocorrer alterações de sono, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares e desordens psíquicas e em relação à vida social e à família, ressalta-se o prejuízo na participação de atividades sociais organizadas, dificultando sua integração na vida social da comunidade.

Em controvérsia com a literatura, o regime de trabalho da amostra é predominantemente diurno (65%) e apenas 17,2% atuam em sistemas de trabalho noturnos e em turnos. Porém também foi identificada uma parcela que apresenta um trabalho variável (13,8%).

Conforme o gráfico 1, 41,3% não apresentam diagnóstico médico e acometimentos como hérnia de disco e tendinite são os mais frequentes. Os profissionais ainda possuem dificuldade no reconhecimento das doenças ocupacionais e referente a esse contexto, foi realizado um estudo na Espanha demonstrando que 83% das doenças de trabalho não são reconhecidas nos registros oficiais e ainda, acrescenta que estas patologias se não forem tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades e limitações funcionais (MARGUELLO et al., 2008).

De acordo com a queixa principal dos usuários, dor é a mais referida (89,6%) em estruturas como coluna (lombar e cervical são as mais citadas), ombro e mãos. Porém também são destacados dormência, sensação de peso e limitação do movimento.

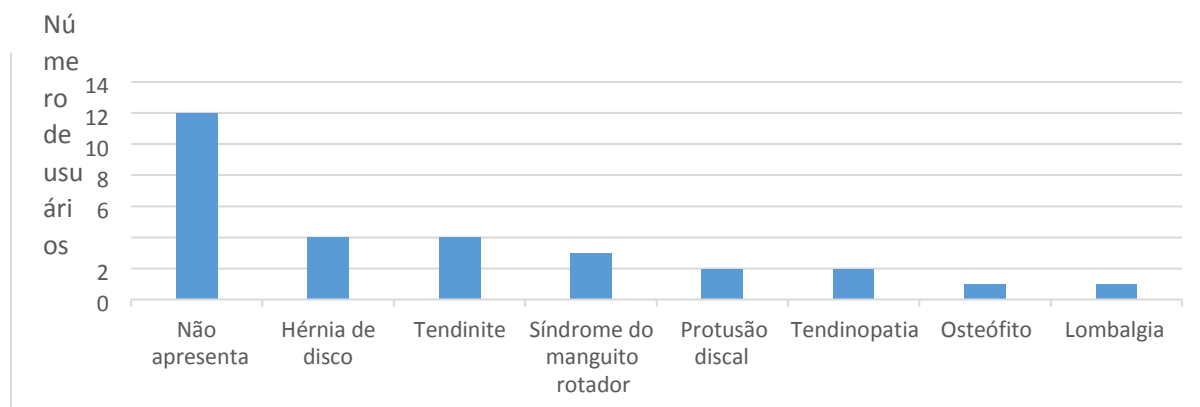
Oliveira et. al (2008) evidencia que a coluna vertebral deve merecer maior atenção no que respeita a sua utilização nas atividades laborais, pois os problemas decorrem de posturas inadequadas, levantamento de cargas excessivas e movimentos repetitivos, o que pode provocar prejuízos para a saúde, culminando em patologias irreversíveis que irão influenciar por toda a vida, impedindo-o de executar as atividades cotidianas, como é o caso de hérnias discais.

Segundo estudos de Sanches et. al (2010), a sintomatologia dolorosa dos portadores de LER/DORT trata-se de um ciclo vicioso caracterizada por ser mal localizada, com intensidades variáveis e ligadas ao movimento, passando a ser contínua, difusa e intensa. Em estágios mais severos, as dores podem ser tão frequentes e intensas que trabalhar sentindo-as é tido pelo trabalhador como inerente ao próprio dia, trazendo consequências em todos os aspectos, como no trabalho, no cotidiano, nos relacionamentos interpessoais e no autocuidado favorecendo inseguranças, medos e angústias.

As dores na coluna vertebral relacionadas ao trabalho são frequentemente lesões do sistema musculoesquelético e constituem a maior causa isolada de distúrbios da

saúde pública na sociedade moderna, gerando incapacidade por parte dos acometidos e de decréscimo permanente ou temporário da capacidade laboral entre pessoas produtivas (COUTO, 2007).

Gráfico 1 – Diagnóstico médico dos usuários do Projeto RESAT do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

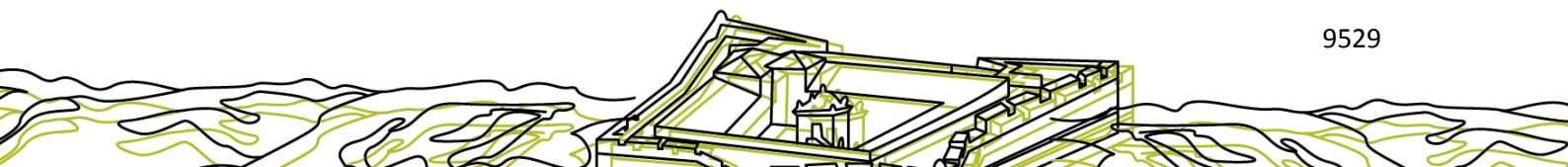


Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Os trabalhadores estão constantemente expostos aos riscos ocupacionais em seu ambiente laboral, esses riscos podem ser compreendidos como uma ou mais condições do processo de trabalho com o potencial necessário para causar danos, rompendo com o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores (BESSA et al., 2010). É importante ressaltar que a exposição aos riscos ocupacionais não está necessariamente associada às doenças ocupacionais, visto que isso depende do tempo ou da duração da exposição, das práticas e dos hábitos laborais. O Ministério do Trabalho e Emprego classifica os riscos ocupacionais na Norma Regulamentadora IX (NR) como riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (BRASIL, 1994). No que tange os riscos ocupacionais, os dados demonstram que existe associação de riscos no mesmo ambiente de trabalho, sendo o ergonômico prevalente (75,8%) e 10,3% dos usuários negam a existência destes riscos, conforme dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Variável Riscos Ocupacionais dos usuários do Projeto RESAT do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Riscos Ocupacionais	Porcentagem
Ergonômico	75,8%
Físico	34,5%
Químico	20,7%
Biológico	20,7%



Acidentes	20,7%
Nega	10,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Readaptação funcional é o reaproveitamento do servidor em outras atribuições e reponsabilidades compatíveis com a sua condição de saúde, pelo prazo de um ano, quando há modificações do seu estado físico ou psíquico, que acarrete limitações da sua capacidade funcional. Conforme estudos realizados por Batista, Juliani e Ayres (2010) para compreender a vivência dos sujeitos nos processos de readaptação funcional foi observado que existem sentimentos contraditórios emanados dos agentes, que vivenciaram essa experiência, passando por momentos negativos, dolorosos e sofridos e, logo em seguida renascendo para vida e, por vezes, desprovido de apoio emocional, orientação técnica e suporte de ordem trabalhista.

Foi questionado aos usuários através da avaliação se após o aparecimento das limitações ocorreu mudança na função em que o mesmo exerce; 96,5% negaram mudar de função e 72,4% afirmaram conhecer outros trabalhadores com problemas semelhantes.

Conclusão:

Diante dos dados analisados do presente estudo, foi possível traçar um perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos que são atendidos no Projeto RESAT. Constatou-se que a participação masculina ainda se encontra tímida em relação à busca de serviços de saúde devido a questões culturais e psicossociais envolvidas nesse processo além disso, foi percebido que o tempo na função e a idade média desses usuários é alta ou seja, muitos não procuram o serviço como forma de prevenção e promoção de saúde e sim, quando a doença ocupacional já se encontra instalada de forma crítica. Se faz necessário novas formas de abordagem nos trabalhadores, conscientizando-os do valor da prevenção.

A amostra revelou que a maioria das profissões exigem uma repetitividade dos movimentos e alta demanda das funções de membros superiores, acarretando sobrecarga das estruturas e sérias alterações no organismo do trabalhador. Na análise do regime de trabalho, houve um ponto positivo já que a maioria dos pacientes atendidos no Projeto trabalham diurno, não ocasionando graves problemas à saúde quando comparados àqueles em turnos e noturnos. Em consonância com a literatura, foi

observado que na maioria dos relatos dos pacientes, a dor se fazia presente de forma variável e subjetiva, típico de doenças ocupacionais gerando limitações não somente durante a atividade laboral mas sim, na sua vida cotidiana.

Os riscos ocupacionais se fazem presentes na vida de qualquer trabalhador, independente da função que execute, seja de modo leve, moderado ou grave. Cabe ao indivíduo um conhecimento da capacidade do próprio corpo, reconhecendo assim aos sinais que ele apresenta, de forma a contribuir na avaliação multiprofissional.

Dessa forma, espera-se que ocorram pesquisas aprofundadas nessa área de dimensão vasta, contribuindo para a criação de uma cultura de geração de emprego em condições de trabalho adequadas, em que todos possam produzir de forma digna, o empregador integre as questões de saúde e segurança à produção, considerando-as como investimento que agrega valor ao seu produto, e que os trabalhadores tenham sua saúde preservada e encontrem satisfação em seu trabalho.

Referências:

ABREU, Daisy Maria Xavier; CÉSAR, Cibele Comini; FRANÇA, Elisabeth Barboza. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005).

Cad.

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2672-2682, dez. 2009.

BATISTA, Maria Joseli; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; AYRES, Jairo Aparecido.

O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, 2010.

BAÚ, Lucy Mara; KLEIN, Alison Alfred. O reconhecimento da especialidade em fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO: uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n.2, p. V-VI, 2009.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 9: **programa de prevenção de riscos ambientais**. Portaria SSST nº 25, 1994.

BRAZIL BATTAUS, Maria Raquel; INÊS MONTEIRO, Maria. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabalhadores de uma indústria metalúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.1, 2003.

BESSA, Maria Eliana Peixoto et. al. Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. **Ver. Enferm. UERJ**, 2010.

COLOM TOLDRÁ, Rosé et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do TrabalhadorSP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.35, n.121, 2010.

COURY, Helenice Gil. **Trabalhando sentado: manual para posturas confortáveis**. 2. ed. São Paulo: Editora da UFSCar, 2010.

COUTO, Hudson Almeida. Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho: Coluna e Membros Inferiores. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2.ed. atual. e ampl. São Paulo; Rio de Janeiro; Ribeirão Preto; Belo Horizonte: Atheneu, 2007. v.2.

FICHER, Frida Marina; MORENO, Claudia Roberta de Castro; ROTENBERG, Lúcia.

Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24 horas. Ed. Atheneu, 2004.

FONTES, Wilma Dias et. al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço.

Acta Paulista de Enfermagem. V. 24, nº3. São Paulo, 2011.

GOMEZ, Carlos Minayo et. al. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MARGUELLO, Miguel Santibáñez et al. Percepción del personal médico de atención primaria de salud acerca de sus funciones, formación y conocimientos em materia de salud laboral. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 40, n.1, p.7-14, jan. 2008.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. O campo da saúde do trabalhador – percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. III, n. 3, p. 21-32, 1997.

OLIVEIRA, S. C. F. O. et al. Relação entre posturas de trabalho e a prevalência de dor na coluna vertebral. **In: Anais do XV Congresso Brasileiro de Ergonomia – ABERGO – XV Congresso Brasileiro de Ergonomia**, 2008, Porto Seguro, 2008.

PINTO, Patrícia Padilha; MELLO, Barbara Cristina. **Distúrbios decorrentes do trabalho em turnos e noturnos**. 5º semestre terapia ocupacional São Camilo, 2000.

SALIBA, Tuffi Messias. **Curso básico de segurança e higiene ocupacional**. São Paulo: LTR, 2004.

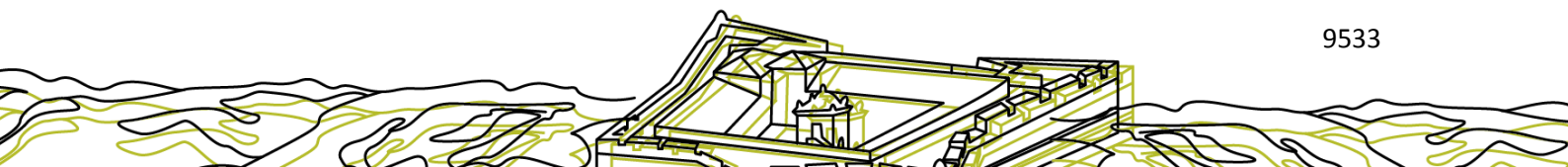


SANCHES, Elizabeth Navas et. al. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 313-324 out./dez 2010.

SEGNINI, Liliana Rofsen Petrilli. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto suficiente. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 72-81, 2000.

SILVEIRA, Andrea Maia. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.



A IMPORTÂNCIA DA HIDROTERAPIA NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde

Carla Patrícia Novaes dos Santos Fechine²; Fernanda Alves Dionísio¹; Maria Clara Ferreira Sá¹; Meryeli Santos de Araújo Dantas²; Sheva Castro Dantas de Sousa²

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Resumo: Introdução: A microcefalia por ZikaVírus é uma patologia na qual o bebê nasce com o perímetro cefálico menor que dois desvios-padrão apresentando como consequência o desenvolvimento inadequado do cérebro, gerando um acometimento a nível sensório-motor e cognitivo. No seu quadro clínico encontra-se principalmente: hipertonia (maioria dos casos) ou hipotonia, ausência dos reflexos, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e irritabilidade; e para o tratamento além do conceito Bobath, há a possibilidade de junção com a hidroterapia que somam na melhoria da qualidade de vida da criança. Objetivo: Expor o grande auxílio que a hidroterapia traz e soma na terapia com vista na melhora da qualidade de vida das crianças com microcefalia. Metodologia: O projeto atende 25 crianças diagnosticadas com microcefalia pelo ZikaVírus, na faixa etária de 0 a 3 anos, atendidas na clínica-escola de fisioterapia do UNIPÊ, onde 10 crianças são incluídas na hidroterapia mediante avaliação necessária. Na piscina aquecida são realizados desde alongamentos, mobilizações, adequação do tônus à ênfase do que a criança consegue e é estimulada a fazer com o uso lúdico por meio de canções e brinquedos. Resultados: A hidroterapia permite um maior relaxamento das crianças tanto no contexto socioemocional (irritabilidade) como no biológico, onde os músculos que se encontram em um elevado nível de tensão conseguem diminuir, ambos por meio da temperatura, silêncio e fluxo laminar; já no caso de crianças hipotônicas, o fluxo turbulento facilita a adequação deste; exercícios de alcance, transferência de peso, dissociação de cinturas e estimulação de posturas na água aquecida se tornam mais fáceis de serem realizados e mantidos. Conclusão: A hidroterapia é uma aliada importante no tratamento de crianças com microcefalia por proporcionar diante dos seus princípios físicos, um meio de

¹ Discentes do curso de fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

² Docentes do curso de fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

facilitação não só na parte sensório-motora, mas em conjunto com o aspecto socioemocional.

Palavras-chave: Hidroterapia; criança; microcefalia.

Introdução

De acordo com Ribeiro *et al.* (2016), a microcefalia é uma anomalia congênita a nível de sistema nervoso central, na qual o cérebro não se desenvolve de maneira adequada resultando em um perímetro cefálico menor que o esperado: cerca de dois desvios-padrão inferior em relação à idade gestacional e o sexo do bebê. Entre as suas causas, encontram-se fatores genéticos e ambientais, como a hipóxia perinatal, infecções congênitas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose), exposição intrauterina à radiação ionizante, abuso de álcool e/ou drogas; e se enquadrando nos fatores genéticos, há as alterações monogênicas, anomalias cromossômicas ou distúrbios multifatoriais, apresentando como exemplos algumas outras síndromes genéticas.

Diante do surto recente de microcefalia foi investigada a sua ocorrência, onde se constatou uma nova etiologia da mesma, até então sendo responsável apenas pela dengue e chikungunya: o mosquito *aedes aegypti*, transmitindo agora o Zika Vírus. Conforme a importância do acontecimento, Oliveira e Vasconcelos (2016) afirmam que a rápida disseminação do ZIKV pelo continente americano, as dificuldades no diagnóstico por ser uma descoberta recente e o risco elevado deste se espalhar pelos outros continentes, levou a OMS declarar a epidemia causada pelo ZIKV como um evento de emergência em saúde pública.

Cabral *et al.*(2017) relata ainda que o diagnóstico por ser feito através do ultrassom a partir do segundo semestre de gravidez, e após o nascimento com a medida do perímetro cefálico, exames como ressonância magnética e tomografia computadorizada. E que os sintomas da infecção incluem febre, erupções cutâneas, conjuntivite, dores nos músculos e nas articulações, mal-estar ou dor de cabeça.

Em relação aos achados laboratoriais de uma possível infecção intrauterina pelo Zika Vírus, o objetivo é detectar alterações neurológicas relacionadas a essa causa. Em estudos realizados com os bebês de mães que tiveram contato com zonas endêmicas e que nasceram com microcefalia, foram identificadas anormalidades encefálicas que consistem em calcificações cerebrais, predominantemente periventriculares, porém também encontradas no parênquima cerebral, nos tálamos e núcleos da base, sendo observadas também anomalias de migração neuronal, ventriculomegalia secundária, atrofia cortical/subcortical, dentre outros; havendo evidências, em alguns casos, de

calcificações cerebrais mais grosseiras, anormalidades no vermis cerebelar e disgenesia do corpo caloso. (NUNES *et al.*, 2016).

Sabe-se que as alterações neurológicas e estruturais repercutem no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, sendo assim requeridas de atenção e ações específicas, uma vez que problemas de coordenação e controle do movimento geram atrasos motores e prejuízos à nível psicossocial (FLOR; GUERREIRO; ANJOS, 2017). Por isso, o atendimento multiprofissional é essencial, no qual o fisioterapêutico deve acontecer de forma precoce, podendo utilizar o método bobath, cinesioterapia clássica e a hidroterapia.

Segundo Duarte (2001), a água possui propriedades físicas e térmicas que fazem dela uma opção de tratamento terapêutico, utilizada desde o tempo da Grécia e Roma antiga. Embora seja um recurso para treinamento físico e reabilitação há poucos estudos na área, mesmo diante das inúmeras vantagens e benefícios que são atribuídos à reabilitação aquática desde séculos passados.

Segundo historiadores a hidroterapia foi utilizada pela primeira vez como terapia cerca de 2400 a.C. pela cultura protoindiana. Logo em seguida os egípcios começaram a utilizar ela como forma de cura. Os gregos utilizavam para tratamentos específicos, como imersão em água quente e fria para patologias musculares e articulares. Já no Império Romano, a hidroterapia foi iniciada de maneira preventiva, indicada apenas para atletas, evoluindo com uma série de temperaturas, para tratar doenças reumáticas. A hidroterapia no Brasil só foi vista de forma científica em 1922, quando utilizada por Artur Silva, na Santa Casa do Rio de Janeiro (JACQUES *et al.*, 2017).

Complementa ainda Orsini *et al.* (2008) que a hidroterapia é um recurso fisioterapêutico que utiliza os efeitos físicos e fisiológicos advindos da imersão do corpo na piscina aquecida, como recurso para a reabilitação ou na prevenção de alterações funcionais, sendo assim requerida em distúrbios principalmente de ordem neurológica e musculoesquelética; e seus resultados são observados de forma imediata ou tardia. O mesmo relata que compreendendo essas propriedades citadas anteriormente, como a biomecânica é influenciada neste meio e o estudo da fisiopatologia em questão, surge por este conjunto uma apresentação de dados necessários para a elaboração de objetivos e do plano de tratamento baseado na utilização da água para facilitação do movimento e recuperação das disfunções.

Para a realização da hidroterapia é necessário considerar e selecionar as propriedades da água (densidade relativa e gravidade específica, empuxo, metacentro, pressão hidrostática, fluxo laminar ou turbulento, tensão superficial e temperatura) da

maneira mais apropriada a fim de obter maior grau de funcionalidade no paciente (MELO; ALVES; LEITE, 2012).

Dentro do recurso da hidroterapia são abordados alguns métodos como Watsu que adota técnicas de flutuação e relaxamento; Halliwick, encorajando o paciente à natação e dando ênfase no que ele é capaz de realizar; Bad Ragaz consiste no uso de flutuadores na cervical, pelve e tornozelos, que ajudam na reabilitação, alongamento muscular, manutenção ou ganho de amplitude de movimento e movimentação de membros superiores e inferiores; Hidrocinesioterapia que permite uma grande variedade de exercícios com fins terapêuticos (NETA VAZ; ZECHNER; NOCETTI, 2017).

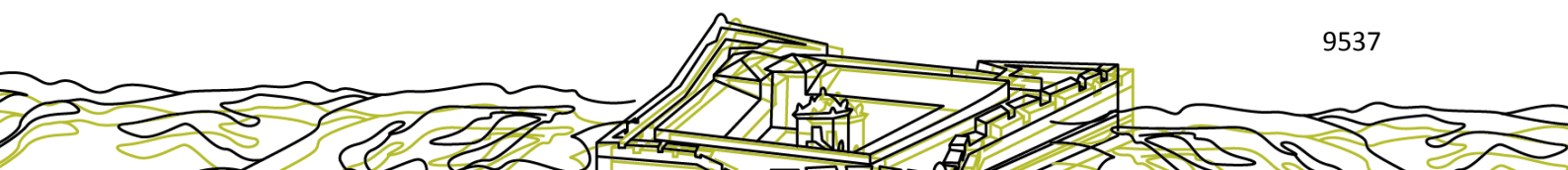
Capelline *et al.* (2017) confirma que a hidroterapia pode ser utilizada para diversas patologias, pois a água aquecida é um ótimo meio para exercícios, oferecendo oportunidades estimulantes para movimentos que seriam feitos com dificuldade no solo. A diversidade de movimentos na água permite que as crianças explorem seu corpo e o espaço a sua volta, por isso as atividades aquáticas entre seus diversos benefícios, favorecem a socialização e prevenção de agravamento de distúrbios osteomioarticulares e respiratórios.

Em geral, os benefícios da hidroterapia envolvem a propriedade da flutuação, onde o suporte da água promove alívio do peso, permitindo ao paciente assumir uma postura ereta e, adquirir movimentos ativos que no solo seriam impossíveis devido à ação da gravidade. Outras propriedades da água são benéficas, como o relaxamento do tônus, por meio da temperatura elevada e fluxo laminar, permitindo um alcance maior da ADM e que os movimentos se tornam mais rápidos na água, já o arrasto turbulento oferece resistência, que além de fortalecer músculos fracos também pode gerar estímulos sensitivos (JACQUES *et al.*, 2017).

Além disso, a hidroterapia pode promover alívio de dor e espasmos musculares, manutenção da amplitude de movimento das articulações, reeducação dos músculos paralisados, melhora da circulação sanguínea e encoraja atividades funcionais, melhorando assim a coordenação, equilíbrio e postura (NETA VAZ; ZECHNER; NOCETTI, 2017). Este relato de experiência tem como objetivo retratar as práticas de hidroterapia em crianças com distúrbios neurológicos, visando somar na literatura, visto que há poucos trabalhos nessa área e nenhum em relação à microcefalia.

Metodologia

O projeto de extensão “Programa de atenção integrada à crianças com microcefalia por ZikaV”, atua desde o semestre 2017.1 na Clínica-Escola de Fisioterapia



do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), criado com apoio da Energisa – PB. No primeiro semestre de atuação a assistência oferecida era apenas por profissionais e acadêmicos do curso de fisioterapia, com o passar do tempo outros cursos da área de saúde foram prestando seus serviços, entre eles, odontologia, enfermagem, fonoaudiologia, e psicologia (para as mães).

Esse projeto de extensão oferece apoio adequado aos responsáveis e atendimento humanizado as crianças com microcefalia. A seleção para os acadêmicos interessados no projeto é feita através de uma inscrição, onde precisa anexar uma carta, contendo informações como: interesse no projeto; o que busca alcançar; e o que pretende acrescentar. A segunda etapa se dá através de uma entrevista, feita pelas professoras orientadoras, e por último, é analisado o coeficiente de rendimento escolar (CRE). Após essas etapas, as vagas solicitadas são preenchidas.

A assistência é realizada por meio de dois encontros semanais (segunda-feira e quarta-feira) desenvolvendo atividades como avaliação dos pacientes, atendimentos individuais e atividades educativas para os responsáveis. Inicialmente as crianças passam por uma avaliação multiprofissional realizada por estudantes dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Odontologia. No atendimento fisioterapêutico são desenvolvidas atividades no solo com a cinesioterapia convencional em conjunto com o método Bobath e uma provável associação (intercalada nos dias) com a hidroterapia, dependente da avaliação necessária.

Segundo Teulier, Lee e Ulrich (2016), a avaliação fisioterapêutica deve focar no estado cinético funcional da criança, identificando as deficiências e incapacidades decorrentes da microcefalia, assim como os fatores facilitadores e as barreiras que interferem direta ou indiretamente na qualidade de vida dos pacientes. Uma avaliação bem conduzida deve utilizar instrumentos validados, para favorecer um melhor planejamento terapêutico. Na avaliação do projeto, além dos dados pessoais e demográficos, é feita aplicação de duas escalas mundialmente validadas: a Escala de Avaliação Infantil Alberta (AIMS), que avalia o desenvolvimento neurosensório-motor e a Escala Modificada de Ashworth que avalia a hipertonia.

Após avaliação inicial, as crianças são submetidas ao atendimento fisioterapêutico, podendo ser executado de duas maneiras, de acordo com a necessidade individual do paciente, no solo ou na piscina. Além disso, em dias comemorativos, são realizadas atividades com os responsáveis, criando um vínculo maior, e orientando como agir em determinadas situações.

O atendimento no solo é baseado no conceito bobath, já o atendimento na piscina é feito com base numa junção dos quatro métodos mais utilizados na

hidroterapia (Watsu; Halliwick; BadRagaz; Hidrocinesioterapia) que são mundialmente conhecidos. O Watsu é uma técnica de flutuação e relaxamento; o Halliwick para conquistar uma independência gradual na água; o Bad Ragaz consiste no uso de flutuadores na cervical, pelve e tornozelos, que ajudam na reabilitação, alongamento muscular, manutenção ou ganho de amplitude de movimento e movimentação de membros superiores e inferiores; por fim, a Hidrocinesioterapia que permite uma grande variedade de exercícios com fins terapêuticos.

Após finalizar o tratamento, de seis em seis meses, os pacientes realizam uma reavaliação, utilizando as mesmas escalas da avaliação inicial (AIMS e Escala Modificada de Ashworth), onde é observado o ganho no desenvolvimento neurosensório-motor das crianças assistidas, diminuição da hipertonía, e melhora na socialização.

O relato de experiência é de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A população é composta por 25 crianças, tendo como critérios de inclusão: Diagnóstico de microcefalia por Zika Vírus e faixa etária de 0 a 3 anos de idade. Em relação à hidroterapia são atendidas cerca de 10 crianças neste ambiente, de acordo com a necessidade observada na avaliação inicial.

Resultados e Discussão

Observou-se que a maioria das crianças aceitaram o ambiente aquático sem nenhuma dificuldade, poucas se assustaram e demonstraram desconforto ou insegurança, visto que os fisioterapeutas as mantêm em contato com o próprio corpo através de níveis de contato diferentes. Notou-se ainda que as crianças se comportaram de forma até melhor do que no solo, o que foi mais um ponto positivo considerado na conduta terapêutica.

Independente de precisarem ou não, todas as crianças inseridas no protocolo da piscina foram submetidas ao processo de adaptação na piscina, respeitando a individualidade de cada paciente e observando seus limites. Com o passar do tempo, nas crianças que inicialmente se sentiram assustadas foi percebido um aumento de confiança promovendo maior alcance de relaxamento, e facilitando os movimentos difíceis de serem realizados.

De modo geral, os resultados encontrados nas crianças submetidas ao tratamento na piscina foram considerados bons e influenciaram diretamente na evolução do quadro clínico, entre eles: Adequação do tônus na água (figura 1), alcance de maior amplitude de movimento e alongamento muscular (figura 2 e 3), diminuição da irritabilidade e promoção de sociabilização (figura 4).



Figura 1- Adaptação na piscina



Figura 2 – Mobilização passiva dos membros inferiores



Figura 3- Alongamento passivo dos membros superiores

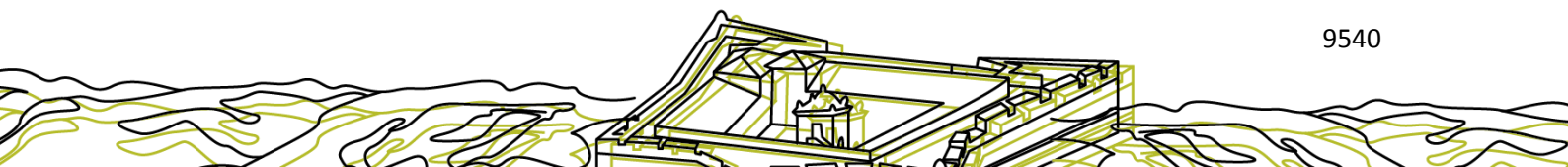


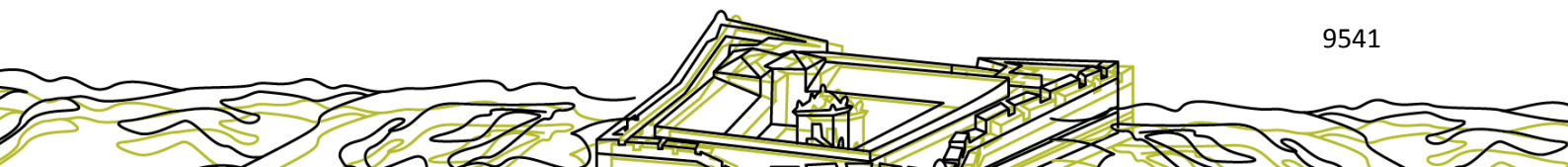
Figura 4- Sociabilização da criança com as terapeutas

Esses resultados estão em consonância com a literatura. Orsini *et al.* (2008) explica esses efeitos almejados de acordo com alguns princípios da água: primeiramente, a pressão hidrostática que exerce pontos de pressão igualmente sobre todas as áreas de um corpo imerso a uma dada profundidade, onde essa compressão da superfície corporal aumenta a estimulação proprioceptiva das terminações nervosas periféricas no tronco e extremidades, conferindo maior apoio, proteção para o desenvolvimento e manutenção do equilíbrio; logo após o mesmo autor afirma que a flutuação e a viscosidade sozinhas ou combinadas resultam como facilitador, promotor de resistência ou de suporte para o movimento corporal e de determinados segmentos, dependendo também da postura do paciente; e por fim o aquecimento, que determina um aumento no suprimento de sangue aos músculos, facilitando a contração muscular, isto é, uma maior controle de movimentos, relaxamento do tônus e diminuição da sensibilidade nas terminações nervosas. Além de promover benefícios psíquicos e sociais, que estão relacionados à sensação de independência e bem-estar pela prática dos exercícios em água aquecida.

Em relação à hipertonia, estudos descritos por Melo, Alves e Leite (2012), informam que os pacientes a partir da segunda semana de atendimento aquático já apresentavam uma diminuição do tônus e do tempo de ocorrência entre um episódio de espasmo e outro, levando à uma facilitação dos movimentos e uma melhora na qualidade de vida das crianças.

Nos casos de hipotonia, Santos *et al.* (2011) destaca que variações no ambiente aquático, como a produção de turbulência (fluxo turbulento), cria um meio interessante para o trabalho do equilíbrio estático e dinâmico, visando aumentar a ativação do tônus muscular (adequação) destes tipos de pacientes para enfrentar tal situação. De acordo com Toble *et al.* (2017), a hipotonia presente atua como uma grande forma de restrição, pois apresenta maior dificuldade de produzir tensão muscular suficiente para vencer a força da gravidade, condição indispensável para realização de movimentos voluntários e desenvolvimento das reações posturais que são a base para aquisição de habilidades cada vez mais complexas.

Bonomo *et al.* (2007) relata ainda que as propriedades físicas da água e o conforto que esta promove faz com que o corpo se movimente de forma livre de um modo que seria doloroso e mais difícil em solo, gerando assim condições que facilitam o controle do tônus permitindo uma postura adequada para o movimento funcional, ocasionando aprendizado motor e conseqüentemente maior independência.



Conclusão/Considerações Finais

O projeto de extensão “Programa de atenção integrada à crianças com microcefalia por Zika vírus” vem conseguindo alcançar todos os seus objetivos: ofertar um atendimento humanizado, através de atividades lúdicas que fornecem uma maior compreensão do ensino-aprendizagem, de forma eficaz para essas crianças, proporcionando melhora na qualidade de vida destas. Além disso, sabendo que o ambiente e afeto familiar são determinantes neste processo, o projeto promove um acolhimento aos responsáveis (predomínio das mães) auxiliando nos questionamentos decorrentes desta patologia, além de apoio psicológico quando necessário.

As crianças com microcefalia que recebem o tratamento fisioterapêutico na piscina apresentam um melhor desenvolvimento e crescimento, pois os exercícios possibilitam que a criança treine sua expressão corporal individual acarretando, por repetitividade, o aprendizado, assim como a superação de suas limitações e dificuldades. Além disso, propicia auxílio no contexto social e emocional da criança, disponibilizado pelo ambiente reconfortante e pela interação com as fisioterapeutas e outras crianças.

É importante referir que toda a fisioterapia é fundamental no processo de reabilitação neurológica, na medida em que interfere decisivamente nos aspectos motores, cognitivos e psicossociais que possam vir a ser adquiridos, ressaltando a necessidade do fisioterapeuta, visto que esse profissional contribui de maneira inestimável à essas crianças em todos os âmbitos, por meio de um atendimento lúdico, com terapêutica eficaz e atendendo a perspectiva do modelo biopsicossocial.

Referências

- BONOMO, Livia Maria Marques *et al.* Hidroterapia na aquisição da funcionalidade de crianças com Paralisia Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 15, n. 2, p. 125-30, 2007.
- CABRAL, Cibelle Mendes *et al.* Descrição clínico-epidemiológica dos nascidos vivos com microcefalia no estado de Sergipe, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 245-254, 2017.
- CAPELLINE, A. *et al.* Os benefícios da Hidroterapia na Neonatologia. **Vitrine de Produção Acadêmica - Produção de Alunos da Faculdade Dom Bosco**, v. 2, n. 1, p.89-96, 2017.
- DUARTE, Marcos. Princípios físicos da interação entre ser humano e ambiente aquático. **Apostila-Escola de Educação Física e Esporte**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- FLOR, Cármen Júlia Del Rei Villa; GUERREIRO, Caroline Ferreira; DOS ANJOS, Jorge Luis Motta. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA**

ASSOCIADO AO ZIKA VÍRUS. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p. 313-318, 2017.

JACQUES, K. *et al.* Eficácia da hidroterapia em crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância: revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, v.23, n.1, p.174-190, 2017.

MELO, Fláviane Rezende; ALVES, Débora Almeida Galdino; LEITE, JMR. Benefícios da hidroterapia para espasticidade em uma criança com hidrocefalia. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 3, p. 415-42, 2012

NETA VAZ, M.; ZECHNER, A.; NOCETTI, P. Efeitos do método Halliwick na qualidade do sono, motricidade global e equilíbrio em crianças pré-escolares. **Revista Fisioterapia & Reabilitação**, v.1, n.1, p.2-10, 2017.

NUNES, M. *et al.* Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. **The Journal of Pediatrics**, v.92, n.3, p.230-240, 2016.

OLIVEIRA, Consuelo Silva de; VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Microcephaly and Zika virus. **Jornal de pediatria**, v. 92, n. 2, p. 103-105, 2016.

ORSINI, Marco *et al.* Hidroterapia no gerenciamento da espasticidade nas paraparesias espásticas de várias etiologias. **Revista Neurociências**, v. 16, n. 3, p. 1-6, 2008.

RIBEIRO, Igor Gonçalves *et al.* Microcefalia no Piauí, Brasil: estudo descritivo durante a epidemia do vírus Zika, 2015-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n.1, 2018.

SANTOS, Daniel Gonçalves dos *et al.* Avaliação da mobilidade funcional do paciente com sequela de AVC após tratamento na piscina terapêutica, utilizando o teste Timed Up and Go. **Einstein**, v. 9, n. 3, 2011.

TEULIER, C; LEE, K; ULRICH, B. Early Gait Development in Human Infants: Plasticity and clinical applications. **Dev Psychobiol**, v.57, n.4, p.447-458, 2016.

TOBLE, Aline Maximo *et al.* Hidrocinesioterapia no tratamento fisioterapêutico de um lactente com Síndrome de Down: estudo de caso. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, 2017.

PREVENÇÃO DA OBESIDADE, DIABETES E RISCO CARDIOVASCULAR E EDUCAÇÃO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO AMPLIADO, POR MEIO DE ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO PARA ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Área Temática: Saúde.

Amália Fávero¹; Giuliana Perrotte²; Letícia Araújo Tassine Penatti³; Lucas Nogueira

Pansani⁴; Luigi Manolo Benetti⁵;

Co-Autor José Francisco Kerr Saraiva⁶

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Resumo

A criação de cartilhas como materiais pedagógicos de apoio nas escolas do município de Campinas-SP teve o intuito de agregar o aprendizado sobre os hábitos de vida saudáveis bem como a importância do reconhecimento da parada cardiorrespiratória e realização da ressuscitação cardiopulmonar em ambiente pré-hospitalar pela população em geral. Por meio da utilização de linguagem lúdica, personagens e ambientes adequados ao contexto das escolas públicas, buscou-se adequar a realidade dos jovens aos problemas de saúde enfrentados atualmente, de modo a instigá-los sobre a importância de conhecer os fatores de risco cardiovasculares e as noções básicas de atendimento a uma vítima de parada cardiorrespiratória, tornando-os agentes multiplicadores desse conhecimento.

Palavras-chave: Prevenção; Risco Cardiovascular; Obesidade; Educação; Infância e Adolescência.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

³ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

⁴ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

⁵ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

⁶ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Introdução

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de mortalidade no Brasil, cerca de 32% de todas as mortes em nosso país. Sua consequência mais séria é a parada cardiorrespiratória, responsável por aproximadamente 200.000 óbitos por ano, um a cada um minuto e meio. A DCV geralmente manifesta-se na vida adulta, porém estudos indicam que o processo de aterosclerose se inicia na infância, de forma silenciosa, e se acentua nos jovens expostos aos fatores de risco - dieta inadequada, sedentarismo, obesidade, diabetes, hipertensão, tabagismo, etilismo -.

Dados preliminares do VIGITEL, sistema de vigilância para doenças crônicas do Ministério da Saúde, alertam para o crescente risco cardiovascular na última década: aumento de 61,8% da população com diabetes e de 14,2% do número de hipertensos. Estima-se que atualmente 53,8% da população esteja acima do peso e 18,9% com obesidade. Segundo estudo realizado na cidade de Campinas esses dados são ainda mais preocupantes na população jovem: aproximadamente 33% das crianças e adolescentes entre 7 e 12 anos estão com sobrepeso ou obesos. Somando-se a isso, estudos prospectivos e revisões sistemáticas demonstram que a população com baixo nível socioeconômico, vivendo em regiões carentes sem assistência médica adequada, tem maior risco cardiovascular.

Outro problema de saúde pública no Brasil é a morte por parada cardiorrespiratória (PCR). Diariamente, estima-se 720 óbitos por PCR, um a cada um minuto e meio, totalizando cerca de 200.000 casos por ano. Destes, metade ocorre em ambiente extra-hospitalar e não recebe atendimento adequado por falta de preparo dos leigos, que não sabem reconhecer e prestar os primeiros atendimentos à vítima de parada cardíaca.

Alguns estudos evidenciaram que a realização precoce de compressões torácicas aumenta em até quatro vezes a taxa de sobrevivência desses indivíduos, tornando-se, imprescindível no Brasil, ampliar o acesso ao ensino de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Com a exposição aos fatores de risco cardiovascular na infância e a carência assistencial à saúde dos alunos das Escolas Públicas do Distrito Noroeste da cidade de Campinas, o presente projeto voluntário de extensão universitária objetivou elaborar um material didático, de caráter educativo, abordando noções de prevenção em saúde, de hábitos de vida saudáveis e de primeiro atendimento à vítima de parada cardíaca.

O material visou integrar e complementar o plano de trabalho do docente extensionista nas escolas. Pretendeu-se, ainda, abordar neste material o primeiro atendimento à

parada cardiorespiratória (PCR), orientando leigos sobre o primeiro atendimento pré-hospitalar. Espera-se contribuir para a redução da mortalidade por DCV e sensibilizar os jovens quanto a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Metodologia

Foram utilizadas histórias em quadrinhos, atividades de ligar pontos, imagens para colorir, palavras cruzadas e caça palavras, como ferramentas para elaboração das duas cartilhas. Para confeccionar o material utilizamos os programas “Pixton”, “Adobe Photoshop” e “Adobe Acrobat”. O projeto foi realizado no segundo semestre de 2017, de 01 de Agosto até 15 de Dezembro.

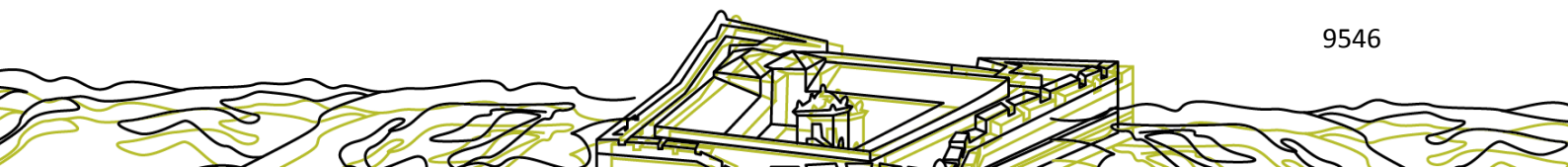
Resultados e Discussão

Considerando relevância da prevenção do risco cardiovascular na população brasileira, o projeto iniciou-se através de uma revisão de literatura, utilizando a plataforma “DATASUS”, o site da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, a cartilha da Sociedade Brasileira de cardiologia “SBC vai à escola”, além da cartilha da AHA sobre ressuscitação cardiopulmonar e artigos científicos. [1][2][3][4][5]

Também se pesquisou a demanda das escolas sobre hábitos de vida saudável e os principais problemas de saúde enfrentados, convidando-os a contribuir com ideias e sugestões sobre o conteúdo abordado na cartilha. Através da realização de reuniões com as diretoras das escolas “E.E. Hugo Penteado Teixeira Maurício” e “ E. E. Idalina Caldeira de Souza Pereira”, as quais anteriormente já haviam participado do plano de trabalho do docente extensionista. Estão escolas parceiras estão localizadas no entorno do Hospital e Maternidade Celso Pierro, local do Campus 2 da PUC-Campinas e contido no distrito Noroeste da cidade de CampinasSP. A região é marcada por uma série de problemas socioeconômicos a que sua população está submetida, como violência, pobreza e baixo índice de instrução educacional.

Visto à necessidade de inserir um conteúdo abrangente, uma vez que não se encontrou algo semelhante com profundidade no assunto, julgou-se pertinente a divisão da cartilha em duas partes, para melhores resultados didáticos de aplicabilidade.

Utilizou-se a forma lúdica de história em quadrinhos para transmitir conceitos importantes sobre saúde. A história é intercalada por várias atividades visando solidificar os conceitos apresentados. Toda a cartilha foi idealizada com cores fortes e



desenhos atrativos para envolver os alunos na história narrada, levando em consideração à idade do público alvo.



Quadro 4, inserido na página 4 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

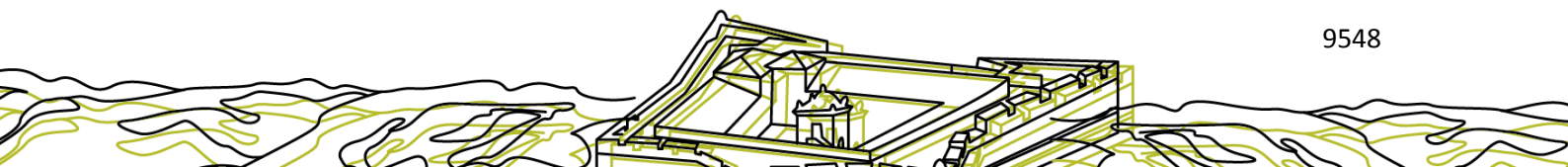
Na primeira parte da cartilha, o enfoque foi para a ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Ela é composta por 2 histórias em quadrinhos e algumas atividades. O personagem principal das histórias em quadrinhos é um aluno chamado Mateus que assim como seus amigos, veste um uniforme composto por blusa branca e bermuda azul marinho, característico das escolas municipais de Campinas. O cenário em que se desenvolve a história remete àquele presente nas escolas: relativamente arborizado, mas sem grandes sofisticções. Quando se pensou no personagem protagonista, levou-se em consideração um aluno integrante do grêmio estudantil, o qual é bem relacionado tanto com os colegas como com os professores e coordenadores da escola. O bom relacionamento foi expresso através de questionamentos que demonstravam interesse por parte dos colegas do protagonista. As diversas emoções dos personagens foram representadas por meio das expressões faciais. Tentou-se representar as diversidades

étnicas por meio de diferentes tons de pele, tipos de cabelo e estaturas dos personagens. Nos primeiros quadros é mostrado o caso de um pedestre que tem uma parada cardiorrespiratória em frente à escola e não consegue ser socorrido a tempo, pois ninguém realiza a ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Os alunos da história observam, através do muro, a situação de pânico e despreparo dos adultos ao redor, até que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) chega e anuncia ser tarde demais. Foi colocada essa cena para prender a atenção do leitor e mostrar a importância de ter uma conduta frente a uma paciente que sofra uma parada cardiorrespiratória mesmo sendo um leigo. Nos quadros seguintes os alunos que presenciaram a parada cardíaca do pedestre contam para Mateus o caso, que se mostra indignado por ninguém ter realizado a RCP. Uma das personagens menciona sobre seu avô que também faleceu de parada cardíaca e poderia ter sobrevivido se tivesse sido feita a ressuscitação cardiopulmonar, essa fala favorece o reconhecimento do leitor com a personagem e a sensibilização do mesmo.



Quadro 10, presente na página 7 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

Nos quadros que se seguem Mateus explica aos amigos, resumidamente, durante o intervalo, o que é a ressuscitação cardiopulmonar, sua importância, e os passos a serem seguidos. Também menciona o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e seu número, informação importante para os jovens brasileiros. É explicado um pouco de fisiologia baseada nos ensinamentos previstos no ensino de Ciências, não havendo a intenção de colocar ensinamentos médicos técnicos, fazendo com que a linguagem seja



acessível ao público a que se destina a cartilha. Após a explicação o aluno demonstra com um boneco como são feitas as compressões da RCP para seus amigos, ilustrando também para os leitores. Mateus cita que pode ser usado garrafas PET para treinar a rcp, simulando o corpo de uma pessoa.



Quadro 14, presente na página 10 da cartilha “Massagem Cardíaca”.



Quadro 18, presente na página 12 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

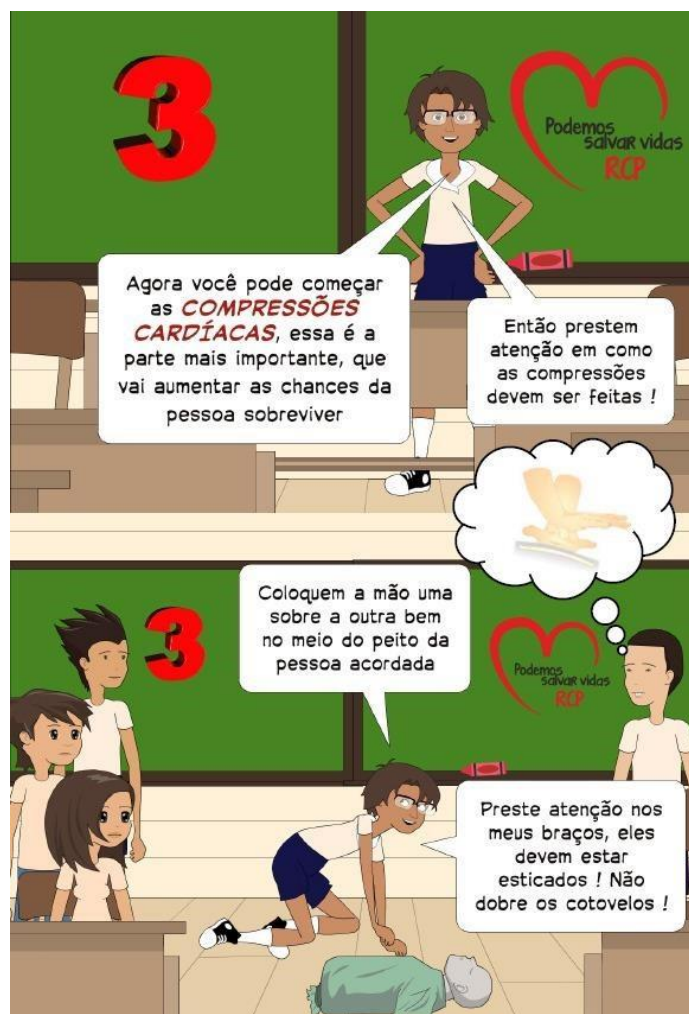


Quadro 29, presente na página 17 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

Neste momento o personagem Pedro diz aos seus colegas que nunca tinha pensando na importância de saber RCP, mesmo sua avó possuindo problema de coração, esperamos que com essa frase muitas crianças se reconheçam e também valorizem esses conceitos. No final do intervalo a professora de ciências ouve a conversa das crianças e convida Mateus para explicar sobre ressuscitação cardiopulmonar aos colegas de sala mais detalhadamente. A ideia com essa cena é mostrar a proatividade da personagem esperando que as crianças se espelhem e salientar a importância de oferecer esse conteúdo em sala de aula para os alunos.

Em um segundo momento da história o personagem principal cumpre essa atividade utilizando uma lousa, passo-a-passo, facilitando o entendimento dos conceitos por parte dos leitores. Nestas cenas Mateus representa a necessidade do protagonismo do papel do jovem. Nos quadros que se seguem novamente é mostrado o número do SAMU, com a intenção de não haver esquecimento dele por parte das crianças. Mateus cita alguns fatores de risco para doenças cardiovasculares em sua aula, e uma das colegas diz que sua avó que tinha diabetes teve infarto no ano passado. Espera-se que esses exemplos dos colegas aproximar a ficção dos quadrinhos para a realidade das crianças. Em sequência é explicado o que é diabetes para a criança aprender o significado desse termo.

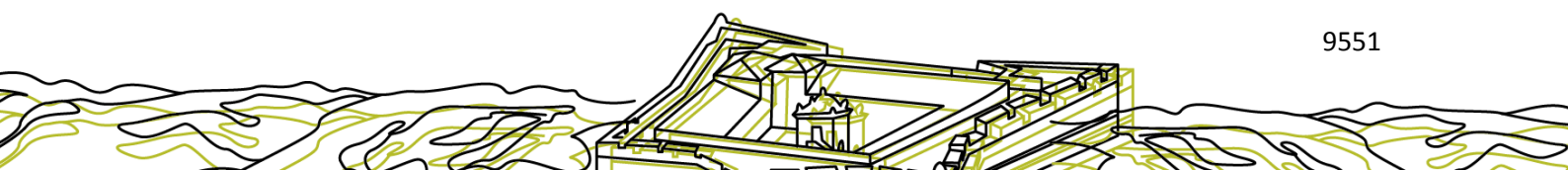
Para demonstrar as compressões na aula, Mateus utiliza seu boneco novamente.



Quadros 51 e 52, presentes na página 33 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

O personagem Mateus é, em sequência indagado, por uma das crianças, que deseja ensinar a RCP para a comunidade, onde conseguir manequim semelhante.

Nos quadros seguintes, Mateus ensina a fazer um boneco utilizando garrafa PET e jornal. Nesses quadros mostramos às crianças o conceito de agente multiplicador e que eles podem levar esse conhecimento aprendido para sua comunidade. Utilizou-se esse modelo em função do projeto desenvolvido pelo docente extensionista nas escolas públicas de Campinas, por ser prático e lúdico, além de ser confeccionados com material de fácil acesso e baixo custo, sendo recomendado pela SOCESP para ensinar crianças a fazerem a RCP.





Passo a passo da montagem do boneco, presente nas páginas 37 e 38 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

Após o fim da aula, alguns colegas que assistiram à aula de Mateus aparecem repassando os ensinamentos para os seus familiares e amigos, para enfatizar o conceito de agente multiplicador.

Na segunda história, a qual é uma continuação da primeira, mostra-se uma situação na casa de Mateus, que é uma casa simples, favorecendo o reconhecimento dos jovens com o ambiente. Nela, mostra-se o avô do aluno, Sr. Brasiliano, um homem obeso, aparentemente estressado, tabagista, que tem o costume de beber diariamente e consumir uma dieta rica em gorduras, ou seja, possui vários fatores de risco para doenças cardiovasculares. No quadro inicial é mostrado Brasiliano com salgadinhos, um copo de cerveja, e um cigarro para compor enfaticamente a imagem de praticante de maus hábitos. Em outra cena o personagem menciona que passava muito estresse no trabalho, outro fator de risco cardiovascular. Também aparece a mãe de Mateus, que após repreender os hábitos de seu pai, chama a família para jantar macarrão com salsicha.



Quadro 71, presente na página 47 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

No quadro seguinte seu filho diz que essa comida não é saudável, e que seria melhor sua mãe cozinhar arroz, feijão, carne cozida e salada, colocando em oposição os hábitos não saudáveis costumeiros da casa com os ensinados na escola e repassados pelo menino. O menino também diz que os hábitos do avô precisam ser mudados, esse, por sua vez, discorda do garoto, representando metaforicamente uma visão antiga, mas comum, sobre saúde.



Quadro 73, presente na página 48 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

No quadro após a discussão, o avô se exalta e passa mal, desmaiando. Com isso, procuramos, além de passar o que seria uma alimentação saudável, uma moral de que

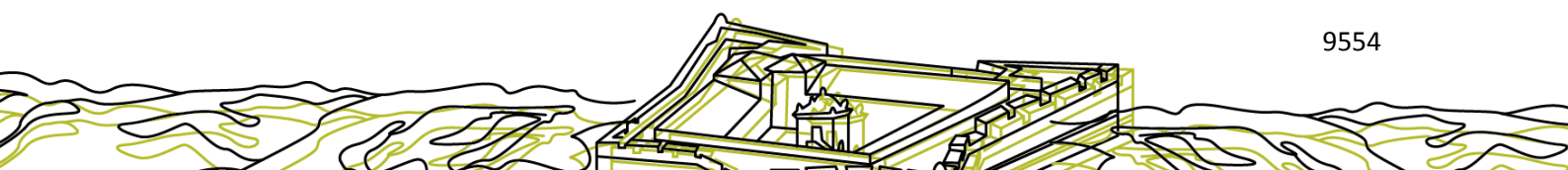
Mateus estaria sim certo, e que os hábitos do avô, e de boa parte da população brasileira estão errados e oferecem riscos.



Quadro 75, presente na página 49 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

Na sequência o garoto coloca em prática o RCP que ensinou na escola, para relembrar os leitores a importância da técnica. Em outra cena, Sr. Brasileiro reaparece bem no hospital. O médico frisa que isso aconteceu apenas porque o menino soube fazer o RCP, permitindo que o avô tivesse a chance de receber os cuidados a tempo. Com essa fala, destaca-se a importância do aprendizado novamente. Após o ocorrido, Brasileiro diz que mudará seus hábitos de vida levando uma vida mais saudável, mostrando um ponto de virada na história.

Espera-se que os leitores reconheçam seus parentes no senhor Brasileiro.



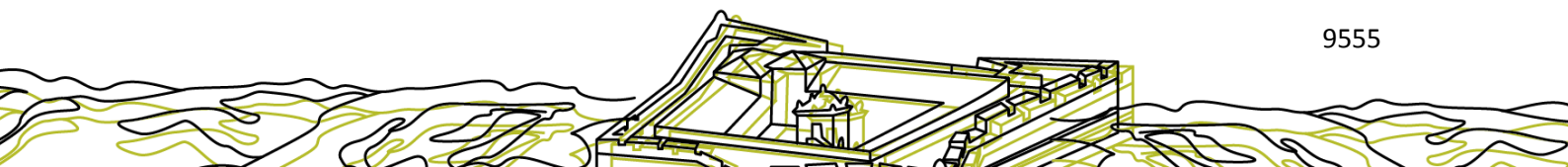


Quadros 79 e 80, presentes na página 51 da cartilha “Massagem Cardíaca”.

Já na segunda parte da cartilha, o enfoque se dá para o ensinamento dos hábitos saudáveis. Manteve-se as mesmas personagens da primeira parte da cartilha, a fim de conectar-se as duas partes.

O primeiro cenário a aparecer é um supermercado tipicamente brasileiro, com placas de promoção e ofertas espalhadas, facilitando o reconhecimento do ambiente pelo leitor. A mãe de Mateus diz que irá modificar a alimentação da casa, pois o médico proibiu seu pai de comer alimentos ultraprocessados após a parada cardíaca. Nos quadros seguintes as personagens explicam a diferença entre alimentos ultraprocessados, processados e naturais, favorecendo o aprendizado dos leitores. Mateus e sua mãe discutem sobre o valor nutricional dos alimentos e como se informar sobre isso nas embalagens alimentícias em um supermercado. É mencionada a relação do alto consumo de sódio com a hipertensão arterial sistêmica, a importância da ingestão de fibras e a relação do consumo de carboidratos e açúcares com a diabetes, sempre visando o aumento do conhecimento do leitor sobre a alimentação saudável.

Também se abordou, como instrumento de persuasão, o fato dos alimentos naturais, como frutas e legumes, serem mais baratos, assim contribuindo para orçamento familiar. Os problemas socioeconômicos e a situação de vulnerabilidade à qual o



público alvo é exposto, foram considerados durante toda a elaboração das cartilhas, visando sempre propor medidas praticáveis no ambiente em que estão inseridos.



Quadro 6, presente na página 4 da cartilha “Vivendo com Saúde”.

Em outro cenário, a história volta a ser a casa de Mateus. Mostra-se, o Sr. Brasileiro com roupas de academia, tendo uma conversa sobre a importância do exercício físico para a prevenção de doenças cardiovasculares com seus familiares. É mostrado a família unida realizando atividades físicas, realçando a importância que a mudança de um integrante faz em todo o círculo familiar, levando a todos a se adaptarem a hábitos mais saudáveis. A personagem mãe do Mateus reflete sobre a importância de também mudar seus hábitos, sendo que previamente já tinha sido alertada pela equipe de saúde do posto que ela poderia ser a próxima a ter problemas de saúde. Com este quadro, espera-se que os leitores reflitam sobre seus familiares que já sofrem problemas de saúde, e como este será seu futuro também se mudanças nos hábitos de vida não ocorrerem.

Assim, abordou-se os principais pontos que constituem os hábitos de vida saudáveis e espera-se que essa história em quadrinhos incentive os leitores a adotarem esses costumes, assim como influenciem seus núcleos familiares.



Quadro 16, presente na página 9 da cartilha “Vivendo com Saúde”.

Por último, os quadrinhos se passam na escola de Mateus, e retomam a importância do RCP, interligando os dois temas principais da cartilha. Nesses quadros finais os alunos comparam o avô de Mateus que teve uma parada cardíaca e foi socorrido prontamente por um leigo, que fez o RCP, com o pedestre do início da história, que também teve uma parada cardiorrespiratória, mas não foi socorrido. O primeiro sobreviveu enquanto o segundo faleceu. Esperamos que essa comparação choque o leitor e demonstre a relevância do aprendizado da técnica de RCP para um leigo.



Quadro 20, presente na página 12 da cartilha “Vivendo com Saúde”

Como citado acima, inseriu-se várias atividades de caráter lúdico, para solidificar os conceitos e ensinamentos que permeiam a história em quadrinhos. Foram elaboradas ao todo 19 atividades.



Atividades lúdicas da cartilha “Vivendo com Saúde”.

Destas atividades duas são para ligar pontos, duas para correlacionar colunas, duas para completar palavras, duas imagens para colorir, uma atividade de palavras cruzadas, três atividades de marcar „X”, um caça palavras, dois labirintos, uma atividade de escrita e duas de desenhar. As atividades foram compostas para serem divertidas, descomplicadas e de fácil compreensão, contemplando o público alvo em sua totalidade, crianças de 7 a 12 anos.



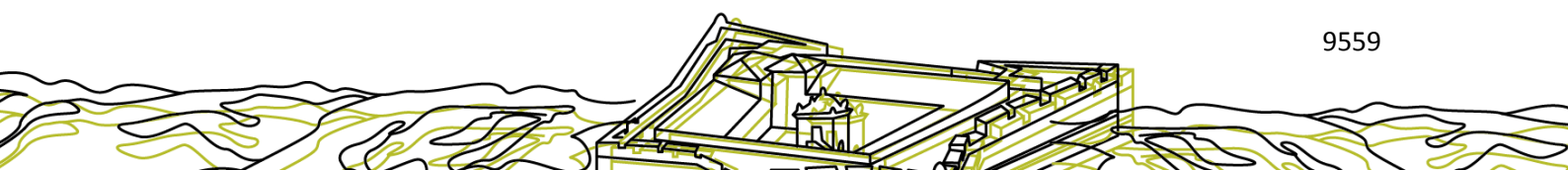
Capas das Cartilhas “Vivendo com Saúde” e “Massagem Cardíaca”.

Também se inseriu nas cartilhas, entre as atividades, páginas com pequenas explicações coloridas e ilustradas sobre hábitos de vida saudável e ressuscitação cardiopulmonar para retomar e complementar o que foi ensinado na história em quadrinhos.

Conclusão/Considerações Finais

Espera-se que esse material didático pedagógico possa contribuir na relação entre professores e alunos, auxiliando no ensino e no aprendizado dos importantes conceitos de fatores de risco para as doenças cardiovasculares e também ajude na promoção hábitos saudáveis como: dieta balanceada, prática de atividade física regular, combate ao tabagismo e outras drogas. E que as cartilhas possam ser utilizadas como uma ferramenta para a aprendizagem do método de ressuscitação cardiopulmonar.

Não se pretende apenas educar os alunos com o método usado, mas também se planeja que esses jovens desempenhem o papel de agentes multiplicadores desse conhecimento. Através de uma sensibilização ascendente, busca-se transformar esses jovens em agentes promotores da sua própria saúde e qualidade de vida, além de catalisadores de boas práticas saudáveis no ambiente familiar e na comunidade onde vivem, estendendo o conhecimento àqueles que mais necessitam.



O projeto de extensão universitária que originou essa cartilha entende a vulnerabilidade, principalmente das parcelas mais pobres da sociedade, às complicações agudas e crônicas das doenças cardiovasculares. Pretendeu-se, por meio dos alunos das escolas públicas, levar o conhecimento a essas camadas sociais mais desfavorecidas, despertando o seu interesse por hábitos de vida mais saudáveis.

Referências

- [1] GONZALEZ, Maria Margarita et al . I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 100, n. 2, p. 105-113, Feb. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130022>.
- [2] STRONG, J. P., MALCOM, G. T., OALMANN, M. C. and WISSLER, R. W. (1997), The PDAY Study: Natural History, Risk Factors, and Pathobiology. Annals of the New York Academy of Sciences, 811: 226–237. doi:10.1111/j.1749-6632.1997.tb52004.x
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [4] 36.SARAIVA, J.F.K., TIMERMAN, A., SARAIVA, DJ.B., AVEZUM, A., MENDES, J.R.Z. Prevalence of excess body weight in a student population of Campinas City. Brazil European Journal of Preventive Cardiology.May 2014 21: s1-s6.
- [5] STRINGHINI S., SABIA S., SHIPLEY M., BRUNNER E., NABI H., KIVIMAKI M. et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. JAMA. 2010;303(12):1159-66.

A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO E SAVASSI NA PRIORIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM/PA

Área Temática: Saúde

S.S. ARAÚJO⁷; F.H.S. LOBATO²; V. RAVENA-CAÑETE⁸

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Resumo

A extensão universitária possibilita uma ação reflexiva e prática, de modo a integrar todas as dimensões da realidade social, materializando-se como um mecanismo que promove a relação Universidade-Sociedade. Tratando-se de Estratégia Saúde da Família, as visitas domiciliares são dos principais meios utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde para alcançar um contato direto e estreito entre as famílias de sua competência. Contudo, priorizar quem tem maior necessidade de receber um acompanhamento com maior frequência se torna difícil. Com isso, o objetivo deste trabalho foi demonstrar o perfil de vulnerabilidade familiar de uma equipe de uma ESF de Belém/PA e elucidar os benefícios adquiridos pelos extensionistas durante a execução do projeto. Foi realizada a estratificação de risco através da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, onde foram avaliadas 259 unidades familiares de uma Estratégia Saúde da Família de Belém/Pará, bem como foi realizada capacitação com Agentes Comunitários de Saúde em relação ao uso da escala utilizada para estratificação. Cerca de 49% das famílias analisadas apresentaram algum grau de risco, isso se deve ao alto nível de vulnerabilidade vivenciado nesta área de cobertura, como o consumo de drogas, desemprego, baixos níveis de saneamento básico, dentre outros. A escala utilizada mostra-se pertinente para priorização de visitas domiciliares, bem como para materialização de ações dentro dos preceitos da Atenção Básica. Destaca-se que a extensão universitária é uma importante ferramenta de transversalização de conhecimento, onde esta vem sendo importante coadjuvante no alcance da justiça social e do empoderamento comunitário.

⁷ Universidade Federal do Pará (UFPA), Pró-Reitoria de Extensão (PROEX).

² Universidade Federal do Pará (UFPA).

⁸ Universidade Federal do Pará (UFPA), Pró-Reitoria de Extensão (PROEX).

Palavras-chave: Extensão universitária; Estratégia Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde; Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi; visitas domiciliares.

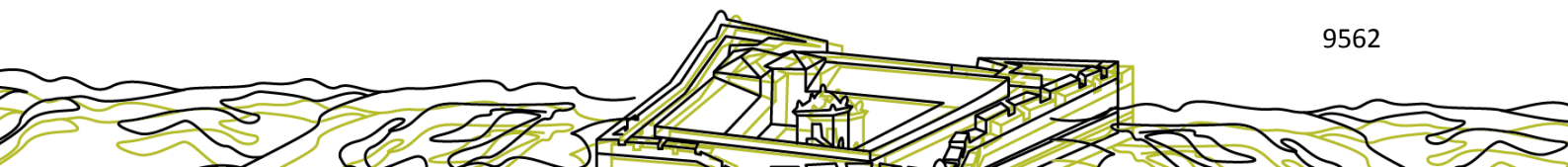
Introdução

A extensão universitária não se configura como uma simples ferramenta de assistencialismo ou prestação de serviços para preenchimento de lacunas conformadas por negligências do poder público, como geralmente é vista. Para além disso, ela possibilita uma ação reflexiva e prática, de modo a integrar todas as dimensões da realidade social, materializando-se como um mecanismo que promove a relação Universidade-Sociedade. Dessa forma, materializa-se enquanto uma ferramenta que oportuniza um mergulho em problemáticas sociais, permitindo conhecer, analisar, produzir e consolidar conhecimentos, configurando-se como uma via de mão dupla, onde há troca constante de conhecimento entre comunidade e extensionistas (LOBATO et al., 2015).

Apoiando-se na compreensão da extensão e vivenciando as grandes demandas vivenciadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), principalmente durante a rotina de visitas domiciliares, observou-se que o uso de um instrumento de sistematização pode auxiliar na priorização das visitas domiciliares, além de ter relação positiva com a elaboração das ações estratégicas de prevenção e promoção de saúde no contexto de prioridades da Atenção Básica (AB) (COELHO; SAVASSI, 2004; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Partindo dessa necessidade, o projeto de extensão universitária “A inserção da Escala de Risco Familiar de

Coelho e Savassi na Estratégia Saúde da Família do Bairro da Condor” (edital Pibex/2017), buscou utilizar a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, com o objetivo de conhecer o perfil de vulnerabilidade familiar de uma equipe da ESF de um bairro de Belém/PA e disponibilizar esta escala como subsídio de sistematização de visitas domiciliares para os profissionais que atuam frequentemente nas visitas domiciliares, o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Atualmente, o SUS se pauta nos seguintes princípios: universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação comunitária. Destaca-se entre esses princípios o da integralidade, já que leva em consideração diversos Determinantes Sociais de Saúde (LANCMAN; BARROS, 2011). Na busca pela expansão do acesso aos serviços de saúde e pela consolidação do princípio de integralidade nas práticas de



cuidado, o Brasil reorganizou seu modelo assistencial através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define como prioridade “[...] consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS [...]” (BRASIL, 2006 s.p.). Assim, as ações na AB devem ocorrer nos âmbitos individuais e coletivos de forma a incentivar a participação social como um dos aspectos das práticas democráticas de cuidado e gestão.

Essas ações se mostram como uma alternativa ao modelo assistencial hegemônico hospitalocêntrico e são direcionadas a territórios com áreas de abrangência delimitadas (microáreas), devendo desenvolver ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, integrando-se aos demais serviços da rede assistencial. Dessa forma, bem como a extensão universitária, as ações da ESF devem se estruturar com base no reconhecimento das necessidades da população, por meio do estreitamento de laços entre usuários do serviço e os profissionais de saúde, sendo oportuno o contato permanente com o território alvo das ações planejadas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Esse estreitamento de laços se dá através de visitas que se configuram como momentos de suma importância para o estabelecimento de vínculo entre pacientes, profissionais e famílias por meio do acolhimento e escuta, facilitando a produção de saúde para essas pessoas. Essas visitas são fundamentais para a identificação da vulnerabilidade familiar, para o cuidado e para a manutenção da saúde de seus membros. Elas são realizadas periodicamente pelos ACSs, que passam a conhecer e a identificar os fatores que podem interferir na saúde de alguns desses moradores – fatores como saneamento básico, condições de moradia, além de fatores sociais e ambientais – e facilmente criam um vínculo com as famílias visitadas (ANDRADE et al., 2015; LANCMAN; BARROS, 2011; MALTA et al., 2016; MENEZES et al., 2012).

A escolha para atendimento e prioridade de visitas é uma dificuldade enfrentada dentro das equipes de Saúde da Família, já que não há um norteador quantitativo para traçar prioridades de visitas. A partir disso, observa-se a necessidade da utilização de um instrumento que trace o perfil de cada família, onde seja levado em consideração o risco familiar que é expresso a partir de adoecimento de algum familiar, recorrência de uso de drogas, violência doméstica e outras questões que possam impossibilitar o crescimento desse grupo de forma saudável. Dialogando com essa necessidade, foi construída a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, que permite ao ACS identificar através de determinantes variadas, de forma objetiva, quais as famílias que

devem ser mais visitadas e estão imersas num cenário de maior vulnerabilidade (MENEZES et al., 2012; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Diante deste contexto, o objetivo deste trabalho foi demonstrar o perfil de vulnerabilidade familiar de uma equipe de uma ESF de Belém/PA, identificados através do projeto de extensão supracitado utilizando a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, além de elucidar os benefícios adquiridos pelos extensionistas durante a execução do projeto.

Metodologia

As ações do projeto foram realizadas em um ESF de Belém/PA, localizada em um bairro periférico e marcado por forte vulnerabilidade, principalmente social. Foram avaliadas as fichas de 259 domicílios de 1 das equipes desta ESF. Nessas fichas constam o perfil socioeconômico e demográfico de cada família, onde são demonstradas renda familiar, características de moradia e saneamento básico, número de moradores, número de cômodos, dentre outros fatores.

A avaliação de vulnerabilidade foi realizada por meio de estratificação de risco, tendo como parâmetro a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (Quadro 1). Esta escala foi estruturada com base na antiga Ficha A do SIAB (atual e-SUS) utilizada durante a visita domiciliar. Possui 15 sentinelas de risco (Quadro 1) e cada uma delas contém um Escore que varia de 0 a 3 pontos de acordo com a sua relevância, com o valor obtido é possível estratificar cada unidade familiar (baseado nos valores expressos na Tabela 1) (MENEZES et al., 2012; NAKATA; ROSALBA; DUARTE, 2013).

Quadro 1: Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi.

Sentinelas de Risco	Definição	Escore de Risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3

Deficiência física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas,	3

	escolares, de trabalho ou de lazer.	
Baixas condições de saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição grave	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2

Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a	1
	90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1

Relação morador/cômodo	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	> 1	3
		= 1	2
		< 1	0

Fonte: Modificada de Savassi et al (2012).

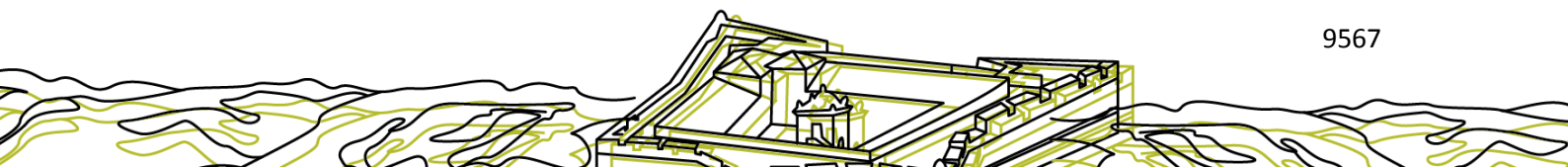
Tabela 1: Cálculo da estratificação de risco familiar.

Score Total	Estratificação de Risco
0 a 5	não apresenta risco (R0)
5 e 6 Risco menor (R1)	7 e 8 Risco médio (R2)
≥ 9	Risco grande (R3)

Fonte: Savassi et al (2012)

A escala permite identificar qual família encontra-se em maior risco, no que se refere à vulnerabilidade social, percebendo de forma mais integral os aspectos que norteiam o processo saúde-doença, promovendo assim a compreensão de qual família precisa ser assistida de forma mais constante (COELHO; SAVASSI, 2004; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). A partir do acesso e da análise dos dados encontrados nas 259 fichas (pesquisa documental), identificou-se quais famílias se encontravam em maior vulnerabilidade.

Ademais, a partir da experiência vivenciada durante diálogos com os ACS observou-se a necessidade e a importância do conhecimento sobre Determinantes



Sociais de Saúde (DSS) para as equipes que realizam visitas domiciliares. Com vistas a suprir essa necessidade, foi realizada uma atividade de capacitação dos ACS, quanto aos conceitos de DSS e da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, quanto ao seu uso, estrutura, formas de pontuações, estudo de situação problema e interferência das DSS na sua análise. Essa capacitação foi realizada por meio de apresentação de slides e roda de conversa, discutindo as situações problema apresentadas aos profissionais.

Para construção desse trabalho, além das análises a partir da Escala de Coelho e Savassi, foram realizadas pesquisas bibliográficas, afim de construir um referencial teórico capaz de embasar as discussões obtidas. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2016 e apresentados de forma quantitativa e descritiva.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados obtidos, pode-se evidenciar que há um número considerável, das famílias analisadas, estratificadas em algum nível de risco, como observado no Tabela 2.

Tabela 2: Estratificação de risco familiar baseado na Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi. 2017.

Estratificação de Risco	Total de famílias	
	N	%
R0 ou > 5	131	50,57
R1 (risco pequeno)	55	21,23
R2 (risco médio)	20	7,72
R3 (risco grande)	53	20,46

Fonte: autor do trabalho.

Estes resultados divergem com os de Menezes et al (2012), que em uma pesquisa mais ampla (n= 1.810), utilizando a Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, identificou que a maioria das famílias (86%) não apresentava risco e apenas 14% foram estratificadas em algum grau de risco, já no presente trabalho quase metade das

famílias analisadas apresentavam algum risco. Alguns fatores como número menor de famílias estratificadas, disparidades envolvendo oscilação de investimentos em ações de saúde e determinantes sociais, podem refletir a diferença observada.

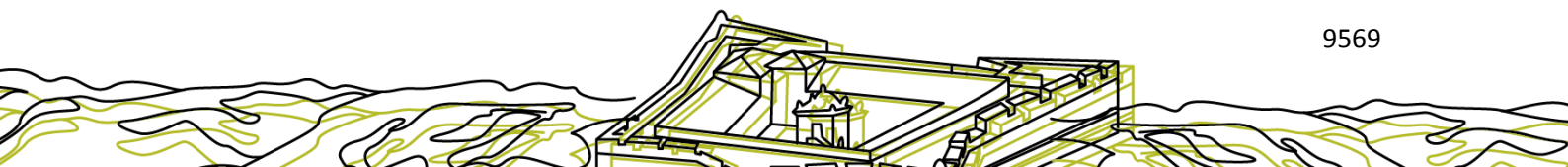
Algumas destas disparidades podem ser evidenciadas através do relatório do SUSIDSUS/Ministério da Saúde (2012), onde mostra que a oferta dos serviços de saúde na capital paraense não tem atuado de forma eficiente, a prestação de serviços de saúde em

Belém, através do SUS, vem se apresentando com um baixo desempenho nos últimos anos (tanto em relação ao acesso quanto aos serviços de saúde oferecidos à população). Em 2012, a capital paraense foi apontada com o 2º pior desempenho do Brasil, ficando à frente somente do Rio de Janeiro e na comparação entre os estados o Pará mostrou o pior IDSUS do país (BRASIL, 2012 s.p.).

Outro fator importante, são as diferenças sociais e econômicas das regiões do estudo de Menezes et al (2012) e do presente trabalho, onde os discrepantes contextos vivenciados entre as diversas regiões do Brasil demonstram de acordo com a sua realidade um maior nível de vulnerabilidade. Tomando como base os dados supracitados (BRASIL, 2012), a precarização dos serviços de saúde é um fator de extrema relevância quando tratando-se de vulnerabilidade familiar, visto que no contexto de Belém/PA, várias famílias vivem com baixos níveis de escolaridade, baixo nível de renda familiar, estão constantemente imersas num cenário de precário acesso a saneamento básico e outros fatores muito inerentes à qualidade de vida e saúde dessa população.

Além disso, pode-se observar que cerca de 29 unidades familiares não possuía todos os seus moradores cadastrados, demonstrando que o controle e atualização das informações se torne muito difícil. Tal quadro ocorre devido às dificuldades encontradas pelos ACS durante a coleta de informações, apontada pela ausência do usuário no momento do cadastro ou falta de explicações precisas dos presentes para preenchimento dos dados. Essas ausências podem ter influenciado nos resultados, podendo assim haver um número muito superior de famílias em vulnerabilidade, este fator também pode dificultar a elaboração dos planos estratégicos de prevenção e promoção de saúde para esta população (BARALHAS; PEREIRA, 2013).

No escopo da indissociabilidade, a extensão universitária, por ser uma via de mão dupla, consiste em um verdadeiro laboratório (Ensino e Pesquisa). Tendo isso em mente, o projeto possibilitou a aglutinação de diversos conhecimentos absorvidos pelos



discentes ao longo dos cursos de graduação, que foram aplicados (e replicados) no desenvolvimento das atividades do projeto. A experiência extensionista pôde promover ainda o contato desses discentes não somente com suas áreas de estudos específicas, mas também com as fronteiras inter e transdisciplinares de vários campos de estudo, seja com as leituras, seja com a prática extensionista. De forma mútua, as habilidades, as competências e os conhecimentos (novos e antigos) puderam ser potencializados nas disciplinas que compõem os Planos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos desses estudantes.

Além disso, os extensionistas tiveram a possibilidade de desmistificar, (re)conhecer, e revisar suas visões de mundo a respeito de uma realidade, por vezes, longínqua geográfica, social e econômica das que conhecem, que estão inseridos ou que estão acostumados a lidar. Tal cenário foi oportuno e importante para a concepção e construção de trabalhos científicos sobre a experiência extensionista em questão, com o intuito de partilhar junto a outras camadas da sociedade, por meio de artigos científicos, as experiências e as problemáticas vivenciadas durante o projeto realizado. De maneira simbiótica, portanto, a prática e a teoria, o ensino, a pesquisa e a extensão em um projeto desta natureza contribuíram, em certa medida, para pequenos avanços no universo das acepções de “saúde pública”, “determinantes sociais” e o papel social que os profissionais das equipes de saúde da família representam dentro da comunidade.

Destarte, a extensão universitária aqui descrita, enquanto uma ferramenta de mudança social, possibilitou que a comunidade além dos muros da Universidade tivesse acesso ao conhecimento científico e, em contrapartida, que a Universidade tivesse acesso ao conhecimento popular.

Conclusão/Considerações Finais

A Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi mostrou-se pertinente para identificação de prioridades para as visitas domiciliares, oferecendo dados quantitativos para planejamento de diversas ações estratégicas na AB. Esta é uma escala de fácil utilização e que vem sendo utilizada em algumas ESF de outras regiões do país, por isso mostra-se como uma ferramenta útil para as equipes de Saúde da Família. Entrementes, vale ressaltar que esta escala necessita ser melhor pensada para aplicação num contexto amazônico, visto que compreende uma realidade marcada por intrínsecas especificidades e que, portanto, necessita de diversos olhares para melhor identificar aspectos de vulnerabilidade familiar.

Em face das noções estereotipadas acerca da extensão universitária – que frequentemente a observam enquanto um conjunto de ações puramente assistencialistas –, nesse processo, é conivente destacar tanto os discentes participantes do projeto quanto os ACS puderam compreender que a Universidade não é um “castelo intocável de geração de conhecimentos”, mas uma instituição que pode contribuir com a transformação de realidades, com mudanças que enveredam em direção à materialização de direitos sociais. Entendendo que ensino, pesquisa e extensão, de forma indissociável, têm um papel primordial nesse processo e na geração, produção, reprodução e universalização do conhecimento.

Por fim, avalia-se que este projeto contribuiu com os esforços das diversas experiências extensionistas brasileiras, que têm demonstrado como suas ações têm galgado, de maneira muito paulatina é verdade, em direção à justiça social, ao empoderamento comunitário e outros processos gestados com a apreensão da noção de direitos e deveres de um cidadão.

Referências

ANDRADE, M. V. et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1175–1187, 2015.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 358–365, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: [s.n.].

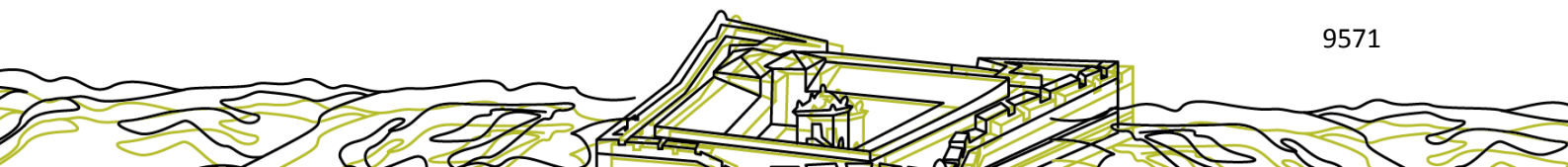
BRASIL. **Ministério avalia qualidade dos serviços de saúde - IDSUS 2012** Ministério da Saúde. [s.l.: s.n.].

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 1, p. 19–26, 2004.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263–269, 2011.

LOBATO, F. H. S. et al. Extensão Universitária e o turismo social: Despertando emoções e promovendo a inclusão social. **Revista Conexão UEPG**, v. 11, p. 260–273, 2015.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil,





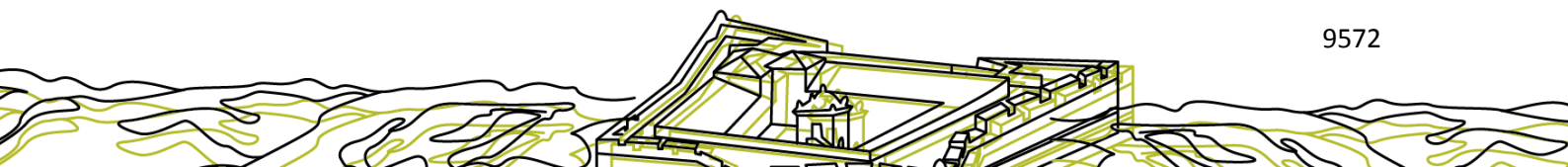
segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327– 338, 2016.

MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo Escala de Coelho e Savassi – um relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 190–195, 2012.

NAKATA, P. T.; ROSALBA, Ê.; DUARTE, M. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2013.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar : Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179–185, 2012.



RELEVÂNCIA DE METODOLOGIAS ATIVAS NA CAPACITAÇÃO DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS

Área temática: Saúde.

Orientadora: Claísa Andréa Silva de Freitas

Autores: Sara Castro Marques; Raquel Alves Ferreira; Mariana Holanda Cordeiro; Derlange Belizário Diniz.

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência com metodologia ativa na capacitação de manipuladores de alimentos. **Métodos:** Trata-se de pesquisa-ação realizada com 497 manipuladores de alimentos, que participaram do Curso de Formação de Manipuladores de Alimentos de Escolas Municipais de Fortaleza, uma ação do Projeto de extensão “Comida Saudável: da escolha ao preparo, com aproveitamento integral dos alimentos”, Laboratório de Segurança Alimentar da UECE e Célula de Alimentação Escolar da Prefeitura de Fortaleza, ocorrido no mês de julho de 2017. Foram ministradas aulas de quatro horas, no período de uma semana, expositivas e dialogadas, incluindo atividades lúdicas para cada tema abordado. Foi aplicado o mesmo questionário com questões de múltiplas escolhas, antes e após o curso, para avaliar o conhecimento adquirido. **Resultados:** Verificou-se um aumento significativo das respostas corretas após a capacitação para a maioria das questões. **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostram-se efetivo, pois observou-se satisfação e aprendizado pelos manipuladores com as atividades ministradas.

Palavras-chaves: Metodologias Ativas; Manipuladores; Capacitação; Saúde.

INTRODUÇÃO

A capacitação de manipuladores constitui o meio mais eficaz para a construção do conhecimento sobre segurança alimentar, realizando mudanças de atitudes, no intuito de elevar o nível de segurança do alimento. Verifica-se, portanto, a necessidade de desenvolver programas de capacitações que contemplem a importância da alimentação saudável na alimentação escolar e as boas práticas de manipulação, proporcionando aprendizagem efetiva e comprometimento dos manipuladores envolvidos (SOARES, 2011).

Pesquisadores, por meio de estudos realizados, relataram problemas na qualificação das capacitações de manipuladores, como deficiências nas formações, decorrente da pouca escolaridade e dos baixos salários (CAVALLI, 2007).

A utilização de Metodologias Ativas pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, advindos das atividades essenciais da prática social e em contextos do manipulador. Essas metodologias têm como objetivo instigar o estudante mediante problemas, pois assim ele tem a possibilidade de examinar, refletir, posicionar-se de forma crítica (BORGES, 2014). Assim, as metodologias ativas criam condições significativas para a aprendizagem.

Diante do exposto, esse trabalho teve o objetivo de descrever a experiência com metodologia ativa na capacitação de manipuladores de alimentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação realizado com 497 manipuladores de alimentos, que participaram do Curso de Formação de Manipuladores de Alimentos de Escolas Municipais de Fortaleza, uma ação do Projeto de extensão “Comida Saudável: da escolha ao preparo, com aproveitamento integral dos alimentos” em conjunto com o projeto de pesquisa “Capacitação de professores, manipuladores de alimentos e agricultores familiares para a promoção da alimentação saudável na escola: um estudo multicêntrico”, do Laboratório de Segurança Alimentar e Nutricional, em parceria com a Célula de Alimentação Escolar da Secretaria de Educação do município de Fortaleza, ocorrido no mês de julho de 2017. Todos os manipuladores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta de dados foi realizada pela aplicação de um questionário no qual na primeira questão, os participantes associariam sete alimentos com a sua correspondente intensidade do teor de sal (sódio), optando pelas respostas “muito sal”, “pouco sal” ou “não sei/não tenho certeza”. Na

segunda questão, eram solicitados a marcar qual a opção não é uma boa fonte de gordura saudável, podendo escolher uma das cinco opções “amendoim”, “carne”, “peixe”, “azeite de oliva” ou “não sei/não tenho certeza”. Na terceira questão, deveriam selecionar a alternativa que contém uma opção de refeição mais saudável: “arroz, feijão, carne grelhada, salada de vegetais e frutas”, “feijão, carne frita, salada de alface com tomates, salada de batata com maionese e frutas”, “feijão, peixe frito, salada de alface com tomates e doce”, “feijão, bife empanado, batata frita, salada de alface com tomates e frutas” ou “não sei/não tenho certeza”. Foram utilizadas duas dinâmicas para trabalhar o conteúdo das três questões, descritas no quadro 1 e na Figura.

Quadro 1 – Descrição das dinâmicas realizadas na capacitação de manipuladores

DINÂMICA	OBJETIVO	METODOLOGIA
Semáforo	- Sensibilizar os manipuladores sobre o consumo excessivo de sal e gordura nos alimentos.	- O semáforo contém três cores: Verde – pouco, Amarelo – médio e Vermelho – muito; - Os manipuladores receberão imagens de alimentos e associavam os alimentos, de acordo com seu entendimento, quanto ao teor de sal e gordura; - Após associarem os alimentos, os manipuladores junto com os mediadores da sala, analisaram e discutiram sobre o teor de sal e gordura nos alimentos;
Prato Saudável	- Informar na prática a importância e como compor uma refeição saudável.	- Os manipuladores foram divididos em equipes e cada uma recebeu um prato vazio e figuras de alimentos; - As equipes deveriam escolher, de acordo com seu entendimento, os alimentos que consideravam saudáveis e adequados para o almoço; - Em seguida os alimentos escolhidos eram analisados e discutidos pelos manipuladores;

Fonte: Capacitação de manipuladores de Fortaleza/CE, 2017.



Imagem 1 – Dinâmica Prato Saudável

Imagem 2 – Dinâmica Semáforo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A resposta correta "muito" dos participantes sobre a pergunta "Catchup possui muito ou pouco sal (sódio)?" foi referida por 39,44% (n = 196) dos participantes antes da intervenção.

Após a intervenção, essa proporção aumentou para 55,94% (n = 278).

Quadro 2. Porcentagem referente a pergunta "Catchup possui muito ou pouco sal

(sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Catchup possui muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	n	%	N	%
Muito	196	39,44	278	55,94
Pouco	232	46,68	173	34,81
Não sei/não tenho certeza	69	13,88	46	9,26
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa

A resposta correta "muito" dos participantes sobre a pergunta "Presunto possui muito ou pouco sal (sódio)?" foi referida por 73,64% (n = 366) dos participantes antes da intervenção.

Após a intervenção, essa proporção aumentou para 87,73% (n = 436).

Quadro 3. Porcentagem sobre a pergunta "Presunto possui muito ou pouco sal (sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Presunto possui muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Muito	366	73,64	436	87,73
Pouco	84	16,90	35	7,04
Não sei/não tenho certeza	47	9,46	26	5,23
Total	497	100,00	497	100,00

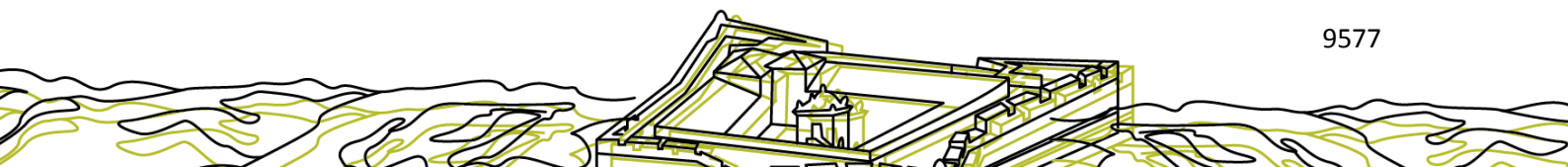
Fonte: Pesquisa

Em relação a pergunta "Vegetais cozidos possuem muito ou pouco sal (sódio)?", não houve mudança significativa de opinião dos participantes após a intervenção, aumento de 4,63%.

Quadro 4. Porcentagem sobre a pergunta "Vegetais cozidos possuem muito ou pouco sal (sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Vegetais cozidos possuem muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	N	%	n	%
Muito	22	4,43	18	3,62
Pouco	390	78,47	413	83,10
Não sei/não tenho certeza	85	17,10	66	13,28
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa



A resposta correta "muito" dos participantes sobre a pergunta "Salsicha possui muito ou pouco sal (sódio)?" foi referida por 76,66% (n = 381) dos participantes antes da intervenção.

Após a intervenção, essa proporção aumentou para 88,73% (n = 441).

Quadro 5. Porcentagem sobre a pergunta "Salsicha possui muito ou pouco sal (sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Salsicha possui muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	N	%	n	%
Muito	381	76,66	441	88,73
Pouco	61	12,27	39	7,85
Não sei/não tenho certeza	55	11,07	17	3,42
Total	497	100,00	497	100,00

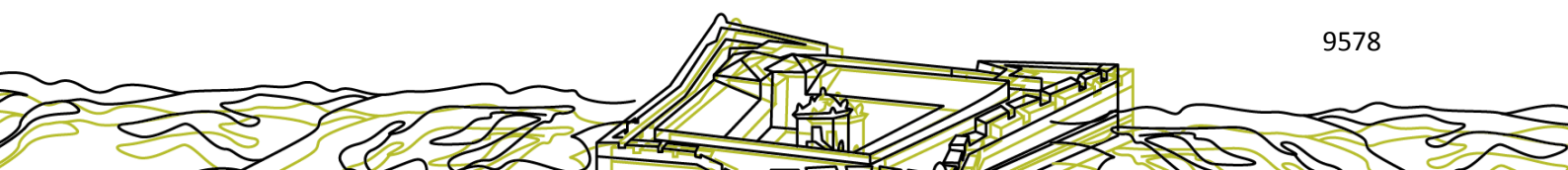
Fonte: Pesquisa

A resposta correta "muito" dos participantes sobre a pergunta "Macarrão instantâneo possui muito ou pouco sal (sódio)?" foi referida por 70,82% (n = 352) dos participantes antes da intervenção. Após a intervenção, essa proporção aumentou para 78,87% (n = 392).

Quadro 6. Porcentagem sobre a pergunta "Macarrão instantâneo possui muito ou pouco sal (sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Macarrão instantâneo possui muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Muito	352	70,82	392	78,87
Pouco	97	19,52	75	15,09
Não sei/não tenho certeza	48	9,66	30	6,04
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa



A resposta correta "muito" dos participantes sobre a pergunta "Tempero industrializado possui muito ou pouco sal (sódio)?" não houve mudança significativa de opinião dos participantes após a intervenção, aumento de 5,03%.

Quadro 7. Porcentagem sobre a pergunta "Tempero industrializado possui muito ou pouco sal (sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Tempero industrializado possui muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Muito	439	88,33	464	93,36
Pouco	18	3,62	12	2,41
Não sei/não tenho certeza	40	8,05	21	4,23
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa

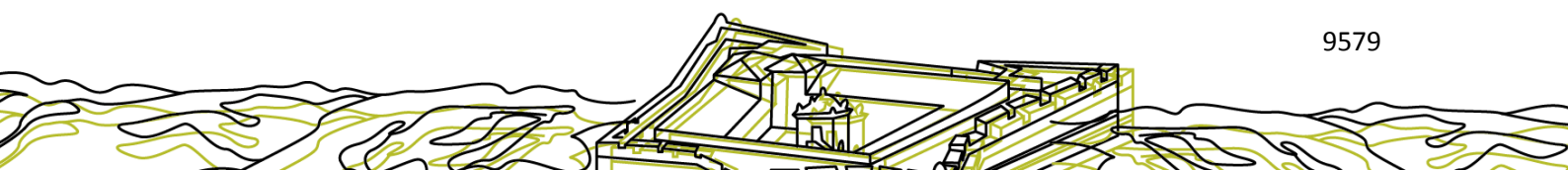
Em relação a pergunta "Cheiro verde possui muito ou pouco sal (sódio)?", não houve mudança significativa de opinião dos participantes após a intervenção, aumento de 4,02%.

Quadro 8. Porcentagem sobre a pergunta "Cheiro verde possui muito ou pouco sal (sódio)?" entre os períodos pré-teste e pós-teste

Cheiro verde possui muito ou pouco sal (sódio)?	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Muito	17	3,42	11	2,21
Pouco	363	73,04	383	77,06
Não sei/não tenho certeza	117	23,54	103	20,72
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa

A resposta correta "carne" dos participantes sobre a pergunta "Qual dos alimentos NÃO é uma boa fonte de gordura saudável?" foi referida por 35,41% (n = 176) dos participantes antes da intervenção. Após a intervenção, essa proporção aumentou para 47,69% (n = 237).



Quadro 9. Porcentagem sobre a pergunta “Qual dos alimentos NÃO é uma boa fonte de gordura saudável?” entre os períodos pré-teste e pós-teste

Qual dos alimentos NÃO é uma boa fonte de gordura saudável?	Antes		Depois	
	N	%	n	%
Certo	176	35,41	237	47,69
Errado	295	59,36	249	50,10
Não sei/não tenho certeza	26	5,23	11	2,21
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa

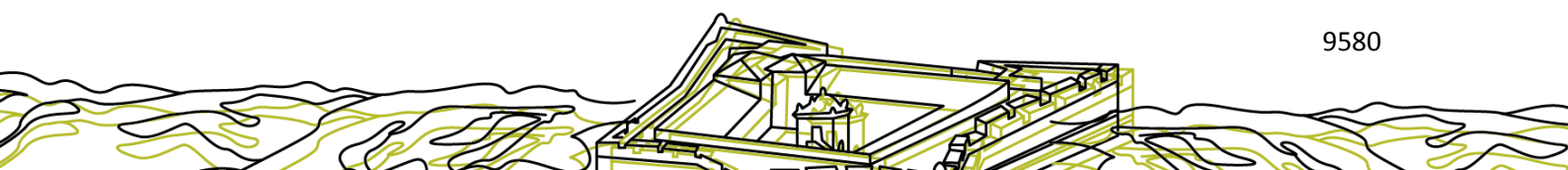
A opção correta dos participantes sobre uma refeição mais saudável (arroz, feijão, carne grelhada, salada de vegetais e frutas) foi referida por 89,94% (n = 447) dos participantes antes da intervenção. Após a intervenção, essa proporção aumentou para 96,78% (n = 481).

Quadro 10. Porcentagem para a opção mais saudável para uma refeição entre os períodos pré-teste e pós-teste

Opção para uma refeição mais saudável	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Certo	447	89,94	481	96,78
Errado	38	7,65	9	1,81
Não sei responder/não tenho certeza da resposta	12	2,41	7	1,41
Total	497	100,00	497	100,00

Fonte: Pesquisa

Verificamos um aumento significativo das respostas corretas após a capacitação na maioria das questões do teste. E obtivemos relatos positivos quanto ao entendimento, interesse e participação dos manipuladores com as atividades propostas.



CONCLUSÃO

Diante da relevância deste tema sobre os conhecimentos das metodologias e sua aplicação em capacitações de manipuladores, percebemos a importância da utilização de atividades lúdicas para uma aprendizagem significativa, assim promovendo uma formação crítica e reflexiva. Percebemos também, a escassez de fontes de pesquisa, conseqüentemente, possibilitando maiores investigações nos estudos de aplicações teóricas e práticas, no que abrange as diversas metodologias ativas existentes.

REFERÊNCIAS

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias Ativas na Promoção da Formação Crítica do Estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do Ensino Superior. Cairu em Revista: Sociedade, Educação, Gestão e

Sustentabilidade. v.3, n. 4, p. 119-143, 2014.

CAVALLI, S. B.; SALAY, E. Gestão de pessoas em unidades produtoras de refeições comerciais e a segurança alimentar. *Rev Nutri* 2007; 20(6):657-667.

SOARES, L. S. Segurança dos Alimentos: avaliação do nível de conhecimento, atitudes e práticas dos manipuladores de alimentos na rede Municipal de Ensino de Camaçari-BA. Salvador: UFB, 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, Salvador, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11561>>.

Acessado em: 28 março 2018.

NÚCLEO DE ENSINO E EXTENSÃO EM ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR: COMPREENDENDO O CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ATRAVÉS DA EXTENSÃO

Área Temática Saúde

Eirilandy de Sousa Ávila¹; Livia Maria Albano Camelo²; Francisca Drenalina de Sousa Araujo³; Debora Maria Albano Camelo⁴; Lívia Moreira Barros⁵.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, extensionista do Núcleo de Ensino e Extensão em Atendimento Pré-Hospitalar.

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, extensionista do Núcleo de Ensino e Extensão em Atendimento Pré-Hospitalar.

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, ligante da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, ligante da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

⁵ Enfermeira. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Doutora pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú

Resumo

A extensão possibilita a formação do profissional cidadão e se credencia, cada vez mais, junto à sociedade como espaço privilegiado de produção e aprimoramento do conhecimento adquirido na Universidade. É de suma importância para a sociedade em virtude da superação das desigualdades sociais existentes por meio da prática acadêmica que interliga a Universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa, com as demandas da maioria da população. Dessa forma a Universidade Estadual Vale do Acaraú, localizada no município de Sobral, na região norte do Ceará, cidade que foi fundada às margens do Rio Acaraú, prioriza o conceito de Universidade, praticando tripé que a sustenta, ensino, pesquisa e extensão. Dentre diversas ligas e projetos de extensão existentes na universidade, surge o Núcleo de Extensão e Ensino em Atendimento Pré-Hospitalar - NEEAPH, criado por iniciativa de acadêmicos de enfermagem com apoio de professores e profissionais do Serviço de Atendimento Móvel

de Urgência - SAMU de Sobral. Com base no que foi exposto propõe-se com esse estudo relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem da UVA no NEEAPH e sua inserção no SAMU de Sobral, bem como a importância da RUE no contexto de formação. Em relação às Redes de Urgências e Emergência a vivência no SAMU permite a identificação de dificuldades nos elementos que compõem a sua modelagem, além de permitir localizar os atuais problemas do nível da atenção secundária em relação à população/território, sistema operacional e modelo de atenção, que constituem desafios a serem superados. A inserção do acadêmico no NEEAPH e no SAMU proporciona um contato com as redes de atenção à saúde e uma compreensão dessas redes capacitando o acadêmico para atuar e criar senso crítico a fim de trazer inovações aos serviços de saúde onde futuramente este estudante se enquadrará enquanto profissional, certamente com um olhar mais amplo e voltado para as necessidades da população.

Palavras-chave: Enfermagem; Extensão Universitária; Redes de Atenção à Saúde.

Introdução

A extensão universitária segundo Carbonari & Pereira (2015) surge como uma oportunidade de contribuição e cumprimentos das funções sociais, no entanto nem sempre foi assim, ao longo da história cada instituição praticou a extensão como entendia, as universidades públicas priorizavam a pesquisa, condicionando a extensão ao complemento de outras atividades, as instituições privadas viam na extensão a sustentabilidade financeira, por meio da prática de prestação de serviços remunerados. No contexto atual a extensão assumiu sua real importância e a tendência é pensar como ela pode contribuir mais diretamente na solução dos problemas sociais expressos no diálogo da comunidade com o governo.

Assim a extensão possibilita a formação do profissional cidadão e se credencia, cada vez mais, junto à sociedade como espaço privilegiado de produção e aprimoramento do conhecimento adquirido na Universidade. É de suma importância para a sociedade em virtude da superação das desigualdades sociais existentes por meio da prática acadêmica que interliga a Universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa, com as demandas da maioria da população. Além disso articula o ensino e a pesquisa trazendo contribuições no âmbito educacional, cultural e científico, proporcionando um elo transformador entre universidade e sociedade (GONÇALVES, 2017).

Portanto há um fortalecimento da relação universidade-sociedade, quando acontece um desenvolvimento de ações que possibilitem contribuições aos cidadãos.

Consequentemente acontecem benefícios às duas partes. A extensão proporciona um saber diferenciado, focado para a sociedade que ganha, também, porque ocorre melhoria na qualidade de vida. O ensino rompe as barreiras da sala de aula e sai do ambiente fechado da Universidade, para que haja a troca de informações provenientes do ambiente primordial. Assim, o conteúdo passa a ser multi, inter e transdisciplinar (RODRIGUES, 2013)

Dessa forma a Universidade Estadual Vale do Acaraú, localizada no município de Sobral, na região norte do Ceará, cidade que foi fundada as margens do Rio Acaraú, prioriza o conceito de Universidade, praticando tripé que a sustenta, ensino, pesquisa e extensão. Dentre diversas ligas e projetos de extensão existentes na universidade, surge o Núcleo de Extensão e Ensino em Atendimento Pré-Hospitalar - NEEAPH, criado por iniciativa de acadêmicos de enfermagem com apoio de professores da UVA e profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU de Sobral. Com a inserção do acadêmico de enfermagem nesse serviço é possível se integrar a uma equipe e assim compreender as dimensões do trabalho em equipe no momento da assistência de enfermagem, bem como entender o papel da enfermagem frente ao atendimento pré-hospitalar e o contexto das Redes de Urgência e

Emergência – RUE de Sobral, através da atuação em um dos seus componentes que é o SAMU.

A partir da instituição da Rede de Atenção às Urgências, amplia-se o conceito de saúde exigindo a participação multiprofissional no atendimento. A urgência é caracterizada por uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já a emergência é a constatação de risco iminente de vida ou sofrimento intenso, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras. Os departamentos de emergência são, portanto, locais que necessitam dar respostas rápidas, devendo ter uma equipe qualificada, que tenha facilidade de comunicação e capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves. (SILVA, 2014)

Nesse contexto é importante ressaltar e compreender um pouco sobre o funcionamento da RUE. Segundo a Universidade Aberta do SUS –UNA - SUS (2015) um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o pronto atendimento aos

usuários do sistema. As suas portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência. Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua RUE. Portanto é de extrema importância que os estudantes enfermagem enquanto futuros profissionais da saúde entendam como funciona o atendimento e percurso do usuário pela RUE, assim como o seu papel dentro dessa rede enquanto profissional.

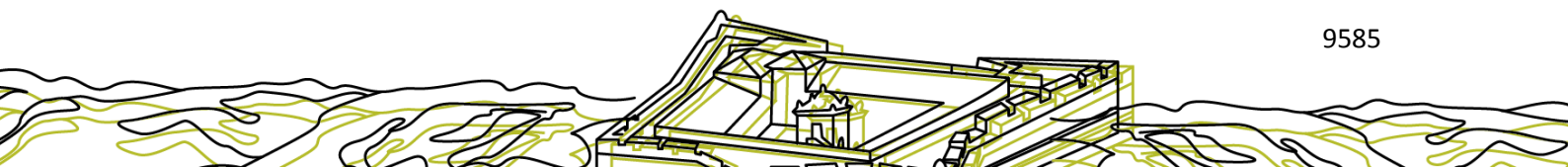
Sendo assim, a RUE tem como alvo a articulação e integração de todas as esferas de saúde com o objetivo de expandir e qualificar o acesso digno, integral e humanizado aos usuários em condições de urgência/emergência nos serviços de saúde, de maneira rápida e apropriada. (MURCIA, 2017)

Com base no que foi exposto propõe-se com esse estudo relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem da UVA no NEEAPH e sua inserção no SAMU de Sobral, bem como a importância da RUE no contexto de formação e como a extensão universitária é capaz de contribuir para seu fortalecimento nos diversos cenários de atuação.

O interesse em relatar essa experiência surge a partir da necessidade de demonstrar como a extensão proporciona um crescimento pessoal e profissional para aqueles que tem a oportunidade de participar ativamente desse processo, além de demonstrar a valiosa experiência na introdução em uma das conjunturas da RUE, com ressalva da extensão como colaboradora no processo de fortalecimento dessa rede. Além disso o SAMU permite através das ocorrências percorrer as diversas portas de entrada do Sistema Único de Saúde o que possibilita a assimilação de toda a Rede de Atenção à Saúde - RAS de Sobral.

Conhecer a RAS do seu local de inserção permite compreender os fluxos e o percurso do paciente/cliente pela rede de acordo com sua necessidade. Assim como permite uma atuação mais eficaz dentro das possibilidades de sua profissão, proporcionando um cuidado mais holístico e direcionado, trazendo benefícios aos utilizadores dos pontos de atenção da rede.

O presente relato se mostra relevante visto que é de extrema importância compartilhar experiências que vem dando certo. Dividir a atuação do NEEAPH na cidade de Sobral – Ceará enquanto extensão pode atizar a outras pessoas a desenvolver iniciativas que contribuam para a formação de profissionais mais preparados para o mercado de trabalho, além disso, projetos como este trazem uma contribuição enorme para a sociedade, através das ações de promoção da saúde promovidas pelos membros



envolvidos, destacar essas atividades é significativo para aquilo que chamamos de humanização na saúde. Além disso, entender o fluxo e importância da RUE, bem como sua organização através da experiência no NEEAPH, possibilitando ainda compreender a Rede de Atenção à Saúde local, visto que é importante saber em que Rede de Atenção estamos inseridos, seus dispositivos, gestores e potenciais de articulação, além da identificação do perfil epidemiológico da região e como os territórios se dividem para a demanda em saúde.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência da inserção de uma acadêmica de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, localizada na cidade de Sobral, Ceará, Brasil no Núcleo de Extensão e Ensino em Atendimento Pré-Hospitalar - NEEAPH, vinculado a pró-reitora de extensão da UVA. O NEEAPH foi criado em 2014 por iniciativa de acadêmicos da instituição citada é constituído por discentes e docentes da UVA, além de profissionais atuantes em serviços de emergências, cujo objetivo é promover aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de aprofundarem seus conhecimentos no âmbito da assistência pré-hospitalar, propiciando ao corpo discente do projeto capacitação e vivências práticas e assistenciais dentro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU do município de Sobral, formando assim acadêmicos aptos a atuarem enquanto profissionais. Atualmente conta com 10 discentes. A inserção acontece através de plantões de 12 horas, junto a equipe do SAMU de Sobral, permitindo ao acadêmico vivenciar a realidade do atendimento pré-hospitalar, além do percurso de cada paciente a depender do caso nas redes de atenção à saúde do município onde o núcleo atua, totalizando ao final uma carga horária de 800 horas ao acadêmico. Além das atividades de assistência junto a equipe do SAMU, o NEEAPH proporciona a integração do ensino, pesquisa e extensão, tripé da universidade, através de aulas teóricas sobre temáticas relevantes no âmbito da urgência e emergência, atividades de extensão levando um pouco do que a formação proporciona para a comunidade através de capacitações, e ainda inovando e trazendo melhorias através da pesquisa. O cenário da RUE que os acadêmicos do NEEAPH possuem mais contato é com o SAMU de Sobral, implantado em agosto de 2015, o serviço funciona 24 horas por dia com equipes multiprofissionais de saúde, formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, que prestam o socorro em qualquer lugar, seja ele privado (residências, locais de trabalho, entre outros) ou público

(vias públicas), após chamada gratuita, feita através do 192. Ao discar o número, o usuário é atendido por técnicos da Central de Regulação, que identificam a emergência e transferem imediatamente a ligação para um médico regulador. Esse profissional, então, faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que realizou a chamada, sobre as primeiras ações que podem ser tomadas, como a prestação dos primeiros socorros, ou a imobilização da vítima, dependendo da gravidade do caso. Simultaneamente ao atendimento, é feita a avaliação do melhor procedimento para o paciente, que pode ser o de orientar a procura de um posto de saúde ou a transferência de uma ambulância de suporte básico de vida ou de uma UTI móvel. Nesse meio tempo, o médico regulador já comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos ou as unidades de pronto atendimento e, dessa maneira, garante que o atendimento de urgência tenha continuidade e, conseqüentemente, diminua a chance de sequelas graças ao socorro precoce. Vale ressaltar que através desse serviço é possível ter acesso aos vários pontos de acesso da Rede de Atenção à Saúde de Sobral, visto que a RUE está entre as Redes de caráter transversal, ou seja, ela transpassa todos os pontos de atenção, todos os segmentos da vida e todas as ações em saúde.

Resultados e Discussão

Durante a atuação no NEEAPH foi possível se integrar a equipe do SAMU através dos plantões que possibilitaram a convivências com os profissionais, além do reconhecimento da dinâmica do local e suas peculiaridades. No SAMU de Sobral funcionam três ambulâncias, sendo duas de suporte avançado (UTI móvel) e uma de suporte básico. A UTI móvel conta com um profissional médico, um enfermeiro e um condutor socorrista, a ambulância de suporte básico, conta com um condutor socorrista e um técnico de enfermagem. Fazer parte de uma equipe de serviço ainda na universidade proporciona amadurecimento através da associação da teoria com a prática.

A inserção nesse projeto de extensão trouxe também a oportunidade de vivenciar o ensino, a pesquisa e extensão, trazendo em pauta o que dizia Martins (2012), no âmbito das universidades brasileiras essa tríade é uma das maiores virtudes e expressão do compromisso social. O exercício de tais funções é requisitado como dado de excelência no ensino superior, fundamentalmente voltado para a formação profissional a luz do conhecimento científico.

Assim como afirma Biscarde (2014) diante da complexidade do processo saúde-doença, além do reconhecimento da cidadania como fundamental no enfrentamento da realidade socioeconômica e sanitária, ressaltamos a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde. Acreditamos que esta deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do Sistema Único de Saúde.

A possibilidade de experimentar a educação em saúde através do contato direto com a sociedade proporcionada pelo NEEAPH em suas demais atividades de extensão permitiu perceber como é importante a vertente à prevenção, seja ela de acidentes ou causas clínicas, além de se preocupar em melhorar as condições de vida e saúde da população. Trazendo para o contexto da Rede de Atenção à Saúde a Organização Mundial da Saúde como o conjunto de todas as atividades, de cunho público ou privado, cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado e a provisão de serviços seguros e efetivos.

Através da extensão universitária é possível também trabalhar educação em saúde, Machado (2006) afirma que esse processo está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de aspectos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social.

Em relação as Redes de Urgências e Emergência a vivência no SAMU permite a identificação de dificuldades nos elementos que compõem a sua modelagem, além de permitir localizar os atuais problemas do nível da atenção secundária em relação à população/território, sistema operacional e modelo de atenção, que constituem desafios a serem superados. A percepção desses desafios ainda enquanto acadêmico certamente contribui para a consolidação da vida profissional, além do que gera senso crítico e permite a chance de atuar junto a equipe para resolução de problemas, atizando aquilo que chamamos de liderança. Visto que Balsanelli (2006) diz que o enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipes e

preocupando-se com quem cuida uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e lei do exercício profissional, orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projetos, enfim serve de inspiração para que hajam seguidores dispostos a trilhar seus caminhos. Assim, o enfermeiro será líder e não chefe. Conseguirá trabalhar junto com os membros de sua equipe com plena satisfação profissional.

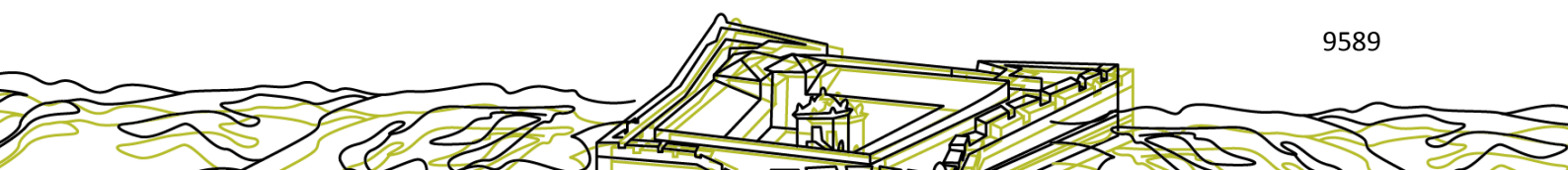
Nesse contexto, é importante ressaltar o que afirma Santos (2016), trabalhar em equipe significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Para isso, é necessário conectar diferentes processos de trabalho, com base na interação entre os agentes envolvidos, busca do entendimento e reconhecimento recíproco de autoridades e saberes.

É válido lembrar que compreender como a RUE é executada e suas características é um dos pontos-chaves de crescimento propiciados pelo NEEAPH, foi possível perceber que essa rede altera o modo tradicional com que habitualmente se constroem as relações entre as instâncias efetadoras do SUS, como também nos serviços, já que ela se faz transversalmente, num trabalho conjunto com outras áreas, programas, setores e outras políticas; Tem como princípios o respeito às especificidades de cada instituição, estimulando a cooperação entre elas pela troca de experiências produzidas, visando a qualificação do serviço público de saúde e oferecendo uma diretriz que contempla os projetos de caráter humanizado desenvolvidos nas diferentes instituições de saúde; Se apresenta como oferta para se avançar na mudança na saúde, na ratificação da base discursiva do SUS e de sua armação como prática social que arma o direito e constrói cidadania.

Trazendo para o contexto da formação enquanto futuros profissionais da área da saúde, a extensão universitária representa um processo acadêmico vinculado a formação ampliada do cidadão, à produção e ao intercâmbio de conhecimentos que visem à transformação da realidade social. O NEEAPH enquanto projeto de extensão gerou esse amadurecimento profissional.

Conclusão/Considerações Finais

Esse período vivenciado fora dos muros da universidade nos trouxe mais sentido ao que chamamos de cuidado humanizado, consciência social e sanitária, conceito ampliado de



saúde e a necessidade de reafirmar cada vez mais a saúde como direito social. Dias produtivos, onde tivemos a oportunidade de experimentar o trabalho multidisciplinar e se inserir em uma equipe, com intuito de aplicar na prática todo o conhecimento adquirido na universidade.

Além do que a inserção do acadêmico no NEEAPH e no SAMU proporciona um contato com as redes de atenção à saúde e uma compreensão dessas redes capacitando o acadêmico para atuar e criar senso crítico a fim de trazer inovações aos serviços de saúde onde futuramente este estudante se enquadrará enquanto profissional, certamente com um olhar mais amplo e voltado para as necessidades da população.

É possível perceber também a contribuição do NEEAPH enquanto projeto de extensão no fortalecimento da RUE, visto que capacitar pessoas para atuar nas redes de atenção à saúde, com enfoque para as de urgência e emergência é uma maneira de garantir a sustentabilidade desta e promover mudanças que trazem melhorias e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, através da construção de ideias.

Enquanto extensionista a oportunidade de atuar em um dos cenários da RUE possibilita um crescimento e um amadurecimento enorme, entender as políticas e como essa rede funciona na prática traz um diferencial para a formação acadêmica. Trazendo especificamente para o contexto do NEEAPH lidar com situações inusitadas e apreender a abordagem correta ao paciente no atendimento pré-hospitalar, assim como compreender qual porta de entrada do paciente na rede de acordo com cada situação, como situações clínicas, traumas, casos psiquiátricos gera um aperfeiçoamento imensurável.

É importante ressaltar também a relevância da intersetorialidade proporcionada pela inserção em um serviço, permitindo visualizar na prática o modo de gestão desenvolvido nas redes de urgência e emergência por meio de processos sistemáticos de articulação planejamento e cooperação, esse aspecto sem dúvida gera um crescimento profissional imensurável.

Referências

BALSANELLI, A. P.; et al. Liderança no contexto da enfer Liderança no contexto da enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(1):117-22.

BISCARDE, D. G. S.; et al. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde

(SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Espaço Aberto, Interface 18 (48) 2014.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 32 dez., 2011.

CARBONARI, M. E. E.; PEREIRA, A. C. A extensão universitária no Brasil, do assistencialismo à sustentabilidade. **Anhanguera Educacional Ltda**, 2007.

GONÇALVES, M. A. P.; A contribuição da extensão universitária na sociedade e na formação acadêmica: um relato de experiência. **Revista Intercâmbio**, 2017.

MACHADO, M.; F.; A.; S.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **SciELO**, 2006.

MARTINS, L. M. Ensino – pesquisa – extensão como fundamento metodológico da construção do conhecimento da universidade. **Universidade Estadual Paulista**, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Urgência e Emergência. **Universidade Aberta do SUS**, 2015.

MURCIA, A. L.; et al. Políticas Nacionais de Urgência e Emergência. **Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, 2017.

RODRIGUES, A.; L.; L.; et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais** | Aracaju | v. 1 | n.16 | p. 141-148 | mar. 2013.

SANTOS, J. L. G. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016 mar; 37(1):e 50178.

SILVA, D. S.; et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.** 2014 jan/mar;16(1):211-9.

PARACANOAGEM: POSSIBILIDADES DE INCLUSÃO E REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA POR MEIO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Área Temática: Saúde.

Leonardo Gasques Trevisan Costa¹; Natanael Pereira Barros²; Iaraildo Pereira de Carvalho³; Débora de Souza Araújo³; Elaine Gasques Rodrigues Trevisan⁴.

Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Resumo

A prática da paracanoagem apresenta-se como uma das formas de enfrentamento da exclusão de pessoas com deficiência, pois possibilita que tenham o acesso à prática de atividade física em um contexto diverso, com oportunidades de desenvolvimento de valores como a igualdade de oportunidades, respeito mútuo entre pares, valorização pessoal, prevenção de patologias, aprimoramento das capacidades físicas gerais e inclusão social. Com isso, o objetivo deste estudo foi descrever o desenvolvimento da paracanoagem no âmbito da extensão universitária. A metodologia adotada foi de estudo de caso referente ao projeto de extensão de paracanoagem vinculado ao Colegiado de Educação Física da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Como fonte de dados foram consultados os relatórios da coordenação do projeto, entrevistas concedidas a programas televisionados e relatos do público atingido. O projeto atendeu 12 pessoas com deficiência motora (lesão medular, amputação, malformações e paralisia cerebral) durante o ano de 2017. As ações com a comunidade tiveram início na piscina do Colegiado de Educação Física da UNIVASF e, posteriormente, iniciaram-se os treinamentos no Rio São Francisco às margens de Juazeiro – Bahia. A prática da paracanoagem envolveu os três pilares da educação de ensino superior: ensino, pesquisa e extensão, o que possibilitou uma aproximação dos alunos com os desafios da prática, produção de conhecimento sobre a paracanoagem e

¹ Universidade Federal do Vale do São Francisco, Colegiado de Educação Física (CEFIS-UNIVASF), PróReitoria de extensão da UNIVASF.

² Universidade Federal do Vale do São Francisco, Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEF/UNIVASF).

³ Universidade Federal do Vale do São Francisco, Discente do Curso de Educação Física (UNIVASF), PróReitoria de extensão da UNIVASF.

⁴ Universidade Federal do Vale do São Francisco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia (CPGPSI/UNIVASF).

o acesso da comunidade ao conhecimento produzido pela universidade. Considerando o princípio da inclusão, que não permite que nenhuma pessoa fique marginalizada das práticas de atividades físicas em suas diversas manifestações (lazer, educacional, terapêutico e competitivo), o projeto de extensão proporcionou o acesso a prática de atividade física para pessoas que eram excluídas desse direito, auxiliando o público alvo a perceber as competências que possuem e a se identificarem como integrantes da sociedade.

Palavras-chave: paracanoagem; deficiência motora; extensão; inclusão; reabilitação.

Introdução

A questão da pessoa com deficiência ocorreu, ao longo da história, da marginalização para o assistencialismo e deste para a educação, reabilitação, integração social e, mais recentemente, para a inclusão social (PACHECO e ALVES, 2007). Entretanto, apesar dos avanços legais das últimas décadas, ainda se percebe tendência desta população ao isolamento social e a não participação em atividades promovidas com o objetivo de aprimoramento da saúde e qualidade de vida (CERVANTES e PORRETA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), existem cerca de 650 milhões de pessoas que vivem com algum tipo de deficiência em todo o mundo e a maioria delas carece de acessos específicos a serviços de saúde, especialmente aqueles que vivem em países em desenvolvimento. Comparados com os demais indivíduos, aqueles com deficiência demonstram com maior frequência comportamentos sedentários (RIMMER et al., 2004; SERON et al., 2015).

A elevada prevalência de estilo de vida sedentário implica em uma série de condições associadas, como problemas cardíacos, diabetes, hipertensão, níveis inadequados de aptidão física e obesidade, tornando essa população mais suscetível aos cuidados de saúde (KAWANISHI e GREGUOL, 2013).

Essa série de problemas associados ao estilo de vida afeta diretamente a concepção de qualidade de vida das pessoas com deficiência. Além disso, como resultado das experiências vividas socialmente e das restritas oportunidades de atuação social, as pessoas com deficiência encontram dificuldades para se identificarem como integrantes da sociedade, assim como, para perceber as competências que possuem. Muitas vezes, a falta de emprego e as baixas oportunidades educacionais, necessárias para reforçar a

posição social, limitam o poder dessas pessoas sobre suas próprias vidas e, conseqüentemente, restringe a autonomia do indivíduo (BLINDE e TAUB, 1999).

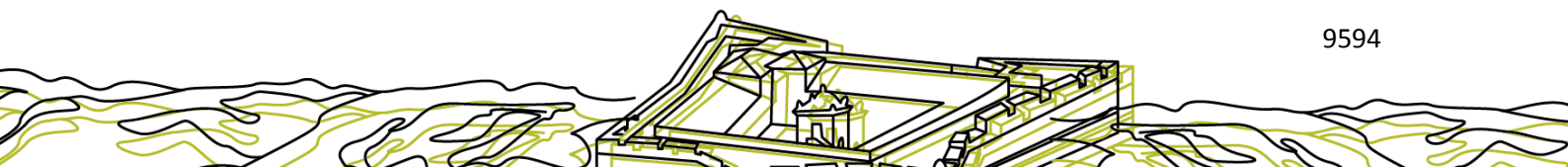
As autoras afirmam que, com o objetivo de reverter esta situação, torna-se necessário que o sujeito reconheça suas capacidades e habilidades de forma a melhorar a sua percepção sobre suas ações. Sendo assim, os benefícios físicos, sociais e psicológicos oriundos de um programa de atividade física, auxiliam no resgate da autoestima, na concretização de sonhos, e na realização pessoal, podendo também, proporcionar uma nova avaliação (positiva) sobre si mesmo.

Quando praticada por pessoas com deficiência, a atividade física oferece oportunidade de testar limites e potencialidades, estimular a valorização pessoal, prevenir enfermidades secundárias, melhorar a autoconfiança para realização de atividades diárias, aprimorar as capacidades físicas gerais e promover a inclusão social do indivíduo (BRAZUNA e MAUERBERG, 2001). Dentre as atividades físicas, aquelas realizadas na natureza apresentam-se como um instrumento que auxilia na inclusão de pessoas com deficiência, ao ser fundamentado basicamente na compreensão do processo de desenvolvimento do ser humano em questão, na identificação das necessidades e potencialidades de cada indivíduo, na seleção de objetivos e conteúdos que levem em consideração os interesses dos praticantes e utilização de estratégias e recursos adequados para desenvolvê-los (MUNSTER, 2004).

Esse tipo de prática caracteriza-se por favorecer as relações entre homem e ambiente, dentro de uma abordagem sistêmica que promova a interiorização de valores e atitudes pessoais e sociais, através de uma relação de composição entre corpo e meio ambiente, a partir da interação com os elementos naturais, permitindo sensações que variam do prazer oriundo de características edênicas da natureza, à busca de aventura e emoções vertiginosas (MUNSTER e ALMEIDA, 2001).

Nesse contexto, a paracanoagem apresenta-se como uma atividade física com amplas possibilidades para as pessoas com deficiência, possibilitando que tenham acesso a diversos benefícios, entre eles, melhorias nos aspectos físicos, motor, psicológico e social, contribuindo para a inclusão dessa população. Entretanto, verifica-se uma escassez de recursos humanos qualificados para atuar com essa modalidade esportiva e uma lacuna na literatura a ser preenchida.

Dessa forma, as universidades podem auxiliar no desenvolvimento da paracanoagem por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão. O ensino baseado na relação indissociável entre a teoria e a prática, estimulando o discente a refletir sobre a



realidade social e sobre a sua atuação nesse contexto. A pesquisa contribuindo para o desenvolvimento da criatividade e da análise crítica para auxiliar na atuação do futuro profissional e produção de conhecimento. A extensão, ao proporcionar momentos de diálogo, de reflexão e de intervenção na comunidade.

Com isso, o objetivo deste estudo foi descrever o desenvolvimento da paracanoagem no âmbito da extensão universitária da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Metodologia

Este trabalho se caracteriza como um estudo de caso com abordagem quantitativa e qualitativa (YIN, 2005). O campo de investigação foi a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), campus Petrolina – Pernambuco, e o objeto de estudo refere-se ao projeto de extensão “Paracanoagem: reabilitação e inclusão de pessoas com deficiência na região do Vale do São Francisco” vinculado ao Colegiado de Educação Física - UNIVAF.

A análise quantitativa baseou-se no número de pessoas atendidas, discentes bolsistas e voluntários envolvidos no projeto, participação de docentes e parceiros externos, unidades envolvidas e/ou beneficiadas, produção bibliográfica, realização de eventos, participação em competições e eventos esportivos.

Para análise qualitativa, foram utilizados os resultados dos participantes do projeto em eventos esportivos, relato de experiência do público atingido e dos discentes envolvidos.

Os dados foram levantados a partir dos relatórios da coordenação do projeto, entrevistas concedidas a programas televisionados e relatos do público atingido.

Resultados e Discussão

Desde março de 2017, o Colegiado de Educação Física oferece a população com deficiência de Petrolina e região a possibilidade de praticarem paracanoagem por meio de projeto de extensão “Paracanoagem: reabilitação e inclusão de pessoas com deficiência na região do Vale do São Francisco”, permitindo que esse público não fique marginalizado das práticas de atividades físicas em suas diversas manifestações (lazer, educacional, terapêutico e competitivo) e promovendo vivências necessárias para a formação da cidadania.

O projeto atendeu 12 pessoas com deficiência motora (lesão medular, amputação, malformações e paralisia cerebral) durante o ano de 2017 (quadro 01), sendo em sua maioria do sexo masculino (n=10) e com lesão medular adquirida (n=06).

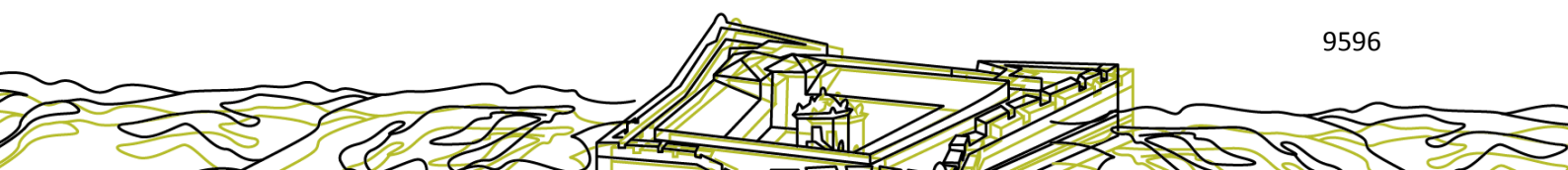
Tabela 1. Caracterização do público atingido pelo projeto de extensão em 2017.

Amostra	Idade	Tipo de deficiência	Sexo
1	30	Tetraplegia	Masculino
2	35	Genu valgo	Masculino
3	29	Paralisia cerebral	Masculino
4	32	Paraplegia	Masculino
5	41	Poliomielite	Masculino
6	36	Paraplegia	Feminino
7	38	Genu valgo	Feminino
8	35	Sindactilia	Masculino
9	30	Tetraplegia	Masculino
10	18	Paraplegia	Masculino
11	24	Tetraplegia	Masculino
12	24	Paraplegia	Masculino

As pessoas com deficiência apresentam uma série de dificuldades para praticar atividades físicas, não pelas desvantagens orgânicas, mas pelo preparo, ainda precário dos profissionais da área, pela desinformação da sociedade e dos órgãos governamentais quanto a estas necessidades e possibilidades dessa população. Atualmente, observa-se que este quadro está mudando, principalmente devido aos avanços técnicos e metodológicos (MATTOS, 2016).

O projeto de extensão de paracanoagem demonstra essa modificação, ao conseguir a adesão de 12 sujeitos com deficiência motora em seu primeiro ano de oferta, que se iniciou com bastante procura e aceitação de toda sociedade da região, colaborando para mudanças atitudinais da população e oferecendo oportunidades para formação dos discentes.

Além disso, proporciona o empoderamento do público atingido e a participação e igualdade de oportunidades. Consideramos empoderamento o processo por meio do qual uma pessoa, ou um grupo de pessoas, usa seu poder pessoal inerente à sua condição – por exemplo, deficiência, gênero, idade, cor – para fazer escolhas e tomar



decisões, assumindo assim o controle de sua vida (SASSAKI, 2004). E participação e igualdade de oportunidades refere-se tanto da participação de pessoas com deficiência em processos decisórios quanto a sua participação na sociedade como um todo, afinal, é preciso que as pessoas com deficiência tenham os mesmos direitos e oportunidades de todo e qualquer cidadão e cidadã para que possam participar plenamente na sociedade (CORDEIRO, 2016).

Costa e Winckler (2012) consideram que a oportunidade da prática de atividade física para pessoas com deficiência é uma das melhores ferramentas para o desenvolvimento humano, não só pelas possibilidades de movimento, mas pela interação social e cultural que podem ocorrer por meio desse.

Nesse contexto, o projeto de extensão atingiu os seguintes resultados: democratização a prática da paracanoagem em suas diversas manifestações (lazer, educacional, terapêutico e competitivo); prevenção de enfermidades secundárias relacionadas à deficiência; melhora das capacidades físicas gerais dos participantes do projeto; desenvolvimento de habilidades motoras dos participantes do projeto; aumento da consciência dos participantes e da sociedade sobre a necessidade de preservar o meio ambiente; formação de uma equipe de treinamento de paracanoagem, possibilitando participação em competições; divulgação dos trabalhos realizados em eventos acadêmicos; fomento da paracanoagem no universo da Educação Física Adaptada; melhora qualitativa na formação inicial dos graduandos envolvidos no projeto; aproximação da universidade com a sociedade; redução do sedentarismo e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência participantes no projeto; acessibilidade à prática de atividade física para pessoas com deficiência; mudança de paradigmas referentes a pessoa com deficiência por meio de mudanças de como as pessoas com deficiência são vistas pela sociedade.

Dentre as funções da universidade, destaca-se o caráter formativo de profissionais qualificados para atender às demandas sociais, como por exemplo, a maior busca e participação de pessoas com deficiência em práticas de atividades física. Nesse sentido, a extensão universitária possibilita aos discentes fazer relações entre a teoria das disciplinas e a prática profissional, além da oportunidade de contato com a comunidade e retornar a produção da universidade à população (PENA et al., 2014). É neste contexto que o projeto de extensão promove a inserção do acadêmico no seu ambiente de trabalho e o conduz para a sua futura carreira, sendo esse um campo rico para a construção e reconstrução de conhecimentos (MANCHUR et al., 2013).

No quadro 2, é apresentado o quantitativo dos profissionais envolvidos no projeto de extensão analisado. Observa-se que o projeto envolveu uma quantidade satisfatória de profissionais, estudantes e parceiros externos.

Quadro 2. Quantidade de profissionais envolvidos no projeto de paracanoagem durante o ano de 2017.

	Professores	Discente de Pós-Graduação	Discente bolsista	Discente voluntário	Parceiros externos
Quantidade	03	03	02	10	02

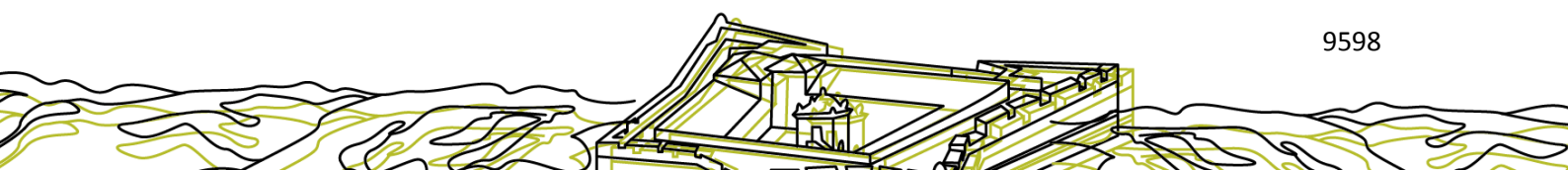
Alguns convênios foram firmados entre o projeto de extensão e a Confederação Brasileira de Canoagem, resultando no recebimento em comodato de embarcações de competição de canoagem de velocidade e paracanoagem, possibilitando ampliar o poder de ação para pessoas com deficiência.

Esse envolvimento dos profissionais é importante ao considerar que uma das principais funções sociais da Universidade é a de contribuir na busca de soluções para os graves problemas sociais da população, formulando políticas públicas participativas e emancipadoras, e a extensão pode ser considerada indispensável na formação do aluno, na qualificação do professor e no intercâmbio com a sociedade, implicando em relações multi, inter ou transdisciplinares e interprofissionais (MENDONÇA e SILVA, 2002).

Além disso, essa aderência por parte dos professores, discentes de pós-graduação e graduação, possibilitou um aumento quantitativo e qualitativo de produção de conhecimento na área, a partir de monografias, dissertações, resumos em congressos, entre outras produções (quadro 3).

Quadro 3. Produções acadêmicas desenvolvidas a partir do projeto de paracanoagem durante o ano de 2017.

Nome do estudo	Modalidade
Paracanoagem: reabilitação e inclusão de pessoas com deficiência na região do Vale do São Francisco.	Resumo apresentado em congresso
Lesão medular: conscientização e orientação	Trabalho técnico



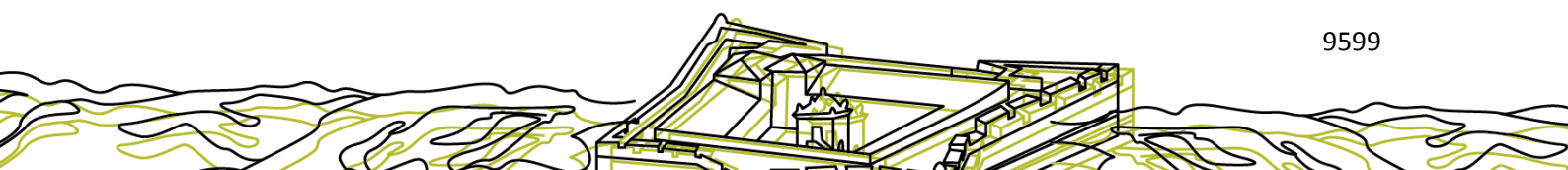
Efeitos da prática da canoagem na coordenação motora global de crianças e adolescentes com Síndrome de Down	Dissertação de mestrado
Adaptação de um protocolo para mensurar a aptidão cardiorrespiratória em praticantes da paracanoagem	Resumo apresentado em congresso
Fidedignidade do teste RAST para mensurar a potência anaeróbia em praticantes de paracanoagem	Trabalho de conclusão de curso

Para Duarte e Lima (2003), o importante da extensão é que os projetos estejam vinculados ao ensino e à pesquisa, com o objetivo de propiciar um movimento educacional que possua características multidisciplinares e interdisciplinares; que ressignifique valores, com diferentes experiências, tanto sobre o papel da pessoa com deficiência como dos discentes e dos docentes na construção e disseminação do conhecimento.

A paracanoagem é considerada como uma modalidade nova, pois estreou nos jogos paralímpicos na edição Rio 2016. Com isso, nota-se uma lacuna a ser preenchida na literatura que aborde essa temática. Por meio dos trabalhos desenvolvidos no projeto de extensão, ampliou-se a quantidade e qualidade dos conhecimentos disponíveis para auxiliar pesquisadores, profissionais e estudantes, contribuindo para o desenvolvimento da modalidade e formação de recursos humanos.

Em relação a apropriação e reprodução do conhecimento adquirido pelo público alvo, destaca-se: o projeto possibilitou que as pessoas da comunidade conhecessem uma modalidade paralímpica que não havia sido divulgada anteriormente na região; oportunidade de participação no curso de formação oferecido pela Confederação Brasileira de Canoagem, momento em que tiveram a oportunidade de aprofundar os conhecimentos técnicos e teóricos dessa prática esportiva; possibilidade de testar seus limites e potencialidades, e conhecimentos sobre o Rio São Francisco e suas possibilidades para a prática de atividade física e culturais.

Com o intuito de divulgar a modalidade e promover a participação da comunidade atendida em eventos esportivos, foi realizado o I Festival Petrolinense de



Paracanoagem, no dia 24 de setembro de 2017. O evento ocorreu na Orla I do município de Petrolina e fez parte da programação das comemorações do aniversário da cidade (122 anos). Foram contabilizadas 12 matrículas, destas, 10 de pessoas com deficiência motora do sexo masculino e 02 do sexo feminino. Cada participante teve duas tentativas para realizar o percurso no menor tempo possível. Após a participação de todos, foi realizada uma classificação por tempo e distribuída a premiação (medalhas).

No sentido de preparação da sociedade e abertura de oportunidades de aproximação da pessoa com deficiência com a prática de atividade física, competições de esportes adaptados têm sido os meios principais, desde a metade do século XX, de mudanças de atitudes da sociedade em relação à deficiência e à aceleração da inclusão, auxiliando a preparar o meio social para a participação da pessoa com deficiência, diminuindo o preconceito e melhorando a compreensão sobre as possibilidades de realização dessas pessoas. Os jogos Paralímpicos, por exemplo, têm causado impacto positivo em diferentes partes do mundo, inclusive onde a deficiência era ideologicamente problemática (GOLD e GOLD, 2007).

Os participantes do projeto também participaram de um evento regional de Juazeiro – Bahia, intitulado como Arrastão de Caiaque, que consistia em percorrer um percurso de 14km no Rio São Francisco durante o período de 04 horas. Após completado o percurso, iniciou-se uma prova de revezamento de canoagem que contou com a participação de seis equipes, sendo que a equipe do projeto era a única composta por atletas com deficiência. Ao final da prova de revezamento, realizada coincidentemente no Dia Internacional das Pessoas com Deficiência de 2017, o conjunto conquistou a terceira colocação geral, que rendeu troféus e medalhas aos esportistas.

Destaca-se a importância da participação em eventos esportivos, ao considerar que o esporte é uma das melhores ferramentas para promover a quebra de barreiras atitudinais da sociedade frente às pessoas com deficiência, pois auxiliam na quebra do paradigma do olhar da limitação para as potencialidades. Para Pedrinelli e Verenguer (2005), a essência que contribui para efetivo processo, a fim de assegurar os direitos humanos e sociais das pessoas com deficiência, não é olhar e valorizar suas limitações e desvantagens, mas sim, as suas potencialidades.

Conclusão/Considerações Finais

De acordo com o exposto, conclui-se que a prática da paracanoagem por meio de um projeto de extensão promove diversos benefícios para a comunidade atendida, entre eles, melhorias nos aspectos físicos, motor, psicológico e social, contribuindo para a qualidade de vida dessas pessoas. E que, a diversidade e diferenças, quando valorizadas, transformam-se em valiosas ferramentas para fomentar a inclusão.

Com isso, espera-se que a paracanoagem possa ser reconhecida e praticada por um número cada vez maior de pessoas com deficiência, qualquer que seja o tipo de manifestação adotada (educacional, de participação ou de rendimento) e a relação meio-fim estabelecida (escolarização, formação profissional, condicionamento físico, estética, aprendizado e aprimoramento de habilidades, reabilitação, convivência, entre outros).

Entretanto, percebe-se que ainda existem muitos espaços a serem conquistados, pois pessoas com deficiência ainda encontram muitas barreiras para ingressar e continuar praticando uma atividade física. Tornam-se necessárias novas posturas governamentais no que se refere à fiscalização do cumprimento dos direitos das pessoas com deficiência relacionada à acessibilidade, principalmente, arquitetônica.

Em relação à formação discente, o projeto de extensão apresentou-se como instrumento valioso para desenvolver as competências necessárias ao profissional de Educação Física para atuar com pessoas com deficiência, entre elas, a organização do ambiente, os conhecimentos específicos sobre a deficiência e também relacionados à aprendizagem, ao desenvolvimento motor e às metodologias de ensino. Além disso, estimulou mudanças de comportamento e atitudes, por meio de tipos variados de experiências que permitiram aos alunos vivenciarem um aprendizado significativo.

Referências

BLINDE, Elaine M.; TAUB, Diane E. Personal empowerment through Sport and Physical Fitness Activity: perspectives from male college students with physical and sensory disabilities. *Journal of Sport Behavior*, v.22, n.2, p.181-202, 1999.

BRAZUNA, Melissa Rodrigues; CASTRO, Elaine Mauerberg. A trajetória do atleta portador de deficiência física no esporte adaptado de rendimento: uma revisão da literatura. *Revista Motriz*, Rio Claro, v. 7, n.2, p. 115-123, 2001.

CERVANTES, C.M.; PORRETA, D.L. Physical activity measurement among individuals with disabilities: a literature review. *Adapt Phys Act Q*, Champaign, v.27, p.173-90, 2010.

CORDEIRO, Mariana Prioli. Inclusão de pessoas com deficiência: relato de duas experiências de psicologia social. In: *Conhecendo a USP – contribuições do ensino, da pesquisa e da extensão no campo das deficiências / organizadores Shirley Silva e Luciano Digiampietri*. São Paulo: FEUSP, 2017.

COSTA, Alberto Martins da; WINCKLER, Ciro. A Educação Física e o Esporte Paralímpico. In: MELLO, Marco Túlio de; OLIVEIRA FILHO, Ciro Winckler (orgs). *Esporte Paralímpico*. São Paulo: Editora Atheneu, p.15-20, 2012.

DUARTE, Edison; LIMA, S.T. *Atividade Física para Pessoas com Necessidades Especiais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

GOLD, J.R.; GOLD, M.M. Access for all: the rise of the Paralympic Games. *J R Soc Promot Health*, v.127, n.3, p.133-141, 2007.

PACHECO, Kátia Monteiro de Benedetto; ALVES, Vera Lucia Rodrigues. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiatr*, v.14, n.4, p.242-248, 2007.

KAWANISHI, Camila Yuri; GREGUOL, Marcia. Avaliação da autonomia funcional de adultos com lesão medular. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v.25, n.2, p.159-66, 2014.

MACHUR, Josiane; SURIANI, Ana Lucia Affonso; CUNHA, Márcia Cristina. A contribuição de projetos de extensão na formação profissional de graduandos de licenciaturas. *Revista Conexão UEPG*, v.9, n.2, 2013.

MATTOS, Elisabeth. Inclusão através da natação. In: Conhecendo a USP – contribuições do ensino, da pesquisa e da extensão no campo das deficiências / organizadores Shirley Silva e Luciano Digiampietri. São Paulo: FEUSP, 2017.

MENDONÇA, S. G. L.; SILVA, P.S. Extensão Universitária: Uma nova relação com a administração pública. Extensão Universitária: ação comunitária em universidades brasileiras.

São Paulo, v. 3, p. 29-44, 2002.

MUNSTER, Mey de Abreu van. Esportes na natureza e deficiência visual: uma abordagem pedagógica. 2004. Tese (Doutorado em Educação Física), UNICAMP, Campinas.

MUNSTER, Mey de Abreu; ALMEIDA, José Júlio Gavião. Esportes na natureza: possibilidades para o deficiente visual. In: CIDADE, R. E. A. (Org.). Temas em Educação Física adaptada. 1. ed. Curitiba: UFPR, p. 19-25, 2001.

PEDRINELLI, V.J.; VERENGUER, R. de C.G. Educação Física Adaptada: introdução ao universo das possibilidades. In: GORGATTI, M.G., COSTA, R.F. Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. Barueri, SP: Manole, p. 1-27, 2005.

SASSAKI, Romeu K. Vida independente: na era da sociedade inclusiva. São Paulo: RNR, 2004.

PENA, Luís Gustavo de Souza et al. O rugby em cadeira de rodas no âmbito da universidade: relato de experiência da Universidade Estadual de Campinas. Rev Bras Educ Fís Esporte, v.28, n.4, p.661-669, 2014.

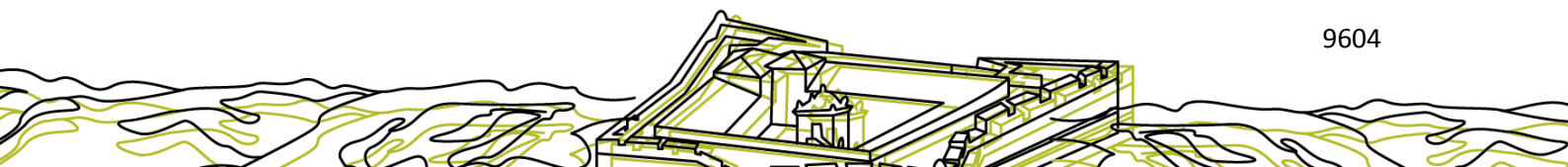
RIMMER, J.H.; RILEY, B.; WANG E, Rauworth A, Jurkowski J. Physical activity participation among persons with disabilities - Barriers and facilitators. Am J Prev Med , v.26, n.5, p.419-25, 2004.



SERON, B.B.; ARRUDA, G.A.; GREGUOL, M. Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. Rev Bras Cienc Esporte, v.37, n.3, p.214-221, 2015.

WHO - World Health Organization. Medical care and rehabilitation, 2011. [Acesso 02 abr 2018]. Disponível em: www.who.int/disabilities

YIN, Robert. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2005.



CONTRIBUIÇÃO DA LIGA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (LENUE) PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA

Área Temática: Saúde

Debora Maria Bezerra Martins¹; Livia Maria Albano Camelo²; Eriandy de Sousa Ávila³; Francisca Drenalina de Sousa Araújo⁴; Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão⁵; Paulo Ricardo de Sousa Vasconcelos⁶; Livia Moreira Barros⁷; Ana Sulen Pedroza Cavalcante⁸;

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Resumo

As ligas acadêmicas (LA) são atividade de extensão, possuem como objetivo associar a teoria com a prática através de três vertentes: ensino, pesquisa e extensão-assistência. Além do que, está ganhando espaço dentro dos cursos de graduação em saúde. A Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência (LENUE), é um projeto de extensão cujo o propósito é promover aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de aprofundarem seus conhecimentos no âmbito da assistência ao paciente em estado crítico. O objetivo desse estudo é relatar as contribuições para a formação acadêmica a partir da inserção de uma Liga em Urgência e Emergência. Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. Realizado durante os plantões do ano de

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA), Membro da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA), Membro da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA), Membro da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA), Membro da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

⁵ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA), Membro da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA), Membro da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

⁷ Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Coordenadora da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁸ Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

2017 através da LENUE, vinculado a Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, num hospital de grande porte na cidade de Sobral-CE. A implantação da LENUE contribui na construção da carreira dos ligantes, propiciando uma desenvoltura profissional, amenizando medos e anseios desenvolvidos durante as disciplinas da grande curricular, proporcionando uma visão ampliada sobre o trabalho em equipe diante de situações de agravos que necessitam de uma assistência rápida e eficaz, como por exemplo: parada cardiorrespiratória, paciente em estado crítico, avaliação ao politraumatizado, vítimas por arma de fogo e arma branca, Incidentes com Múltiplas Vítimas. Além disso, possibilita conhecer o papel do Enfermeiro emergencista. Além da assistência, essas atividades são reforçadas por meio de aulas semanais, educações em saúde através de ações com a comunidade. Com base nessas vivências o ensino é fortalecido por meio relatos de experiências e futuras pesquisas. Por tanto, a LA gera um enriquecimento grandioso tanto para o ligante, como para a comunidade. Auxiliando tanto na carência de conhecimentos durante os semestres anteriores como também possibilita um crescimento pessoal como profissional, tornando-se perceptível um amadurecimento em ambos os sentidos.

Palavras-chave: Ligas Acadêmicas; Enfermagem; Emergência;

Introdução

As ligas acadêmicas (LA) são atividade de extensão que utilizam como método a interação da teoria com a prática através de três vertentes: ensino, pesquisa e extensãoassistência, atividades estas que são voltadas para a cidadania, conforme descrito pela Diretrizes Curriculares Nacionais (BASTOS et al., 2012). As mesmas foram planejadas no Brasil ao longo do período da ditadura militar, circunstâncias essa que contribuiu para o despertar dos questionamentos correspondes à essência do ensino desenvolvidos pelas universidades, o seu direcionamento e aplicabilidade da expansão do conhecimento intelectual teórico-prático (TORRES et al., 2008).

Conforme Costa e Gusmão (2016), a primeira liga acadêmica na área da saúde foi criada em 1920, chamada Liga de Combate a Sífilis, pertencente ao Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, até hoje ainda se encontra desenvolvendo atividades para a melhoria no tratamento e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Além de que, ela contribui de forma significativamente nas mudanças do tratamento das doenças infectocontagiosas na cidade de São Paulo.

As ligas são formadas por grupos de alunos da graduação, geralmente, do mesmo curso, na qual ocorre o aprimoramento de conhecimentos em determinado tema, tendo em vista o aprofundamento do saber pessoal em favor da sociedade, assim sendo é importante destacar que os percursos escolhidos pelas ligas são definidos pelos alunos com orientações realizadas por um ou mais professores, passando a ser uma opção adotada pelos acadêmicos para constituir um currículo diferenciado. (TORRES et al., 2008)

As LA são entidades de grande amplitude, na qual possibilita com que os acadêmicos desenvolvam um contato maior com a sociedade, promovendo saúde e transformação social, dessa forma acarretando um maior saber teórico-práticos com intuito benéfico para a população, e a ampliação do senso crítico e do raciocínio científico. Nesse contexto, percebe-se que as LA não se limitam apenas em aprofundar conhecimentos para a formação acadêmica e pessoal, da mesma forma que também procura representar uma contribuição para a sociedade. (Ramalho, 2012)

De acordo com Costa (2012), as LA estão ganhando espaço dentro dos cursos de graduação em saúde. No decorrer das últimas décadas detectou-se um acréscimo considerável de novas ligas, o aprimoramento e o desenvolvimento das já existentes, o que desencadeou a formação de organizações regionais, estaduais e nacionais referentes a essas entidades, como por exemplo, a criação do Comitê das Ligas Acadêmicas da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, o Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma, a Sociedade Brasileira das Ligas Acadêmicas de Clínica Médica, Associação Brasileira de Ligas Acadêmicas de Medicina, entre outras que contribuem para o incentivo do relacionamento, da integração e mobilidade entre elas.

Desse modo, o surgimento da criação das LA, pode ter sido pela insuficiência da grade curricular dos cursos de graduação na área da saúde no preparo do acadêmico, incentivando os universitários a buscarem uma formação diferenciada dos demais, através do currículo informal, pois assim estarão diferenciados na disputa pelo mercado de trabalho.

Assim sendo, Queiroz (2014) afirma que as grades curriculares ofertadas nas universidades já não desenvolvem as mesmas competências em relação ao preparo dos acadêmicos, dessa forma fica evidente buscar complementos para suprir a oferta desse déficit, assim o mesmo também afirma que os estudantes que não buscarem a formação através do currículo informal estarão diferentes daqueles que se baseiam somente na grade normal estabelecida pelas instituições de ensino superior. Além do mais, é evidente o progresso dos acadêmicos que participam de LA, tornando

perceptível inúmeros benefícios, tais como: o avanço em relação ao senso crítico e o raciocínio científico, na agregação de valores para a formação acadêmica e pessoal, na atuação junto à comunidade na promoção de saúde, transformação social, ampliação de atividades práticas, aspectos psicossociais, culturais, ambientais e biológicos em um mesmo patamar. (COSTA et al, 2012).

As unidades de Urgência e emergência, tanto no âmbito hospitalar como no pré-hospitalar são destinadas a promover serviços de saúde para prolongar a vida da vítima, exigindo um atendimento rápido, ágil e organizado, em razão de reduzir o número de mortes e prevenir sequelas graves. O termo emergência expõe algo iminente ou uma situação crítica, ocasionado por perigo, incidente ou imprevisto. Já a urgência é quando há uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora corre-se o risco até mesmo de morte, ela vem do verbo “urgir” que possui significado de “não aceita demora”. Apesar de toda essa agilidade na urgência e emergência, percebe-se que há dificuldades no atendimento hospitais públicos devido à crescente desorganização do sistema de atendimento e ao despreparo dos profissionais recém-formados. (FREITAS JÚNIOR, et al, 2014)

Nos serviços de urgência e emergência, na qual realiza atendimentos a usuários grave com a execução de procedimentos complexos. O profissional enfermeiro é de extrema importância na qual desempenhando uma atuação eficiente e resolutiva, possibilitando melhoria na qualidade de vida da vítima assistida, assumindo a função de liderança da equipe de enfermagem, além disso, desenvolve as seguintes habilidades, o gerenciamento da assistência, a comunicação, o relacionamento interpessoal, a tomada de decisão e a competência técnica, elaborando ações voltadas para assistência, ensino e pesquisa. Na assistência, lidera ações de maiores complexidades delegando as de menores para Técnicos de Enfermagem respeitando os aspectos éticos e legais da profissão.

Diante disso, a Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência (LENUE), trata-se de um projeto de extensão cujo o propósito é promover aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de aprofundarem seus conhecimentos no âmbito da assistência de enfermagem ao paciente em estado crítico, oportunizando ao corpo discente participante do projeto vivências de práticas assistenciais dentro dos serviços de emergências, sendo nesse primeiro momento o Hospital da região Norte do Estado do Ceará referência em atendimento traumatológico o campo de inserção prático.

Nesse sentido, o presente estudo objetivo relatar as contribuições para a formação acadêmica a partir da inserção de uma Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa sobre a contribuição da liga de enfermagem em urgência e emergência para a formação acadêmica dos graduandos do curso de enfermagem. Segundo Augusto (2013), a

pesquisa qualitativa abrange uma abordagem interpretativa do mundo, ou seja, que seus pesquisadores analisam as coisas em seus cenários naturais, tentando compreender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Sendo que, esse tipo de pesquisa leva em consideração os depoimentos das pessoas envolvidas, aos discursos e ao conteúdo transmitido por eles, levando em consideração a descrição precisa dos fenômenos e dos elementos que o envolvem.

Já a finalidade da pesquisa descritiva é relatar criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de maneira a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. A contribuição desse tipo de pesquisa é permitir novas visões sobre uma realidade já conhecida, trabalhando com uma determina população. (TRIVIÑOS, 2008)

Trabalho produzido como fruto da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência - LENUE, vinculado a Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, realizado entre os meses de agosto e dezembro do ano de 2017, a partir da execução das atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência com foco no setor da emergência de um hospital de grande porte da cidade de Sobral – CE. A liga é composta por **15** acadêmicos de enfermagem, sendo 11 ligante e 4 monitores, regularmente matriculados do 7º ao 8º período do Curso de Enfermagem da UVA no semestre 2017.1 e um Docente como coordenadora.

Os ligantes têm a função de desenvolver atividades relacionadas ao tripé, ensino, pesquisa e extensão-assistência, tais como: plantão semanal de 12 horas na emergência, estes são exercidos da seguinte forma, durante a semana, os plantões são de forma noturnos e nos finais de semana são diurnos e noturnos, a presença em reuniões científicas semanais, produção de artigos científicos e resumos para congresso, organização de eventos e da Jornada Cearense de Urgência e Emergência, além da participação nos projetos de extensão, como educação em saúde nas escolas, nas ruas e outros locais aptos para realização de promoção da saúde. Exigese também participação nos encontros formativos que tem como objetivo a capacitação técnica do ligante para melhor aproveitamento de suas vivências práticas dentro do setor emergência.

A LENUE foi fundada no ano de 2015, por um acadêmico de enfermagem do 8º período da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. O projeto da liga foi idealizado com base nas experiências vivenciadas durante os períodos anteriores, viu-se uma deficiência de práticas e inserção mais profunda em cenários e processos mais denso de ensino no campo da urgência e emergência, contou-se com a ajuda dos professores da Instituição como tutores do projeto.

A partir desse momento, foi levada em consideração a relevância da criação de uma Liga que pudesse contribuir para a formação dos graduandos de enfermagem e se adequada ao curso. O objetivo da criação do projeto foi levar uma nova possibilidade para os estudantes entrarem em contato com o cenário prática de forma mais eficiente, visto que a inserção nesse cenário prático na graduação acontece no 7º período com o módulo de Urgência e Emergência, na qual os alunos passam pouco tempo no campo de estágio, assim a liga torna possível aos acadêmicos de enfermagem uma nova visão da Urgência e Emergência e agregar novos conhecimentos e saberes.

A Liga possui seu próprio estatuto e normas internas, mais ao longo dos semestres foram alteradas de acordo com as necessidades. Atualmente, o processo seletivo está acontecendo de forma semestral, referente ao período de vigência de seis meses, com uma carga horária de 400 horas, o certificado é emitido pela Pró-Reitoria de Extensão da UVA. Os critérios de participação são: ter a disponibilidade de no mínimo 20 horas semanais para participar das atividades, exclusividade, ou seja, os ligantes não podem estar vinculados em outras ligas acadêmicas, projeto de extensão e bolsas remuneradas, compromisso este que é firmado através da assinatura de um termo de responsabilidade.

Caso o ligante esteja participando dos outros projetos, o mesmo será convocado em caráter de emergências e depois de constatado a veracidade do não cumprimento o mesmo será automaticamente afastado e dispensado. A LENUE também se enquadra como projeto sentinela para agravos de grandes magnitudes à saúde pública. No caso de desastres ou catástrofe, a mesma estará à disposição do Hospital como apoio de caráter técnico-assistencial ao serviço de emergência da instituição.

Resultados e Discussão

A implantação da Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência surgiu a partir da carência do cenário prático ofertado pela Universidade, pois a vivência durante o estágio curricular é muito curto, diante disso, a liga funciona como um apoio tanto para a formação acadêmica como para a Universidade. Ao longo do tempo a mesma têm

possibilitado aos acadêmicos a oportunidade de estarem inseridos na emergência exercendo atividades e aprimorando o conhecimento.

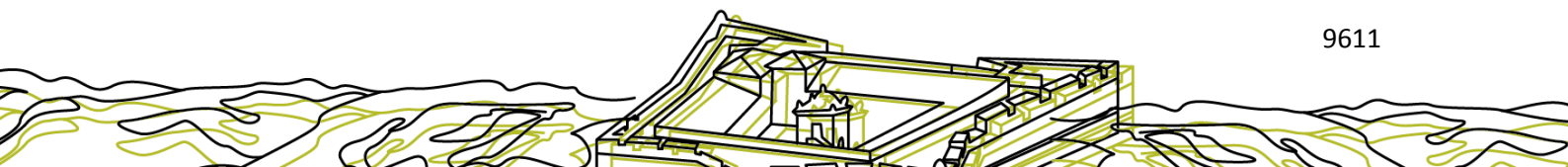
Os estudantes que participam da LENUE possuem a oportunidade de estarem ampliando o conhecimento tanto teóricos quanto práticos. A Liga exerce o tripé, ensino, pesquisa e extensão. Em relação ao ensino, ela possui um cronograma de aulas elaboradas de acordo com as dificuldades dos ligantes e com a demanda do cenário prático, são encontros semanais na qual é conduzida por um profissional convidado pelos ligantes, sendo este de preferência da área da emergência, inclusive por profissionais da Residência Multiprofissional de Urgência e Emergência.

Na pesquisa busca-se desenvolver o que se vê na prática, produzindo artigos sobre as experiências vivenciadas, a construção de resumos para eventos científicos, como congressos sejam eles de urgência e emergência ou de outras temáticas que envolva a liga, e o desenvolvimento de projetos científicos, além disso a LENUE junto com as demais ligas de Urgência e Emergência da região elaboraram a I Jornada Cearense de Urgência e Emergência.

A extensão-assistência, é executada por meio de plantões semanais de 12 horas na emergência, além dos plantões semanais, os mesmos desenvolvem atividades em prol da sociedade, ministrando aulas sobre o contexto da emergência para alunos do curso técnico em enfermagem, realização de ações sobre primeiros socorros para crianças, educação em saúde através de palestras com a comunidade, orientando as pessoas leigas a como agir diante de situações de emergência, realizando a prevenção e a promoção de saúde.

Antes de iniciarem os plantões na emergência, os ligantes passam por uma capacitação, ministrada pelos coordenadores e ligantes veteranos, além dos profissionais da área da enfermagem, inclusive o idealizador do projeto, que nos dias atuais se encontra graduado mais ainda continua dando um suporte de forma indireta, é perceptível que a maioria dos ex ligantes encontram-se inseridos no campo da emergência.

A emergência do Hospital da região Norte do Estado do Ceará na qual é referência em atendimento traumatológico presta atendimento somente a adultos, e é dividida por setores, o acolhimento e classificação de risco de acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, a média complexidade aonde é prestado atendimento às vítimas, o Pronto Atendimento na qual ficam os pacientes internados e



os de observação, a Semi-Intensiva e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o ligante pode acompanhar o enfermeiro por todos esses setores.

Os plantões são momentos únicos, pois os ligantes convivem e conhecem o papel dos enfermeiros emergencistas dos setores. A Emergência intra-hospitalar é um campo enriquecedor pois são diversos os casos e as situações que os ligantes acompanham, além de viabilizar uma visão ampliada sobre o trabalho em equipe diante de situações de agravos que necessitam de uma assistência rápida e eficaz, como por exemplo, parada cardiorrespiratória, paciente em estado crítico, avaliação ao politraumatizado, vítimas por arma de fogo e arma branca, intoxicação exógena, Incidentes com Múltiplas Vítimas.

Desse modo, Queiroz (2014) diz que é evidente que as LA são entidades importantes para o crescimento e desenvolvimento do aluno, sendo notório a participar da mesma como forma de favorecer o processo de aprendizado na qual existe a chance de absorção de conteúdo específico e aprofundado, além de acompanhar os profissionais que atuam rotineiramente na área abordada, possibilitando o conhecimento e experiências importantes para a consolidação profissional.

No caso das paradas cardiorrespiratórias, os ligantes chegam a detectar e a chamar a equipe (Cadeia de sobrevivência), além de auxiliar nas compressões como nas vias aéreas, executando tanto o suporte básico (30 compressões para duas ventilações), como também no suporte avançado de vida (compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120 min, administrando 1 ventilação a cada 6 segundos), preparando o material e auxiliam durante a intubação, assim como, no apoio com as medicações do carrinho de parada. Além do mais, tem-se a oportunidade de estar se familiarizando com a organização da equipe, a função de cada membro, os carrinhos de parada, as medicações, os diversos modelos de ventiladores mecânicos, desde a montagem até os parâmetros e o porquê da utilização desses parâmetros.

O Acolhimento com classificação de risco tem o intuito de reorganizar o fluxo, compreendido como uma tecnologia relacional, visa permitir a humanização do atendimento prestado junto aos usuários, sendo uma das propostas do Ministério da Saúde a fim de enfrentar a deficiência de resolutividade e qualidade dos serviços de saúde. (MORAIS FILHO, 2015) assim na emergência se faz presente essa humanização, os ligantes participam aprendendo e executando esse acolhimento, o primeiro contato, realizando o primeiro atendimento, se apossando enquanto acadêmicos desse conhecimento, do tempo que cada um tende a esperar, da atuação diante da classificação, e da assistência.

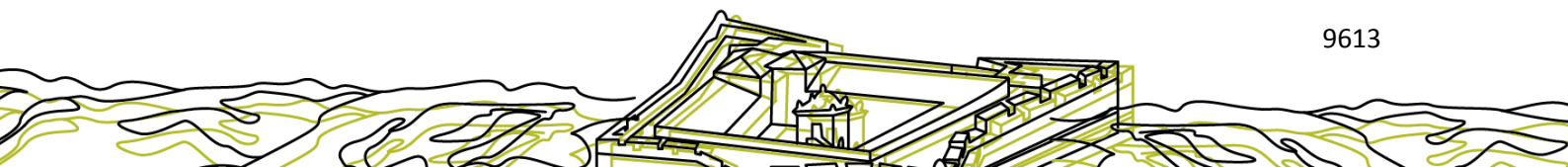
Assim, Luiz Filho (2016) destaca que o Ministério da saúde afirma que apesar da Classificação de Risco possa ser executada por qualquer profissional de nível superior, ressalta o enfermeiro como o profissional adequado a essa atuação, além do mais dentro da equipe de enfermagem essa função é privada ao enfermeiro.

Os ligantes atuam na assistência dos pacientes em estado grave, tanto na UTI como na média complexidade, na UTI pode-se perceber os seguintes cuidados: realização das evoluções de enfermagem, aspirações das vias aéreas de forma estéril na ordem: tubo ou traqueoste, nariz e por último a boca, efetuação das gasometrias arteriais tanto na técnica de colher como na interpretação do resultado, a higiene do paciente, o aprazamento das medicações, assim como a administração através das bombas de infusão e seus efeitos colaterais, a prevenção de lesões por pressão e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, além de auxiliar junto ao enfermeiro durante a transferência.

Após passarem pelo acolhimento os pacientes mais graves como os vermelhos e amarelos são encaminhados para a média complexidade na qual se tem a primeira assistência, muitos dos casos são pacientes vítimas de arma branca, arma de fogo, rebaixados, vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma Crânio Encefálico (TCE), politratados, pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pacientes intubados vindo de outros municípios que fazem parte da macrorregião de saúde, enfim, com ênfase nos traumas. Diante disso, tem-se um dos mais variados campos de aprendizagem, na qual se faz presente a assistência de forma rápida e eficaz, além do mais a liga é um projeto sentinela, e já atuou diante de um IMV

Conforme Freitas Júnior (2014), uma das doenças consideradas de maior gravidade nos dias atuais que agredi o homem e traz impactos para a sociedade é o trauma, tornando-se muito comum no dia a dia da população, referente as mais diversas causas externas, o mesmo cita que os meios de comunicação como a televisão transmitem com frequência acidentes sejam eles de transito, assalto com violência ou até mesmos desastres naturais, em vista disso, torna-se cada vez mais relevante a qualificação dos futuros profissionais da saúde, que intervirão e prestarão atendimentos às vítimas traumatizadas.

Além de aperfeiçoar o conhecimento diante das diversas patologias na qual exige a passagem de catetes vesicais de demora e alívio, cateteres gástricos para gavagem, aspirações e intoxicações exógenas, inclusive a aplicação de carvão ativado, acessos periféricos, curativos de lesões traumatológicas, oferta de oxigênios, transporte para a realização de exames, eletrocardiogramas, além disso, pode-se perceber a questão



humana, orientar os familiares, explicando a situações para os acompanhantes tratando os como participantes do processo de recuperação do estado do paciente.

Além do que, é nítido a desenvoltura profissional adquirida por meio das vivências da liga, a partir do compromisso firmado diante das atividades a serem desempenhadas como também a postura frente a situações sigilosas, trabalhando a ética, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os valores humanos como respeito, humildade, dedicação e a responsabilidade tanto pessoal como profissional. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF), é necessário formar profissionais qualificados e habilitados para atuarem com senso de compromisso social e cidadania, como mobilizador da saúde humana integral, baseado nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS. (LIMA, 2013)

Conclusão

A LENUE indiscutivelmente gera um enriquecimento grandioso tanto para o ligante, como para a comunidade, pois potencializa a prevalência do conhecimento adquirido pelo acadêmico para sua vida profissional, concebendo benefícios que proporcionam melhorias para os pacientes, usufruindo o conhecimento sempre em prol do bem.

Além de colabora com a construção da carreira dos acadêmicos, propiciando um crescimento pessoal como profissional, tornando-se perceptível um amadurecimento em ambos os sentidos, além de conceder uma desenvoltura profissional, amenizando medos e anseios desenvolvidos durante as disciplinas já cursadas, possibilitando uma visão ampliada sobre o trabalho em equipe diante de situações de agravos, tornando-se possível o aperfeiçoamento de habilidades técnicas e competências de liderança, trabalho em equipe e gerenciamento, melhorando assim a qualidade da assistência que tem sido prestada aos cidadãos.

Assim sendo, é de extrema importância a implantação das ligas acadêmicas visto que, favorece a construção do currículo diferenciado e aproximação com as especialidades. Formando profissionais capazes de intervirem imediatamente para evitar resultados adversos sérios, reduzindo a morbimortalidade das urgências e emergências.

Referências

AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011).

RESR, Piracicaba-SP, Vol. 51, Nº 4, p. 745-764, Out/Dez 2013 – Impressa em Fevereiro de 2014.

BASTOS, M. L. S. et al. O papel das ligas acadêmicas na formação profissional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [online], Brasília, v. 38, n. 6, p. 803- 805, nov./dez. 2012.

COSTA P . S. GUSMÃO, M. M. et al. CRIAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE COMUNITÁRIA DA UFJF: UMA NOVA POSSIBILIDADE

PARA A GRADUAÇÃO. *REVISTA PSIQUE*, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 20-31, ago./dez.

2016

FREITAS JÚNIOR, J. R. et al. O PAPEL DA LIGA ACADÊMICA DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS NA FORMAÇÃO MÉDICA. Ponta Grossa, volume 10

número1 - jan. /jun. 2014

LIMA, C. A. A ética no processo de formação do enfermeiro no Brasil. *EFDeportes. com*, Revista Digital. Buenos Aires, Año 18, actubre de 2013. <http://www.efdeportes.com/>

MORAIS FILHO, L. A. MARTINI, J. G. et al. COMPETÊNCIA LEGAL DO

ENFERMEIRO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. *Enferm. Foco* 2016; 7 (1): 18-23 QUEIROZ, S.

J. et al. A IMPORTÂNCIA DAS LIGAS ACADÊMICAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PROMOÇÃO DE SAÚDE. *FRAGMENTOS DE CULTURA*, Goiânia, v.

24, especial, p. 73-78, dez. 2014.

RAMALHO, A. S. et al. Ensino de anestesiologia durante a graduação por meio de uma liga acadêmica: qual o impacto no aprendizado dos alunos? *Revista Brasileira de Anestesiologia* [online], Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 68-73, jan./fev. 2012.

TORRES, A. R. et al. Academic Leagues and medical formation: contributions and challenges. Translated by Philip Sidney Pacheco Badiz. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação* [online], Botucatu-SP, v. 4, 2008. Selected edition.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2008.

A ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA DE COMBATE AO ESTRESSE NAS ESCOLAS PÚBLICAS DE CAMPINAS

Área Temática: Saúde.

Bárbara Rossi Galardino¹;

Co-autores José Francisco Kerr Saraiva²; Letícia Araújo Tassine Penatti³.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Resumo

O trabalho teve como objetivo a busca de intervenções possíveis para os jovens das escolas públicas de Campinas-SP, Brasil para redução do estresse por meio da espiritualidade, visto que a última é algo inerente do ser humano e os resultados obtidos em uma pesquisa por meio de um questionário aplicado, no qual a porcentagem de estresse e de religiosidade, uma das formas de espiritualidade são elevados. Entre as soluções encontradas, estão a psicoterapia, oficinas de música, coping e o Tai Chi.

Uma das conclusões encontradas é de que seria interessante um estudo de qual intervenção seria mais bem aceita, gerando pouco custo e melhores resultados, levando em consideração que a literatura científica sobre redução do estresse nessa faixa-etária é precária.

Palavras-chave: Espiritualidade; estresse; intervenção; jovens.

Introdução

Espiritualidade é definida por Puchalski et al.[1] como “uma forma das pessoas encontrarem significados e propósitos de suas vidas, conectando consigo mesmas, com

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). ³ Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

os outros e com o que lhes é significativo e sagrado”, não necessitando o sagrado ser uma figura divina, o que torna a religião apenas uma das formas de se manifestar a espiritualidade, mas não o seu todo. Koenig [2] reitera que fazem parte dela estados psicológicos positivos como propósito e significado de vida, qualidade no suporte social, paz, harmonia e bem-estar.

Por ser algo inerente ao ser humano, não importando suas crenças, começou a despertar a atenção no mundo científico, surgindo até mesmo grupos específicos para seu estudo, como o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA - <http://departamentos.cardiol.br/gemca/>), da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

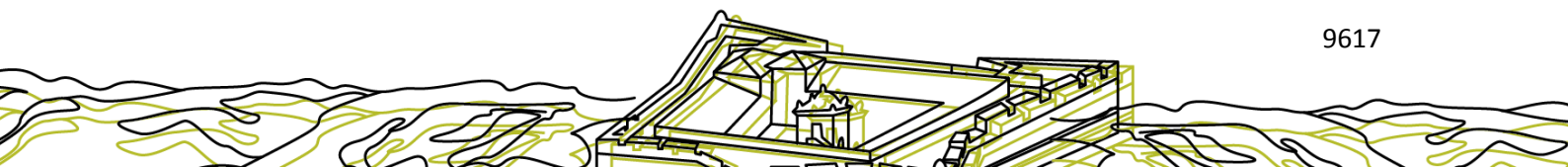
A espiritualidade passou a ser principalmente estudada como forma de intervenção em doenças, tendo como exemplos a depressão, na qual foi observado uma melhora da qualidade de vida [3], na redução da pressão arterial [4] e em melhores desfechos cardiovasculares em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio [5].

Foi feita uma pesquisa em mutirões de saúde nas escolas públicas de Campinas, no interior do estado de São Paulo, Brasil, e foi observada uma alta taxa de estresse e religiosidade/espiritualidade entre os jovens. O estresse, definido por Cohen et al [6] como

“percepção e resposta ao que é prejudicial, ameaçador, ou a eventos e estímulos desafiadores”, pode levar a problemas cardiovasculares como arritmias, eventos isquêmicos do miocárdio e aumentar o risco de morte por causas cardíacas [17], além da exposição a ele ser associada a desvios de comportamento e aumento do uso de substâncias [8]. Uma vez que a espiritualidade vem sendo demonstrada como efetiva na área cardiovascular como já citado, e também na superação de vícios [18], este trabalho pretende demonstrar propostas para se combater o estresse por meio da espiritualidade, visto todos seus benefícios e por ser algo de fácil aplicação por já estar presente na vida das crianças e jovens.

Metodologia

O estudo foi baseado em dados coletados por meio de um questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas. Este questionário contava com perguntas como idade, sexo, etnia, prática de atividades físicas, e como foco do trabalho, questionamentos sobre o estresse em ambiente domiciliar e escolar,



crença na existência de Deus, se os jovens oram e a importância da religiosidade em suas vidas.

Os participantes tinham em média de 7 a 18 anos de idade, com mediana de 11 anos.

Além do questionário, foram utilizadas referências da literatura médica, as quais demonstravam exemplos de intervenções espirituais e seus resultados, utilizando-se o PubMed (<http://www.pubmed.gov.br>) com tags como “spirituality”, “stress”, “youth”, “psycotherapy”, para gerar uma revisão bibliográfica sobre o assunto e encontrar maneiras efetivas de praticá-las no público-alvo para se conseguir a queda do nível de estresse infantojuvenil.

Resultados e Discussão

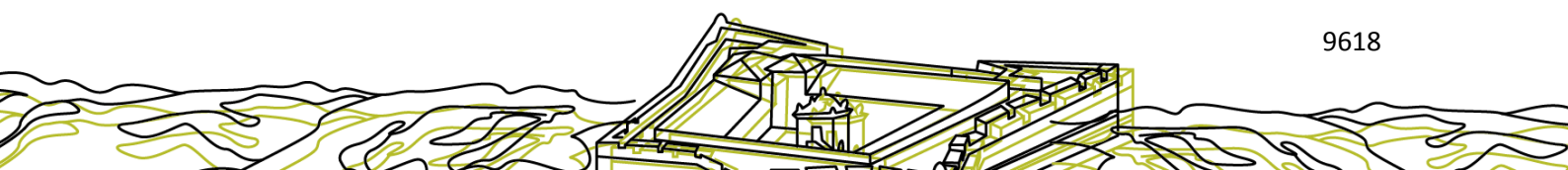
O questionário foi aplicado em 4.699 crianças e adolescentes. A mediana das idades era 11 anos e 2484 jovens (52,86%) eram do sexo feminino. A maioria se declara como brancos (41,09%), seguidos de pardos (33,84%) e negros (11,73%).

Quadro 1: Etnia dos participantes

	Etnia (n=4.699)
Não Informado	566 (12,05%)
Amarela	33 (0,70%)
Branca	1931 (41,09%)
Indígena	28 (0,60%)
Parda	1590 (33,84%)
Negra	551 (11,73%)

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas

Foi possível observar que a maioria dos participantes possuem algum nível de estresse tanto em seus domicílios (64,61%), quanto na escola (55,4%), assim como é possível observar na tabela 02, valor que é considerável, principalmente levando-se em



conta que 239 jovens (5,09% do total) relataram estresse domiciliar e 172 (3,66% do total), na escola exagerados.

Quadro 2: Definição do estresse

	Domicílio (n=4.699)	Escola (n= 4.699)
Não Informado	507 (10,79%)	578 (12,30%)
Ausente	1156 (24,60%)	1518 (32,30%)
Pouco	1385 (29,47%)	1387 (29,52%)
Moderado	989 (21,05%)	735 (15,64%)
Intenso	423 (9,00%)	309 (6,58%)
Exagerado	239 (5,09%)	172 (3,66%)

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas

Outra observação importante a se fazer sobre os dados obtidos, é a grande religiosidade. 89,55% acreditavam em Deus e 78,48% afirmavam ter o hábito de oração (tabela 03), o que possivelmente pode ser explicado pelo fato do Brasil ser um país extremamente religioso, sendo que 87% de sua população afirma acreditar na importância da religião [9].

Quadro 3: Crença na existência de Deus e hábito de oração

	Crê em Deus? (n=4.699)	Tem hábito de oração? (n= 4.699)
Não informado	459 (9,77%)	492 (10,47%)
Sim	4208 (89,55%)	3688 (78,48%)
Não	32 (0,68%)	519 (11,04%)

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas

Unindo-se os fatos da população infanto-juvenil das escolas de Campinas estarem com o estresse elevado e possuírem uma boa religiosidade, é muito válida a utilização da espiritualidade como ferramenta para melhora da qualidade de vida e prevenção de doenças cardiovasculares. Entretanto, o ideal é trabalhar a espiritualidade sem o envolvimento da religiosidade, já que cada indivíduo possui sua crença, dificultando a implantação de um projeto único que seja efetivo para todas e também pela possibilidade dela despertar pensamentos de culpa, abandono ou punição em algumas pessoas. Quando isso ocorre, os resultados tendem ser negativos, com uma grande prevalência de depressão, ansiedade e mortalidade [4].

Quadro 4: Frequência de oração e de ida a instituições religiosas

	Oração (n=4.699)	Instituições religiosas (n= 4.699)
Não informado	1083 (23,05%)	647 (13,77%)
Mais de uma vez por semana	1397 (29,73%)	503 (10,70%)
Uma vez por semana	611 (13,00%)	1498 (31,88%)
2 a 3 vezes por semana	1370 (29,16%)	873 (18,58%)
Algumas vezes ao ano	199 (4,23%)	528 (11,24%)
Uma vez ao ano ou menos	22 (0,47%)	95 (2,02%)
Nunca	17 (0,36%)	555 11,81%

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas.

Quadro 5: Importância da crença religiosa

	O quanto é importante a sua crença religiosa na sua vida? (n=4.699)
Não informado	557 (11,85%)
Nada	54 (1,15%)
Pouco	231 (4,92%)
Mais ou menos	445 (9,47%)

Muito	3412 (72,61%)
-------	---------------

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas.

Ano e Vasconcelles [10] fizeram uma meta-análise baseando-se em métodos de coping (enfrentamento) religioso e examinaram as suas eficácias em pessoas que estavam lidando com situações estressantes. Chegaram à conclusão que indivíduos que utilizavam estratégias do coping religioso, como busca de apoio espiritual, colaboratividade e reavaliações positivas sobre sua religião, experimentaram uma maior tolerância ao estresse e um aumento de sua auto-estima. Isso, segundo os autores, pode ser explicado pela variedade de adaptações que se pode fazer nos métodos. O coping pode ser aplicado sem a religião, já várias vertentes do “enfrentamento”, podendo este ser focado na emoção (esforço para regular o estado mental) ou no problema (esforço para lidar com a situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la). [18]

Já Hamilton et al. [12] analisa o uso de canções religiosas na superação de eventos estressantes e notaram que os participantes nunca indicaram que Deus os livraria da experiência de sofrimento emocional, mas estaria com eles nesse momento difícil, o que indica que a ideia de suporte é capaz de trazer o alívio emocional e mostra que o estresse é passageiro. Esta perspectiva de ideia de suporte pode ser utilizada na intervenção com os jovens, mas não com uma figura divina para não excluir aqueles que possuem crenças diferentes ou não possuem crenças religiosas. As canções poderiam ser aplicadas com um modelo que incentive os estudantes a criarem suas próprias letras de música, com frases positivas sobre si mesmos e suas capacidades de serem maiores que o estresse.

Ainda tratando-se do tema das canções religiosas como forma de combate ao estresse, Hamilton et. al [12] relata que os participantes de seu estudo utilizavam as canções como forma de se conectarem a Deus e aos outros, o que resultava em sensações de estar sendo confortado, fortalecido, ser capaz de enfrentar as situações e encontrar paz. Essas impressões também seriam de grande valia para o público-alvo da proposta de intervenção que este estudo pretende propor e provavelmente também seria atingido com a criação de músicas próprias.

Saindo-se um pouco do campo da religiosidade, visto que o foco é um projeto de espiritualidade sem envolver crenças religiosas, uma opção a ser considerada é a prática de meditação, prática de yoga e recitação de mantras, pois estas se encaixa nos

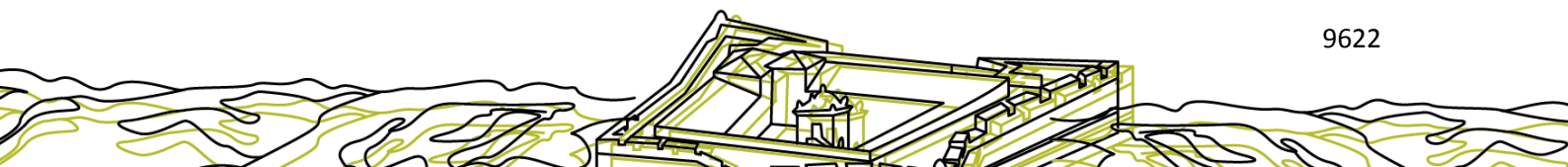
conceitos de Koenig [2] já citados anteriormente e seria algo de fácil aceitação e aderência dos estudantes das escolas públicas. Um estudo realizado por Janowiak e Hackman [13] com universitários para observação dos efeitos das três práticas no estresse verificou que todas são benéficas e possuem resultados parecidos, mas com reduções significativas do estado estressante, mostrando a importância do relaxamento.

A atenção plena, ou *mindfulness* é a capacidade de focar-se no momento presente sem fazer julgamentos, e em uma de suas técnicas, chamada de *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*, o que poderia ser traduzido para o português como “redução do estresse baseada na atenção plena”, também demonstra por estudos, efeitos benéficos contra o estresse, tanto para doentes crônicos quanto para pessoas saudáveis, podendo melhorar também aspectos fisiológicos das doenças vasculares, diabetes e recuperação de infartos [2]. Ou seja, seria uma boa proposta para os jovens, pois preveniria para mais possíveis eventos futuros e também é de fácil adesão, pois pode ser feito em grupo com sessões semanais de duas horas e a prática nos outros dias pode ser feita em casa [14].

Ainda tratando-se do *mindfulness* e juntando-o a uma prática corporal, o “*mindfulness dançante*” é uma abordagem que utiliza-se da dança espontânea como mecanismo de execução da meditação com atenção plena, acrescentando-se assim, uma forma de expressão artística [15], o que poderia chamar a atenção dos jovens que possuem afinidades com essa esfera. A dança, como exercício físico, reduz a descarga adrenérgica causada pelo nervosismo e “exige força, flexibilidade, coordenação, equilíbrio, agilidade, resistência muscular e cardiovascular” [16], atributos desejáveis para qualquer ser humano, sobretudo para jovens.

O “*mindfulness dançante*” faz a integração entre respiração, corpo, mente, espírito, som e história, e apesar de ser algo recente na literatura, vem mostrando uma eficácia na sua aplicação, funcionando como uma premissa maior na dança terapêutica [15]. Entre os resultados encontrados no estudo de Marich e Howell [15], estão melhorias no bem-estar emocional e espiritual, maior auto-aceitação e adesão da técnicas e estratégias de *mindfulness* na vida dos participantes, algo muito positivo para que as crianças e adolescentes levem o projeto em frente em seu cotidiano.

Uma proposta palpável e incomum é o uso do Tai Chi, uma prática originada na China que trabalha corpo e mente, combinando a arte marcial chinesa e movimentos meditativos. Vem demonstrando um grande potencial de se tornar uma terapia preventiva e de reabilitação para inúmeras condições médicas e psicológicas; entre elas, o estresse e condições cardiovasculares [15]. Poderia ser bem útil na intervenção com



os estudantes por se tratar de uma prática que trata do indivíduo como um todo, focando em todas as esferas de sua vida, trazendo benefícios que as outras propostas de intervenção não trazem, por incluir uma atividade física. Talvez no começo, por ser uma novidade, cause estranheza para as crianças e adolescentes, mas quando começarem a sentir os benefícios, se tornará uma prática bem aceita.

A pesquisa com o público juvenil demonstrou que 86,44% deles praticam atividade física na escola com uma mediana de aproximadamente duas horas por semana (tabela 06), e 61,10% praticam fora dela, com uma mediana parecida (tabela 07). Estes provavelmente sentiriam uma afinidade pelo Tai Chi mais rapidamente, já que ele trabalha com o corpo de forma semelhante aos exercícios físicos.

Quadro 6: Prática de atividade física fora da escola

	Você pratica alguma atividade física na escola? (n=4.699)
Nulo	383 (8,15%)
Sim	4062 (86,44%)
Não	254 (5,41%)

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas.

Quadro 7: Prática de atividade física fora da escola

	Você pratica alguma atividade física fora da escola? (n=4.699)
Nulo	415 (8,83%)
Sim	2871 (61,10%)
Não	1413 (30,07%)

Fonte: Questionário aplicado em mutirões de saúde em escolas públicas da cidade de Campinas.

Lembrando-se da definição de que a espiritualidade também envolve qualidade no suporte social [2], é imprescindível tentar descobrir o que está causando tanto estresse, auxiliando-os a resolverem seus problemas domiciliares e escolares, pois juntando-se o acompanhamento psicológico a práticas integrativas, pode-se ter não só a redução, mas sim a finalização do estresse contínuo, uma vez que é impossível não ter algumas situações estressantes durante a vida. Debnam et al. [8] certifica que os agentes estressores da juventude são relacionados às escolhas que devem fazer sobre o futuro, violência escolar, relação com a família, realização acadêmica e questões amorosas, isto é, seria importante pesquisar sobre esses possíveis agentes estressores para encaminhar os participantes a tratamentos psicoterapêuticos.

A psicoterapia ou terapia cognitivo-comportamental (TCC), uma prática que envolve a espiritualidade em seu conceito, é apontada como o método de intervenção eletivo para diversos transtornos mentais e também vem demonstrando resultados empíricos de ser uma escolha terapêutica para o estresse, podendo também ser associada à hipnose. O princípio básico utilizado é a exposição, que visa a dessensibilizar o indivíduo para estímulos relacionados ao fator estressante, estimulando-o a organizar os motivos e reduzindo a influência que a situação estressante tem em sua vida.[16]

Como foi observado que aproximadamente 32% dos entrevistados frequentam alguma comunidade religiosa pelo menos uma vez por semana, e 30% mais de uma vez, é interessante incentivá-los a continuar frequentando, caso estes enxerguem a prática religiosa como uma maneira individual de redução do estresse, e não uma obrigação imposta por seus responsáveis, pois se forçosa, a própria religião pode se tornar um agente estressor.

Uma limitação para a pesquisa se relaciona a dificuldade de se encontrar materiais e estudos que lidem com a faixa-etária do grupo de interesse, tornando mais difícil a escolha de um método que seria o ideal. Seria atrativo um estudo sobre qual das propostas traz realmente um melhor resultado na redução de estresse e na aderência dos participantes, devendo ser flexível.

Conclusão/Considerações Finais

O estresse é um fator presente na vida das crianças e adolescentes das escolas públicas de Campinas e deve ser combatido pelo dano que pode causar, tanto psicológico como físico, visto que pode desencadear vícios e principalmente doenças cardiovasculares.

Levando-se em conta que o tempo em que o jovem ficará exposto ao estresse é muito grande, pois provavelmente continuará na vida adulta, combatê-lo é uma forma de prevenção à adversidades maiores e que provavelmente gerarão um ônus para o país.

Utilizando-se a espiritualidade, intrínseca ao ser humano, pode-se conseguir grandes resultados que serão mostrados não só no bem-estar, mas também no comportamento e desempenho nas atividades.

As intervenções analisadas aparentam ser aspectos cabíveis principalmente de implementação nas próprias escolas, que podem criar oficinas de meditação e mindfulness, principalmente o dançante, que pelos resultados encontrados até agora, mostra grande aderência e ajuda no desenvolvimento de outras áreas proporcionadas pela dança, inclusive no estresse [16]. Pode capacitar os professores de educação física para que estes também ensinem o Tai Chi e a yoga em suas aulas, e os alunos poderiam ser divididos de acordo com as suas afinidades e interesses pelas diferentes propostas: por exemplo, um estudante que tem certa afinidade pela música, mas é impaciente para a meditação, poderia entrar no grupo das canções.

A psicoterapia já seria uma atividade que necessitaria de uma externalização do eixo domicílio-escola, o que provavelmente a tornaria mais inviável, especialmente levando-se em consideração o poder aquisitivo dos estudantes. Deve-se também levar em consideração a disciplina dos jovens na hora da decisão, pois algumas práticas necessitam também de um trabalho em casa, como o mindfulness, que se não cumprido, os resultados não serão tão expressivos.

Para o projeto de se utilizar da espiritualidade como ferramenta contra o estresse se tornar algo mais universal e oportuno de ser aplicado em várias escolas e até cidades/regiões diferentes, o essencial seria a determinação de apenas um método que seria universal, contando com a aderência dos jovens, custos baixos e bons resultados.

Para determiná-lo o ideal seria a realização de um ensaio científico, que pode acontecer com o grupo analisado neste trabalho, posto que a quantidade de participantes é estatisticamente significativa, tornando-se um projeto de pesquisa e

extensão. Somando-se o fato de a literatura científica ser fraca em estudos sobre estratégias para redução do estresse infanto-juvenil.

Referências

1. Puchalski CM, Ferrell B, Virani R et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *J Palliat Med*, 2009.
2. Koenig HG. Concerns About Measuring “Spirituality” in Research. *J Nerv Ment Dis*, 2008.
3. Hamilton JB, Stewart JM, Thompson K et al. Younger African American Adults’ Use of Religious Songs to Manage Stressful Life Events. *J Relig Health*, 2017.
4. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 2015.
5. Abu-El-Noor MK, Abu-El-Noor NI. Importance of Spiritual Care for Cardiac Patients Admitted to Coronary Care Units in the Gaza Strip: Patients’ Perception. *Journal of Holistic Nursing*, 2013.
6. Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists* (pp. New York, NY: Oxford University Press. 1995.
7. Bekelman DB, Dy SM et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007.
8. Debnam K, Milam AJ, Furr-Holden D, et al. The Role of Stress and Spirituality in Adolescent Substance Use. *Subst Use Misuse*, 2016.
9. Tonigan JS, McCallion EA, Frohe T, Pearson MR. Lifetime Alcoholics Anonymous Attendance as a Predictor of Spiritual Gains in the Relapse Replication and Extension Project (RREP). *Psychology of Addictive Behaviors*, 2017
10. Ano, G. G., Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 2005.
11. Antoniazzi, AS, Dell’Aglío DD, Bandeira DR. O conceito de coping : uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 1998.
12. Hamilton JB, Sandelowski M, Moore LA., Agarwal M, Koenig HG. “You need a song to bring you through”: The use of religious songs to manage stressful life events. *Gerontologist*, 2012.

13. Janowiak JJ, Hackman R. Meditation and College Students' Self-Actualization and Rated Stress. Psychological Reports, 1994.
14. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of Psychosomatic Research, 2014.
15. Marich J, Howell T. Dancing Mindfulness: A Phenomenological Investigation of the Emerging Practice. Explore -The Journal of Science and Healing, 2013.
16. Andrade CJ, Nunes MRV, Dufour C. A dança como terapia no combate ao estresse feminino. XIII Safety, Health and Environment World Congress, 2013
17. Wang F, Lee EKO, Wu T, Benson H, Fricchione G, et al. The effects of tai chi on depression, anxiety, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. Annals of Behavioral Medicine, 2013.
18. Romani-Sponchiado A, Silva CR, Kristensen CG. Cognitive-behavioral Psychotherapy for Acute Stress Disorder: A Systematic Review. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 2013
19. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 2013.
20. Kim, Y, Seidlitz, L. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. Personality and Individual Differences, 2005.

PAIS – PROJETO PARA ACOLHIMENTO, INFORMAÇÃO E SUPORTE A FAMILIARES DE SURDOS: A EXTENSÃO NO SEU PAPEL SOCIAL

Área Temática: Saúde

Desirée De Vit Begrow¹; Manuela Moreira da Silva Pereira²; Emylle Barbosa Bomfim de Almeida³

Instituição: Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Resumo

O PAIS – Projeto para Acolhimento, Informação e Suporte a familiares de surdos, surgiu em 2016 vinculado a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal da Bahia. O projeto objetiva atender a famílias de surdos pelo advento do diagnóstico ou em qualquer outro momento que necessitem de orientação, informação ou apoio relacionado às questões da surdez. **Desenvolvimento:** O projeto atua em diferentes frentes de ação sendo: atenção destinada aos familiares das crianças atendidas na clínica escola do Curso de Fonoaudiologia da UFBA, a disponibilização de atenção imediata (pronto atendimento) frente ao diagnóstico de perdas auditivas, visitação à escolas e serviço de saúde de forma a promover informações relacionadas à surdez. **Discussão:** No início as atividades internas, realizadas com as mães das crianças atendidas no serviço, giravam em torno da perda auditiva e dos aspectos vivenciados pelos surdos, trazendo informações e prestando esclarecimentos, mas no decorrer das atividades, percebemos que já não surtia mais efeito junto às mães atendidas pelo projeto o que nos levou a refletir sobre o papel dado à mulher quando mãe de uma criança com deficiência. Com o intuito de diminuir a sensação de serem apenas “mães de crianças surdas”, as ações do PAIS foram repensadas e reformuladas. As atividades externas, de visitação a serviços de saúde, escolas e instituições, permitem conhecer como está a realidade em Salvador/BA, em diferentes âmbitos que se relacionam a pessoa surda de forma a tanto construir um mapa institucional envolvendo a atenção aos surdos na cidade, como também ser difusor de informações a esse respeito.

¹ Universidade Federal da Bahia, Professora no Curso de Fonoaudiologia.

² Universidade Federal da Bahia, Curso de Fonoaudiologia, Bolsista PIBIEX/PROEXT. ³ Universidade Federal da Bahia, Curso de Fonoaudiologia, Bolsista PIBIEX/PROEXT.

Conclusão/Considerações Finais: O projeto está constantemente revendo-se e em comunicação direta com a comunidade ao qual atende de forma a estar servindo em seu papel social de forma plena e responsável, contudo sabemos da relevância de sua existência como ponto de referência na área da Fonoaudiologia Bilíngue na cidade de Salvador.

Palavras-chave: fonoaudiologia; família; surdo; fonoaudiologia bilíngue.

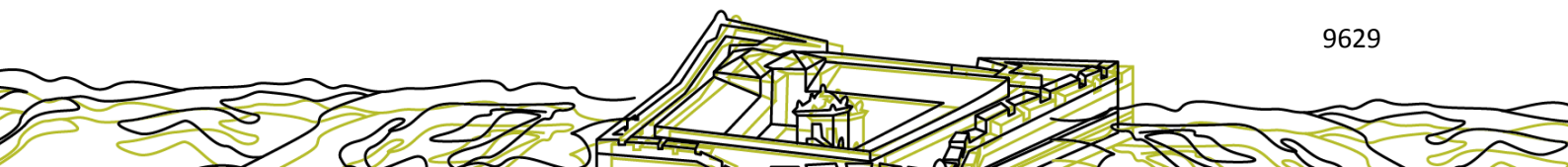
Introdução

Podemos promover as reflexões neste texto a partir de dois prismas que são igualmente objeto no projeto de extensão: de um lado, a assistência necessária a familiares de pessoas surdas e de outro, a promoção de reflexão paradigmática aos alunos do curso de fonoaudiologia sobre sua atuação com a população surda com a qual estamos constantemente em contato. Por acreditarmos na necessidade de estarem mutuamente relacionados obtendo por produto ações direcionadas à comunidade e sustentadas em práticas que considerem o sujeito, o lugar social que ocupa e a responsabilidade dos profissionais de saúde em potencializar as singularidades ao invés de valorizar a deficiência é que nos esforçamos a apresentar neste trabalho a vinculação entre formação, prática e seu reflexo na comunidade.

O PAIS – Projeto para Acolhimento, Informação e Suporte a familiares de surdos surgiu no ano de 2016 a partir da viabilidade de participação no Edital PIBIEX promovido pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal da Bahia oferecendo a possibilidade de contemplar projetos de extensão com bolsas a estudantes para dedicação ao seu desenvolvimento. A partir dessa oportunidade foi possível dar vida ao que já era necessidade no Serviço de Fonoaudiologia Bilíngue oferecido no CEDAF – Centro Docente Assistencial de Fonoaudiologia da UFBA, clínica escola do curso de Fonoaudiologia.

A Fonoaudiologia historicamente caracteriza-se pela atenção à saúde e neste sentido oferece assistência a pessoas com perdas auditivas, desde o diagnóstico audiológico aos princípios terapêuticos especialmente pelo uso da tecnologia e a reabilitação oral. Tradicionalmente estes procedimentos vinculam-se à ideia de normalização ou de adequação das diferenças/deficiências aos padrões de normalidade presentes na sociedade.

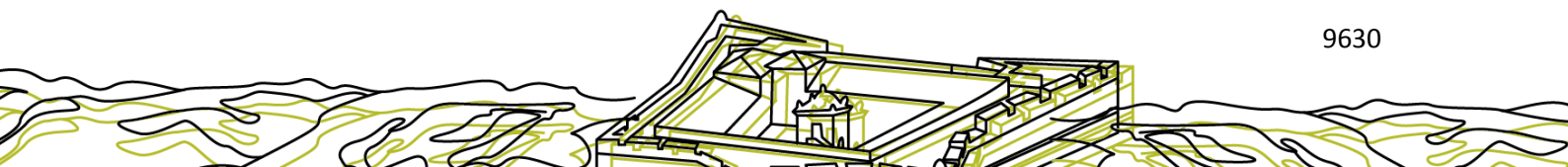
Tomando tais considerações, o trabalho fonoaudiológico com as crianças surdas normalmente destina-se à reabilitação auditivo-oral buscando, historicamente, apenas



adequar a pessoa surda à realidade da população majoritária ouvinte (MARIANI et al, 2016). Observase que tais procedimentos vêm de encontro às reais possibilidades de muitas destas pessoas sendo expresso pela "voz" dos próprios a necessidade de respeito pela sua diferença linguística ao invés da busca incessante pela recuperação de algo que não será igual aos demais ouvintes, pois nem sempre o alcance à oralidade é acessível. Isto significa que a Fonoaudiologia teve que refletir sua atuação e como consequência disso, alcançou-se o que nós temos nomeado como Fonoaudiologia Bilíngue uma vez que parte do entendimento de que as pessoas surdas (pessoas que não escutam, independentemente do nível de perda auditiva) não estão incapacitadas socialmente em nenhum aspecto pelo fato de não ouvirem e não falarem oralmente, ao contrário, parte-se do entendimento das diferenças individuais, e assim, os surdos estão no mundo e interagem com este em uma perspectiva visual-espacial e não auditivo-oral. Tomando tais pressupostos, entende-se que grande parte das questões envolvidas relacionam-se às informações presentes na sociedade, mantidas pelo senso comum e que geralmente rechaça o que foge do que é considerado normal. Neste sentido estão os familiares de crianças surdas que geralmente nunca tiveram contato algum com as perdas auditivas e muito menos, com os significados construídos dentro das comunidades surdas. Sendo assim, logo após o diagnóstico da perda auditiva o que se tem é uma família perdida frente à nova realidade e seu único desejo é reverter a situação para que possam dar continuidade às suas vidas assim como inicialmente imaginaram. Este momento é crucial para todo o desenvolvimento da criança surda, pois a depender da orientação recebida pelos familiares, se dará todo o processo terapêutico posterior. Além disso, para Negrelli e Marcon (2006), ao receber a notícia de que o filho é surdo, a família passa por um período de adaptação e mudanças para se adequar a esse filho, assim, cabe ressaltar a importância do acolhimento e informação nesse período. Acredita-se, portanto, que a informação empodera e capacita as pessoas na tomada de decisões em qualquer aspecto de suas vidas. Esta é a principal base deste projeto de extensão.

Partindo-se destes princípios, o PAIS objetiva atender às famílias ouvintes com filhos surdos vinculados ou não ao CEDAF – Centro Docente Assistencial de Fonoaudiologia, clínica escola do curso de Fonoaudiologia da UFBA ou que devido ao diagnóstico de surdez necessitem de esclarecimentos. Assim, tem como objetivo geral atender às demandas e

necessidades das famílias de crianças surdas, criando espaço para discussão e esclarecimento e propiciar-lhes escuta, acolhimento e orientação.



Em linhas gerais, essa é a base para o projeto e por isto, outros aspectos devem ser objetivados também e compõem nosso escopo de atuação que vai muito além da assistência clínica. Está entre as ações desenvolvidas pelo projeto a promoção de espaço de discussão sobre surdez com as famílias mesmo que estas não sejam atendidas pelo serviço buscando fomentar o lugar de protagonistas no processo de desenvolvimento integral do filho surdo. Isso tudo se acredita ocorrer pela facilitação do acesso às informações de surdez do ponto de vista clínico, educacional e social pelas famílias. Contudo, de forma mais relevante, se busca incentivá-las também ao contato com outras possibilidades linguísticas para a criança surda levando-os a entender ser esta uma alternativa adicional para a criança surda e que não a impossibilita à inserção social se este for o caminho mais natural para o seu desenvolvimento. Enfatizamos que todos os participantes do projeto, buscam ao máximo a neutralidade das informações prestadas aos familiares, oferecendo possibilidades de forma imparcial o que resulta na crença de que cabe a estes, a responsabilidade das escolhas terapêuticas aos filhos, porém sustentados em conhecimentos amplos e irrestritos, sem direcionamentos ou tendências teóricas.

Compreendemos, portanto, a relevância da ação para as famílias ouvintes e assim, o projeto se justifica pela necessidade de atendermos aos familiares de crianças surdas que, mesmo orientados no serviço, a cada vez que se promove espaço para “escuta” de suas demandas, percebemos o quanto também necessitam de um acompanhamento específico e não como parte da atenção dada à criança. É sabido que um filho deficiente provoca reações variadas na família e principalmente para a figura materna que assume os cuidados e acompanhamento da criança. No caso do surdo ressalta-se a diferença linguística que gera dificuldade de comunicação e conflitos no ambiente familiar. Assim, muitos pais queixam-se do filho surdo chamando mais atenção pelo quadro generalizado que afeta a família do que especificamente à surdez em si. É crucial atentar para o aconselhamento familiar respaldandoos com informações e orientações que minimizem o “hiato” entre a descoberta da perda auditiva que atualmente tem ocorrido ainda na maternidade potencializando inquietações dos familiares e muitas vezes gerando afastamento destes a uma ação efetiva e rápida aos filhos. Ou seja, mais que diagnosticar, deve-se assistir às famílias de forma a ampará-las neste que é um momento crucial para a vida da criança.

Mencionamos também questões quanto aos caminhos mais efetivos a serem abraçados pela família e que geram decisão sustentada em informações parcializadas às possibilidades de estímulo do surdo, quer seja através da tecnologia como Implante Coclear ou Aparelho Auditivo ou ainda, ao uso destes e adicionalmente ao contato com

a língua de sinais que promoverá melhor e mais rápido desenvolvimento linguístico das crianças.

Assim, vê-se como de grande relevância a implantação deste serviço aos pais de crianças surdas, a fim de fornecer suporte, servir como ponto de referência e apoio nesta trajetória permeada de angústias e dúvidas na tomada de decisões sobre o futuro do filho surdo. Ao mesmo tempo, levar o estudante de Fonoaudiologia a participar de todo este processo, compartilhando as dúvidas, angústias, frustrações e medos dos familiares com relação ao filho surdo, os leva de forma mais direta a refletir sobre a relevância do papel do profissional de saúde que seja neutro ao transmitir as orientações aos familiares em qualquer etapa de vida da criança.

Desenvolvimento

A proposta metodológica assumida pelo PAIS envolve atividades com as famílias das crianças surdas atendidas no Serviço de Fonoaudiologia Bilíngue da UFBA, com pessoas da comunidade que queiram esclarecer dúvidas neste sentido e também, manter atualização sobre o universo da surdez de forma a estar respaldado para orientar aos familiares.

A população assistida pelo PAIS vinculada ao CEDAF, é formada pelas mães de 08 crianças que atualmente participam do atendimento fonoaudiológico bilíngue. Com estas mães são realizadas atividades bastante específicas de escuta, a fim de acolher eventuais dúvidas e demandas; informação, pois acreditamos que é este o caminho para que possam fazer suas escolhas com relação aos filhos e atividades diversas que não estejam diretamente relacionadas à surdez do filho, com o intuito de colocá-las como foco melhorando sua autoestima e bem-estar.

Além disso, o Projeto também funciona como uma espécie de "Pronto Atendimento" para qualquer pessoa que procure, em qualquer momento, o acolhimento, informações e esclarecimentos relacionados a surdez, estando as integrantes disponíveis em escala de horários para isso.

As atividades promovidas, além da participação das extensionistas, contam com a ajuda de voluntários que se disponham a colaborar com as ações propostas, especialmente buscando toda a rede que pode ser criada dentro da própria universidade. Os encontros com as mães das crianças atendidas pelo Serviço, ocorrem semanalmente enquanto as crianças recebem atendimento, já o pronto atendimento está disponível durante toda a semana.

O PAIS também faz visitas a escolas e instituições que tenham surdos e serviços de saúde relacionados a diagnóstico ou terapia em surdez. Nessas visitas é divulgado o projeto, para que pessoas que tenham interesse e demanda possam vir a procurá-lo, além disso, buscase informações sobre como é a estrutura para receber o aluno surdo, assim como tem ocorrido a inserção desse estudante, sempre buscando ter o máximo de informação para melhor atender e esclarecer as famílias.

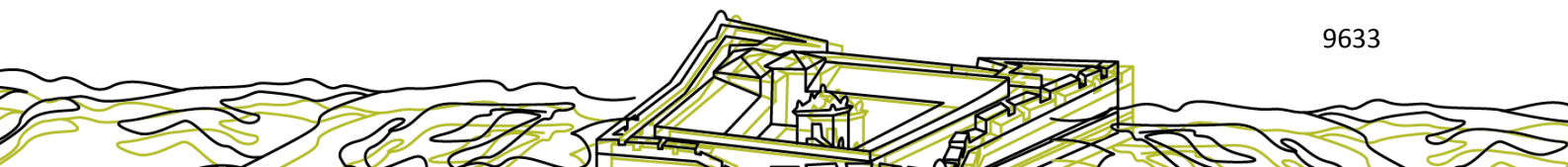
Desta forma, a metodologia utilizada no projeto é flexível, pois tem como base atender à demanda da população alvo forçando-nos, muitas vezes, a adequar as atividades variando-as semanalmente.

Discussão

O PAIS, como atividade de extensão, tem um amplo campo de ação que se idealizou para execução em diferentes frentes, podendo ser divididas em: atividades com os participantes do Serviço de Fonoaudiologia Bilíngue, atividades externas ao Serviço e atividades objetivando a formação acadêmica.

Pensando nas ações desenvolvidas ressalta-se as atividades com as mães das crianças surdas atendidas no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico Bilíngue, pois observou-se que os encontros com as mães se tornaram espaços onde essas podem falar sobre suas angústias, compartilhar um pouco do que passaram com o diagnóstico da surdez do filho, mas também lembrarem que não são apenas mães de crianças surdas. Soma-se a isso que, permitir que os familiares tenham contato com outros que compartilham de realidades semelhantes, constitui uma espécie de grupo de apoio (BITTENCOURT; HOEHNE, 2009). Desta forma, as atividades do PAIS dentro do CEDAF ocorrem em grupo proporcionando trocas entre os participantes.

No começo, e seguindo o planejamento inicial, nossas ações giravam em torno da surdez, trazendo informações e prestando esclarecimentos, mas no decorrer dos encontros, percebemos cansaço das mães em falar nesse assunto o que nos levou a refletir sobre o papel dado à mulher quando mãe de uma criança com deficiência. Vale ressaltar que estas são mulheres que estão sempre acompanhando seus filhos nos diversos atendimentos a que frequentam, além de acompanhá-los na escola o que as força a permanecer durante o dia todo ocupadas com tais atividades. Fica claro então, que a vida se resume a cuidar desses filhos, tornando-se sua fonte de motivação e reforçando muitas vezes, por consequência, o lugar da deficiência para criança, já que pode ocorrer que a mãe tema perder seu lugar de importância na família, na vida e na sociedade. Por outro lado, é notório observar no discurso, nas ações e na própria postura



assumida por elas, que lutam com sentimentos contraditórios - o cuidado do filho e o cuidado consigo mesmas. Fica a impressão de que deixam de existir como mulheres, tendo lugar apenas como "a mãe do deficiente". Isso foi uma demanda percebida pelas integrantes do projeto nas entrelinhas dos discursos das mães, e com o intuito de diminuir essa sensação, as ações do PAIS foram repensadas e reformuladas principalmente pela "escuta" das demandas das mesmas. Barbosa, Balieiro e Pettengill (2012) lembram que o cuidado com as famílias é fundamental para fortalecê-las e ajudá-las a passar por eventuais adversidades, colaborando para manter interações familiares saudáveis. Esse cuidado inclui estar atento para as demandas dessas famílias.

Então, a partir destas novas constatações, passou-se a proporcionar para as mães, atividades que as mantivessem como foco, buscando, antes de qualquer outra coisa, atender aos seus interesses, desejos e necessidades. Assim, novas estratégias foram traçadas de forma a priorizá-las como por exemplo, a realização de oficina de auto maquiagem³, oficina de turbantes e de bonecas Abayomi⁴, confecção de cadernos decorados⁵, atividades com o Projeto Musicando⁷, entre outros. A intenção com estas atividades foi mostrar que além de mães, elas também são mulheres, reforçando o empoderamento da mulher e negra enfatizando desta forma, a autoestima feminina e, por consequência, refletindo-se no cuidado com seus filhos.

Observa-se com este tipo de atividades que as demandas oriundas do grupo começavam a expandir-se, buscando também entender sobre empreendedorismo e, portanto, solicitamos ao SEBRAE na Bahia (Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas) uma palestra. Neste momento, as mães se confrontaram com outra situação, pois como em sua grande maioria são beneficiárias do BPC (Benefício de Prestação Continuada/INSS), não podem ter outra fonte de renda o que demandou diálogo com o INSS (já marcado para o início do semestre letivo 2018.1). Tais situações demarcam o papel do PAIS no sentido de fomentar a busca pelos seus direitos, reforçando o lugar cidadão de familiares de deficientes e dos próprios de forma a terem esclarecimentos necessários para as tomadas de decisões em todos os campos.

Falando sobre as tomadas de decisão, mesmo que as mães atendidas pelo projeto já tenham uma longa caminhada, pois as idades das crianças variam entre 8 anos a 13 anos, observa-se que paira sempre a dúvida sobre as escolhas feitas e principalmente

³ Agradecemos à participação voluntária da maquiadora Tércia Fernandes.

⁴ Promovida pelo Julho das Pretas, ação idealizada pelos profissionais do CEDAF.

⁵ Agradecemos à Empresa Júnior Alinhavo da Escola de Belas Artes da UFBA. ⁷ <https://www.facebook.com/Musicando-2026145790951151/>

sobre a pertinência ou necessidade de terem feito procedimentos diferentes como por exemplo, a cirurgia de implante coclear. Essas questões motivaram aos estudantes participantes do projeto a buscarem os itinerários terapêuticos percorridos pelas famílias.

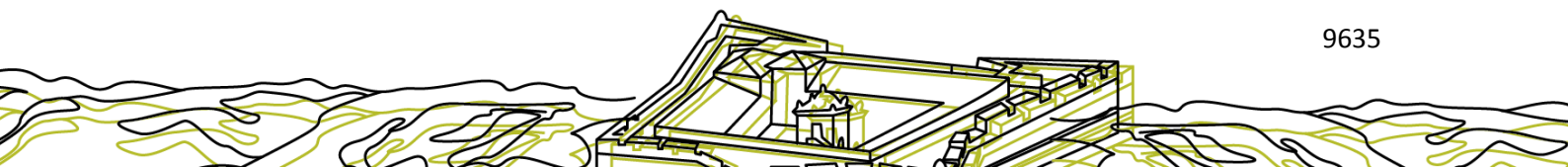
Entende-se por itinerários terapêuticos os caminhos que são percorridos por indivíduos na busca pelo cuidado em saúde, incluindo as escolhas que são feitas e os acontecimentos que vêm a ser desencadeados mediante estas escolhas (CABRAL et al. 2011). A partir deste conceito, buscou-se conhecer quais os percursos, os locais acessados pelos familiares e quais encaminhamentos dados até chegarem ao nosso serviço. Vê-se que mesmo estando os filhos bem assistidos e com desenvolvimento satisfatório, as mães se questionam constantemente se não deveriam ter feito diferente, especialmente no que diz respeito ao acesso a oralidade o que reforça as representações sociais fortemente arraigadas na sociedade quanto aos padrões de normalidade⁶.

Desta forma, é possível identificarmos a importância das ações desenvolvidas pelo PAIS semanalmente com as mães do serviço entendendo que a situação da deficiência emerge dúvidas, angústias e ansiedades que muitas vezes são repetitivas e ter espaço disponível para acolher é sempre crucial para todo o processo.

É interessante reforçar que, o que é trabalhado nesse projeto e a forma como isso se desenvolve não é fixa, mas toma-se como propulsão para as ações o que é trazido pelos participantes e o que percebe-se como demandas, pois acredita-se que percebendo quais são as necessidades haverá efetividade em realizar o objetivo do PAIS de acolher, informar e dar suporte às famílias (LIMA; BEGROW; MOURA, 2016).

Com relação às atividades externas ao Serviço, nossa prioridade é obtermos o que temos chamado de "pronto atendimento" que vem a ser a disponibilização de informação e acolhimento aos familiares de surdos tão logo tenham o diagnóstico da surdez, de forma a oferecermos o espaço de escuta e minimizar o hiato que normalmente existe entre o diagnóstico e a tomada de ação para o contato da criança com formas de promoção de desenvolvimento. Contudo, para se levar a cabo esta ação, é fundamental a participação de profissionais de saúde, dentre estes, médicos e fonoaudiólogos, para que possam orientar sobre a existência do PAIS e disponibilizar o

⁶ Quanto aos Itinerários Terapêuticos, estamos elaborando artigo com estudo conclusivo sobre estas questões suscitadas pelo diálogo com as famílias.



serviço, mas até o momento, não se obteve essa participação mais ativa sendo meta para o ano de 2018 o reforço a esta atividade.

Assim, verifica-se que dentre as ações externas ao serviço desenvolvidas pelo PAIS está a visitação a Hospitais e serviços de saúde onde se sabe da realização de diagnóstico, desde o Teste da Orelha, aos demais procedimentos investigativos, esclarecendo sobre o Projeto aos profissionais presentes no local no momento da visita e deixando material informativo breve, como folder com endereço e contato. Neste sentido, as ações serão expandidas agora, com visitação às Unidades Básicas de Saúde na tentativa de refletir nossas atividades também na Atenção Básica.

Além da visitação aos serviços de saúde, busca-se visitar escolas na esfera municipal e estadual além de instituições que se mantêm como ONGs (Organizações Não-

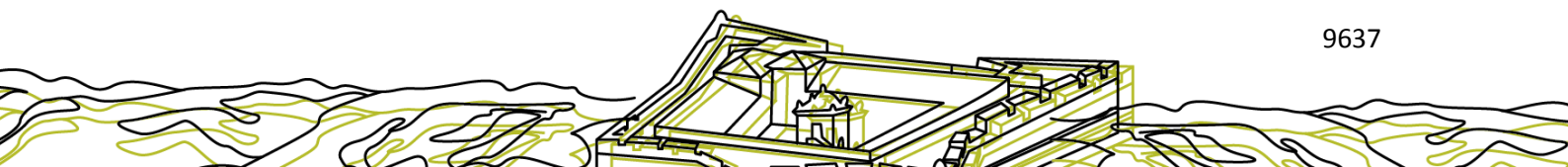
Governamentais) de forma a “mapear” o sistema educacional existente. O objetivo neste caso é conhecer a estrutura das escolas disponíveis na cidade de Salvador, buscando fornecer auxílio aos familiares quando questionam a esse respeito tomando como referência a localização geográfica, o número de crianças surdas matriculadas, a presença de intérpretes de língua de sinais, a formação docente e a visão da gestão para o processo de inclusão educacional da criança surda. Acreditamos que a escolha da escola para a criança deve estar sustentada, não apenas numa questão de conveniência localizacional/geográfica, mas também pelo que esta pode ofertar e garantir para o real desenvolvimento no processo educacional da criança surda. Na mesma medida, uma vez que há interesse social em conhecer estas estruturas e desta forma se estabelecem relações mais diretas entre o cidadão e as instituições, as escolas também podem sentir-se mais comprometidas e até mesmo ofertar educação inclusiva que não considere apenas a inserção da criança surda no ambiente educacional, mas sim, entenda seu papel no oferecimento de educação de qualidade para estes, tal qual se oferece aos ouvintes. Inclusão educacional não significa apenas estar na escola com os ouvintes, mas ter oportunidade de desenvolver-se porque recebe ensino adequado às suas especificidades linguísticas e por consequência, pedagógicas.

Por isso, é responsabilidade de todos reforçar o compromisso da escola na inserção social das crianças com deficiência. Este não é um gesto de “amor”, mas sim de respeito pelo outro e principalmente pelas suas diferenças. E as famílias devem ter condições de oferecer aos seus filhos surdos educação de qualidade para que possam almejar um futuro que considere suas singularidades ao invés de sua deficiência.

Observamos que as visitas escolares e institucionais estão funcionando também, como difusoras do projeto como um todo, além de estreitar os laços entre as instituições e a própria universidade, o que, sem dúvidas acaba sendo objetivo em toda ação de extensão que tem o intuito de gerar integração entre a Universidade e a sociedade, com troca de experiências, proporcionando formação com responsabilidade social. Porém, é perceptível o quanto os interesses das escolas se baseiam no atendimento aos alunos com deficiência, ou seja, há necessidade das instituições em serem atendidas nas demandas mais elementares do seu dia a dia pedagógico com crianças deficientes (independente de qual tipo de deficiência). Por diversas vezes, as extensionistas foram interrogadas e requisitadas a fazer algum tipo de atendimento dentro da escola, expressando certo desapontamento ao compreender que os motivos da visita não são direcionados à assistência educacional. O discurso dos representantes deixava claro o quanto necessitadas de apoio e informações são as escolas no que se refere aos alunos com deficiência e especialmente, aos surdos. Não se pode esquecer que quando nos referimos às questões da surdez, devemos considerar a diferença linguística aos quais os docentes devem atentar-se e que também afeta a organização pedagógica das aulas.

Quanto a formação acadêmica, este projeto traz muitos ganhos aos estudantes bolsistas, primeiro pela preparação prévia que devem ter a fim de atuar nos diferentes âmbitos que se relacionam à atividade que conforme já citado, têm amplo escopo. Além disso, e ainda falando sobre questões mais específicas, os estudantes envolvidos no projeto e com a professora idealizadora das atividades, passam a refletir sobre a fonoaudiologia a partir do seu papel de promotora de saúde afastando-se da perspectiva hegemônica que busca os processos de doença e sua reabilitação. Com esta perspectiva de ação tradicionalmente vista entre boa parte dos profissionais de saúde, as intervenções feitas tomam conceitos estandardizados de normalidade e mesmo a promoção de saúde ou as orientações prestadas no que diz respeito às perdas auditivas, seguem esse caminho que visa reabilitar, normalizar e minimizar diferenças.

Outro aspecto importante neste sentido é que atuar junto a famílias, requer do estudante amadurecimento a fim de entender seu papel profissional ao invés de dispensar-lhes olhar benevolente e apiedado pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia com o filho surdo. Para alcançar este objetivo importantíssimo na formação dos estudantes, é necessário que se ofereça espaço de escuta e acolhimento para em conjunto ser possível refletir sobre os aspectos teóricos envolvidos no processo formativo, assim como, contribuir a partir da prática profissional do docente respaldando, amparando e auxiliando os estudantes na tarefa de construir-se ou constituir-se profissionais de saúde em meio a sociedade que se vivencia hoje.



Outro ponto relevante, diz respeito a conformação de atividades em grupo que requerem bastante conhecimento e flexibilidade do estudante além de criatividade e presença de espírito para as demandas que emergem no momento em que o grupo está em ação.

Enfim, apesar dos grandes desafios imbricados numa atividade de extensão que tem objetivos robustos assim como os aqui apresentados, vê-se de sua necessidade para a comunidade e sua importância para a formação do estudante de fonoaudiologia. Ademais, a partir das demandas oriundas de todas as atividades, tem sido aventada a possibilidade de compartilhamento também com profissionais de outras áreas afim de que possam agregar apoio, conhecimento e acolhimento à causa dos surdos.

Conclusão/Considerações Finais

Por tratar-se de um projeto bastante amplo, temos consciência de que de tudo o que se planejou inicialmente, alguns aspectos foram vencidos e outros mais difíceis ainda precisam ser melhor trabalhados. Contudo, tanto a devolutiva dos familiares quanto dos estudantes bolsistas no projeto, assim como em todas as experiências de divulgação do trabalho, tem-se obtido retorno bastante positivo o que se reflete em bem-estar familiar, progresso terapêutico dos surdos e aprendizagem ao estudante.

Quando se analisa todos os ganhos oriundos da ação, devemos resgatar alguns produtos relevantes e que demarcam a necessidade de continuidade como atividade permanente deste projeto, que apesar de não ter nenhum auxílio de órgãos de fomento, vai desenvolvendo suas ações fundamentalmente sustentadas no elemento humano. O grupo constituído pela professora coordenadora do projeto e as estudantes bolsistas agregou também a participação de estudante voluntária em momento formativo anterior às necessidades do projeto, para que desde cedo possa ir acompanhando as ações e assim familiarizar-se com as atividades e posteriormente estará mais madura ao assumir o lugar de bolsista. Sendo assim, as estudantes são incentivadas a busca pela apropriação teórica e, por consequência de todas as atividades desenvolvidas, incentiva-se também a participação em eventos científicos de forma a exercitar o espírito extensionista e científico, assim como, auxiliar na divulgação das ações. Desta forma, as estudantes envolvidas estão sempre buscando estratégias para comunicação à comunidade, quer seja acadêmica ou externa, das ações desenvolvidas. Uma das formas positivas de alcançarmos este objetivo, é no incentivo para a escrita do TCC, trabalho de conclusão de curso, das alunas envolvidas a partir de questões do projeto, assim se

incentiva maior aprofundamento em aspectos específicos o que já contribui para a própria atividade.

Além desses pontos mencionados, o projeto está constantemente revendo-se e em comunicação direta com a comunidade ao qual atende de forma servir em seu papel social de forma plena e responsável. Tais argumentos reforçam cada vez mais, a necessidade de continuidade das atividades deste projeto em prol da comunidade e da formação discente.

Referências

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. **Family-centered care in the context of children with disabilities and their families: a reflective review.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 21, n. 1, p. 194-199, 2012.

BITTENCOURT, Zélia Zilda Lourenço de Camargo; HOEHNE, Eduardo Luiz. **Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1235-1239, 2009.

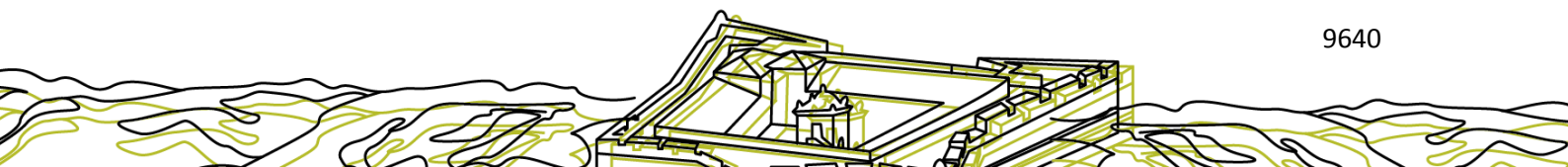
CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 4433-4442, 2011.

LIMA, Camila; BEGROW, Desirée; MOURA, Jéssica. PAIS - Projeto para acolhimento, informação e suporte a familiares de crianças surdas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL E SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO BILÍNGUE PARA SURDOS, p. 238-245, 2016, Salvador. **Anais eletrônicos [do] IV Seminário de Educação Bilíngue para Surdos: perspectivas da educação bilíngue para o século XXI.** Salvador: UNEB, 2016. Disponível em: <https://visebparasurdos.wordpress.com/educacao-atual/>. Acesso em: 31/03/2018.

MARIANI, Beatriz Zaki Porcelli et al. O trabalho fonoaudiológico em uma clínica dialógica bilíngue: estudo de caso. **CoDAS.** 2016. p. 653-660. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/codas/2016nahead/2317-1782-codas-2317-178220162015287.pdf>>. Acesso em 31/03/2018.



NEGRELLI, Maria Elizabeth Dumont; MARCON, Sonia Silva. Família e criança surda. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 098-107, 2006. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/%205146/3332>>. Acesso em 31/03/2018.





ENTRELAÇANDO EXTENSÃO E ENSINO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA PUC-CAMPINAS

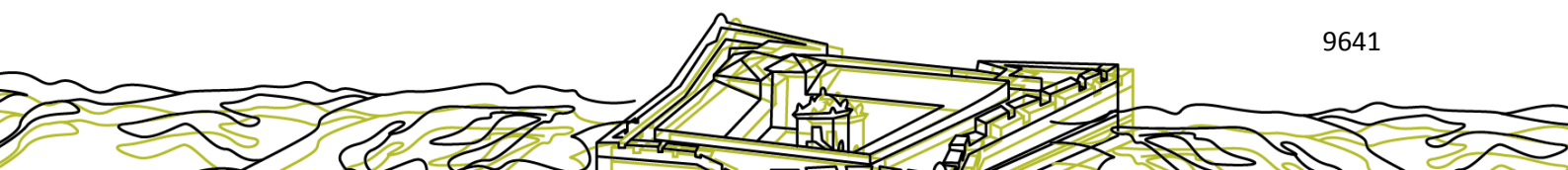
Área temática: Saúde

Camila Hespanhol Capovilla; Mariana Manfrinatti Seixas Queiroz; Tainá Santos Tofanello; Tatiana Slonczewski

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC – Campinas)

Resumo: Ensino e extensão são dimensões indissociáveis na construção de um conhecimento que se aproxime das necessidades da comunidade e promova transformação social. O presente trabalho relata a experiência da interface Ensino-Extensão Universitária desenvolvida no contexto do Serviço-Escola de Psicologia da PUC-Campinas, a partir da realização de um projeto de extensão naquele contexto e seu entrelaçamento no processo formativo dos estagiários do 7º período do curso de graduação em Psicologia, na disciplina Estágio Básico II – Projetos de intervenção. O público-alvo direto das ações de Extensão Universitária foi a

equipe assistencial do serviço, composta por cinco psicólogas e uma assistente social. O objetivo do projeto de extensão foi apoiar o cuidado centrado na pessoa, por meio de ações socioeducativas destinadas à equipe nos anos de 2016 e 2017. Concomitantemente, os estagiários que acompanharam as transformações no serviço, decorrentes das atividades de extensão, se apropriaram do conhecimento produzido e desenvolveram material informativo sobre o acolhimento psicológico, promovendo a reflexão junto aos pares sobre a prática de uma clínica ampliada. As ações desenvolvidas a partir desta interface Ensino-Extensão permitiram a elaboração da cartilha “Conhecer e aprender antes de atender: sobre acolhimento psicológico e avaliação contextual”, que se tornou parte integrante do material disponível no Serviço de Psicologia e foi incorporada à formação dos discentes nas disciplinas voltadas à preparação para atuação clínica no curso de Graduação em Psicologia na Universidade. A experiência gerada por esta interface permitiu a construção de um conhecimento dinâmico que qualificou as ações do serviço, promovendo a autonomia da equipe assistencial e a formação crítica e participativa dos estagiários.



Palavras-chave: Extensão Universitária; Formação em Psicologia; Promoção da Saúde; Serviço-Escola de Psicologia; Acolhimento Psicológico

Introdução

A Universidade é um importante espaço para o desenvolver de novos conhecimentos, reflexões e práticas. Considerando a interdisciplinaridade de diversos saberes e a possibilidade de integração entre ensino, pesquisa e extensão, é neste contexto que se permite a criação de um olhar mais ampliado frente a diferentes paradigmas (PIVETTA et al., 2010).

A Extensão Universitária é definida como sendo uma atividade acadêmica que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável permitindo que se estabeleça uma relação transformadora entre Universidade e Sociedade. A Extensão, então, deve ser um processo bidirecional através do qual a comunidade acadêmica tem a oportunidade de se aproximar da sociedade e de elaborar uma atuação crítica.

O aprendizado desenvolvido em sociedade é refletido por docentes e discentes à luz de teorias no ambiente acadêmico, acrescentando o conhecimento prévio adquirido. Este processo dialético entre Universidade e Sociedade de troca de saberes sistematizados tem como consequência a produção de conhecimento decorrente do confronto com a realidade brasileira, a democratização do conhecimento acadêmico e a aproximação da sociedade na atuação da Universidade.

Como prevê o Plano Nacional de Extensão Universitária, a Extensão não é um conjunto de ações que objetivam a disseminação do conhecimento, é por excelência um instrumento de inter-relação da Universidade com a Sociedade, trazendo inúmeras possibilidades de transformação de ambas, assim como delineado neste trecho retirado do plano:

No que se refere à relação Extensão e Ensino, a diretriz de indissociabilidade coloca o estudante como protagonista de sua formação técnica - processo de obtenção de competências necessárias à atuação profissional - e de sua formação cidadã - processo que lhe permite reconhecer-se como agente de garantia de direitos e deveres e de transformação social (FORPROEX, 2010, p.32).

Pensando nisso, um Projeto de Extensão Universitária deve nascer e se desenvolver como um compromisso entre Universidade e Sociedade. Esse compromisso deve contemplar a busca por condições para um mundo mais justo e igualitário, por meio de ações que promovam a emancipação e autonomia de todos os envolvidos, além da abertura da Ciência ao diálogo com a sociedade, para que a transformação social se dê como uma relação dialética.

Nesse sentido, a Extensão Universitária busca a construção de um conhecimento vivo, ativo e em movimento, compreendendo as relações de transformação social como um processo de muitos protagonistas, seja quando envolve o público-alvo direto ou quando amplia e enriquece a formação discente nos cursos de Graduação, qualifica a atuação do docente extensionista, e realiza a interface com a pesquisa e o ensino.

Esse conhecimento vivo e dinâmico, que nasce das múltiplas relações promovidas pelas ações de extensão, ampara-se no caráter indissociável da tríade ensino-pesquisa-extensão e deve se multiplicar como uma aprendizagem significativa, afetando de maneiras diversas todos os envolvidos.

No que concerne à perspectiva do ensino, a formação em Psicologia deve ser capaz de aproximar a teoria e prática na construção do conhecimento, tendo como guia as demandas que surgem da comunidade e do contexto onde o discente está inserido. Atualmente, as demandas sociais requerem psicólogos que sejam mais do que meros técnicos e que estejam preparados para usar de forma criativa seu conhecimento, articulando criticamente teoria, prática e incidências sociais (MATOS, 2000 apud BOECKEL et al., 2010).

Portanto, é imprescindível que o profissional em formação assuma uma postura criativa e flexível, que atue de forma crítica e reflexiva frente aos problemas que surgem nos diferentes contextos dentro da realidade brasileira, a fim de transformá-la (BOECKEL et al., 2010).

Para tornar possível uma formação amparada também nas questões práticas, as Diretrizes Curriculares Nacionais preveem que os cursos de graduação em Psicologia ofereçam estágios supervisionados, com o compromisso de assegurar o envolvimento do aluno com situações e contextos que permitam a concretização de conhecimentos e habilidades profissionais. Esses estágios se estruturam em dois níveis: básico e específico (BRASIL, 2011).

O curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC -

Campinas) prevê em seu Projeto Pedagógico a realização pelo discente do Estágio Básico II - Projetos de Intervenção, que visa capacitar o aluno a desenvolver uma observação científica em um determinado campo de atuação do psicólogo, articulando-a à elaboração de um projeto de intervenção para sanar determinadas necessidades encontradas no contexto em questão. Uma das possíveis áreas para o desenvolvimento desta atividade é a Saúde/Clínica, cujas atividades podem ocorrer no Serviço-Escola de Psicologia Universidade.

Os Serviços-Escola de Psicologia caracterizam-se como espaços que, além de propiciar condições para a formação profissional com o desenvolvimento de habilidades e competências no que diz respeito à prática do psicólogo, também oferecem atendimentos à comunidade em que estão inseridos e funcionam como um campo para a produção de conhecimentos através de pesquisas aplicadas. Portanto, estes espaços são estruturados para atender a necessidades sociais ao mesmo tempo em que respondem às exigências previstas nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Psicologia.

No contexto de um Serviço-Escola de Psicologia, o estudante tem a oportunidade de exercitar e desenvolver conhecimentos, tanto teóricos quanto práticos, contemplados no Projeto Pedagógico de seu curso. Ademais, é possível realizar reflexões a respeito da própria comunidade em que está inserido, podendo levar à promoção da saúde de forma mais qualificada para esta realidade singular.

Como parte integrante de uma rede de assistência à saúde, alguns Serviços-Escola de Psicologia também atuam em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os quais se pautam na busca de seguridade social, a partir de ações de promoção de saúde e prevenção, tratamento e reabilitação (MENICUCCI, 2012 apud GOMES; DIMENSTEIN, 2016).

Sendo um espaço em que o desenvolver da prática de promoção da saúde se torna possível, os Serviços-Escola de Psicologia se apresentam como campo propício para a efetivação dos objetivos tanto dos estágios obrigatórios dos cursos de graduação quanto de Projetos de Extensão. Assim, uma vez que serviços dessa natureza prezam por princípios e diretrizes humanizadas, contribuindo para a qualificação de suas ações ofertadas, a interface Ensino-Extensão no contexto do Serviço-Escola potencializa cada vez mais a promoção da saúde e a formação dos discentes.

Vale ressaltar que muito se fala sobre humanização sem realmente se apropriar de seu significado. Pode-se afirmar que humanizar é levar em consideração as necessidades verdadeiras do cliente, não sendo unicamente materiais, mas também psicológicas e da personalidade subjetiva e singular de cada sujeito.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL, 2013, p. 4)

Inspirada por esse conceito, a Política Nacional de Humanização (PNH) aborda em suas diretrizes o acolhimento como sendo uma das ações a serem desenvolvidas nas instituições de saúde, visando potencializar o cuidado oferecido.

“Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (BRASIL, 2013, p.7).

Este momento do cuidado centrado na pessoa é considerado uma postura e prática de atenção que potencializa a construção de uma relação de confiança e compromisso entre usuários e as equipes de serviços de saúde. Com uma escuta qualificada e atenta às necessidades da pessoa é possível garantir o acesso e a efetividade à saúde bem como ampliar a promoção desta.

Metodologia

A interface Ensino-Extensão abordada no presente trabalho se deu no ano de 2017, entre o Projeto de Extensão “Atividades socioeducativas e de apoio a ações de cuidado centrado na pessoa para equipe técnica da Clínica-Escola de Psicologia da PUC-Campinas” e o projeto de intervenção desenvolvido por um grupo de estagiários da

disciplina Estágio Básico II - Projeto de Intervenção do curso de Psicologia da PUC-Campinas. Como ponto de partida para o delineamento do projeto de intervenção dos discentes, considerou-se a necessidade de promover aproximação dos estagiários às transformações do Serviço-Escola de Psicologia da PUC-Campinas, gerando reflexão sobre novas ações desenvolvidas a partir do Projeto de Extensão.

Contexto

O Serviço-Escola de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCampinas) é conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1990, atendendo às diretrizes nacionais em saúde, destacando integralidade, descentralização, equidade, regionalização e resolubilidade; além disso, o espaço também é responsável pela formação dos estagiários matriculados no Curso de Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Devido ao princípio de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços oferecidos na clínica são destinados prioritariamente ao distrito noroeste da cidade de Campinas, mas também abrangem o atendimento da região metropolitana de Campinas, como os municípios de Monte Mor, Hortolândia, Sumaré, Nova Odessa, Americana, Vinhedo e outras. A função social da clínica, então, é definida como sendo atender às necessidades de cuidado psicológico dessa comunidade.

São ofertados os seguintes serviços à comunidade: Programa de Acolhimento, Programa de Avaliação Contextual e Programa de Intervenção, podendo este último ser feito por Avaliação Psicológica, por Intervenção Grupal ou Individual, ou por Oficinas. Para realizar os serviços oferecidos, a clínica conta com uma equipe multiprofissional, composta de psicólogas e uma assistente social, além dos estagiários do curso de Psicologia da PUC-Campinas.

Ações desenvolvidas

Para o ano de 2017, o Projeto de Extensão almejou o desenvolvimento de oito oficinas junto ao público-alvo, que consistiu na equipe assistencial do Serviço-Escola, composta por cinco psicólogas e uma assistente social. As oficinas ocorreram mensalmente e a equipe de Extensão desenvolveu também ações semanais junto a esse público,

apoiando a realização de reuniões de equipe e o desenvolvimento de ações no contexto, voltadas ao atendimento da população e à qualificação da formação dos discentes.

No mesmo contexto, as transformações ocorridas no Serviço a partir das ações de extensão, promoveram reflexões dos discentes que adentravam o campo para a realização do Estágio Básico, com o compromisso do desenvolvimento de um projeto de intervenção. O primeiro passo do projeto de intervenção foi a caracterização do Serviço-escola, realizada por meio do contato com a equipe atuante no serviço, incluindo os estagiários do 10º período do curso de Psicologia, as psicólogas contratadas pelo serviço e a equipe de secretaria. Também foram realizadas pelos discentes as observações do campo na sala de espera, sala de estagiários, secretaria e no Acolhimento Psicológico desenvolvido pelos estagiários do 10º período.

Em seguida, os estagiários coletaram informações sobre as diretrizes do funcionamento dos programas ofertados pelo serviço por meio de novas observações de campo e dos materiais informativos disponibilizados pelo próprio serviço. Foi nesta etapa em que as necessidades foram identificadas e os objetivos do projeto definidos.

O projeto almejou o desenvolvimento de um material informativo para orientação dos demais estagiários do serviço, inspirado nas ações desenvolvidas pelo Projeto de Extensão em vigência no Serviço. O levantamento de dados para composição da cartilha foi realizado através de pesquisas bibliográficas em artigos científicos e livros, e também pela aplicação de questionários à equipe atuante no serviço (psicólogas contratadas da clínica, três docentes que supervisionam estágios neste campo e também dezenove estagiários do 10º período do curso).

A análise dos dados coletados constituiu-se pela ordenação em categorias do conteúdo. Portanto, organizou-se os dados segundo classes de ações e atitudes pertinentes ao espaço do Serviço-Escola e aos Programas oferecidos por este, também fundamentando-se por diretrizes do Conselho Federal de Psicologia relacionadas à especialidade da Psicologia Clínica.

Por fim, com o objetivo de qualificar a preparação dos estagiários para atuação no Serviço-Escola de Psicologia da PUC-Campinas, elaborou-se uma cartilha didática em formato de e-book para uso dos estagiários, constituída por 27 páginas, abordando informações gerais sobre o que é um Serviço-Escola de Psicologia e sua caracterização na PUC-Campinas, e em seguida enfocando os programas oferecidos pelo serviço e as atitudes esperadas para os estagiários no contexto.

Resultados e Discussão

As propostas do Projeto de Extensão da docente e do Projeto de Intervenção dos discentes desenvolveram-se em paralelo durante o primeiro semestre de 2017 e se entrelaçaram no Serviço-Escola, uma vez que compartilhavam dos mesmos objetivos: promoção de saúde, qualificação do atendimento e reflexão sobre a humanização do acolhimento psicológico. A interface entre a Extensão Universitária e Ensino no curso de Graduação em Psicologia se deu nesse encontro.

O Projeto de Intervenção desenvolvido pelos discentes se apropriou das mudanças e reflexões que a Extensão estava propondo no serviço, principalmente no que se refere a um atendimento humanizado, tendo como resultado a produção da cartilha informativa “Conhecer e aprender antes de atender: sobre acolhimento psicológico e avaliação contextual”, que se tornou parte integrante do material disponível no Serviço de Psicologia e foi incorporada à formação dos discentes nas disciplinas voltadas à preparação para atuação clínica no curso de

Graduação em Psicologia na Universidade. Os assuntos abordados na cartilha, constituída por 27 páginas, dizem respeito aos serviços que caracterizam a “porta de entrada” do campo estudado, do ponto de vista prático e teórico, sendo eles acolhimento psicológico e avaliação contextual.

Esta incorporação se deu ao fim do estágio, quando essa cartilha foi apresentada pela docente supervisora à equipe do Serviço e à direção do curso de Psicologia, e ambas demonstraram interesse em que o material produzido pudesse contribuir para a formação dos discentes, como reflexo de uma aprendizagem significativa e da produção de um conhecimento vivo e dinâmico.

A cartilha passou, então, por avaliação e revisões feitas pelo Serviço e pela equipe docente da Faculdade que atua no serviço, se transformando em material disponível para uso nas duas instâncias (Serviço e Faculdade). Logo no segundo semestre de 2017, a cartilha já fazia parte da leitura complementar da disciplina de Psicopatologia II, referente ao 6º período do curso.

Portanto, essa interface possibilitou a aproximação entre as transformações geradas pela Extensão e pela implementação do Estágio previsto pelo Projeto Pedagógico da Graduação em Psicologia, atingindo a formação dos estagiários, modificando o serviço, promovendo saúde para a comunidade e colocando em movimento o conhecimento criado.

Conclusão e Considerações finais

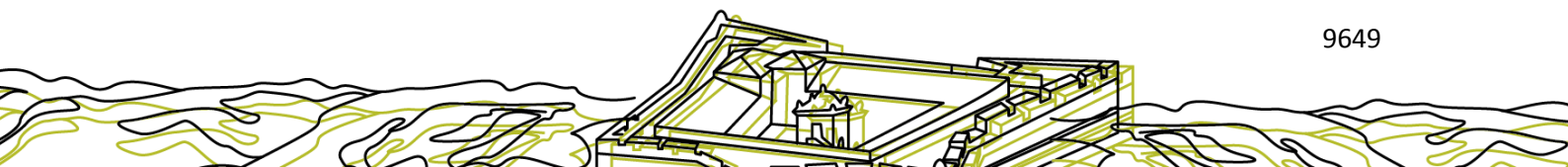
O Projeto de Extensão e o Projeto de intervenção atingiram os objetivos previstos e permitiram a construção de um conhecimento vivo e dinâmico, promovido numa relação dialética com Serviço e comunidade, qualificando a formação profissional do discente, do qual espera-se uma atuação crítica e flexível frente às demandas sociais que se estruturam e se modificam.

A interface entre Ensino e Extensão pode contribuir para o conhecer e para o atuar dos discentes no Serviço-escola, integrando teorias e práticas, aproximando graduação e extensão, e com isso a promoção da saúde foi intensificada e refletida por uma atuação fundamentada pela realidade da comunidade em que o Serviço está inserido e qualificada para o cuidado centrado na pessoa.

Portanto, o entrelaçamento da Extensão com o Ensino da Graduação possibilitou a multiplicação de conhecimentos e reflexões, que conseqüentemente melhoraram a formação dos estudantes de Psicologia envolvidos com o estágio, daqueles que ainda iniciavam a formação clínica e da própria equipe do Serviço.

Não é apenas na Universidade que as ações de Extensão almejam produzir impacto e transformações. Mas a própria sociedade também deve ser transformada pela interação indissociável entre Ensino-Pesquisa-Extensão. Sendo assim, muito ainda há a ser feito para o fortalecimento da política de Extensão Universitária. Por isso, é válido considerar a necessidade do engajamento acadêmico no desenvolvimento de novos trabalhos dentro deste contexto da interface Ensino-Extensão, para que as demandas da sociedade, que se criam e se transformam a todo momento, estejam próximas à comunidade acadêmica.

Espera-se que seja possível resgatar cada vez mais a importância desta interface para além do discurso, visto a significativa contribuição desta ferramenta para a construção de uma Psicologia e formação de profissionais que acompanhem o movimento da realidade e suas especificidades, assim como demonstrado por este relato de experiência. É preciso disparar um movimento reflexivo que considere a prática integrada e contextualizada para viabilizar a produção interdisciplinar de novos saberes e fazeres na área da saúde.



Referências

BOECKEL, M. G. *et al.* O papel do Serviço-escola na consolidação do projeto pedagógico do curso de Psicologia. *Psicologia: Ensino & Formação*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 41-52, 2010.

Disponível em:

<https://psicologia.faccat.br/moodle/pluginfile.php/113/mod_page/content/12/artigo.pdf> . Acesso em: 12 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº 5, de 15 de Março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Folheto Política Nacional de

Humanização. Rede HumanizaSUS. 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> . Acesso em: 20 abr. 2018

FORPROEX. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Política Nacional de Extensão Universitária. Manaus. 2012. Disponível em:

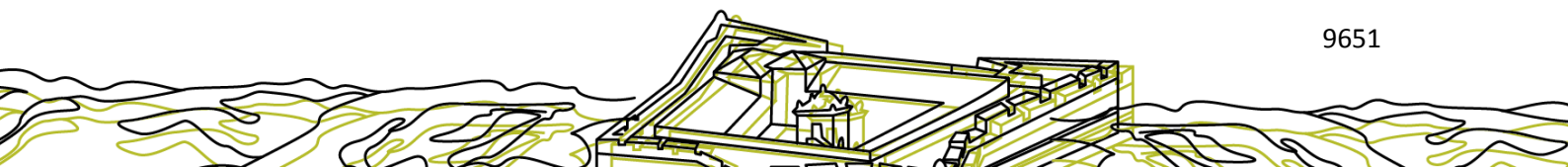
<file:///C:/Users/Camila/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bwe/TempState/Downloads/Politica%20Nacional%20de%20Extensao%20Universitaria%20FORPROEX-%202012.pdf> . Acesso em: 20 abr. 2018

GOMES, Maria Aparecida de França; DIMENSTEIN, Magda. Serviço escola de psicologia e as políticas de saúde e de assistência social. *Temas em psicologia* [online]. 2016, vol.24, n.4, pp. 1217-1231. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000400003> Acesso em: 12 mar. 2018.



PIVETTA, H. M. F. *et al.* Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária: em busca de uma integração efetiva. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 16, n. 31. 2010



O SUICÍDIO - INFORMAÇÃO, PREVENÇÃO E CUIDADO: UMA PROPOSTA DE AÇÃO INTEGRADA NA UNIVERSIDADE

Área Temática: Saúde

Ana Karina Silva Azevedo¹; Ana Cecília Canário Carlos de Andrade²; Maria Vanessa Moraes da Silva³; Amanda Melo Queiroz da Costa⁴; Jucieli Pollyanna Querino da Silva⁵; Mariana Maia de Medeiros⁶; Sofia Lobo Costa Meskó⁷; Thayse Lira Santana⁸;

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

A tentativa de suicídio, mais do que uma questão filosófica, religiosa ou social é um grave problema de saúde pública. Apesar de seus altos índices, ainda é um fenômeno subnotificado e pouco discutido em nossa sociedade. Pouco tem sido feito para construir políticas de prevenção a este fenômeno, bem como ainda não foi estruturado um modelo de assistência entre profissionais de saúde para favorecer uma adequada acolhida àqueles vitimados pela ocorrência de uma tentativa de suicídio. Diante desse cenário, nas universidades tem sido cada vez mais recorrentes notícias de tentativas de alunos que demandam de coordenadores, professores e alunos/colegas ações e intervenções para acolhimento deste sofrimento ainda cercado de tabus, mitos e desconhecimento pela maior parte da população. Pensar em ações sistemáticas ao suicídio, em suporte às Universidades é algo urgente, dada a realidade que se apresenta. Em especial, por falar em suicídio ser pensar na saúde mental da população, nos sofrimentos acometidos pela humanidade na contemporaneidade, pelo desalojamento existencial que tem acompanhado a existência humana nos últimos tempos. Neste sentido, a ação de extensão sob título “O Suicídio informação, prevenção e cuidado: uma proposta de ação integrada na Universidade” pretende, em parceria com a PROAE,

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

³ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

propor ações informativas, educativas sobre o suicídio, bem como, uma ação de assistência e acolhida àqueles (estudantes) que estejam acometidos por ideação ou tentativa de suicídio, aliando a isso, ciclos de palestras a coordenadores, professores e centros acadêmicos sobre o suicídio enquanto fenômeno presente e crescente em nossa sociedade, a serem realizadas, em conjunto, nos Campus Natal, Santa Cruz e Caicó. Através de ações como esta pode-se suscitar ações continuadas e permanentes de assistência ao suicídio, bem como, inspirar a multiplicação de ações, como a aqui proposta, em outros setores da nossa sociedade.

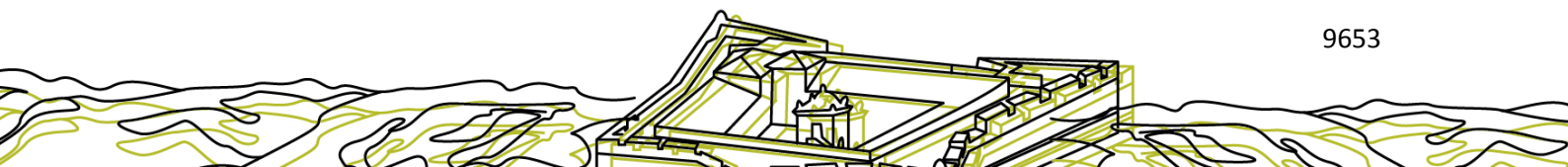
Introdução

A Organização Mundial da Saúde estima que mais de 800 mil pessoas morrem devido ao suicídio todos os anos, sendo a segunda principal causa de morte entre indivíduos com idade entre 15 e 29 anos. Ademais, estima-se que, a cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio. Para Sabino (1986, p. 144), “o suicídio é um ato de publicidade: publicidade do desespero”. Em relação a essa reflexão, Abasse, Oliveira, Silva e Souza (2009) apontam que o suicídio ou a sua tentativa revelam uma dor emocional que o sujeito considera ser intolerável e com a qual acredita não ter capacidade de lidar.

Segundo a “Cartilha: suicídio, informando para prevenir”, o número de casos de suicídio vem aumentando cada vez mais no mundo, de modo que, no Brasil, estudos mostraram que foram registradas, em 2012, 11.821 mortes, o que era equivalente a cerca de 30 mortes por dia, correspondendo a 9.198 homens e 2.623 mulheres. A associação brasileira de psiquiatria (2014) relata que todos os anos são registrados cerca de dez mil suicídios no Brasil e mais de um milhão em todo o mundo.

A tentativa de suicídio entre indivíduos de diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos é um dado presente em estatísticas nos estudos envolvendo esse fenômeno, que acabam por revelar um número crescente de suicídio, aumentando aproximadamente 60% nos últimos 50 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006). Tais dados mostraram também que alguns fatores de risco estão associados ao suicídio, como: nível socioeconômico e de educação baixos; estresse social; problemas com o funcionamento da família, relações sociais e sistemas de apoio; trauma, como abuso físico e sexual; perdas pessoais; sentimentos de baixa autoestima ou de desesperança; homossexualidade; perturbações mentais, como depressão; dentre outros.

Como mais um contexto da experiência humana, a Universidade também desponta-se como lugar de tematização do sofrimento psíquico. Para reforçar tal reflexão, apresentamos achados encontrados por Dutra (2007; 2008) em pesquisas desenvolvidas



junto a 637 estudantes de psicologia, em duas universidades (uma pública e uma privada) e duas faculdades, na cidade de Natal-RN. Entre os 637 alunos que responderam ao questionário de pesquisa, no RN, 52,45% disseram que sentiam vontade de morrer; 48 dos estudantes pesquisados, representando 7,5% do total, haviam tentado se matar. Tal dado é constatado ainda pelo aumento da procura por atendimentos decorrentes de ideação suicida nos Serviços escolas das Universidades, bem como nas pró-reitorias de apoio aos alunos.

A emergência da temática do sofrimento psíquico no contexto acadêmico como objeto de afetação e estudo dos pesquisadores remonta à Europa e aos Estados Unidos. Caixeta e Almeida (2013) nos contam que o tema do sofrimento psíquico na universidade é uma questão que vem sendo discutida e pesquisada há décadas, sendo a maior parte dos estudos iniciais concentrados na Europa e nos Estados Unidos, pelo fato de serem lugares onde se encontra uma grande concentração de universidades.

Ainda sobre o início dos estudos sobre o fenômeno, Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) apontam como motivações para tomar como objeto a temática, o reconhecimento de que os universitários passam por uma fase de vulnerabilidade ao sofrimento psíquico devido às mudanças que vivenciam, fazendo-se necessário o amadurecimento da personalidade para prevenir o fracasso de alunos ditos 'saudáveis'. Todas essas questões e preocupações resultaram em 1956 na I Conferência Internacional sobre Saúde Mental Estudantil, por meio da qual foram propostos programas modelo de serviços de assistências à saúde mental do estudante, utilizados até hoje como guias (CERCHIARI, CAETANO e FACCENDA, 2005).

Em relação aos estudos nacionais sobre a temática, vale ressaltar que:

No Brasil, com a expansão universitária, sobretudo na segunda metade do século XX, o interesse por este tema tem ganhado adeptos.

E os pioneiros nestes estudos, no Brasil, são: Fortes (1972), Albuquerque (1973) e Loreto (1985). Todos eles chamam a atenção para a necessidade de um atendimento formal aos estudantes, no que diz respeito aos aspectos psíquicos e de saúde mental (CAIXETA e ALMEIDA, 2013, p. 27103)

Nesse contexto, um ano após a Conferência Internacional de Saúde Mental Estudantil, cria-se no país o primeiro serviço de assistência psicológica e psiquiátrica ao estudante universitário, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (Cerchiari, Caetano e Faccenda, 2005). Torna-se imprescindível agora compreender o contexto social e intelectual inaugurado pela modernidade, a fim de situar o contexto acadêmico e seus desdobramentos na contemporaneidade, lançando um olhar para a demanda de sofrimento como sintoma de um tempo.

Bauman (1999), em sua obra *Modernidade Líquida*, aponta a brevidade e a insegurança como as grandes marcas da contemporaneidade. O contexto universitário não é uma realidade à parte em relação à sociedade em que vivemos, ela ao mesmo tempo que se constitui nessa sociedade, a constitui como sociedade. A supervalorização do desempenho intelectual na educação superior é expressão de uma sociedade em que a racionalidade é vista como o grande valor do homem.

Para além da realidade moderna ocidental, vivemos no Brasil um período muito específico de mudanças sociais no ingresso à universidade, que deve ser considerado. Como afirmado por Azeredo (2005), a introdução das cotas no sistema de entrada na universidade vem operando mudanças significativas. Assim, apesar da produção de conhecimento ainda ser predominantemente elitista, o acesso à universidade se tornou mais democrático. Dessa forma, passa a ser encontrado no contexto acadêmico conflitos sociais que até certo tempo não existiam, não estando a universidade preparada para essa demanda, tendo em vista que não foi historicamente estruturada para ela.

Localizando a universidade nesse contexto que poderemos ter uma compreensão mais total do fenômeno do sofrimento psíquico em estudantes do ensino superior. “Da forma como a educação superior está organizada, tendo sua atenção focada principalmente nos processos cognitivos e nas técnicas de avaliação de desempenho acadêmico, nem sempre são consideradas as necessidades subjetivas dos estudantes” (Caixeta & Almeida, 2013, p.27115).

Assim, assistimos atualmente à intensificação das expressões de sofrimento, como as somatizações, entre os estudantes universitários, o que não só traz impactos negativos ao desenvolvimento acadêmico, mas também pessoal.

Dados estatísticos do Censo de Educação Superior revelam que existem condições impeditivas não explícitas que estão interferindo na conclusão do percurso acadêmico (Xavier, Nunes & Silva, 2008). Em relação ao sofrimento psíquico, como uma das explicações do fenômeno supracitado, Caixeta e Almeida (2013) encontraram em suas

pesquisas como principais sintomas desse sofrimento: cefaleia, dor estomacal, insônia, tremor, agitação, antecipação de preocupação, isolamento, irritabilidade, sudorese e compulsão ou abstinência alimentar.

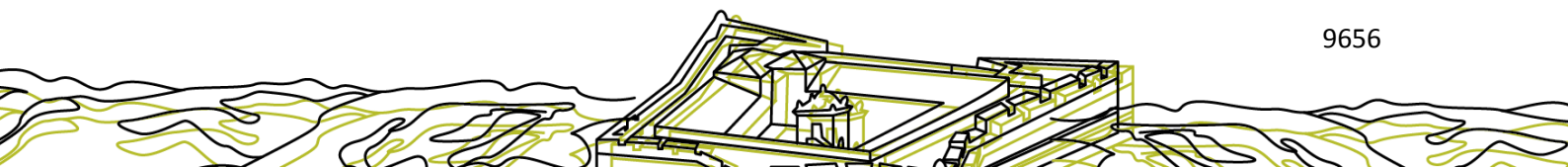
Estudo realizado por Xavier, Nunes e Silva (2008) no Núcleo de Atendimento e Práticas Psicológicas (NAPP) da Universidade Estadual do Ceará, revelou que as principais consequências do sofrimento acadêmico são o absenteísmo; o desenvolvimento de esquemas de inibição e apatia, com o intuito de se vincular impessoalmente com a atividade e evitar influências subjetivas; o sentimento de desajustamento; o estresse; o esgotamento; a ansiedade; a depressão; a depreciação do eu; e os comportamentos autodestrutivos.

Ainda sobre as expressões desse sofrimento, Cerchiari, Caetano & Faccenda (2005) constataram por meio de pesquisa com os cursos de Ciência da Computação, Direito, Letras e Enfermagem, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e do curso de Enfermagem da

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, uma prevalência de 25% de Transtornos Mentais Menores (TMM) entre os estudantes. Esses dados revelam o quão significativa tem sido a vivência acadêmica para o desencadeamento de um adoecimento psíquico, com desdobramentos para uma vida toda, o que nos convoca a pensar sobre a importância de pesquisas e extensões sobre a temática.

É preciso considerar o processo de aprendizagem um processo mediado pela afetividade, ou seja, que não se resume à cognição (Vigostsky, 1989). O sujeito discente é atravessado por todas as questões sociais e contextuais a sua volta no momento de aquisição do conhecimento, sendo a realidade acadêmica uma das facetas que ao mesmo tempo influi e é espaço de expressão desse processo. Nesse sentido, podemos afirmar que as experiências acadêmicas afetam as vivências emocionais, organizando e desorganizando o funcionamento psíquico (Xavier, Nunes & Silva, 2008).

Alguns estudos indicam elevado risco de suicídio entre os universitários em geral e, particularmente, entre os estudantes de medicina (ROSS, 1973). Após os acidentes, o suicídio seria a segunda causa mais comum de morte entre os estudantes de medicina (RIMMER et al., 1982). Alguns autores acreditam que existam diferentes estressores ao longo de um curso universitário, dependendo do nível em que se encontre o aluno (início, meio ou final de curso) (CLARK e ZELDOW, 1988; HAHN e FERRAZ, 1998; LLOYD e GATREL, 1984; MILLAN et al., 1995; MILLAN e BARBEDO, 1988; PEPITONE-ARREOLA-



ROCKWELL et al., 1981), e que esses fatores poderiam influenciar a prevalência de depressão entre os estudantes.

No curso de medicina, os fatores estressores principais ocorreriam no início (volume de informações que o aluno passa a receber, mudanças nos métodos de estudo e carga horária exigida) e no final (insegurança com relação à própria competência e ao mercado de trabalho que começa a se descortinar) (MILLAN et al., 1995; MILLAN e BARBEDO, 1988).

A Universidade é uma instituição que abriga diferentes modos de ser, desvelando sentidos, projetos para a existência, por vezes, diferente daquilo que sempre se pôs para si. Embora haja um discurso de integralidade do ser, a universidade ainda tem um tratamento com o discente de forma a fragmentá-lo, na medida em que muitas vezes supervaloriza o aprendizado técnico em detrimento de um crescimento integral do estudante enquanto pessoa, reproduzindo assim o fenômeno da fragmentação do conhecimento. (Saraiva & Quixadá, 2010)ades

Nas universidades, tem sido cada vez mais recorrentes notícias de tentativas de suicídio de alunos que demandam de coordenadores, professores e alunos/colegas ações e intervenções para acolhimento deste sofrimento ainda cercado de tabus, mitos e desconhecimento pela maior parte da população.. O suicídio apesar de seus altos índices ainda é um fenômeno subnotificado e pouco discutido em nossa sociedade. Pouco tem sido feito para construir políticas de prevenção a este fenômeno, bem como ainda não foi estruturado um modelo de assistência entre profissionais de saúde para favorecer uma adequada acolhida àqueles vitimados pela ocorrência de uma tentativa de suicídio.

Acrescentamos a estas reflexões o fato de este ser um assunto tabu em nossa sociedade e carente de discussão nas mais diferentes esferas, como: a escola, a mídia e fundamentalmente, nos currículos e formação de profissionais. Pensar em ações sistemáticas ao suicídio, em suporte às Universidades é algo urgente, dada a realidade aqui apresentada e a ausência de políticas de assistência ao suicídio, tanto dentro das universidades como no âmbito de políticas públicas. Em especial, pelo fato de que falar em suicídio é pensar na saúde mental da população, nos sofrimentos acometidos pela humanidade na contemporaneidade, pelo desalojamento existencial que tem acompanhado a existência humana nos últimos tempos.

Através de ações como esta pode-se suscitar ações continuadas e permanentes de assistência ao suicídio, bem como, inspirarem a multiplicação de ações, como a aqui proposta, em outros setores da nossa sociedade.

Segunda Azevedo e Dutra (2012) o suicídio é um fenômeno presente em todas as civilizações, adquirindo, assim, diferentes significados, de acordo com cada cultura. Desta forma, ele é considerado um fenômeno complexo, multifatorial, resultante da interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, que está entre as três maiores causas de morte entre pessoas com idade entre 15-35 anos (OMS, 2000). Ademais, é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) (2006) um grave problema de saúde pública, que pode ser prevenido, embora não seja uma tarefa fácil.

De acordo com Rocha, Boris e Moreira (2012), o suicídio, num primeiro momento parece algo absurdo, sem muitas possibilidades de pensá-lo de maneira compreensiva, entretanto, este é um fenômeno extremamente presente na vida humana, necessitando de uma aproximação maior que propicie um olhar mais atento a tudo que este (o suicídio) representa. Sendo para aquele que tenta, e que em algumas vezes pode ter êxito, para aqueles que idealizam, ou para as pessoas próximas que são significativamente afetadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio.

Cassorla (1991) refere que, do ponto de vista epidemiológico e psicodinâmico, as tentativas de suicídio se diferenciam dos suicídios em si, tendo em vista que nas tentativas os sujeitos são mais jovens e são preferencialmente mulheres. Dutra (1999) em estudo que investigava o índice de tentativa de suicídio entre jovens do Rio Grande do Norte no ano de 1997, constatou que, nesse ano, houve 244 casos de tentativa de suicídio no estado, 40,9% dessas tentativas de suicídio foram cometidas por jovens com idade compreendida entre 17 e 23 anos, o que corrobora estudos realizados no Brasil, os quais revelam que os jovens apresentam uma grande incidência de ideação suicida, ratificando ainda mais a importância deste estudo.

Cassorla (2004) nos mostra que os jovens podem cometer suicídio como meio de encontrar uma vida nova, adrenalina, um pedido de ajuda ou ainda para tornar público

que algumas coisas não estão indo muito bem e Kovács (2013) diz que é de extrema importância discutir o assunto entre os jovens, levantando os dados e tentando compreender a realidade do fenômeno, para que eles pensem entre eles que intervenções possam ser executadas e o que eles consideram importante abordar sobre a temática.

Em dados da PROAE, somente no 1º semestre de 2017, foram atendidos 47 casos de ideação e tentativas de suicídio em alunos da UFRN. Dentre os alunos atendidos, 8 cursos apresentam maior ocorrência de atendimentos por esta queixa, sendo 3 deles da área de saúde. Pensar em um projeto que vise se aproximar de tal temática nas esferas educativa e assistencial é uma oportunidade que se alinha à proposta da Universidade de conceber ensino, pesquisa e extensão, como pilares fundamentais de contribuição para formação do aluno de maneira a abordar temáticas tão pouco discutidas academicamente, como é o suicídio. Além disso, para alunos estagiários de Psicologia, no campo da clínica, permitir-se envolver em atividades como as planejadas neste projeto, favorecem a concepção de um acolhimento integral ao ser humano em sofrimento, compreendendo e articulando os conhecimentos teóricos discutidos e sua aplicação prática.

Metodologia

A ação consiste em elaborar ações informacionais através de palestras, rodas de conversa, junto a coordenações dos cursos da UFRN, sobre a temática do suicídio, abordando a sua incidência, definições, compreensões, além dos principais sinais e ações de acolhida a este sofrimento. Participarão destes encontros também docentes do curso e Centros Acadêmicos, de modo a podermos instituir efeito multiplicador sobre o conhecimento do suicídio, desmitificando uma temática, ainda tabu em nossa sociedade, como é o suicídio.

Reforçamos que incluir profissionais de saúde nestes momentos educativos, contribui para construção de uma rede de acolhida àqueles que padecem desse sofrimento. Tal ação funda-se na premissa de que para acolher é preciso compreender tal fenômeno, o qual cuja compreensão é complexa e atravessada por preceitos morais, religiosos.

Tais palestras e ações educativas aconteceriam no Campus Natal, Santa Cruz e Caicó (com o apoio do grupo de estudos do suicídio, criado pela emergência de tal temática nesta localidade, que vem enfrentando um alto índice de suicídios nos últimos meses).

Pensamos, através desta ação sistemática, criar uma rede de ação ao suicídio dentro da UFRN para, através disso, criarmos ações futuras que visem a prevenção do suicídio.

Paralelo a isso, no campus Natal, desenvolveríamos um serviço de Plantão Psicológico, voltado para o atendimento a quem pensa, ou intenciona se matar, a acontecerem na PROAE e/ou no SEPA. Os espaços de contato junto às coordenações auxiliariam na divulgação destes serviços de apoio, os quais se tornariam a referência para acolhida a esta problemática. Tal serviço seria conduzido por estudantes de psicologia, os quais seriam supervisionados por docentes, e por psicólogas da PROAE.

Resultados e Discussões

Ações já foram desenvolvidas junto ao Curso de Ciências Biológicas, em momentos de reunião de colegiado, em que membros de outros cursos da área também se fizeram presente. Falar sobre o suicídio e seus números na atualidade é sempre um fenômeno impactante, desalojador dos lugares de conforto ocupados por nós quando nos afastamos de pensar tal temática. Tudo se torna ainda mais intenso quando apresentamos que tal realidade está presente na Universidade como uma manifestação de sofrimento do que é ser universitário na atualidade. Não tem sido raro em nossas intervenções encontrarmos professores inquietos por demandas produzidas por alunos em busca de acolhida para suas angústias, e pensamentos sobre a própria finitude. Coordenadores de curso inquietos por, nem sempre terem a informação e dispositivos necessários para encaminhar alunos em vivência desta realidade.

Manejar um suicídio, a sua tentativa ou até mesmo a sua ideação tem sido realidade frequente na docência do ensino superior. Muitas foram as indagações: como identificar um aluno em sofrimento? Como abordar um aluno que venha manifestando padecer de uma dor para além do suportável? O que fazer com a apatia, as ausências? O que fazer com os colegas que também são impactados pelo sofrimento? Percebemos que estabelecer um espaço de fala e escuta para os cursos da UFRN tem sido promover um momento para falar sobre o interdito, sobre um sofrimento escrito nos silêncios individuais, pelos muitos cantos da universidade. Uma dor que já não é só do aluno, é do professor, do servidor.

Estes espaços têm sido sensibilizadores para que esta ação se desdobre em outras:

produzimos intervenção junto a alunos ingressando no exercício da docência assistida. Espaço esse que suscitou a provocação de que este projeto se amplie aos alunos, e que este debate e informações possam também estar acessível a eles. Esses encontros proporcionaram o levantamento de questões como a importância do cuidado não só com os alunos, mas também com os professores e servidores, uma vez que eles também sofrem com a demanda acadêmica e por não saberem o que fazer quando um aluno chega em sofrimento até eles, quais recursos eles dispõem para ajudar ou como encaminhá-los.

Estamos em curso com um planejamento para cursos que ainda queremos abordar tanto em Natal, como em Santa Cruz e Caicó. A maior dificuldade tem sido fazer com que os professores reconheçam a importância de comparecer em um momento como este. Os próprios docentes que participaram das primeiras intervenções feitas pelo projeto de extensão ratificaram a importância de expandir nosso alcance, uma vez que a maioria dos professores que perpetuam comportamentos tomados pelos alunos como geradores de sofrimento não comparecem ou não se importam em discutir o tema, quando a possibilidade se apresenta.

Esperamos com tais atividades articuladas permitir que o suicídio seja melhor compreendido pela comunidade acadêmica, a qual, na maioria dos casos, tem o contato inicial com os alunos que sofrem seja pela ideação ou pela tentativa de suicídio. Para além disso, esperamos também contribuir com a assistência, e acolhida àqueles que vivenciam este sofrimento através da intervenção nomeada como Plantão psicológico. Intentamos ainda, através desta ação, construirmos uma cartilha que possa ser compartilhada objetivando informar para poder prevenir o suicídio. Por tal motivo a ação se estende aos demais campus da UFRN, incluindo os de interior.

Considerações Finais

Falar sobre o suicídio e construir espaços de diálogo e debate sobre esta temática é perceber o quanto ela ainda é tabu em nossa sociedade. A Universidade, em sua ampliação e democratização de vagas, se mostra como uma representação absoluta da sociedade, com ela se apresentam também todas as problemáticas nela presentes: dificuldades econômicas, de acesso à saúde, moradia, suporte familiar, e, fundamentalmente, os sofrimentos psíquicos, físicos vividos pela população, são

contingências presentes no processo de ensino-aprendizagem. Se é aluno por inteiro, carregando seu mundo para seu modo de ser aluno.

O suicídio adentrou as portas da Universidade como sofrimento velado, inquietante e de grande intensidade, ele desvela o sofrimento inerente ao existir na contemporaneidade, mas, fundamentalmente, ele se manifesta enquanto sofrimento na vida universitária, assoberbada por uma ordem produtivista, que tem engolido modos de viver.... em nome desta ordem, o próprio viver, em suas pausas necessárias, tem sido sacrificado. Construir espaços de reconhecimento da importância de falarmos sobre a saúde mental na universidade, tal qual se propõe este projeto, é permitir que todos, juntos, comunidade acadêmica, pensemos caminhos para superarmos tal problemática. é assumir que para ajudar e acolher, precisamos compreender o que significa tal fenômeno na contemporaneidade, desconstruindo tabus e preconceitos em torno do suicídio. É compreendendo que podemos acolher e prevenir o suicídio.

Referências:

AZEREDO, S. (2005). Mestiçagem, igualdade e afirmação da diferença - pensando a política de cotas na universidade. *Estudos Feministas*, 13(3), 738-755.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir /

Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BAUMAN, Z. (1999). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.

CAIXETA, S. & ALMEIDA, S. (2013). Sofrimento psíquico em estudante universitário. XI Congresso Nacional de Educação, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado de

http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2013/7352_4882.pdf

CASSORLA, R. M. S. (1991). *Do Suicídio: Estudos Brasileiros*. São Paulo: Papirus.

CASSORLA, R. M. S. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In B. S. G. Werlang, & J. N. Botega (Org.). *Comportamento suicida* (pp. 21-35). Porto Alegre: Artmed.

CERCHIARI, E. A. N., CAETANO, D., & FACCENDA, O. (2005a). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420. doi:10.1590/S1413-294X2005000300010

CERCHIARI, E., CAETANO, D. & FACCENDA, O. (2005). Utilização do Serviço de Saúde Mental em uma universidade pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (2), 252-265.

DUTRA, E.M. (1999). Epidemiologia das tentativas de suicídio no Rio Grande do Norte. Relatório não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte.

DUTRA, E. M (2002) Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol. 12, núm. 3, septiembrediciembre, 2012, pp. 924-937 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. KOVÁCS, M. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, 15(3), 69 - 82.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000, 35 p. Disponível em: . Acesso em: 23 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra, 2006, 28 p. Disponível em: . Acesso em: 23 mar. 2014.

RIMMER J, HALIKAS J.A., SHUCKIT M.A. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. *J Amer Coll Health*, 30: 207-11, 1982.

ROCHA, M., BORIS, G., MOREIRA, V. (2012). A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. *Revista Da Abordagem Gestáltica*, XVIII(1), 69 - 78.

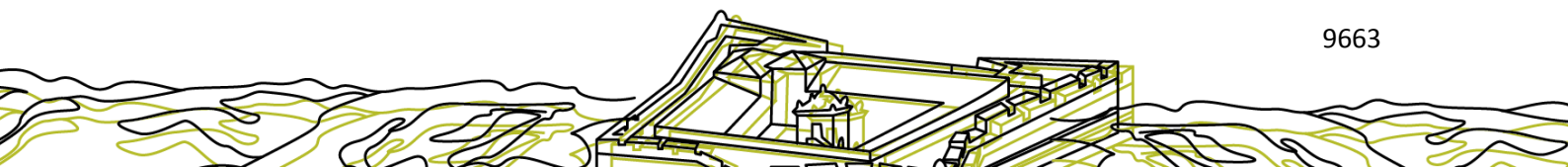
ROEHE, M.V. Uma abordagem fenomenológica-existencial para a questão do conhecimento em psicologia. *Estudos de Psicologia*, 11, p. 153-158, 2006.

ROSS, M. Suicide among physicians a psychological study. *Dis Nerv Syst*, 31: 145-50, 1973.

SABINO, F. (1986). Suíte ovaliana. Em Fernando Sabino, *As melhores crônicas de Fernando Sabino* [pp. 139-145]. Rio de Janeiro: Record.

SARAIVA, A., QUIXADÁ, L. (2010). Realização, Sofrimento, Saúde e Adoecimento: algumas reflexões sobre o estudante e sua trajetória universitária. In *Conferência Internacional Sobre os Sete Saberes para a Educação do Presente*. Fortaleza, CE:

Universidade Estadual do Ceará.





COMUNICAÇÃO E SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE EDUCOMUNICAÇÃO NO COMBATE À ARBOVIROSES

Área temática: Saúde

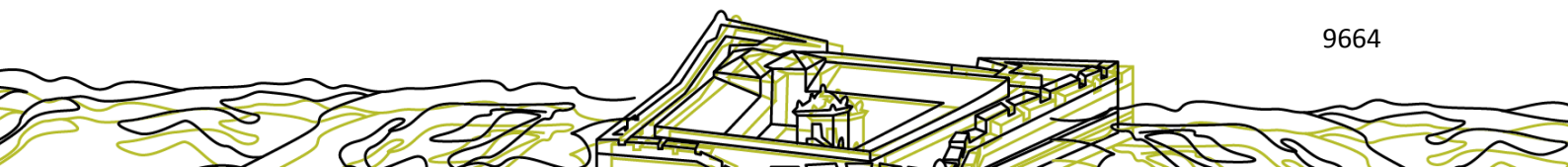
Cecília Helena Toledo VIEIRA¹

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCampinas); Faculdade de Jornalismo

RESUMO

Este projeto de extensão abordou a comunicação como elemento preponderante no relacionamento entre a área da saúde e a população. Refletiu sob a perspectiva da comunicação interpessoal como uma ferramenta de gestão para os Agentes Comunitários de Saúde que atuam nos 13 Centros de Saúde do Distrito Noroeste, da Prefeitura Municipal de Campinas, no interior do Estado de São Paulo. Previsto para o biênio 2016-2017, o projeto objetivou capacitar e qualificar a comunicação dos Agentes Comunitários de Saúde para que desenvolvessem habilidades comunicacionais e, assim, tivessem um relacionamento mais eficaz com a população, principalmente no que diz respeito à prevenção no combate a dengue, *chikungunya* e *zika*, doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*. O projeto almejou fazer uma interface entre a prática dos profissionais de saúde e a educação para a comunicação por meio da melhoria no atendimento e relacionamento com a população. Foram realizadas oficinas, com atividades educacionais, como forma de intervenção social, visando a construção e a realização do processo de produção coletiva de comunicação, como jornais murais, minidocumentários e cartilhas. Com estas ações, esperou-se motivar os profissionais na sua comunicação interpessoal com a população, visando oferecer um melhor atendimento. Também desejou-se que o projeto contribuísse para a formação

¹ Professora da Faculdade de Jornalismo da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com plano de extensão aprovado para o biênio 2018-2019. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. E-mail: cicatoledo@puc-campinas.edu.br



humanísticocristã, ética e profissional da aluna bolsista e alunos voluntários da Faculdade de Jornalismo, envolvidos no projeto.

Palavras-chave: Comunicação interpessoal; educomunicação; comunicação e saúde.

INTRODUÇÃO

A comunicação é fundamental às relações humanas. Na área da saúde ela torna-se vital por pressupor a necessidade de troca de mensagens entre o profissional da saúde e o usuário do serviço em uma série de funções, como prevenir, aconselhar, informar, persuadir, expressar opiniões de assuntos referentes à saúde². Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade da saúde está intimamente relacionada às influências do ambiente externo, o que significa que a saúde como um produto social se constrói por meio de ações dos governos, da sociedade e de cada cidadão.

O País vive um período particular de profundas transformações socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, que sinalizam importantes desafios para os sistemas de saúde. Um deles é o trabalho preventivo de combate à dengue, *chikungunya* e a *zika*, feito por Agentes de Saúde. Em Campinas (SP), o trabalho de combate à dengue é feito pelos Distritos de Saúde, por meio do Programa de Controle de Arboviroses, desenvolvido pelo Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA), instâncias da Secretaria da Saúde do município. Este projeto de extensão tem como objetivo capacitar e qualificar a comunicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os Agentes de Apoio ao Controle Ambiental (AACAS) e os Agentes de Controle Ambiental (ACAS) do Distrito de Saúde Noroeste, para que desenvolvam habilidades comunicacionais eficientes junto à população e, assim, consigam obter resultados positivos no trabalho de prevenção das arboviroses.

O projeto de extensão propôs uma capacitação aos Agentes de Saúde que atuam nos 13 centros de saúde do Distrito Noroeste de Campinas, que atendem 25 bairros periféricos da cidade. A população atendida pelos serviços de saúde do Distrito Noroeste trabalha predominantemente nas regiões Leste e Norte de Campinas, pertence à classe socioeconômica B e C e é estimada em 155.996 mil habitantes, segundo dados do IBGE.

O projeto teve como objetivos específicos oferecer formação técnica e teórica para os Agentes de Saúde sobre a comunicação jornalística, visando capacitá-los para maior

² A Organização Mundial da Saúde define saúde como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade.

compreensão e entendimento das notícias veiculadas na mídia sobre o combate à dengue; produzir uma cartilha com orientações para uma comunicação e um relacionamento mais eficaz; refletir sobre práticas de abordagem e comunicação com a população e capacitá-los para que sejam multiplicadores das experiências vividas e dos conhecimentos adquiridos, ao término do projeto de extensão.

O projeto justificou-se pelo momento social vivido pelo Brasil. Diante das drásticas transformações socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas do País, a administração pública tem um novo desafio à frente: encontrar estratégias para conscientizar a população da importância da prevenção no combate ao mosquito da dengue. Quem faz a ponte entre o sistema de saúde e a população é o Agente de Saúde e por isso é fundamental que esse profissional esteja capacitado não apenas de informações técnicas sobre o mosquito transmissor e a doença, mas também de habilidades comunicacionais que possam interferir no seu relacionamento com a comunidade.

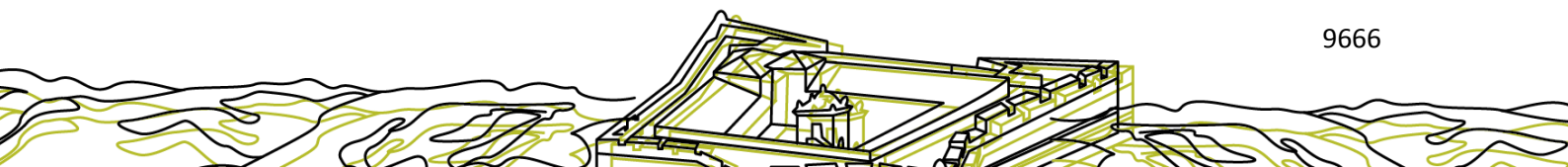
A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

A comunicação é uma das principais ferramentas de todas as profissões. Por ser um ato espontâneo e natural ao ser humano, muitos profissionais acreditam ter uma comunicação eficiente nas suas relações. Mas a comunicação é um ato complexo, que se organiza dentro de um sistema altamente influenciável por situações internas e externas. Um dos principais modelos que explicam o processo de comunicação é o que tem o foco no fluxo de comunicação. Neste modelo, a comunicação dá-se por etapas que começa com o emissor da mensagem. Codificada em alguma forma simbólica, a mensagem é transmitida por algum suporte ou meio e enviada por um canal físico, que sofre a influência de ruídos (interferências) até ser recebida fisicamente por alguém.

A decodificação ou tradução da mensagem é feita pelo receptor. Neste processo, seus idealizadores valorizam o *feedback* ou retroalimentação, que possibilita ao emissor avaliar o nível de compreensão e a qualidade da comunicação enviada por meio das mensagens/respostas do receptor. Essas respostas possibilitam à fonte corrigir erros na transmissão, quando detectados.

Para Schuler (2004), há três tipos de comportamento de receptor: o passivo, o reativo e o proativo.

No comportamento passivo, o receptor percebe as mensagens que chegam a seus sentidos, mas não as utiliza. No comportamento



reativo, o receptor recebe as mensagens que lhe chegam e reage a elas. E no comportamento proativo, o receptor procura ou prova a emissão da informação que ele deseja. Em certos casos, ele emite, por sua vez, estímulos para provocar a manifestação da fonte (SCHULER, 2004, p. 20).

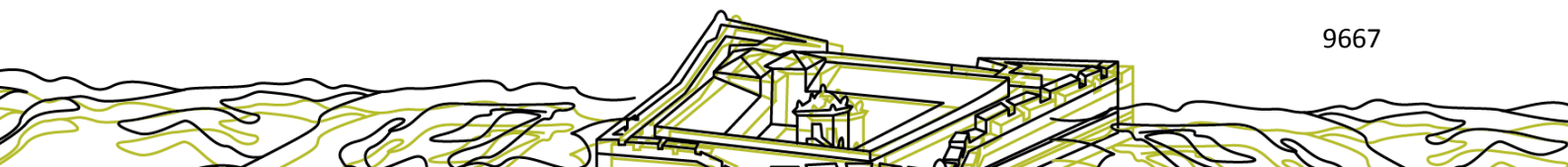
Na relação entre emissor e receptor, quanto mais sinergia existir entre os elementos e processos envolvidos, mais eficiente será a comunicação. Segundo Schuler, vários fatores podem interferir na qualidade do processo, como a desadequação entre o canal e a mensagem, ou entre o emissor e a mensagem. Para ele, é importante que haja adequação entre o emissor e o canal, entre o canal e o receptor e entre a mensagem e o receptor. Na comunicação interpessoal, existem fatores que podem interferir na sua eficácia, como as habilidades de comunicação, as atitudes, o nível de conhecimento e o sistema sociocultural do emissor. Na opinião de Pinho (2006),

Os níveis de habilidades comunicativas determinam duas formas de fidelidade de nossa comunicação. Primeiro, afetam a capacidade de analisar nossos próprios objetivos e intenções de deixar alguma coisa quando nos comunicamos. Segundo, afetam a nossa capacidade de codificar mensagens que exprimem o que pretendemos (PINHO, 2006, p.49).

Na definição de PINHO (2006), o emissor precisa entender a mensagem a ser transmitida, ter um vocabulário adequado e pertinente ao assunto, ser claro nas suas colocações e ter facilidade para manejar o pensamento e a linguagem.

Na mesma linha de raciocínio estão as atitudes do emissor, que tanto podem convencer o receptor de sua mensagem como fazê-lo duvidar do que está sendo dito ou escrito. O nível de atitude começa com o próprio emissor, depois avança para o assunto e finalmente termina no receptor, no público. Há também o nível de conhecimento do emissor, que pode interferir no processo da comunicação. Para Pinho, pode estender-se a três níveis: o domínio do assunto propriamente dito, do público com quem vai se relacionar e o conhecimento sobre o processo da comunicação.

De acordo com Pinho,



As atitudes do emissor afetam a comunicação em pelo menos três formas: 1) na atitude para consigo mesmo; 2) na atitude pra com o assunto e 3) na atitude para com o receptor. Ao deparar com o público que vai assistir a uma palestra que irá proferir, o emissor pode, para cada forma exposta: 1) ficar nervoso por duvidar da sua capacidade de enfrentar o auditório; 2) não acreditar na relevância do assunto que irá expor e 3) perceber a sua audiência como inferior (PINHO, 2006, p. 49).

O papel do emissor é fundamental nesse modelo de comunicação. O nível do conhecimento sobre o assunto abordado pode ser considerado em três níveis: o conhecimento propriamente dito do assunto, do público com quem vai se relacionar e do processo de comunicação. Sem domínio do assunto, a mensagem não passa segurança e a persuasão não consegue se efetivar. Para Pinho, pode acontecer o contrário. “() ... na eventualidade de o emissor ser excessivamente especializado, comunicando-se de forma tão técnica que o receptor não conseguirá entender a mensagem” (PINHO, 2006,p.49).

Por fim, o sistema sociocultural em que está inserido o emissor também influenciar sua comunicação com os pares. A função desempenhada, as crenças e valores, tudo repercutirá nas suas mensagens e relações. “O sistema sociocultural determina, em parte, a escolha das palavras, os objetivos que pessoas têm na sua comunicação, os canais que usam para esta ou aquela mensagem”. (PINHO, 2006, p. 50).

A mensagem também está sujeita a ser interpretada pelo receptor com eficácia ou descaso. Há fatores que influenciam a qualidade da mensagem, como o código, o conteúdo e o tratamento. Entende-se código como o mesmo grupo de signos entre emissor e receptor; as mensagens devem ser dispostas de forma ordenada e coerente e o tratamento é o que adequada a mensagem ao perfil do público. Há também fatores que afetam a fidelidade do canal utilizado para enviar a mensagem.

Para Pinho,

A seleção do canal do canal é determinante por muitos fatores, como conteúdo, código e tratamento da mensagem. O receptor deve ser considerado: ele pode decodificar a mensagem pela visão, pelo ouvido ou pelo tato? Quanto ao emissor, como ele se

comunica melhor: falando, escrevendo ou demonstrando fisicamente. (PINHO, 2006, p. 51).

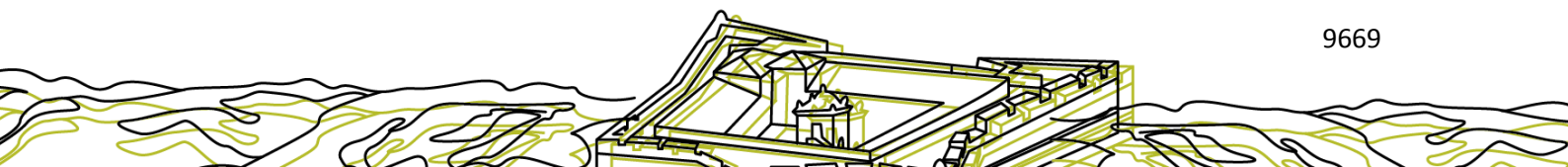
Mas para estudiosos como Morin (2000) e Freire (2014), a comunicação vai além de processos e habilidades, de tecnologias e sistemas de informação. Para Morin (2000), a comunicação não garante a compreensão, que é vital para a educação. “A informação, se for bem transmitida e compreendida, traz inteligibilidade, condição primeira necessária, mas não suficiente, para a compreensão”. (MORIN, 2000, p. 94).

A compreensão intelectual, que é aprendida em conjunto, partilhada e objetiva é insuficiente para a compreensão humana, mais intersubjetiva. De acordo com Morin

Esta comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Por conseguinte, se vejo uma criança chorando, vou compreendê-la, não por medir o grau de salinidade de suas lágrimas, mas por buscar em mim minhas aflições infantis, identificando-a comigo e identificando-me com ela. O outro não apenas é percebido objetivamente, é percebido como outro sujeito com o qual nos identificamos e que identificamos conosco, o *ego alter* quase se torna *alter ego*. (Morin, 2000, pg.95).

Isso significa, segundo Morin (2000), que “compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade”. (MORIN, 2000, p. 95). Por isso, é fundamental que as oficinas propostas neste projeto consigam envolver os agentes de saúde no sentido de que eles tragam suas próprias experiências, seu conhecimento, para uma educação pela comunicação e não para a comunicação.

A ampliação e diversidade das atividades na sociedade, o aumento das populações e da mobilidade social, o crescimento e a diversificação dos meios de comunicação, o fortalecimento do poder público e o conseqüente aumento da participação pública exigiram dos veículos de comunicação um posicionamento que nem sempre é adequado e ético. Independente do suporte midiático, o exercício do jornalismo está subordinado à linha editorial, interesses comerciais e políticos da empresa jornalística, o que faz com que os assuntos selecionados componham um noticiário determinado pela *agenda*



*setting*³, que atribui à mídia os temas sobre os quais o público falará ou discutirá, a abordagem a relevância e a intensidade da cobertura de um fato.

Para Reis⁴, ainda que a mídia tenha um papel importante na divulgação de informações à sociedade, fornecendo dados públicos de órgãos da saúde, a comunicação mais importante com o usuário é a que se faz fora da mídia.

Podemos dizer que a mídia traz para a sociedade temas que lhe interessam serem „discutidos“, principalmente nas áreas política, econômica, social da educação e saúde. Ela é um grande “emissor” e os leitores, ouvintes, expectadores os inúmeros “receptores” (REIS, 2000, p.18).

A partir dessa análise e dos interesses editoriais, políticos e comerciais dos veículos de comunicação, é menor a probabilidade de uma mediação entre a imprensa e o usuário do serviço público do que a promovida pela comunicação interpessoal. Por meio da comunicação interpessoal - entre pessoas, usualmente interagindo frente a frente, face a face - os Agentes de Saúde podem trocar informações e experiências com o usuário e, assim, promover a comunicação. A resposta desse tipo de comunicação é imediata e realimenta a troca de informações entre o funcionário do serviço público e o usuário, que tem a oportunidade de expor sua opinião, tirar dúvidas e se manifestar no momento exato da comunicação. Isso não acontece com a comunicação de massa.

Reis alerta:

As mídias podem proceder à difusão de dados públicos e, no máximo, encorajar a interatividade dos diálogos com as instituições públicas, mas, raramente, contribuir para a análise direta de questões complexas. A comunicação mais importante é aquela que se faz fora da mídia, na qual o usuário do serviço

³ Teoria da Comunicação formulada por Maxwell McCombs e Donald Shaw nos anos 70. Críticos dessa teoria dizem que a mídia não apenas seleciona o que deve ser noticiado em função de interesses ideológicos, políticos e comerciais, como também manipulam o público a como pensar sobre aquele assunto.

⁴ Devani Salomão de Moura Reis é pesquisadora é jornalista, especialista em Docência em Ensino Superior, mestre e doutora em Relações Públicas pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP). É Consultora de Comunicação da Associação Médica do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual e editora do jornal da Associação.

público tem a oportunidade de expor sua opinião sobre os serviços oferecidos. (REIS, 2000, p. 18).

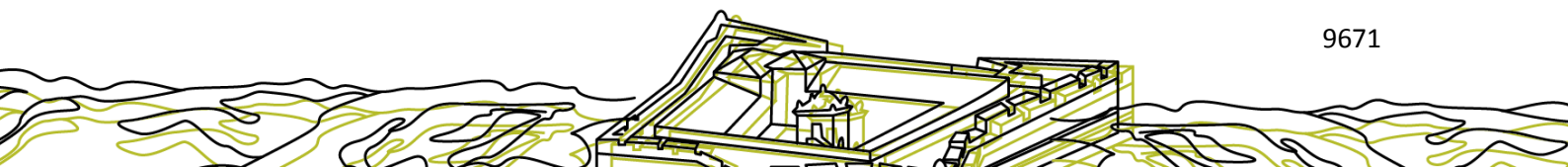
Além da escolha do canal mais eficiente para mediar as relações entre os Agentes de Saúde o usuário do serviço, é necessário que as mensagens e os canais utilizados sejam adequados. Para Dimbley & Burton (1990, p. 32), “o sentido do mundo... repousa sobre quatro pontos importantes: em que acreditamos, o que pensamos de nós mesmos, o que pensamos a respeito do nosso relacionamento com os outros e o que nós pensamos sobre a realidade”.

Como a comunicação é um processo, é importante que o emissor conheça a realidade física, social e emocional do receptor para ajustar e selecionar a mensagem e o canal. Nesse sentido, Reis (2000) defende que

em um contexto de saúde/doença, os enunciados das mensagens, assim como os meios devem ser minuciosamente analisados pelos emissores, pensando nas questões: Quais estímulos devemos enviar para este receptor? Que sentidos queremos alcançar? (REIS, 2000,p.19).

A resposta do usuário frente às tradicionais campanhas de saúde sinalizam para Reis (2000) um problema a ser solucionado.

Atribuimos parte da ineficiência das campanhas às formas como as pessoas processam as informações, à medida que são expostas a elas. O aspecto cultural é um dos determinantes de como o receptor vai interpretar a mensagem. Ao analisar a motivação das pessoas para dar atenção às mensagens sobre saúde, podemos afirmar que o público responde a uma mensagem dando atenção ao próximo estágio da comunicação e que esta atenção pode ser conceitualizada dentro de um continuum. De um lado do continuum, o público presta pouca atenção, caracterizando uma resposta passiva ou apática. No outro lado, dá grande importância à mensagem, numa resposta ativa ou atenta. Observamos que o



grau de atenção do público será diretamente proporcional ao grau de envolvimento das pessoas com o assunto veiculado (REIS, 2000, p.19).

A partir das reflexões de Morin (2000), Freire (2014) e Reis (2000), percebe-se a possibilidade de ampliar o campo das mediações com a educomunicação, que propõe a criação de novos modelos de relação pedagógica e comunicativa para o convívio, a produção de conhecimento e a implantação de projetos colaborativos. A educomunicação compreende aspectos de formação de seus atores para a mídia e pela mídia. Cientes do processo de produção da mídia, os atores podem atuar como sujeitos produtores de informações e também podem usar a imprensa para uma reflexão da realidade social em que estão inseridos. Para Soares⁵ (2000), “é preciso criar novos modelos de relação pedagógica e comunicativa para que os adultos ensinem não o que os jovens devem aprender, mas como devem fazê-lo e não como devem comprometer-se, mas qual é o valor do compromisso”.

METODOLOGIA

Como referências metodológicas e bibliográficas o projeto utilizou a educomunicação (SOARES, 2000); o processo da comunicação (BERLO, 1991); a comunicação interpessoal (DIMBLEBY E BURTON, 1990); a linguagem corporal e o discurso não verbal (PEASE, 2005); a arte da persuasão (BORG, 2011); o relacionamento com a imprensa (LUCAS, 2007) e textos sobre a comunicação na área da saúde da pesquisadora, doutora e mestre em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, professora da Faculdade de Relações Públicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e assessora de Administração e Marketing na Saúde, profa. Maria Rosana Ferrari Nassar.

A proposta do trabalho considerou as demandas do público-alvo - Agentes de Saúde do Programa de Controle de Arboviroses, do Departamento de Vigilância em Saúde (DEVISA), da Prefeitura de Campinas - no tocante à sua comunicação com a população assistida. Como lembra Freire (2014, p. 25), “não há docência sem discência, as suas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à

⁵ O pesquisador é coordenador do Núcleo de Comunicação e Educação (NCE) do Departamento de Comunicações e Artes da ECA-USP. É vice-presidente (regional) do World Council.

condição de objeto um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

A vivência e a experiência dos Agentes de Saúde foi fundamental para a organização das oficinas semanais. Por meio de atividades educacionais, elas tornaram-se espaços de reflexão, discussão e construção de um conhecimento até então não sistematizado pelos Agentes de Saúde, que usam a comunicação como ferramenta de trabalho no seu dia a dia. As oficinas foram realizadas em locais cedidos pela Prefeitura Municipal de Campinas, que propiciaram vivências, dinâmicas e dramatizações.

O objetivo das dinâmicas foi desconstruir os comportamentos comunicacionais dos agentes para analisar e avaliar o conteúdo. Também foi analisada a comunicação interna dos centros de saúde pelo olhar do Agente de Saúde. No projeto, foram construídos pelos Agentes de Saúde jornais-murais e o objetivo foi abrir um canal de comunicação com a população, que frequenta os Centros de Saúde. Também foram elaborados pelos Agentes de Saúde minidocumentário serem veiculados nas redes sociais e uma cartilha, com boas práticas de relacionamento e comunicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro ano do projeto de extensão, o objetivo foi socializar o conhecimento dos Agentes de Saúde sobre suas práticas, bem como seu papel na equipe de saúde do Centro de Saúde. Foram avaliadas as atividades comuns dos trabalhadores e como elas se articulavam com a equipe de saúde. A reflexão foi a tônica das oficinas realizadas no primeiro semestre de 2016, estimuladas após exercícios de dramatizações que possibilitaram aos agentes de saúde maior visualização de situações-problema enfrentadas no seu dia a dia.

Durante o ano de 2016 as oficinas também tiveram como objetivo melhorar habilidades relacionadas à escuta e ao diálogo dos Agentes de Saúde com a população atendida e a equipe de saúde dos Centros de Saúde. Priorizou-se a produção dos jornais murais, com todo o processo de produção: discussão de temas que pudessem transformar-se em pautas; seleção de abordagens; definição de fontes de pesquisa, de informação e personagens que pudessem ilustrar as matérias e redação de textos.

Orientados pela docente e as alunas extensionistas, os agentes passaram a incluir em seu repertório temas jornalísticos, como pauta e entrevista. Eles aprenderam, nas

oficinas, a importância da entrevista, da escuta e da redação. Os textos eram redigidos pelos agentes de saúde e encaminhados à docente extensionista, para a correção gramatical e edição final. As ilustrações e fotos também foram produzidas pelos agentes de saúde.

Coube à equipe da VISA a produção de matérias e ilustrações de assuntos referentes à questões ligadas ao meio ambiente e arboviroses. Durante a vigência do projeto de extensão foram produzidos cerca de 40 jornais murais pelos agentes de comunitários de saúde e equipe da VISA.

No segundo semestre de 2016 o público-alvo passou a receber capacitação para a produção de minidocumentários, cujo objetivo era ampliar a visibilidade do trabalho dos agentes de saúde. Uma das críticas feitas por estes profissionais e equipe da VISA era o desconhecimento de uma parcela considerável da população sobre o trabalho realizado pelos agentes. Por este motivo, eles não tinham o respeito que esperavam da comunidade. Para combater essa situação, foi proposta pela docente a produção de minidocumentários para serem veiculados nas redes sociais e, posteriormente, no site da Prefeitura Municipal de Campinas e monitores das UBS.

Para atingir esse objetivo, os agentes de saúde passaram a receber capacitação para a produção de minidocumentários (até três minutos), usando o aparelho celular como elemento captador de imagens e som. A edição, feita pelo softawer Movie Maker, foi apresentada nas oficinas por meio de um tutorial, mas os agentes de saúde solicitaram ajuda da aluna extensionista para esta etapa da produção. Assim, a edição foi feita no Laboratório de Informática do Centro de Linguagem e Comunicação, da PUC-Campinas

Durante os dois anos do projeto, foram elaborados seis minidocumentários, que podem ser visualizados no Facebook e YouTube. Os temas estão relacionados ao cotidiano do agente de saúde. O minidocumentário também pretendeu servir de alerta à população sobre a importância desses profissionais no combate às arboviroses e no cuidado geral da saúde da população. No segundo semestre de 2017, além da produção dos jornais murais e minidocumentários, o grupo passou a discutir o conteúdo da cartilha de comunicação.

Analisou-se, no início das oficinas, a produção de outros produtos informativos – como informes – e ações educativas envolvendo os agentes de saúde na comunidade, mas o grupo optou pela produção dos murais, minidocumentários e cartilha.

Todas as decisões referentes às atividades das oficinas e definição dos produtos informativos foram discutidas e definidas com os agentes de saúde. Graças à metodologia selecionada – a educomunicação – foi possível planejar uma série de atividades envolvendo o público-alvo, a docente extensionista, as alunas bolsistas e os alunos voluntários. Desse modo, os agentes de saúde puderam receber capacitação na sua comunicação interpessoal, bem como na produção dos jornais murais, minidocumentários e a cartilha.

As temáticas das oficinas foram apresentadas aos agentes de saúde nos primeiros encontros e se adequaram ao longo do período frente às demandas trazidas por estes profissionais. Durante as oficinas, graças à confiança estabelecida entre os agentes de saúde e a docente extensionista, foi possível relatar situações críticas vividas por estes profissionais com alguns moradores e esses relatos serviram para a discussão de condutas e de práticas comunicativas mais assertivas para combater o problema. A maior crítica apresentada pelos agentes de saúde durante os dois anos de vigência do projeto de extensão foi a resistência de uma considerável parcela da população quanto à mudança de hábitos nocivos à saúde, particularmente no que diz respeito ao combate e prevenção de arboviroses, como a dengue.

Um dos temas recorrentes nos encontros foi a importância das visitas domiciliares dos agentes de saúde à comunidade. A atividade exige do profissional sensibilidade e capacidade de estabelecer uma relação de confiança com a família. Mais uma vez as oficinas serviram para esse tipo de discussão, reflexão e ação.

A partir dos relatos e discussões dos agentes de saúde, foi possível avaliar as situações-problema e de risco que dificultam e conturbam as ações rotineiras do trabalho desses profissionais e as dificuldades encontradas na sua comunicação e relacionamento com a população.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros encontros com o público-alvo proporcionaram à docente extensionista elaborar um diagnóstico dos principais problemas enfrentados pelos Agentes de Saúde na sua rotina. Foram realizadas atividades que possibilitaram aos agentes momentos de diálogo, percepção e reflexão sobre seu comportamento frente às diversas reações da população, desde o assédio moral que recebem de algumas pessoas até a adesão e colaboração da população nas atividades propostas e recomendadas pelos agentes.

Por meio da capacitação de comunicação, os Agentes de Saúde tiveram a oportunidade de ampliar seu repertório quando ao processo da comunicação, particularmente da comunicação interpessoal. Também puderam avaliar suas práticas e socializar experiências com seus pares. Foram realizados questionários de avaliação ao término de cada ano do projeto para a docente mensurar a eficácia do trabalho. Os resultados apontaram melhoria na qualificação dos atendimentos do público-alvo do projeto.

Durante a vigência do projeto, os Agentes de Saúde relataram experiências até então desconhecidas pelos coordenadores dos Centros de Saúde e também do Distrito Noroeste. As oficinas tornaram-se, portanto, um espaço democrático de socialização de vivências e saberes específicos – tanto de saúde pública, como da comunicação e do jornalismo.

Com a ampliação dos canais de comunidade, a população teve acesso à informações relevantes relacionadas à prevenção e combate de arboviroses e doenças, e outras de interesse dos Centros de Saúde. As oficinas ofereceram uma formação mais específica para os agentes de saúde sobre a comunicação jornalística, visando capacitá-los para uma maior compreensão e entendimento das informações e construção de textos noticiosos, além da capacitação na produção de produtos audiovisuais (minidocumentários) e informativos (jornais murais e cartilha). Com isso, espera-se que eles tenham autonomia para executar futuramente esses e de outros produtos de comunicação.

Cada produto teve um objetivo específico. Os jornais murais foram planejados para atingir a população dos Centros de Saúde; os minidocumentários, que foram veiculados nas redes sociais, pretenderam valorizar o trabalho dos agentes de saúde e, a cartilha, foi idealizada para servir de material de apoio e leitura dos agentes de saúde. Foram produzidos 35 jornais murais e seis minidocumentários em 2016 e 2017, além da cartilha de comunicação. Essa produção é satisfatória e revela um impacto positivo junto ao público-alvo.

As oficinas também possibilitaram aos agentes perceber seu papel de educador, sempre visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Assim, sem julgar a cultura, crenças e outras características da população atendida, os agentes levaram às oficinas situações peculiares do seu dia a dia, dúvidas e dificuldades enfrentadas.

O projeto capacitou o público-alvo e possibilitou o planejamento de instrumentos para subsidiar suas ações educativas junto à comunidade atendida, bem como a construção de produtos jornalísticos para melhorar sua comunicação com a comunidade.

Diretamente envolveram-se no projeto de extensão até o seu término cerca de 40 agentes de saúde. Indiretamente foram beneficiadas aproximadamente 120 mil pessoas moradoras no Distrito Noroeste, que são atendidas nas UBS e pelas atividades do público-alvo.

Segundo informações das coordenadoras das UBS, os agentes de saúde tiveram uma melhora no processo de abordagem e comunicação com o usuário. Eles aprenderam a elencar conteúdos, realizar vídeos, materiais didáticos com fácil comunicação para entendimento da população e melhora na forma de abordagem da clientela.

O contato com a realidade dos agentes de saúde – tanto nas oficinas como nas visitas à comunidade – foi enriquecedor à docente e alunos. Na elaboração dos tutoriais dos jornais murais, minidocumentários e cartilha, os estudantes exercitaram o conhecimento específico na produção dos produtos, bem como a comunicação e o relacionamento com o público-alvo.

REFERÊNCIAS

BERLO, David K. *O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática*; (tradução: Jorge Arnaldo Fontes; revisão I.B. Silva) – 7ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BORG, James. *A arte da persuasão: consiga tudo o que quer sem precisar pedir*; (tradução Gustavo Mesquita). São Paulo: Saraiva, 2011.

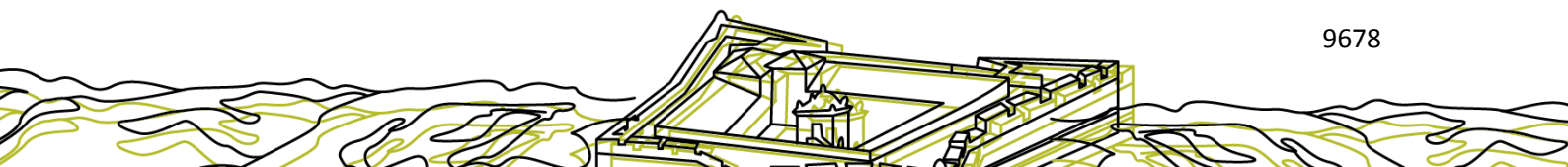
DIMBLEBY, Richard. *Mais do que palavras: uma introdução à comunicação*; (tradução Plínio Cabral). São Paulo: Summus, 1990.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 49ª ed - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*; (tradução Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho). – 8.ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2000.

REIS, Devani. *Boletim do Instituto de Saúde* Volume 12 - Número 1 - Abril de 2010.

SOARES, Ismar. *Educomunicação: um campo de mediações*. Comunicação & Educação, São Paulo, (19): 12 a 24, set./dez. 2000.



PROJETO DESABROCHAR: RESSIGNIFICANDO A PAUSA

Área temática: Saúde

Fabiana Lima Silva¹; Daniella Cristina de Sá Carneiro Costa Linhares²; Andréia Lucynara dos Santos Lima³; Gabriela Riann Silva Machado⁴; Naama Souza Maia⁵; Shênia Maria Felício Felix⁶; Cecília Maria Bezerra Freire Campos⁷; Nadja Vanessa de Almeida Ferraz⁸; Edinara Lina de Oliveira⁹; Ana Paula Ferreira de Souza¹⁰; Hanna Lettícia Oliveira Lima¹¹; Thiago Chagas da Costa¹²; Aline Nascimento de Assunção¹³; Maria Luíza da Silva Santos¹⁴; Denise Soares de Almeida¹⁵.

Instituição: Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

- ¹ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Psicóloga Hospitalar.
- ² Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Psicóloga Hospitalar.
- ³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).
- ⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).
- ⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).
- ⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).
- ⁷ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Terapeuta Ocupacional.

⁸ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Fisioterapeuta.

⁹ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Assistente Social.

¹⁰ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Enfermeira.

¹¹ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Graduanda de Psicologia e bolsista do projeto. PROEX/FAEX.

¹² Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Graduando de Fisioterapia e bolsista do projeto. PROEX/FAEX.

¹³ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Graduanda de Enfermagem e voluntária do projeto.

¹⁴ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Graduanda de Fisioterapia e voluntária do projeto.

¹⁵ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Psicóloga Hospitalar.

Resumo

Introdução: O climatério é um marco biológico na vida da mulher, caracterizado pela transição do final do período reprodutivo para o não reprodutivo. Tal estado vem permeado de mudanças significativas nos mais amplos espectros, sejam eles biológico, psicológico e/ou social.

Objetivo: Apresentar as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão “Desabrochar:

Ressignificando a pausa”, que ofertou atendimento multidisciplinar, em grupo, a mulheres em vivência de climatério, em um hospital universitário do interior do RN.

Método: Inicialmente, as participantes foram convidadas para o grupo através do ambulatório médico do Climatério. A partir disso, um grupo aberto foi formado com as que aceitaram participar do projeto. Os momentos distribuíram-se quinzenalmente, com temáticas pré-definidas e dirigidos por profissionais da saúde. **Resultados:** Realizaram-se um total de 15 encontros, entre maio e dezembro de 2017, com um média de 10 participantes por atividade. Ao final, as usuárias responderam um questionário sobre a pertinência do grupo, avaliando-o como positivo e de relevância. **Conclusão:** Percebe-se que tal iniciativa propicia um serviço de qualidade às mulheres climatéricas

possibilitando uma ampliação do conhecimento sobre as fases da vida da mulher, especialmente sobre o climatério, suscitando ainda a expressão de suas experiências e questões, de modo a ter sido possível a promoção de conhecimentos, de saúde e de cuidados preventivos.

Palavras-Chave: Climatério. Equipe multiprofissional. Saúde.

Introdução

Diante da perspectiva do envelhecimento da população, e considerando que a sobrevivência das mulheres é, em regra, maior, a questão do envelhecimento da mulher torna-se indispensável, havendo ainda todo um estigma relacionado ao tema (Leal, 2015). Diante disso, e ponderando que a maior parte da população brasileira é composta por mulheres, além de serem as principais usuárias do Sistema único de Saúde (SUS), é relevante pensar a saúde da mulher de uma maneira ampla, abarcando a multidimensionalidade da vida a ela atrelada, como fatores históricos, sociais, ambientais, pessoais entre outros (Ministério da Saúde, 2008).

Ao processo de envelhecimento são associadas outras vivências e marcos, principalmente à população feminina. Reconhecendo a relevância das questões de gênero, e como esta se constitui como fator de vulnerabilidade para inúmeras situações de risco que impactam na vida das mulheres, nas diversas faixas etárias, limitando, muitas vezes, sua capacidade de proteção e cuidado com a própria saúde, além de provocar impactos nas políticas públicas, que entendemos a importância da questão “mulher” na agenda das políticas e nos espaços de atenção e cuidado à saúde (Leal, 2015).

A partir da década de 1980, foram pensadas políticas voltadas à saúde da mulher que consideravam aspectos mais amplos de atuação, para além da assistência materno-infantil e a ausência de doenças, tornando-se pauta, assim, uma atenção integral. Nesse ínterim, a atenção ao climatério entrou como uma das prioridades, efetivando-se através da organização e lançamento de diretrizes voltadas à mulher climatérica (Ministério da Saúde, 2008).

É nesse contexto que identificamos a necessidade do olhar à mulher em seu processo de envelhecimento, quando vivencia impactos vários no trabalho, na vida social e nas relações interpessoais, decorrentes de alterações em sua saúde, em especial da vivência do climatério. Para muitos autores o climatério é um período, na vida das mulheres, em que ocorrem processos de mudanças físicas e emocionais influenciados

por diversos fatores (Freitas, Silva e Silva, 2004), e que pode ter profunda repercussão na sua saúde e rotina de vida. Tratar desse tema, no âmbito acadêmico e nos diferentes contextos de vivência da mulher, em especial nos espaços e práticas de saúde, a partir de uma perspectiva multi e interdisciplinar advém do reconhecimento e da relevância da promoção da integralidade no cuidado a essas mulheres.

O climatério, então, é uma fase biológica da vida, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher, caracterizando-se como um estágio significativo na história de vida, marcado por alterações fisiológicas e repercussões no contexto psicossocial da mulher. Para Gonçalves e Merighi (2009) “nessa fase do ciclo da vida ocorre a menopausa que consiste na cessação permanente das menstruações, por período de doze meses de amenorréia, como resultado da perda da função folicular dos ovários, sendo um momento pontual do climatério”. Assim, o fim do período reprodutivo, ou menopausa, é firmado pela ausência da menstruação durante o período mínimo de 12 meses, sendo esta também ocasionada por intervenções cirúrgicas, como a histerectomia (Ministério da Saúde, 2008).

As mulheres que estão vivenciando o processo do climatério e/ou a menopausa deparam-se com mudanças significativas, que afetam diretamente pontos relacionados à feminilidade, beleza e jovialidade, fertilidade e libido, modificando a percepção da mulher sobre si mesma e do seu entorno (Valença, Filho e Germano, 2010).

As alterações decorrentes podem envolver: mudança no comportamento sexual, causada pelo declínio da função hormonal, que afeta os órgãos genitais femininos, causando ressecamento vaginal, irritação, ardência, o que pode levar à dor; diminuição da libido e da resposta orgástica; ondas de calor ou calafrios, insônia ou sono agitado; labilidade emocional (ansiedade, irritabilidade, baixa autoestima, tristeza e depressão); incontinência urinária; distúrbios ósseos e do metabolismo lipídico (Ministério da Saúde, 2008).

Apesar de se afirmar sobre os sintomas característicos do climatério, decorrentes do declínio dos níveis de estrógenos, e que provocam alterações físicas, hormonais, metabólicas, somáticas, psíquicas e sociais, é relevante apontar para a manifestação individualizada a cada mulher, considerando os fatores psicossociais e orgânicos relacionados ao próprio processo de envelhecer de cada uma (De Lorenzi, Catan, Moreira e Ártico, 2009). Papalia (2010) reforça a importância do fator cultural sobre a questão, apontando estudos que afirmam o quanto a experiência do climatério pode ser diferentemente vivenciada, dependendo do contexto social, religioso e político da

mulher em sociedade, e de como elas percebem esse evento, quanto aos aspectos positivos ou negativos das suas experiências.

Pelo já citado, compreendemos a necessidade de discutir essa temática junto às mulheres e à população em geral, reconhecendo as alterações vivenciadas pela mulher nesse período e todo o impacto decorrente, que precisa ser identificado, caracterizado e trabalhado, de modo a possibilitar melhor compreensão e qualidade de vida às mulheres nessa vivência, ressaltando a necessidade do desenvolvimento de pesquisas sobre a questão (Freitas e Barbosa, 2015).

Por ser considerado tabu, pouco conhecimento é difundido a respeito do climatério. Como o que é, como se desenvolve, a partir de qual idade ocorre, se é uma fase natural, entre outras dúvidas sobre a sintomatologia desse marco biológico da mulher.

As autoras Silva, Araújo e Silva (2003) salientam que

“as mulheres climatéricas são negligenciadas no atendimento de Saúde Pública, o qual deve ser direcionado às suas prementes necessidades de orientação e ao desenvolvimento de um programa de atenção que contemple a troca de informações e as experiências vividas e permitam acesso aos meios disponíveis, para que elas alcancem a autovalorização e a autoestima, fundamentais para o resgate do bemestar e de vida longa, digna e saudável”. (p.29)

Diante dessa falta de acesso à informação e esclarecimentos sobre o climatério, bem como os aspectos que surgem junto ao processo, nota-se a necessidade de espaços que promovam intervenções efetivas a respeito da temática, como também se fazem necessários grupos de discussões sobre diagnóstico, afetações, apoio psicológico, esclarecimento de sintomatologia e suas consequências, opções de tratamentos e temáticas recorrentes sobre as dúvidas que surgem mediante essa fase na vida das mulheres.

Levando em consideração o exposto, o presente projeto de extensão “O Desabrochar – Resignificando a Pausa” procurou dar relevante atenção e oferecer cuidado a essas mulheres, oportunizando maior qualidade de vida e saúde a partir da compreensão do processo dinâmico e complexo do climatério, propiciando espaços de acolhimento e

visão ampliada das experiências nesta fase, entendendo o climatério a partir de uma nova percepção. Além disso, buscou ofertar uma atenção integral, envolvendo no processo de cuidado uma equipe multiprofissional, de modo a melhor atender essas mulheres, através de ações de fortalecimento e humanização das práticas em saúde.

Compreendendo a fase do climatério como um período crítico na vida das mulheres, que carrega todo um estigma associado ao envelhecimento, ao fim da função reprodutiva e de mudanças significativas relacionadas à libido sexual, e considerando a necessidade de que as mulheres tenham acesso a maiores e melhores informações sobre essa fase, a fim de atender a suas necessidades e auxiliá-las na adaptação nesse novo momento de suas vidas, foi que o projeto se desenvolveu.

Na busca pela compreensão da mulher em sua integralidade, ressaltamos a importância da participação da equipe multi e interdisciplinar, em atuação construída coletivamente, com foco na humanização do atendimento, no protagonismo de todos os envolvidos e na compreensão da percepção da vivência do climatério a partir de um novo olhar, que favoreça descobertas, ressignificação e ampliação de possibilidades.

Salvo ainda o destaque para o fato de que quando há a existência de um quadro complexo em sintomas, e que estes não são compreendidos e trabalhados em sua integralidade, acaba ocorrendo uma sobreutilização dos serviços de saúde, e sem a promoção de uma adequada resolutividade à questão. Ou seja, nesse sentido, a promoção de informações, orientações e intervenções serão capazes de auxiliar para a efetivação da saúde integral das mulheres e melhora de sua qualidade de vida, através de ações de baixo custo e que favorecem a uma redução de gastos com a saúde (Leal, 2015).

A fim de reforçar a relevância da proposta, é importante citar que o desenvolvimento do projeto “O Desabrochar – ressignificando a pausa” foi efetivado positivamente, apresentando resultados bastante satisfatórios e que nos levam à ampliação da proposta.

Nesse sentido, o objetivo do projeto consistiu em oferecer espaço de escuta qualificada, troca de conhecimentos e atendimento multidisciplinar, em grupo, a mulheres em vivência de climatério, em um hospital universitário do interior do RN. Teve ainda como objetivos específicos difundir a temática das fases do desenvolvimento da mulher, em especial do climatério; promover espaços de acolhimento às demandas trazidas pelas mulheres nessa vivência; favorecer a expressão das mulheres climatéricas, a troca de experiência entre elas, possibilitando o apoio e orientações

adequadas; desenvolvimento de temas relevantes ao conhecimento das mulheres, frente à vivência do climatério, promovendo informações, conhecimentos, orientações, apoio e intervenções relevantes ao grupo; realização de uma ação integral, interdisciplinar; bem como também favorecer a construção de conhecimentos e troca de experiências entre profissionais e residentes do Hospital Universitário Ana Bezerra, graduandos da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN) e outros profissionais da rede da região, e comunidade. Ademais, vem oportunizando a produção e disseminação de conhecimentos, favorecendo à construção de trabalhos científicos e divulgação das experiências conjuntas.

Metodologia

O projeto foi desenvolvido no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), na cidade de Santa Cruz/RN, com mulheres que estão em acompanhamento no ambulatório de climatério do referido hospital. Foi oferecido o acompanhamento sistemático interdisciplinar, em grupo, buscando promover uma atenção integral à saúde de mulheres em vivência de climatério, realizando escuta, desenvolvendo atividades terapêuticas e educativas, promovendo reflexão, apoio e intervenções, contando com equipe composta de psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira, odontólogo, farmacêutico e assistente social.

O grupo foi realizado quinzenalmente, tendo temáticas centrais a cada encontro, a fim de trazer à tona relevantes questões levantadas por elas na sua vivência de climatério. O encontro se caracterizou enquanto grupo aberto, tendo, a cada encontro, a participação de aproximadamente 10 mulheres. Os encontros foram realizados no período de maio a dezembro do ano de 2017, resultando em 15 encontros, com cerca de uma hora de duração.

As atividades realizadas consistiram, primeiramente, em apresentação do projeto para as participantes, seguida de levantamento de questões centrais, favorecimento da socialização entre as mulheres e demais participantes do grupo, e atividades dinâmicas, sendo estimuladas a expressão, participação ativa e construção coletiva das atividades práticas. Dentre as atividades e temáticas propostas, citamos:

- Apresentação do projeto para as participantes;
- Integração das mulheres participantes;
- Transformações fisiológicas durante o período do climatério;

- Cine encontro - curta metragem exibido contendo diversos temas do universo feminino;
- Alterações do climatério que influenciam na memória;
- Exercitando a memória;
- Sexualidade no climatério;
- Nutrição no período do climatério;
- Tratamentos e utilização de medicamentos;
- Reposição hormonal e seus dilemas;
- Higiene Bucal e reposição de Cálcio;
- Conhecendo o corpo: as práticas de exercício físico no período do climatério;
- Práticas de alongamento e relaxamento;
- Terapia manual;
- Mudanças psíquicas no período do climatério; ● Avaliação e encerramento do projeto.

Além dessas atividades, foi aplicada a Escala de Satisfação com a Vida, adaptada para a realidade do grupo, no intuito de verificar a satisfação das participantes com a experiência vivenciada a partir do grupo.

Resultados e discussões

A proposta em questão propiciou às mulheres participantes uma maior compreensão sobre o climatério, de maneira integral, sendo disponibilizado um espaço onde foi possível expressar suas dúvidas, experiências, sentimentos e dificuldades. Foi possível também proporcionar a aquisição de novos conhecimentos mediante as orientações, intervenções, palestras e rodas de conversa desenvolvidos pela equipe multiprofissional. Dessa forma, permitiu auxiliar a vivência desse período sob uma nova ótica, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas individuais e coletivas surgidas no grupo.

Ao passar dos encontros via-se o quanto as mulheres desconheciam sintomas característicos do climatério como os “calores”, variações no humor, aumento de peso, indisposição. Isso retrata a realidade vivenciada pela maioria das mulheres em período climatérico, que desconhecem sobre essa fase de sua vida, muito embora sofra com os sintomas apresentados, o que aponta para a importância do assunto ser mais disseminado na população, e trabalhado/desmistificado entre as mulheres.

Os aspectos trazidos acima só reforçam o que a literatura sobre o tema já vem indicando e discutindo, no que se refere à vivência singular desses sintomas. Brasil (2008) afirma que diversidade desses sintomas, assim como destacado pelas mulheres do grupo, variam em intensidade e diversidade para cada mulher. Em relação a necessidade de desmistificar essa fase, ela deve ser compreendida como uma fase natural, e não um adoecimento, muito embora a mulher possa encontrar dificuldades diante da sintomatologia, que pode gerar alterações na rotina, com novas limitações e possibilidades para as mulheres na vivência desse processo (Brasil, 2008).

Com as reflexões provocadas a cada encontro, foi possível observar as melhoras dos sintomas e da qualidade de vida das mulheres participantes, conforme verbalizado por elas. Foi visto ainda que as informações e orientações compartilhadas eram executadas no dia a dia das participantes, que partilhavam os novos conhecimentos e informações com pessoas do seu convívio, fazendo ainda convites às amigas e familiares que também se encontravam em fase de climatério. Essa partilha permitiu que familiares e amigos pudessem compreender os sintomas do período, contribuindo assim para a existência de uma rede de apoio mais eficaz e uma melhor qualidade de vida diante dessa vivência.

Mediante as demandas específicas de cada mulher, elas tiveram a oportunidade de obter informações e acesso a serviços especializados (psicologia, fisioterapia, nutrição) ofertados pelo hospital e pela universidade, assim como também acesso a outros serviços e atividades em grupo (pilates, massagem e hidroginástica), de modo a favorecer uma maior qualidade de vida a essas mulheres.

Perseguindo os objetivos propostos e os resultados esperados, considerando os resultados analisados, identificamos que o grupo conseguiu alcançar as expectativas e objetivos propostos. Dessa maneira, permitiu um espaço de escuta qualificada, acolhimento às demandas trazidas, troca de conhecimentos e atenção multidisciplinar, a essas mulheres em vivência de climatério, sendo perceptível a significativa participação e aceitabilidade da proposta por elas.

Assim, foi possível disseminar a temática das fases do desenvolvimento da mulher, em especial do climatério, tanto para as participantes do grupo, quanto para outras mulheres (amigas, vizinhas, familiares), a partir da expressão das mulheres climatéricas, a troca de experiência entre elas, possibilitando o apoio e orientações adequadas. Também foi possível o desenvolvimento de temas relevantes ao conhecimento das mulheres, frente à vivência do climatério, promovendo informações, conhecimento, orientações, apoio e intervenções relevantes ao grupo, repercutindo na

realização de uma ação integral, interdisciplinar, além de favorecer a construção de conhecimentos e troca de experiências entre profissionais, residentes, graduandos e comunidade.

Esse compartilhamento de informações entre profissionais e estudantes, juntamente com as participantes do grupo, parte de uma visão ampliada de saúde, que considera diversos aspectos da vida. No projeto, foram incluídas questões relativas à alimentação, o lazer, as condições de trabalho, a moradia, a educação/informação e renda, as relações sociais e familiares, a autoimagem e a autoestima, e o meio ambiente. A partir dessa visão, a saúde é encarada aqui para além do simples acesso aos serviços de saúde ou mesmo a ausência de doença. Dessa forma, considera que na atenção à sua saúde se faz necessário oferecer informações detalhadas e diversas em torno desse período da vida. Nesse processo é preciso ainda encorajar as mulheres a vivenciá-lo mais energia, coragem os aspectos que permeiam as transformações que ocorrem durante esse período (Brasil, 2008).

Partindo dessa perspectiva, o projeto também se propôs a avaliar a satisfação das participantes. Foi realizado um questionário de escala de satisfação com a vida, adaptado para a realidade do grupo, que demonstrou grande satisfação com a proposta do projeto, tendo como resultado que as mulheres se consideraram “Extremamente Satisfeitas” com a proposta desenvolvida. Nesse sentido, o projeto “O Desabrochar” conseguiu excelente resultado na avaliação feita pelas participantes, exposto pelo referido instrumento como também através de avaliação verbal realizada.

Considerações finais

O projeto se mostrou como um importante serviço às mulheres climatéricas, possibilitando uma ampliação do conhecimento delas sobre as fases da vida da mulher e questões de saúde implicadas, especialmente ao climatério. Com isso, suscitou a expressão de experiências singulares e coletivas, criando-se um espaço de escuta qualificada, promoção de saúde e de cuidados preventivos.

Para os facilitadores dos encontros, o grupo representou uma oportunidade de aprendizagem prática para profissionais de saúde e residentes, bem como também para graduandos de diferentes áreas de atuação. O projeto revelou-se, assim, como uma experiência positiva à formação e qualificação de profissionais de saúde, no envolvimento e partilha de conhecimento e experiências com a comunidade, especialmente com as mulheres em vivência do climatério, o que reforça a execução das

políticas públicas voltadas à mulher, assim como um conhecimento a ser ainda mais trabalhado e articulado em rede.

Conforme o contexto supracitado, consideramos relevante a ampliação e disseminação dessa temática, com propostas que envolvam informações sobre essa fase e suas repercussões na vivência pessoal, familiar, social e laboral da mulher. Desse modo, não só hospitais, mas as Unidades Básicas de Saúde, podem ter um importante papel na construção de uma assistência qualificada à saúde das mulheres, que envolva educação em saúde e que considere as diferentes implicações de saúde e as possíveis repercussões imbuídas nesse processo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

GONCALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. n. 17, v. 2. São Paulo, 2009.

SILVA, R.; ARAUJO, C.; SILVA, A. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. n. 12, v.2, p. 28-33, 2003.

CARVALHO, J.A.M.; WONG, L.R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.24, v.3, p.597-605, 2008.

FREITAS, K.M.; SILVA, A.R.V.; SILVA, R.M. Mulheres vivenciando o climatério. **Acta Scientiarum – Health Sciences**, v.26, n.1, p.121-128, 2004.

FREITAS, E.R.; BARBOSA, A.J.G. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**: Rio de Janeiro, 67(3): 112-124, 2015.



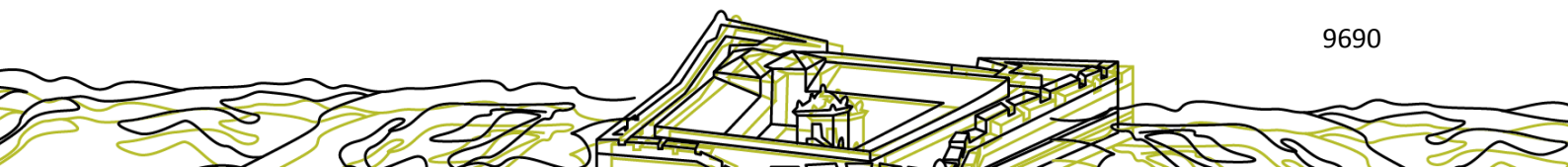
LEAL, I. A evolução da intervenção clínica relacionada à mulher. In: Rudnicki, T.; RAMOS, C.; PATRÃO, I.; PIMENTA, F. (et al) **Ciclo de vida da mulher: intervenção cognitivocomportamental na saúde e na doença**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

NETTO, J.R.C. **Mulheres no climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica**. Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto, da Universidade de São Paulo (USP), Área Psicologia, 2002.

PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

VALENCA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M. do; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 273-285, Junho, 2010.

ZAMPIERI, M.F.M. (et al). O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**, 13(2): 305-312, 2009.



PROJETO MÃE CIDADÃ: CUIDANDO INTEGRALMENTE DAS GESTANTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

Área temática: Saúde

Autores: Fabiana Lima Silva¹; Daniella Cristina de Sá Carneiro Costa Linhares²; Andréia Lucynara dos Santos Lima³; Elayne Albino da Silva⁴; Gabriela Riann Silva Machado⁵; Naama Souza Maia⁶; Shênia Maria Felício Felix⁷; Cecília Maria Bezerra Freire Campos⁸; Nadja Vanessa de Almeida Ferraz^{9,10}; Marly Santiago de Araújo¹⁰; Denise Soares de Almeida^{11,12}; Maria Luíza da Silva Santos¹²

Instituição: Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

¹ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Psicóloga Hospitalar.

² Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Psicóloga Hospitalar.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) / Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Residente no Programa de Residência em Assistência Materno-Infantil (HUAB/UFRN).

⁸ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Terapeuta Ocupacional.

⁹ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Fisioterapeuta.

¹⁰ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Assistente Social.

¹¹ Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Psicóloga Hospitalar.

¹² Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) / Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) Graduanda de Fisioterapia e bolsista do projeto. PROEX.

Resumo: A gestação caracteriza-se como um processo complexo e significativo na vida da mulher, de seu/sua cônjuge e familiares; tal período é marcado por intensas mudanças e adaptações, sejam elas fisiológicas, psicológicas, emocionais, sociais, econômicas, dentre outras, que permeiam a relação da gestante e do seu entorno com a gravidez. Novos cuidados tornam-se necessários, acompanhamentos periódicos com a equipe de saúde presentificam-se na rotina, ainda mais quando se fala em uma gestação de alto risco, que são aquelas com maior probabilidade de agravos à saúde da mãe-bebê durante o ciclo gravídico-puerperal. Pretendese aqui discutir as vivências do projeto de extensão “Mãe Cidadã: Cuidando Integralmente das Gestantes”. O projeto ofertou atendimento multidisciplinar, em grupo às gestantes de alto risco, em um hospital universitário (HU) do interior do Rio Grande do Norte. Foram realizados 25 encontros, entre maio e dezembro de 2017. Os encontros aconteceram semanalmente, com temáticas pré-definidas. Quanto aos resultados observou-se apropriação pelas gestantes/puérperas dos direitos sociais concernentes a assistência ao pré parto, parto e pós parto; vinculação das usuárias aos profissionais da instituição e ao serviço antes da entrada em trabalho de parto; maior interação da equipe de saúde a partir de uma proposta de trabalho centralizada no humano e nas suas necessidades de saúde com vistas a integralidade da atenção; e a aproximação da instituição formadora com a comunidade envolvida. A atenção integral à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal é um ponto crucial do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; inserindo-se nessa empreitada, o presente projeto mostra a sua relevância ao ofertar serviço de qualidade, especializado e multiprofissional às gestantes e seus acompanhantes, favorecendo um ambiente de construção e ampliação de conhecimentos acerca da gravidez e puerpério.

Palavras-chave: gestação, equipe multiprofissional, integralidade.

Introdução

O gestar é um processo, individual e social, que traz consigo mudanças físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. A gravidez é um período de transição que pode fazer parte do processo de desenvolvimento de um casal/família, desta forma, a maternidade e a paternidade são momentos existenciais de grande importância no ciclo vital de mulheres e homens. É também durante esse período que se inicia a formação do vínculo pais-filho e a reestruturação da dinâmica familiar (MALDONADO, 2005).

Nas últimas décadas, os aspectos psicológicos do ciclo grávido-puerperal e, sobretudo, as pesquisas sobre a percepção e as capacidades sensoriais do feto e do recém-nascido cresceram enormemente (MALDONADO, 2005). Compreende-se que a vivência da gestação se caracteriza por um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez. É uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade (MALDONADO, 2005; MORON e BORTOLETTI et al, 2007).

Os achados científicos mostram que há uma necessidade de compreender a mulher/família, durante o período gravídico-puerperal, como um ser em sua totalidade, considerando todo seu contexto sociocultural, o que evidencia a importância de um atendimento integral e multiprofissional efetivo, qualificado e humanizado.

Sendo assim, a gestação constitui um fenômeno integrante do ciclo vital da mulher podendo ser vista por esta, assim como pela equipe de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Contudo, também se trata de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto, se estiverem presentes certas particularidades que podem fazer com que a gestação caminhe para situações desfavoráveis (BRASIL, 2010).

A assistência pré-natal tem ocupado, historicamente, um espaço relevante na atenção à saúde da população. A garantia da qualidade da atenção pré-natal pressupõe a acessibilidade ao cuidado, incluído aqui o aumento na oferta de serviços de saúde, o atendimento integral e multiprofissional, o acesso a exames laboratoriais e a existência de mecanismos formais de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção.

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com os objetivos de promover ações direcionadas à redução da morbimortalidade materna e à melhora dos resultados perinatais, tendo como pano de fundo a humanização do atendimento.

Ainda no conceito de atenção humanizada, é importante a construção sobre necessidades de saúde, no que diz respeito à atenção integral à saúde, uma vez que várias dimensões são levadas em consideração quando é pensada a confluência de saberes e formas de atuação direcionadas ao sujeito (CECÍLIO, 2001).

Partindo dessa perspectiva, na chegada aos serviços de saúde, os sujeitos trazem demandas que podem se apresentar como buscas específicas por intervenções, cabendo a equipe, a partir da oferta do cuidado integral, a identificação dessas necessidades trazidas dentro dessas demandas, como diz Cecílio (2001, p. 4):

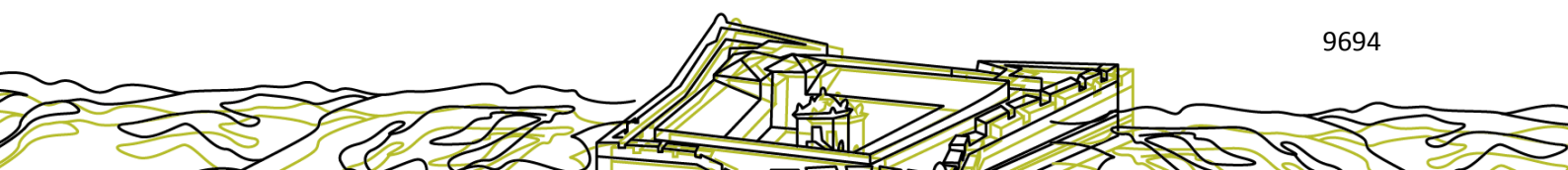
A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras.

Dentro dessa lógica, a atenção integral à saúde, como prerrogativa das práticas de humanização se entende como fundamental a atuação dentro dessa perspectiva, que proporcione o acolhimento dessas demandas trazidas pelos sujeitos, no intuito de promover ações que atendam ou busquem ofertar maior amplitude da integralidade dos serviços de saúde.

Nessa direção, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) tem como objetivo primordial “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5). Além disso, o Ministério da Saúde, por meio de recente publicação abordando a temática da gestação de alto risco, levanta a necessidade maior do desenvolvimento de ações educativas dirigidas aos problemas específicos detectados, incluindo intervenções junto à família e a comunidade, com perspectivas de geração de impactos positivos.

É enfatizada, ainda, a necessidade de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde pertencentes às áreas como enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, podendo-se ainda incluir farmácia e fisioterapia em um trabalho articulado e planejado com sujeitos capazes de fornecer um melhor acompanhamento à gestante de alto risco (BRASIL, 2010).

Além disso, a Rede Cegonha objetiva assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Ainda no contexto da humanização, a Política Nacional de Humanização prevê a necessidade de diálogos entre usuários, familiares e profissionais, promovendo uma troca de saberes



entre estes atores, visando um novo tipo de interação entre eles, fomentando amplo protagonismo (BRASIL, 2004).

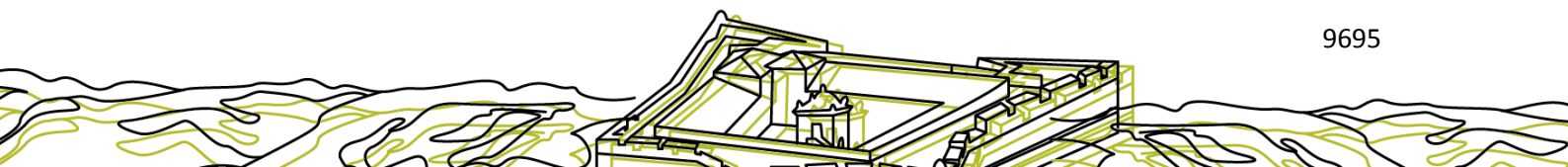
Bydlowski, Lefèvre e Pereira (2011, p. 1772), ressaltam que “a formação de cidadãos participativos leva ao desenvolvimento da autonomia da população, capacitando-a para atuar no controle de sua própria vida e atingir uma situação de equidade social”. Em se tratando da integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Albuquerque et al. (2008) afirmam não ser possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre essa articulação, considerando-a um espaço privilegiado para a reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades de saúde dos usuários.

Neste sentido, é preciso ampliar os espaços de diálogo e sensibilização de todos os atores envolvidos neste contexto para sua corresponsabilização, no que diz respeito à formação de novos profissionais e à prestação de cuidados em saúde. Para que seja possível construir um novo modo de organizar e praticar a atenção à saúde, é preciso um novo perfil de trabalho e de trabalhadores. A formação e a qualificação desses profissionais devem ser orientadas pelas necessidades da população. Logo, não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço, sendo necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização dos processos de trabalho.

Esta transformação pressupõe o trabalho em equipe, o acolhimento dos usuários, a produção de vínculo entre eles e as equipes, a responsabilização com a saúde individual e coletiva, o atendimento das necessidades dos usuários e a resolutividade dos problemas de saúde detectados.

Essa atuação, levando em consideração o fazer e a construção da clínica ampliada e compartilhada, busca a assistência ofertada de forma integral ao sujeito, prezando pelo olhar contextualizado para ele, de maneira que não seja mais compartimentalizada a dor e a doença, mas que seja pensado o processo de produção da saúde enquanto inteiro, abrangendo aspectos e situações que vão para além do contexto de atuação hospitalar e pontual, indo na direção, também, do acompanhamento primário do que diz respeito à saúde e ao bem estar desse sujeito.

Partindo do pressuposto de que “no plano da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada” (BRASIL, 2009, p. 11), a atuação



multiprofissional, dentro da rede de saúde, se torna uma possibilidade de assistir de forma mais integral e articulada a esses sujeitos.

Assim, considerado o profissional que se insere nessa ótica de articulação e compartilhamento de atuação, que amplia o fazer na assistência ao sujeito nos processos e espaços de saúde, deve estar ambientado nessa forma de pensar e construir, que busca a participação junto à uma equipe com diferentes saberes e poderes, o que também se constitui parte da prática da humanização em saúde.

Nessa perspectiva, a atuação profissional deve existir considerando que “este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários” (BRASIL, 2009, p. 15), o que faz voltar o olhar para a descentralização de procedimentos e técnicas de apenas uma área de conhecimento, buscando o fortalecimento das ações dentro do fazer compartilhado.

Pensando sobre essa visão que parte somente de uma área de conhecimento, Rebello e Rodrigues Neto (2012), estudando a Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina, observam que esses alunos associam a humanização da assistência ao parto ao acolhimento, ao direito ao acompanhante, à segurança, à menor intervenção e à presença de uma equipe multiprofissional, o que pode ser potencializado pelo olhar, pelo entendimento e pelas práticas multiprofissionais.

Rebello e Rodrigues Neto (2012) também identificaram uma maior ênfase dada ao acolhimento, que envolve também, o fornecimento de informações, atenção às necessidades individuais e melhora da relação profissional-usuário, notando-se ainda, o reconhecimento do parto como um evento fisiológico que necessita de menor intervenção e a importância do envolvimento de profissionais não médicos, sendo esse um olhar que valoriza e reafirma a importância do trabalho e do cuidado compartilhado.

Desse modo, o trabalho articulado em equipe torna-se imprescindível para que as diversas dimensões da vida dos sujeitos sejam consideradas, para além das necessidades inerentes as gravidezes de risco. Ainda nessa perspectiva, Oliveira e Madeira (2011), discutindo a interação entre a equipe multiprofissional e gestantes de alto risco do município de Divinópolis-MG, encontraram, na fala das gestantes, um sentimento de segurança, dissipação de medo e angústias a partir da atenção dada pelos profissionais de saúde, avaliando as estratégias de cuidados oferecidas por uma equipe multiprofissional como positiva, resolutiva e segura.

Desta forma, dentro da perspectiva da humanização da assistência à saúde, bem como do seu papel formador, o Hospital Universitário Ana Bezerra/HUAB possui como missão institucional “prestar assistência materno-infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”. Com o intento de concretizar tal missão, o referido hospital aderiu ao sistema de alojamento conjunto, incentivo ao aleitamento materno (Hospital Amigo da Criança desde 1996) e ao parto humanizado (Prêmio Galba de Araújo no ano 2000). Sendo reconhecido pela Fundação Banco do Brasil como hospital que realiza tecnologia social. Por isso, a humanização hospitalar nesta instituição é uma realidade desde 1996 e, constantemente encara novos desafios para garantir uma assistência de qualidade, respeitando os princípios do SUS.

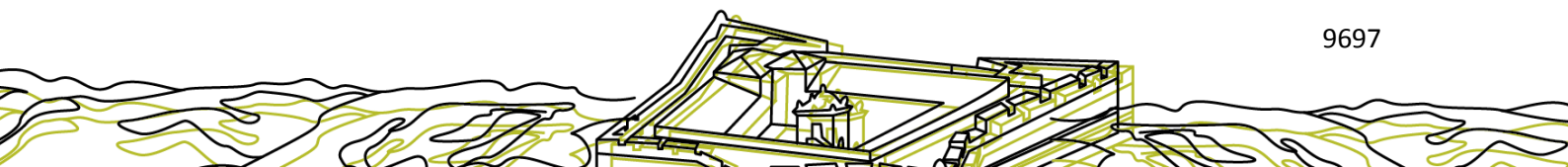
Esta organização, localizada no município de Santa Cruz/RN, presta serviços aos usuários da rede SUS, em nível ambulatorial e hospitalar e é referência em assistência maternoinfantil para a região do Trairí, sendo atualmente gerida pela Empresa Brasileira de Serviços

Hospitales (EBSERH). Por se caracterizar como instituição de ensino, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o hospital recebe graduandos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Psicologia, Nutrição, Odontologia e Fisioterapia.

A instituição também oferta programas de residência médica em Medicina de Saúde da Família, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Anestesiologia, e o programa de residência integrada multiprofissional em saúde, que recebe profissionais das áreas de nutrição, enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia, odontologia e serviço social.

Apoiado nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Humanização e no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o projeto “Mãe Cidadã: Cuidando Integralmente das Gestantes”, vem sendo desenvolvido junto às gestantes do ambulatório de pré-natal de alto risco do Hospital Universitário desde o ano de 2008. O projeto é produto de uma pesquisa anterior que identificou que as mulheres assistidas nesta instituição vivenciam o bem-estar com a presença do acompanhante, porém não visualizam esta experiência prazerosa como um direito instituído por lei.

Em 2017, percebeu-se a necessidade de ampliar o público alvo do projeto, abrangendo não somente as gestantes do pré-natal de alto risco da instituição, mas também as gestantes de risco habitual, que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do



município, por entender que a gestação é um período de crise e mudanças para a maioria das mulheres.

Nesse período também, foram retomados os atendimentos especializados interdisciplinares de pré-natal e a visita puerperal, que haviam sido realizados nos anos anteriores de vigência do projeto, partindo da percepção de que são estratégias diferentes e produtivas na assistência da saúde integral da mulher gestante e na formação dos acadêmicos e residentes.

É importante perceber que a assistência pré-natal convencional oferece apenas acompanhamento médico, o que é ampliado com a proposição do projeto, uma vez que esta assistência se estende a outras profissões da área de saúde, com ênfase na educação em saúde. Tendo como objetivos centrais o fomento da autonomia das usuárias e familiares, a partir do conhecimento dos direitos de cidadania, a construção de um espaço de debates e produção de saber, assim como de vinculação entre a academia e a comunidade.

Diante do exposto, o presente projeto se justifica pela importante contribuição que será dada à atenção pré-natal da região do Trairí; pelo cenário de prática ímpar possibilitado aos alunos de graduação dos cursos já mencionados e pós-graduação através dos programas de residência; o fomento a práticas de educação permanente em saúde que possibilitam maior apropriação e reflexão dos profissionais quanto o exercício profissional cotidiano; o incentivo a experiência de atuação em equipe interdisciplinar na perspectiva da integralidade; a promoção de produções científicas; e a aproximação entre a comunidade e a instituição formadora/assistencial.

Metodologia

O Projeto MÃE CIDADÃ teve como público alvo as gestantes que realizaram pré-natal de alto risco no ambulatório do HUAB, bem como, as gestantes de risco habitual, que realizaram pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do Município, assim como seus familiares e acompanhantes. Foram realizados encontros semanais, com a realização de atividades de cunho preventivo, educativo e terapêutico, abordando temas de interesse à vivência materna, ao parto e ao nascimento, sendo aberta à participação para gestantes em qualquer idade gestacional.

Os temas das atividades trabalhadas foram pensados a partir do contexto e das necessidades das usuárias participantes, mas houve flexibilidade para que as próprias interessadas fizessem sugestões. As metodologias de intervenção foram rodas de

conversa, palestras educativas, atividades práticas, jogos educativos e oficinas terapêuticas.

A programação das atividades foi na perspectiva de um curso de gestantes, trabalhando os seguintes temas: conhecendo a maternidade (tour pelo hospital com as gestantes); importância do pré-natal; direito das gestantes; sentimentos relacionados à maternidade; desenvolvimento da gestação; alterações físicas na Gestação; rotina da mãe durante a gestação e puerpério; gestante e a dinâmica familiar; sexo na gestação e puerpério; patologias da gestação; orientação nutricional (alimentação saudável, suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A).

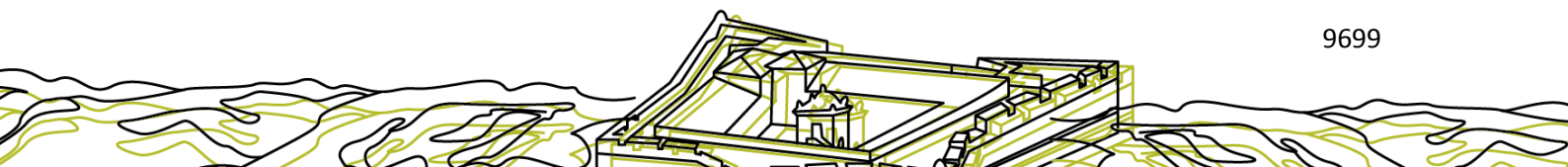
E ainda, o uso de medicamentos na gestação; vivência da gestação - alongamento e relaxamento – fortalecimento do vínculo mãe-bebê; sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço); exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico para o parto natural; sinais do trabalho de parto; trabalho de parto e vias de parto; parto natural e parto cirúrgico; métodos não-farmacológicos para o alívio da dor; rotina hospitalar no dia do parto; aleitamento materno; cuidados com o bebê e importância dos testes de triagem (teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha, teste da linguinha e do coraçãozinho) e das vacinas; e planejamento familiar.

Foram oferecidas também, oficinas terapêuticas: almofada de amamentar; lembrancinha da maternidade; ensaio fotográfico; shantala e banho de balde. Assim como, atendimentos especializados interdisciplinares de pré-natal com profissionais de fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, odontologia, enfermagem e farmácia.

Resultados e discussões

Foram realizadas 25 atividades, entre maio e dezembro de 2017, corroborando com as propostas sugeridas no campo metodológico, sendo promovidas no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) com colaboração da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (UFRN/FACISA). Foram assistidas 130 gestantes nas atividades em grupo, realizadas 20 avaliações multiprofissionais individuais e cinco encaminhamentos.

Nesta perspectiva, seguindo aquilo que é previsto no SUS como pressupostos para garantia do atendimento qualificado como a equidade, a integralidade e a participação da comunidade, este projeto atingiu os objetivos propostos, tendo como principais



resultados: a maior apropriação pelas gestantes/puérperas quanto aos direitos sociais concernentes a assistência ao pré parto, parto e pós parto; e notou-se que a vinculação das usuárias aos profissionais da instituição e ao serviço antes da entrada em trabalho de parto foi extremamente relevante do ponto de vista do construção de confiança e laços de afeto com a equipe envolvida nos cuidados.

Observou-se ainda, maior interação da equipe de saúde a partir de uma proposta de trabalho centralizada no humano e nas suas necessidades de saúde e não na patologia. Bem como, incentivo a participação e valorização de profissionais das diversas áreas de saúde no trabalho em equipe multiprofissional com vistas a integralidade da atenção. Assim, o projeto também contribuiu significativamente para a formação de graduandos e residentes visto a relevância das temáticas discutidas e a riqueza, do ponto de vista pedagógico, das discussões e vivências com as participantes pautadas nos pressupostos da humanização e da qualidade do atendimento no âmbito do SUS.

As orientações repassadas pelos profissionais foram acolhidas e adotadas pelas participantes que, por meio de relato verbal, demonstraram completa satisfação com toda equipe. Não se limitando ao relato verbal, foi aplicada uma adaptação da Escala de Satisfação com a Vida (ESV), a qual analisou a satisfação das participantes com o projeto. Segue o resultado: Coleta de 80% das participantes ativas resultou nas somas individuais de 30, 29, 32 e 33. Segundo a legenda da Escala de Satisfação com a Vida adaptada, temos que: 30 - 35 = Extremamente Satisfeito; 25 - 29 = Satisfeito; 20 - 24 = Razoavelmente Satisfeito; 15 - 19 = Razoavelmente Insatisfeito; 10 - 14 = Insatisfeito; 5 - 9 = Extremamente Insatisfeito.

Analisando os resultados obtidos, três mulheres se enquadraram no perfil de Extremamente Satisfeito e uma no perfil de satisfeito. Assim, o projeto Mãe Cidadã conseguiu excelente resultado na avaliação feita pelos profissionais.

No planejamento das atividades do projeto estavam previstas a ampliação do público alvo, pois além de alcançar as gestantes do pré-natal de alto risco, também era interesse trabalhar com as gestantes de risco habitual, ademais, a realização da visita puerperal, entretanto, não conseguimos efetivar o desenvolvimento desses mecanismos, devido à dificuldade de transporte vivenciada pela Instituição. No entanto, como estratégia de avaliar minimamente a díade no pós-parto imediato, foram realizados contatos telefônicos pela equipe que acompanhou a gestante durante todo o processo gestacional.

Considerações Finais

A atenção pré-natal tem sido uma preocupação constante do Ministério da Saúde. As publicações realizadas pelo referido ministério enfatizam que o cuidado pré-natal deve ter como características primordiais a qualidade e a humanização no atendimento ao binômio.

A partir da nossa vivência e dos relatos dos participantes, percebe-se que o projeto Mãe Cidadã possibilitou um novo cuidado à assistência à mulher no período gravídico puerperal, bem como, sensibilizou os graduandos, residentes e profissionais da Instituição para a relevância do trabalho em equipe e o cuidado integral. É relevante destacar também a importância do projeto para a formação dos atores envolvidos (graduandos e residentes), possibilitando aos acadêmicos atuar nos diversos eixos temáticos oferecidos pelo projeto político-pedagógico dos cursos e residências, dentre eles a educação para a saúde e cidadania, levando em consideração o contexto sociocultural da população, além da promoção da saúde nos vários níveis de complexidade.

Destarte, esperamos que mais iniciativas como essas sejam possíveis na perspectiva de fortalecimento do SUS que queremos.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. et al. **A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, n.1, p. 319-325, 2011.

A. F. MORON, F. F. BORTOLETTI, J. BORTOLETTI FILHO, M. U. NAKAMURA, R. M.

SANTANA, & R. MATTAR. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2007.



BRASIL. Ministério da Saúde, **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização no Parto**: Humanização no PréNatal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 27 p.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.19 p.

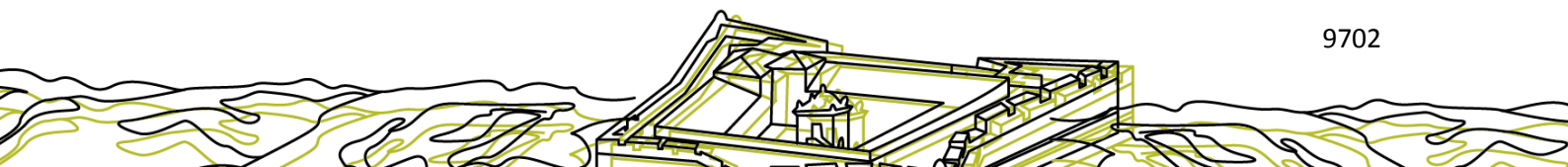
BYDLOWSKI, C. R.; LEFÈVRE, A. M. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, n. 3, p. 1771-1780, 2011.

CECÍLIO, Luiz C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde / The health necessities as concept in fight for the completeness and equity in health care. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

MALDONADO, M. T. **Psicologia na gravidez**. Editora Saraiva, 2005. REDE CEGONHA.

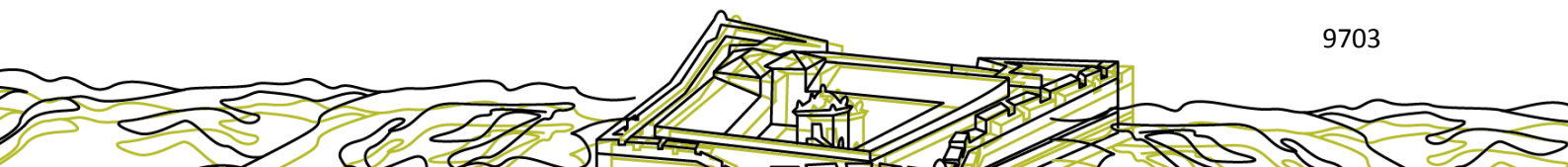
Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Acesso em: 22. Dez. 2014.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc Anna Nery**, vol. 15, n. 1, p. 103-109, jan-mar, 2011.





REBELLO, M. T. M. P.; RODRIGUES NETO, J. F. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 36, n. 2, p. 188-197, 2012.





A REINSERÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E NO TRABALHO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Área Temática: Saúde.

Cristiane Maretti Marangoni Valli¹; Helena Ganzarolli Carlos²

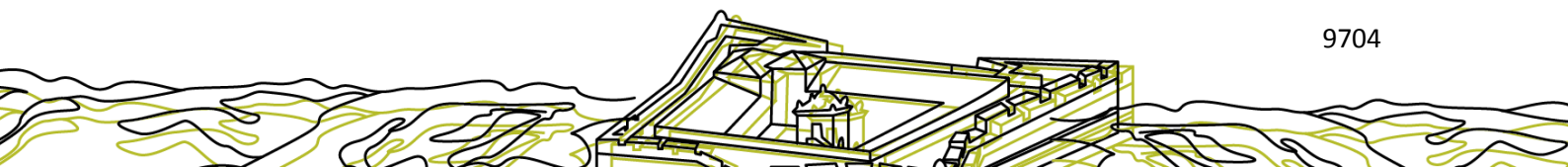
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puc-Campinas)

Resumo

Os motivos que levam uma pessoa a adotar as ruas como seu espaço de moradia é algo instigante e que engendra múltiplos sentidos, pois trata-se de um fenômeno complexo, que envolve aspectos tanto sociais como emocionais. Apesar da polissemia que cerca esta questão o interesse pela população em situação de rua no Brasil é bastante recente, data do início dos anos de 2000, em que mobilizações sociais resultaram na construção de políticas públicas voltadas a este público, com o intuito de assegurar a garantia de direitos e a criação de serviços especializados. O presente trabalho de extensão se dirige a um serviço de acolhimento institucional destinado a este segmento da população brasileira e tem como objetivo que a equipe universitária auxilie a equipe técnica do serviço, no que se refere a reinserção social, familiar e no trabalho de seus acolhidos. Para o cumprimento deste objetivo são oferecidos ao público-alvo oficinas temáticas que tratam de três grandes eixos, a saber: políticas públicas que cercam a questão, manejo com os usuários do serviço de acolhimento e fortalecimento da rede de cuidados. Os encontros acontecem uma vez por semana, na sede do serviço e tem duração de 90 minutos. Os temas são apresentados como disparadores, pois os conhecimentos advindos da academia (obedientes ao rigor científico) são alinhados ao saber do público-alvo resultando em um saber compartilhado. Este conhecimento

¹Docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puc-Campinas) – Faculdade de Psicologia.

²Discente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Puc-Campinas) – Faculdade de Psicologia.



produzido instrumentaliza a equipe do serviço de acolhimento institucional a reinserir os usuários na convivência familiar, social e no trabalho, promovendo saúde.

Palavras-Chave: Acolhimento institucional, promoção de saúde, extensão universitária, pessoa em situação de rua.

Introdução

A Extensão Universitária se caracteriza por uma ação dinâmica e dialógica que resulta na construção de um saber compartilhado. O conhecimento científico (próprio e advindo da academia) se depara e se alinha ao conhecimento comunitário e popular, produzindo um saber coletivo. Tal saber é capaz tanto de instrumentalizar o público-alvo, proporcionando a este subsídios para enfrentar de forma mais eficaz a realidade social vigente, assim como serve para oxigenar a academia nos âmbitos do ensino e da pesquisa.

A atividade de extensão oxigena o ensino, pois ela faz com que o ensino universitário se aproxime das demandas e das realidades sociais (neste caso específico da região metropolitana de Campinas), conferindo a equipe universitária (docente e alunos envolvidos) um aprimoramento e uma formação crítica e coerente com a realidade que a cerca.

Já no que diz respeito a pesquisa, a ida a uma comunidade faz com que novas questões surjam e se materializem em problemas de pesquisa. Nesse sentido, fica evidente que as ações extensionistas são indissociáveis e se articulam com os outros dois pilares da universidade – o ensino e a pesquisa.

Fiel a esta perspectiva de extensão universitária o presente Plano de Trabalho é coerente, em primeiro lugar, pois encontra consonância tanto no Programa de Pós-graduação em Psicologia como na graduação em Psicologia da Puc-Campinas.

Também vale esclarecer que este plano é pertinente com a linha temática saúde, pois ele objetiva instrumentalizar a equipe técnica do serviço de Acolhimento Institucional da entidade “Reencontro Família e Sociedade” a fim de desenvolver estratégias que promovam a reinserção social, familiar e no trabalho da pessoa em situação de rua.

Certamente a reinserção da pessoa em situação de rua é um fator que promove saúde, já que este processo é capaz de garantir vínculos afetivos, um ambiente familiar suportivo (as diversas demandas emocionais), uma sensação de produtividade e utilidade, autossustento, independência, aumento da autoconfiança e da autoestima.

Todos estes fatores levam a vivências de bem-estar e realização, que podem ser traduzidas como promoção de saúde.

E finalmente, esta proposta é pertinente já que o alcance de seus objetivos além de produzir a promoção de saúde possui um importante impacto social, ao garantir a proteção integral a pessoa humana, a diminuição do número de pessoas em situação de rua em Vinhedo e a interrupção de situações de violência decorrente da vida nas ruas.

O fato de existirem pessoas morando nas ruas não pode ser compreendido a partir de um único fator, porque tal fenômeno é complexo o bastante, já que resulta de múltiplas razões e só pode ser entendido em sua polissemia.

Apesar das desigualdades sociais serem apontadas por muitos, inclusive pelo senso comum, como a grande responsável por alguns sujeitos tornarem as ruas seu espaço de moradia, este aspecto por si só é insuficiente para explicar a existência da população em situação de rua.

Nem tão pouco podemos circunscrever a existência de moradores de rua a países com quadros agudos de desigualdades sociais, ou ainda, restringir a existência destes fenômeno aos tempos atuais.

De acordo com Simões Júnior (Junior,1992), desde a antiguidade, há registros de pessoas que fizeram das ruas a sua moradia e sobreviveram quase que unicamente pedindo ajuda a outras pessoas, ou seja, mendigando. Na Grécia e no Império Romano não foi diferente e ainda na Idade Média há pesquisas que apontam para uma espécie de “profissionalização” da situação de rua.

Já na Era Industrial, o Estado e alguns setores da sociedade passaram a criminalizar esta população e ainda promoveram ações higienistas e de segregação social.

No Brasil, a preocupação com a pessoa em situação de rua é algo recente, advindo de lutas sociais e acompanha o restabelecimento da democracia no país. Antes do final da década de 1980, este segmento da população era praticamente invisível ao Estado, ou ainda, era alvo de repressão policial, de criminalização e de segregação.

Foi com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que este cenário começou a se transformar, pois com a *Carta Magna* os direitos sociais passaram a ser compreendidos como direitos fundamentais de todo cidadão - “sem distinção de qualquer natureza”.

Já com o Plano Nacional da Assistência Social (PNAS) de 2004 foi assegurado a cobertura à população de rua e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), publicada em 2003, mas modificada em 2015, estabeleceu a obrigatoriedade da criação de programas dirigidos aos moradores de rua, no âmbito dos serviços de assistência social.

Em 2005 houve o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, em 2006, foi instaurado o decreto que estabeleceu um grupo de trabalho interministerial que tinha como objetivo estudar e propor políticas públicas voltadas à inclusão da pessoa em situação de rua.

Em 2007 e 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua que fundamentou o Decreto 7.053, de 23 de Dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua. Ainda 2009, ocorreu o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua.

Dessa forma, fica claro que a primeira década dos anos 2000 foi marcada por mobilizações sociais que resultaram na construção de políticas públicas voltadas à pessoa em situação de rua que asseguraram, ao menos em termos de legislação, a garantia de direitos e a criação de serviços especializados a este segmento da população brasileira.

A pesquisa sobre este público (que abrangeu 71 municípios com mais de 300 mil habitantes), realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em 2007 e 2008, traçou o perfil deste estrato da população, estimando que no país existam cerca de 50 mil pessoas morando nas ruas.

Destas 50 mil 82% são do sexo masculino, 53% tem idade entre 25 e 44 anos, 67% são negros, 70% exercem algum tipo de atividade remunerada (a renda é baixa já que 52,6% recebem entre vinte e oitenta reais por semana), 74% são alfabetizados, 85,5% não recebem qualquer tipo de benefício social, e ainda, 51,9% possuem algum familiar no município que moram e destes 38,9% romperam totalmente os vínculos familiares.

As principais causas apontadas pela pesquisa que levaram estas pessoas a irem morar na rua, são: 35,5% por fazerem uso abusivo de substâncias psicoativas, 29,8% por terem ficado desempregadas, 29,1% por terem tido problemas familiares, 20,4% por terem perdido a moradia e 16,1 por terem se separado do companheiro(a).

É importante observar que estes dados da pesquisa vão ao encontro da compreensão que os fatores que levam um sujeito a adotar a rua como o sua moradia são diversos e não se restringem, portanto, aos discrepantes índices de desigualdades sociais do Brasil.

Vale também ressaltar que o presente trabalho de extensão se voltar a este segmento da população brasileira, com o intuito de desenvolver ações que visem a reinserção social, familiar e no trabalho de usuários de um serviço de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua, no município de Vinhedo.

O serviço de Acolhimento Institucional foi tipificado através Resolução n° 109 do Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS), em 11 de novembro de 2009, que aprovou o serviço de acolhimento provisório com uma estrutura que acolhe com privacidade, segurança e dignidade pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar que estão em situação de rua.

Tal entidade oferta em unidades (abrigo institucional e casa de passagem) localizadas nos centros urbanos, respeitando o direito de permanência e igualdade de condições e acesso aos serviços públicos. É nesse contexto e com este público que o presente Trabalho se desenvolve.

O público-alvo direto desta proposta de trabalho de extensão é a equipe técnica do serviço de acolhimento institucional da entidade “Reencontro Sociedade e Família”, qual seja: o coordenador (assistente social), o psicólogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional e os cuidadores sociais

Lembramos que os demais profissionais do serviço de acolhimento, isto é, o auxiliar de escritório, o cozinheiro, os serviços gerais e o motoristas não participarão das oficinas, pois o objeto deste trabalho não prevê.

Serão convidados a eventualmente colaborarem com as atividades de extensão alguns técnicos da Secretaria da Assistência Social do município, mas exatamente aqueles pertencentes ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), assistente social e educador social, que realizam atividades em conjunto com a equipe técnica da Ong.

A “Reencontro Sociedade e Família é uma Organização não Governamental (Ong) de direito privado que realiza ações na área da saúde e da assistência social, com interesse público municipal (Vinhedo), regularmente inscrita, registrada e certificada no Conselho Municipal da Assistência Social (CMAS), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e possui Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades (CRCE).

Tal entidade nasceu em 2009, na cidade de Valinhos (SP), e as suas ações eram dirigidas exclusivamente aos usuários de substâncias psicoativas, porém muitos deles já estavam em situação de rua. Em 2010, a entidade foi transferida para Vinhedo e ampliou as suas atividades para as pessoas em situação de rua, criando o serviço de acolhimento institucional.

Assim, Ong oferta um serviço de Acolhimento Institucional, que se caracteriza no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) com um serviço de proteção social de alta complexibilidade, que proporciona aos seus usuários um ambiente residencial, aos moldes de um lar, respeitando as condições de dignidade, privacidade e

cidadania dos indivíduos que ali habitam, assim como garante as condições de estadia, convívio e de um endereço de referência.

Os acolhidos são pessoas em situação de rua, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que possuem os vínculos familiares fragilizados ou ainda rompidos. O ambiente do serviço garante aos seus usuários a proteção integral, assim como viabiliza a sua reinserção no âmbito familiar, comunitário e do trabalho.

A Ong funciona de forma ininterrupta, ou seja, todos os dias da semana (incluindo os feriados) 24 horas por dia e oferta 30 vagas.

A infraestrutura atende às necessidades dos usuários, já que oferece as condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e acessibilidade. A sede do serviço de acolhimento é uma chácara que dispõem de uma casa com oito quartos, quatro banheiros, sala de reunião, sala de televisão, cozinha, refeitório, despensa, lavanderia e varanda. Há também o escritório que conta com uma sala de atendimento e um banheiro.

As regras de gestão e de convivência são construídas de forma participativa, coletiva e colaborativa a fim de assegurar a autonomia dos usuários e desenvolver o protagonismo e o espírito de convivência.

Para auxiliar a Ong em sua tarefa com os acolhidos este trabalho de extensão visa:

Desenvolver atividades socioeducativas com a equipe técnica do serviço de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua da Associação Reencontro em relação ao desenvolvimento de estratégias que promovam a reinserção social, familiar e no trabalho dos usuários deste serviço.

Auxiliar a equipe técnica da entidade quanto ao fortalecimento da rede socioassistencial, o que inclui parcerias com equipamentos da área da saúde (como UBS e Caps) e segurança pública.

Auxiliar os técnicos na elaboração de estratégias que permitam um manejo promotor de vínculo com a pessoa em situação de rua.

Elaboração de uma cartilha informativa, em conjunto com o público- alvo, que verse sobre os resultados alcançados.

Elaborar um modelo de intervenção, em conjunto com a equipe técnica da “Reencontro Sociedade e Família”, que auxilie na promoção da saúde e na reinserção social, familiar e no trabalho dos usuários do serviço de acolhimento.

Metodologia

A execução das atividades teve início, em fevereiro de 2018 com a visita da docente a entidade “Reencontro Sociedade e Família”, a fim de planejar com a equipe as ações a serem realizadas durante o primeiro e segundo anos do biênio.

Em seguida, houve a seleção da bolsistas e o início das atividades, isto é, das oficinas.

O método desta proposta de trabalho privilegia a realização de oficinas dialógicas com a ativa participação do público-alvo. Ocorrem uma (01) oficina por semana, isto é, serão (13) treze no primeiro semestre de 2018 (de abril a junho) e mais (17) dezessete no segundo semestre de 2018 (de agosto a dezembro). Em 2019, o projeto ofertará o mesmo número de oficinas que no primeiro ano do biênio.

Desse modo, serão 30 oficinas em 2018 acrescidas de mais 30 em 2019, o que totalizará 60 oficinas com o público-alvo, com o intuito de traçar estratégias para a promoção da reinserção familiar, social e no trabalho dos usuários do serviço de acolhimento.

As ações (oficinas) ocorrem na sede da “Reencontro Sociedade e Família” e duram 90 minutos. O número de participantes envolvidos em cada oficina obedece a premissa de que o número ideal de integrantes é aquele que preserva a fundamental possibilidade de comunicação. Comunicação esta entendida como visual, auditiva, verbal e conceitual.

Desse modo, os participantes em cada oficina são o coordenador do serviço de acolhimento, o psicólogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional, um educador social mais a docente que coordenará os trabalhos e a discente.

É importante acrescentar que os técnicos do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) psicólogo e assistência social também participaram das atividades eventualmente, isto é, por volta de duas oficinas por mês.

Os conteúdos específicos que funcionam como disparadores para as reflexões e discussões são os seguintes:

- 1-) Abordagem de rua – a construção de vínculos
- 2-) Diretrizes para o estudo diagnóstico após o acolhimento
- 3-) Estratégias para a elaboração (em conjunto com o usuário) do Plano Individual de Atendimento – Processo de saída da rua.
- 4-) Modalidades de atendimento no contexto de um serviço de acolhimento institucional
- 5-) Resgate dos vínculos familiares
- 6-) Visitas domiciliares
- 7-) Comorbidades

- 8-) Transtornos mentais: Neurose e psicoses
- 9-) Uso abusivo de substância psicoativas
- 10-) Trabalho e renda destinados a pessoa em situação de rua
- 11-) Cidadania e convivência comunitária e social
- 12-) Inserção em programas de transferência de renda
- 13-) Direitos da Pessoa em situação de rua
- 14-) Legislações que versam sobre a pessoa em situação de rua
- 15-) SUAS e as pessoas em situação de rua
- 16-) SUS e as pessoas em situação de rua
- 17-) Segurança pública e as pessoas em situação de rua
- 18-) Rede de socioassistencial
- 19-) Participação na gestão e políticas públicas
- 20-) Conselhos - local, distrital e municipal

É importante mencionar que a equipe universitária leva para os encontros os temas propostos acima (obedientes ao rigor científico) em forma de questões disparadoras, que subsidiam as discussões e reflexões.

Para a execução das oficinas a professora e a aluna se valem de técnicas de dinâmica de grupo, grupo operativos e dramatizações, porém vale esclarecer que elas são utilizadas obedientes a premissa de que a Extensão Universitária se caracteriza por um processo que compreende a troca de saberes, em que o conhecimento científico (da academia) se alinhará ao conhecimento da equipe técnica da “Reencontro Sociedade e Família”, resultando na construção de um saber coletivo.

Assim, a equipe universitária (professora e aluna) oferece ao público-alvo os saberes oriundos da ciência, mais exatamente da Psicologia, não os apresentado como um conhecimento hegemônico (através de uma postura arrogante – de detentor de saber), mais sim a partir de uma postura dialógica (que se divorcia da reprodução de conteúdos como em um ambiente em sala de aula).

Tal postura dialógica se justifica, pois o saber provindo do público-alvo é alinhado ao acadêmico com vistas a construção de um conhecimento coletivo que auxiliará a equipe do serviço de acolhimento a reinserir os usuários no trabalho, na família e na sua comunidade.

Resultados e Discussão

Espera-se, (pois este trabalho está em andamento e teve início no mês de fevereiro do presente ano) que a sua execução atinja o objetivo geral proposto, ou seja, desenvolver atividades socioeducativas com a equipe técnica do serviço de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua da “Reencontro Sociedade e Família” em relação ao desenvolvimento de estratégias que promovam a reinserção social, familiar e no trabalho dos usuários deste serviço.

Almeja-se ainda desenvolver e aplicar de forma efetiva um modelo de intervenção elaborado conjuntamente entre a equipe universitária (professora e possíveis alunos) e a equipe multiprofissional do serviço que diga respeito a reinserção da pessoa em situação de rua.

Pretende-se ainda que as oficinas sejam capazes de proporcionar um ambiente informativo e reflexivo a partir dos temas disparados (que são alicerçados em conhecimentos sistematizados) e ainda daqueles que por ventura possam surgir ao longo das atividades extensionistas.

Ambiciona-se também a autonomia do público-alvo, isto é, que ao final do biênio a equipe da Ong, em conjunto com a equipe universitária, tenham construído estratégias e um modelo de intervenção que promova a reinserção na família, na comunidade e no trabalho da pessoa em situação de rua. Tais estratégias e o modelo de intervenção serão aplicados pela entidade de forma autônoma, prescindido da participação da Universidade.

A elaboração também coletiva de um material informativo (cartilha) que traduzirá o que foi produzido ao longo das oficinas, em uma linguagem clara e acessível é igualmente ambicionado.

A construção da cartilha, mais uma vez, obedecerá a premissa da extensão universitária como uma atividade dialógica, isto é, o conteúdo do material informativo será produto da elaboração de um saber compartilhado em que o conhecimento científico (provindo da equipe universitária) se unirá ao saber comunitário (do público-alvo). Assim, a equipe técnica do serviço de Acolhimento Institucional participará ativamente de todos os estágios da construção da cartilha, agindo como protagonistas desta ação.

Estima-se que o material terá em torno de 15 páginas e versará sobre o resultado das oficinas, ou seja, do conhecimento que ela produzirá a partir dos temas discutidos.

Conclusão/Considerações Finais

Não momento não é possível apontar as conclusões, pois este trabalho se iniciou em fevereiro deste ano.

Referência

BARBOSA, J.; PAULINO, S. *Identidade perdida: memórias de um morador de rua*. São Paulo: Legnar, 2003.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social*. MDS-SNAS, 2004.

_____. *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de rua*. MDS-SNAS, 2009.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

Carneiro NJ, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M, editores. *População de rua: necessidades de saúde e organização de serviços*. São Paulo (SP): Coordenação Nacional da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul; 1996.

MAGNI, Claudia Turra. *A rua invisível: espaço de habitar*. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Cultura, 1994.

MUNÕZ, Jorge Vicente. *População adulta de rua: uma proposta de metodologia socioeducativa: nova pesquisa e assessoria em educação*, Rio de Janeiro: 1977.

SIMÕES JUNIOR, José Geraldo. *Moradores de rua*. São Paulo: Polis, 1992.

SNOW, David; ANDERSON, Leon. *Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Vozes, 1998.

SPOSATI, A. Comentário sobre as formas de atuação com a população de rua. In: ROSA, C. M. M. (Org.). *População de rua: Brasil-Canadá*. São Paulo: Hucitec, 1995.

QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA FALCIFORME

Área Temática: Saúde

Zuleyce Maria Lessa Pacheco 1⁽¹⁾; Thiago Moreira Madella 2⁽²⁾; Amanda Antunes Pereira 3⁽³⁾; Guilherme Sacheto Oliveira 4⁽⁴⁾; Camila Messias Ramos 5⁽⁵⁾; Maria Vitória Hoffmann 6⁽⁶⁾, Hérica da Silva Dutra 7⁽⁷⁾, Rejane Silveira Mendes 8⁸, Natália Cristina Sales de Paula 9⁹

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem (FACENF-UFJF).

Fundação Hemominas/Hemocentro Regional de Juiz de Fora

Resumo:

Introdução: Crianças e adolescentes com Doença Falciforme têm a vida temporariamente ou irreversivelmente alterada pelos tratamentos e consequências diretas da doença, com uma mudança significativa nas dimensões física, emocional, social e escolar que podem influenciar sua qualidade de vida e interferir no seu tratamento. O estudo objetivou avaliar a percepção da qualidade de vida de crianças e adolescentes, portadoras da doença, participantes do Programa de Extensão Olho Vivo inscrito na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, incluindo 44 crianças e adolescentes com faixa etária entre oito e 18 anos que faziam tratamento em um Hemocentro Regional, pertencente à Fundação HEMOMINAS. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário KIDSCREEN-52. Os dados foram compilados em planilha eletrônica usando o programa Excel for Windows 2010 e depois importados para o Statistical Package for the Social Sciences versão 24, foram feitas análises descritivas utilizando frequência e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as variáveis contínuas. **Resultados e Discussão:** Existência de valores de escores menores no domínio Atividade Física e Saúde, Aspectos Financeiros e Tempo Livre, para as crianças e adolescentes com Doença Falciforme ao comparado com os resultados de estudos que utilizaram o mesmo instrumento com crianças e adolescentes saudáveis. **Conclusão:** O enfermeiro cuidador de crianças e adolescentes

com Doença Falciforme, deve valorizar o indivíduo como um ser bio-psico-social, em sua totalidade, com suas peculiaridades e influência do meio em que está inserido, buscando conhecer os fatores que interferem na qualidade de vida, a partir da utilização de um instrumento que fornece medidas práticas para a avaliação do bem-estar e saúde subjetiva, a fim de construir juntamente com o paciente e sua família as ações de enfermagem.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Anemia Falciforme, Enfermagem.

Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde, em sua publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Artigo 2º, é considerada criança a pessoa com a faixa etária até 12 anos, 11 meses e 29 dias e a adolescência é compreendida como a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2008).

Embora haja diferenças quanto ao conceito, a qualidade de vida é considerada multidimensional, incluindo bem-estar físico, social, emocional e produtivo, além de satisfação pessoal em diferentes situações da vida (GUEDES, 2011).

Existem problemas relacionados às doenças crônicas que podem interferir na qualidade de vida, como dificuldade no relacionamento familiar, na interação com colegas, no rendimento escolar e no desenvolvimento de uma autoimagem positiva. Ansiedade, depressão, comportamento agressivo, culpa, angústia, apatia e medo, relacionados à natureza crônica da doença, são manifestações frequentes e se intensificam frente às repetidas crises de dor e internações, situações que estão presentes na vida de crianças e adolescentes portadores de doença falciforme (DF) (BRASIL, 2015; SOARES, 2012).

Segundo Menezes et al. (2013), muitas mudanças podem ocorrer na vida do paciente com DF, fazendo-o conviver com diversas limitações, frustrações e perdas, sendo necessária uma adaptação ao estilo de vida devido ao uso de medicamentos, frequentes internações hospitalares e à perda da capacidade de trabalho. Por esse motivo também podem haver impactos variáveis na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Informações quanto à QVRS vêm despertando importante interesse da comunidade científica no campo da Epidemiologia e da Saúde Pública, com o propósito de complementar informações objetivas associadas às morbimortalidades. Em se

tratando de crianças e adolescentes, as informações de QVRS recebem atenção especial (BRASIL, 2016; GUEDES, 2011).

No ano de 2017 iniciou-se o Projeto de Pesquisa e Extensão Olho Vivo: Testando A Acuidade Visual E O Emprego Do Lúdico Na Promoção Da Saúde Visual De Escolares Com Doença Falciforme, inscrito na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo que ao entrarmos em contato com as crianças e adolescentes assistidos percebemos que tanto a doença quanto o tratamento determinavam um impacto variável na rotina e no desenvolvimento físico e mental destes indivíduos, que tinham a vida temporariamente ou irreversivelmente alteradas pelos tratamentos e pelas consequências diretas da doença. Justifica-se este estudo pelo fato da DF ser considerada um problema de saúde mundial que afeta diretamente a qualidade de vida de seus portadores, neste sentido esta pesquisa tem como objetivos: Avaliar a percepção da qualidade de vida de crianças e adolescentes com faixa etária de 8 a 18 anos, portadoras de Doença Falciforme, participantes do Projeto Olho Vivo; Comparar a qualidade de vida entre crianças e adolescentes portadoras de DF e crianças e adolescentes saudáveis.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, incluindo 44 crianças e adolescentes com faixa etária entre 8 e 18 anos.

O local de estudo foi um Hemocentro Regional, pertencente à Fundação HEMOMINAS. A escolha deste local se deu pelo fato de que segundo Turato (2003) em uma pesquisa o ambiente natural é o ideal para a coleta de dados, e é neste serviço que poderemos encontrar crianças e adolescentes com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias em tratamento.

A Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais - Fundação Hemominas, iniciou seus trabalhos em 26 de dezembro de 1989, através da Lei nº 10.057. Vinculada a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o HEMOMINAS tem por finalidade assegurar às políticas estaduais de hematologia e hemoterapia, de forma a garantir à população a oferta de sangue e hemoderivados de qualidade (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2015a).

Ele começou a funcionar em 1987, inicialmente acoplado à Associação dos Hemofílicos, já no ano de 1989 ganhou uma sede provisória, onde funcionou até 1997, quando foram inauguradas suas atuais instalações (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2015b; FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2015c).

O atendimento assistencial aos pacientes com DF baseia-se em padrões estipulados pelos protocolos de tratamento dos órgãos federais, através dos quais a equipe multiprofissional cria protocolos ou manuais de tratamentos para serem seguidos por todas as unidades da Fundação no estado (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2015d).

Anteriormente a realização da pesquisa, buscou-se obter a autorização da Direção do HEMOMINAS, para que ocorresse o desenvolvimento desta pesquisa no interior do Hemocentro de Juiz de Fora. Este estudo é parte integrante da Pesquisa intitulada “Programa Olho Vivo: Testando a Acuidade Visual e o Emprego do Lúdico na Promoção da Saúde Visual de Escolares com Doença Falciforme” submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Hemominas, atendendo às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e aprovado com Parecer Nº 1.484.647 de 08/04/2016.

A inclusão no estudo obedeceu aos seguintes critérios: ser criança ou adolescente em tratamento da DF e/ou outras hemoglobinopatias, com idade variando entre 8 e 18 anos, independentemente da cor, religião e sexo, moradores ou não no município de Juiz de Fora, que tiverem autorização prévia dos pais ou responsável legal para participarem da pesquisa, que aceitem de forma voluntária participar, apresentando condições cognitivas para a participação, ou seja, com condições de articular o pensamento e fala, fazendo-se compreender ao pesquisador. Foram excluídos do estudo aqueles com problemas na articulação da fala ou do pensamento, e/ou que interromperam o preenchimento do questionário por terem que se ausentar do recinto.

As crianças e adolescentes participantes da pesquisa foram selecionadas entre os meses de setembro de 2016 a novembro de 2017. A coleta de dados foi através do questionário KIDSCREEN-52, realizada por via oral, onde o entrevistador lia as perguntas e o entrevistado as respondia; ocorreu nos dias de consulta dos participantes no hemocentro e/ou participação dos mesmos no Projeto Olho Vivo.

O instrumento KIDSCREEN-52 possui 52 questões distribuídas em 10 dimensões: saúde e atividade física, sentimentos, estado emocional, autopercepção, autonomia e tempo livre, família/ambiente familiar, aspecto financeiro, amigos e apoio social, ambiente escolar e provocação/bullying. Esse questionário fornece medidas práticas para avaliação do bem-estar e a saúde subjetiva de crianças e adolescentes com idade entre 8 e 18 anos tanto saudáveis quanto portadores de doença crônica. As respostas

das questões fazem referência aos acontecimentos ocorridos na semana anterior à aplicação do questionário (GUEDES, 2011; FARIAS, 2017).

Atendendo aos princípios éticos de uma pesquisa envolvendo seres humanos, os nomes verdadeiros dos sujeitos foram mantidos no anonimato, sendo identificados por meio da letra e seguida do número de ingresso no estudo, acrescentado da letra F para os sujeitos do sexo feminino ou da letra M para os do sexo masculino, e no final a idade do sujeito (Exemplo: E1, M, 7).

Os dados foram compilados em planilha eletrônica usando o programa Excel for Windows 2010. Em seguida, os dados foram importados para o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24, onde foram feitas análises descritivas utilizando frequência e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (médio, mediana e desvio padrão) para as variáveis contínuas.

Resultados e Discussão

A tabela 1 apresenta os resultados encontrados no estudo, acerca do perfil das crianças e adolescentes em questão, 40,9% eram masculinos e 50,1% eram femininos. A idade dos participantes apresentou média de 13,295 anos, com desvio padrão de 3,1444, idade mínima de 8 e máxima de 18 anos. Corroboram com esta pesquisa os estudos de Alencar (2014) e Souza (2011) que, ao avaliarem as complicações clínicas mais prevalentes em portadores de DF em uma cidade de médio porte do estado de Minas Gerais, demonstraram que o perfil dos sujeitos foram 52% do sexo feminino e 48% masculino, evidenciando que não há diferenças no acometimento de DF em homens e mulheres. Em relação às nefropatias, apenas 13,6% dos participantes apresentaram alguma complicação nefrótica. Estudo realizado por Alencar (2014), aponta que 86,1% nunca apresentaram este tipo de complicação. No que tange às reações neurológicas, o mesmo estudo aponta que 83,1% dos pacientes com DF nunca apresentaram complicações neurológicas, corroborando com o presente estudo onde 79,5 não sofreram AVE.

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa

	n	%
SEXO		
Masculino	18	40,9%
Feminino	26	50,1%
NEFROPATIAS		
Sim	6	13,6%

Não	38	86,4%
AVE		
Sim	9	20,5%
Não	35	79,5%
CVO		
Sim	25	43,2%
Não	19	56,8%

Fonte: os autores.

Quanto à ocorrência de CVO, onde se percebe que 56,8% das crianças e adolescentes sujeitos deste estudo já passaram por CVO, que de acordo com Tostes (2009) é o evento mais comum e a principal causa de morbidades, além de ser o motivo para maior frequência em admissões hospitalares e serviços de emergências.

Gaspar (2008), em seu estudo que avalia a QVRS de crianças e adolescentes estudantes de diversas regiões de Portugal, demonstram que os maiores escores das dimensões do Kidscreen foram para as dimensões “Bem estar psicológico” e “Família”, obtendo valores de 80,08 e 80,10 respectivamente. E a dimensão com menor pontuação (69,64) foi “Ambiente Escolar e Aprendizagem”. Em contrapartida, o presente estudo demonstra que os domínios com maiores pontuações em nosso grupo de estudo, foram “Provocações/Bullyng” e “Estado emocional”, com valores de 86,17 e 80,51, respectivamente. O domínio com menor pontuação (67,50) foi o domínio “Atividade Física e Saúde”. Essa diferença encontrada pode ser justificada pela diferença de ambiente e meio cultural onde foram realizadas os estudos, pois como apresentado anteriormente, a percepção de qualidade de vida pode ser diretamente influenciada por estes fatores (Tabela 2).

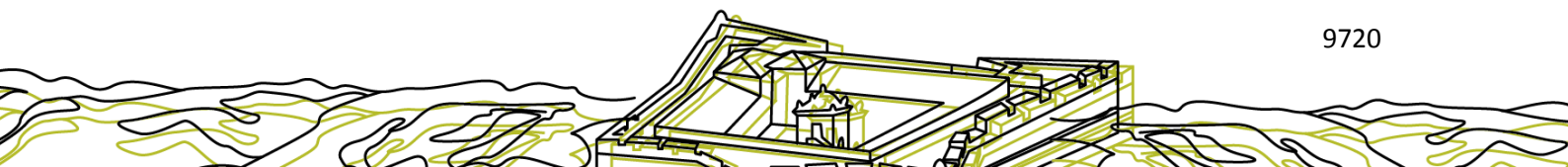
Tabela 2: Resultados da coleta com o questionário Kidscreen

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	13,295	3,1444	8	18
Dimensão				
Atividade Física e	3,7000	0,74522	2,60	4,80

Saúde	4,1288	0,77665	2,33	5,00
Sentimentos	4,2208	0,79417	2,14	5,00
Estado emocional	4,0636	0,62621	2,00	5,00
Auto-percepção	3,8045	0,94548	1,80	5,00
Autonomia e tempo	4,1970	0,80956	2,67	5,00
livre	3,8333	0,98961	1,67	5,00
Família/Ambiente	3,9773	0,82562	1,33	5,00
Familiar	4,0076	0,74184	1,33	5,00
Aspecto financeiro	4,4470	0,96165	1,67	5,00
Amigos e apoio social	4,0380	0,51043	3,02	4,75
Ambiente escolar				
Provocação/bullyng				
Geral				
Dimensão				
Atividade Física e	67,5000	18,63043	40,00	95,00
Saúde	78,2197	19,41621	33,33	100,00
Sentimentos	80,5195	19,85434	28,57	100,00
Estado emocional	76,5909	15,65518	25,00	100,00
Auto-percepção	70,1136	23,63700	20,00	100,00
Autonomia e tempo	79,9242	20,23906	41,67	100,00
livre	70,8333	24,74025	16,67	100,00
Família/Ambiente	74,4318	20,64040	8,33	100,00
Familiar	75,1894	18,54604	8,33	100,00
Aspecto financeiro	86,1742	24,04125	16,67	100,00
Amigos e apoio social	75,9497	12,76076	50,52	93,79
Ambiente escolar				
Provocação/bullyng				
Geral				

Fonte: os autores.

Além disso, podemos justificar a menor pontuação encontrada neste estudo ser no domínio que se refere à atividade física, por se tratar de crianças e adolescentes com doença falciforme, existe a questão das CVO que causam crises de dor, além das reações de produção de energia serem prejudicadas devido ao defeito das hemácias que são responsáveis pelo transporte de oxigênio (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2009).



Corroborando com este estudo, a pesquisa de Guedes (2014), que ao avaliarem a QVRS de adolescentes na cidade de Londrina, PR, no Brasil, encontraram valores nos domínios do kidscreen variando entre 70,06 no domínio “Escola” e 83,32 no domínio “Estado emocional”, onde neste estudo, se encontrou uma variação de valores entre os domínios de 67,50 e 86,17.

Podemos perceber que este estudo apresenta o domínio “Estado Emocional” como um dos domínios com maiores pontuações, o mesmo encontrado nos estudos de Gaspar (2009) e Guedes (2014).

Ainda em comparação ao estudo de Guedes (2014), que apresenta a QV de adolescentes estudantes de Londrina, houve diferenças nos valores em todos os aspectos. A dimensão com escore menor foi em relação à dimensão relacionada ao tempo livre, 70,11 e 76,32 respectivamente; para portadores de DF e adolescentes saudáveis, respectivamente. Isto pode ser explicado pelo fato de portadores de DF terem que lidar em sua rotina diária com tratamentos, consultas médicas, internações e ida a serviços de emergências devido às crises.

Outro aspecto com escore menor foi à dimensão “Aspecto Financeiro”, com valores de 70,83 e 83,82, para o grupo deste estudo e adolescentes saudáveis. Em contrapartida, houve um escore maior para este grupo de estudo, na dimensão que se refere à provocação e bullying, 86,17 vs. 80,21; para portadores de DF e adolescentes saudáveis.

Visto isso, neste estudo, percebemos que apesar do conceito de qualidade de vida ser algo de caráter subjetivo, que sofre influências de cunho pessoal e cultural, afetando diretamente a compreensão de qualidade de vida, as dimensões mais afetadas no tocante de crianças e adolescentes portadoras de DF foram as que se referem à atividade física, tempo livre, e aspectos financeiros, sendo que nas demais dimensões, apesar do escore de valor menor quando comparadas a estudos com crianças e adolescentes saudáveis, não são valores com altas discrepâncias, quando levada em conta o ambiente de estudo.

Conclusão/Considerações Finais

Apesar do crescimento no estudo da qualidade de vida, produções científicas voltadas para a QVRS em crianças e adolescentes portadoras de doenças crônicas são recentes e muitas das vezes em estágio inicial, dificultando o desenvolvimento de pesquisas com esta temática.

O objetivo do estudo foi avaliar a QVRS de crianças e adolescentes portadores de DF, visto que os estudos que embasaram esta pesquisa mostraram que além de se tratar

de uma doença crônica, ainda faz com que os acometidos tenham histórico de internações frequentes, crises de dor resultantes de vaso-oclusões e prejuízos em rotinas diárias, e conseqüentemente causando prejuízos na QVRS.

Com a aplicação do instrumento kidscreen-52 em crianças e adolescentes portadores de DF, é possível perceber os valores de escores menores em alguns domínios, quando comparado com os resultados de outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento com crianças e adolescentes saudáveis, sendo mais presente nos itens referentes à Atividade Física e Saúde, Aspectos Financeiros e Tempo Livre.

O enfermeiro como profissional essencial no papel do cuidar e na promoção da saúde, deve estar atento sempre ao indivíduo como um ser bio-psico-social, em sua totalidade, com suas peculiaridades e influência do meio em que está inserido. Neste sentido, para prestar uma assistência de qualidade, não se pode descartar a avaliação da QVRS, entendida como uma percepção subjetiva, do paciente, influenciado por sua cultura e modo de vida. Ao direcionarmos o olhar para as crianças e adolescentes portadores de DF identificamos a necessidade da avaliação da QVRS a partir da utilização de um instrumento que fornece medidas práticas para a avaliação do bem-estar e saúde subjetiva, a fim de construir juntamente com o paciente e sua família as ações de enfermagem.

Referências

ALENCAR, S. S. **Complicações clínicas mais prevalentes em pacientes portadores de doença falciforme de uma cidade de médio porte de Minas Gerais, Brasil.** Rev. méd. Minas Gerais, v. 25, n. 2, 2015. Disponível em: www.rmmg.org/exportar-pdf/1769/v25n2a04.pdf. Acesso em: 10 de Maio.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº358/ 2009.** Brasília 2009.

_____. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica:** manual técnico / Ministério da



Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 82 p. il.

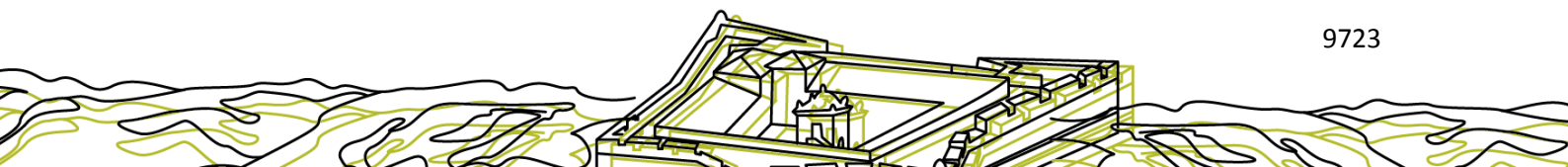
_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: saiba o que é e onde encontrar tratamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 64 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde ;Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar; de Urgência; **Doença Falciforme atenção e cuidado: experiência. Brasileira 2005-2010.** Brasília; 2014.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada; **Manual de Eventos Agudos em Doença Falciforme.** Brasília; 2009.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados / DAET / SAS; Universidade Federal de Santa Catarina. **Doença Falciforme: conhecer para cuidar.** 2015.



_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Falciforme**. 2016a.

_____. Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias**. Brasília. Ministério da Saúde. 2005.

_____. Estatuto da criança e do adolescente. Estatuto da criança e do adolescente: **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991**. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001. 92 p. – (Série fontes de referência. Legislação ; n. 36).

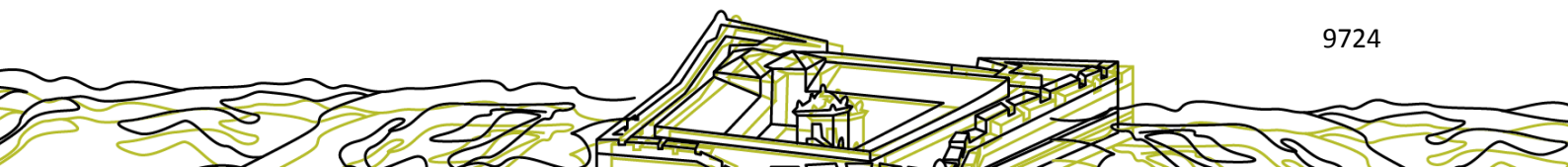
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília; 2013.

BARROS, A. **O impacto da anemia falciforme nas trajetórias escolares de estudantes brasileiros afetados pela doença: diálogos com os temas da educação especial**. In: I Congresso Internacional Família, Escola e Sociedade “Educação Especial”. Universidade Fernando Pessoa –Porto. Portugal. Julho de 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8849>. Acesso em: 10 de Maio.

BASTOS, C. P. **Qualidade de vida relacionada a saúde de cuidadores de crianças e adolescentes com Doença Falciforme**. Universidade Federal de Uberlândia. Fevereiro, 2008.

CASTILHOS, L. G. **ATENÇÃO PRIMÁRIA E DOENÇA FALCIFORME: UMA REVISÃO SOBRE O PAPEL DO GESTOR**. Saúde (Santa Maria), p. 45-52, jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/15072>. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

FARIAS, J.C. **Reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto do KIDSCREEN-27 em adolescentes brasileiros**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.9, e00131116. Epub Sep 28, 2017. ISSN 1678-4464. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000904001&script=sci_abstract&lng=p Acesso em: 10 de Maio.

FERNANDES, A. P. P.C. **Hospitalizations of children with sickle cell disease in the Brazilian Unified Health System in the state of Minas Gerais.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 93, n. 3, p. 287-293, Junho 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572017000300287&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de Maio.

FEGADOLLI, C. **Qualidade de vida como indicador de resultado em Atenção Farmacêutica: enfoque nos conceitos de validação de instrumentos psicométricos.** Revista Brasileira de Farmácia. 2010. Disponível: http://www.rbfarma.org.br/files/05_rbfar91_3_29_08.pdf Acesso em: 10 de Setembro.

FELIX, A. A. **Aspectos Epidemiológicos e sociais da Doença Falciforme.** Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n3/aop72010> Acesso em: 10 de Setembro.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. **Missão e valores.** Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/institucional/sobre-nos/missao-e-valores>. Acesso em: 10 de Maio. 2017a.

_____. **Tipos de atendimento.** Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/atendimento-ambulatorial/tipos-de-atendimento>. Acesso em: 10 de Maio. 2017b.

_____. **Juiz de Fora.** Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/doe/rede-hemominas/hemocentros/juiz-de-fora>. Acesso em: 10 de Maio 2017c.

_____.. **Tipos de atendimento.** Disponível em:
<<http://www.hemominas.mg.gov.br/atendimento-ambulatorial/tipos-de-atendimento>> Acesso em: 11 de Nov.2015d.

GASPAR, T. **Qualidade de vida- Instrumento kidscreen-52 para pais e crianças e adolescentes.** Revista Peruana de Psicometria. Dezembro, 2008. Disponível: <http://www.rppsicometria.com.pe/articulos/vol2.art.1.pdf>. Acesso em: 10 de Setembro.

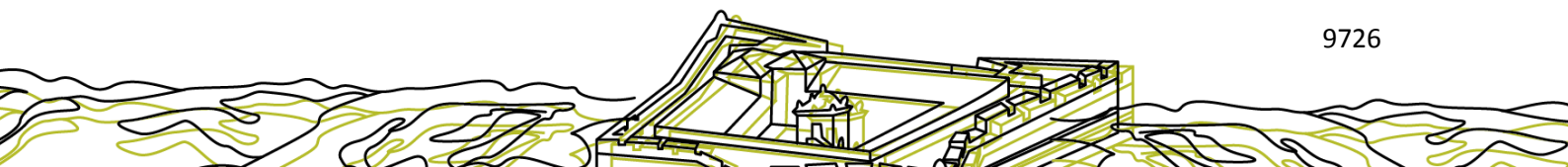
GOMES, I. P. **Processo de enfermagem ao adolescente hospitalizado portador de anemia falciforme.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, n. 4, p. 461-464, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10038>. Acesso em: 10 de Setembro.

GUEDES, D. P. **Tradução, adaptação cultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para população brasileira.** Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 364-372, mar./jan. 2011.

GUEDES, D.P. **Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latino-americanos.** Revista Panamericana Salud Publica. 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rp_sp/v35n1/07.pdf Acesso em: 10 de Setembro.

MENEZES, A. S. **Quality of life in patients with sickle cell disease.** Rev Paul Pediatr, v. 31, n. 1, p. 24-29, Jan./Mar. 2013. ISSN 0103-0582. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010305822013000100005&script=sci_arttext&tln_g=en. Acesso em: 10 de Setembro.

SOARES, A. B. **A assistência de enfermagem em crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme.** Recien-Revista Científica de Enfermagem, v. 2, n. 5, p. 5-10, 2012. ISSN 2358-3088. Disponível em:





www.recien.com.br/index.php/Recien/article/download/36/69. Acesso em: 10 de Setembro.

SCHULTZ, A. B. **A importância do apoio sócio-emocional em adolescentes e adultos jovens portadores de doença crônica: uma revisão de literatura.** Enfermería Global, v. 12, n. 30, p. 399-409, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000200019&script=sci_arttext&tln_g=pt. Acesso em: 10 de Setembro.

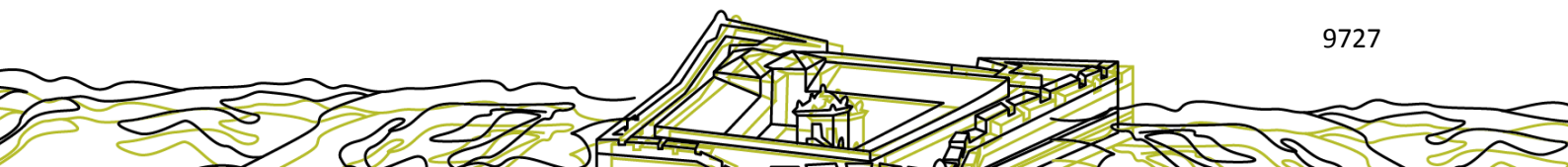
SOUZA, J. G. **Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças brasileiras.** Revista Paulista de Pediatria. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n2/pt_0103-0582-rpp-32-02-00272.pdf. Acesso em 30 de novembro.

TEIXEIRA, I. P. **Adaptação cultural e validação do Questionário KINDL no Brasil para adolescentes entre 12 e 16 anos.** Rev. bras. epidemiol. vol.15 no.4 São Paulo. Dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400015.

Acesso em: 10 de Setembro.

TOSTES, M.A. **Abordagem da crise dolorosa em crianças.** Revista Ciências Médicas. Fevereiro, 2009. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/653/633>. Acesso em 30 de novembro.

WHO. **The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).** 1999.



SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

Área Temática: Saúde

Adrielly dos Santos Mendes, Ana Cláudia Neves, Bruna Souza dos Santos, Gabrielle de Almeida Ferreira, Jessica Mariana Lima de Oliveira, José Lucas Andrade Santos, Leonardo Bispo Reis, Mariana Oliveira de Souza, Monneglesia S. Lopes Cardoso, Patrícia Veiga Nascimento.

Instituição: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Resumo

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em evento grave, que resulta da cessação dos estímulos elétricos de controle cardíaco e interrupção súbita da circulação sistêmica e da respiração. Dentre as situações de emergência que ameaçam a vida, a PCR é considerada a mais temida, na qual a chance de sobreviver está diretamente relacionada ao atendimento rápido, seguro e eficaz. Dessa forma, o tempo é uma variável de grande importância e a presença de pelo menos uma pessoa treinada em primeiros socorros, que tenha compreensão das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP), pode melhorar consideravelmente o prognóstico imediato e a longo prazo da vítima. **Objetivo:** O presente trabalho busca relatar a prática educativa de Suporte Básico de Vida (SBV) para professores e estudantes do 3º e 4º ano de escola pública do ensino fundamental. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão cujo tema foi SBV e teve como público alvo professores e alunos do 3º e 4º ano de uma escola pública do município de Santo Antônio de Jesus-Ba. A atividade foi realizada por discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. **Resultados e Discussão:** Notou-se através da participação das atividades que a maioria dos professores e estudantes desconheciam o SBV, em específico, como agir diante de uma PCR, as manobras de RCP e como acionar o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Após a explanação do conteúdo teórico e a realização de atividades práticas, os participantes demonstraram uma postura positiva acerca do assunto, o que possibilitou a compreensão da relevância da ação em saúde voltada à comunidade. **Considerações finais:** A atividade de extensão promoveu a conscientização do público alvo sobre a importância do SBV. Além disso, motivou os

responsáveis pelo desenvolvimento da atividade a pensar em outros momentos teóricos e práticos utilizando a mesma temática.

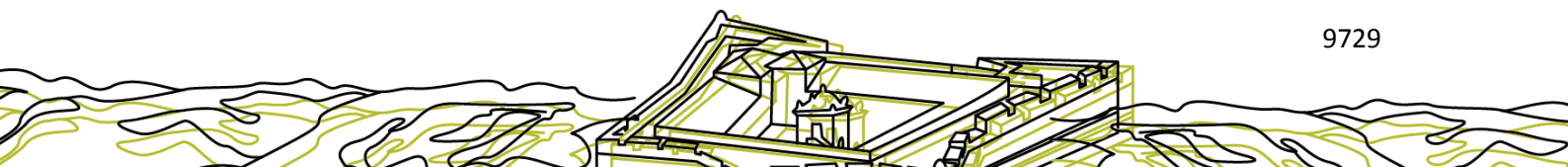
Palavras-chave: Ressuscitação cardiopulmonar; educação em saúde; Suporte Básico de Vida.

Introdução

Desde a década de 1960, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no Brasil, representando 1/3 do total de óbitos no país. Desse grupo, destacam-se as doenças isquêmicas do coração que são responsáveis por 80% dos episódios de PCR (SILVA et al., 2012; MORAIS et al., 2009). A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em evento grave, consequência da cessação de estímulos elétricos de controle cardíaco e interrupção súbita da circulação sistêmica e da respiração. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, podemos estimar 200.000 PCRs por ano no Brasil, sendo metade destes casos ocorrendo em ambiente extra hospitalar (SBC, 2013).

Eventos inesperados com risco de morte podem ocorrer em qualquer momento e em pessoas sabiamente doentes ou previamente hígdas. Dentre as situações de emergência que ameaçam a vida, a PCR apresenta-se como a mais temida e a chance de sobreviver está diretamente relacionada ao atendimento rápido, seguro e eficaz (ALVES et al., 2013). Dessa forma, o tempo é uma variável de grande importância, estimando-se que a cada minuto que o indivíduo permanece em PCR, perde-se 10% da probabilidade de sobrevivência, o que justifica a necessidade da realização de uma abordagem adequada, ágil e com rapidez (PAZIN-FILHO et al., 2003). Diante dessa premissa, e considerando que grande parte dos episódios de parada cardiorrespiratória ocorre em ambiente extra hospitalar, é essencial a participação da população leiga no atendimento à PCR (GONZALEZ et al., 2013). A presença de pelo menos uma pessoa treinada em primeiros socorros pode melhorar consideravelmente o prognóstico imediato e a longo prazo da vítima (MARTIN, 2015).

A maioria das vítimas de PCR extra hospitalar não recebe nenhum tipo de auxílio pré-hospitalar, ou seja, não é realizada a manobra de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP), dos indivíduos presentes no local, fato que pode ser justificado, dentre outros motivos, pelo desconhecimento acerca da PCR e das manobras de RCP. Destarte, a iminente necessidade da implementação de programas de treinamento de Suporte



Básico de Vida (SBV) para a população em geral, principalmente em espaços públicos onde ocorre grande circulação de pessoas. SBV é constituído por etapas ou passos que podem ser inicializados no ambiente extra-hospitalar e executados por leigos, corretamente habilitados e esclarecidos, tornando maior a sobrevivência e reduzindo as repercussões de sequelas para as vítimas de PCR (PERGOLA e ARAÚJO, 2009). Fundamentando-se em uma crescente base de evidências científicas sólidas desde a publicação da Atualização de Diretrizes de 2015, o SBV passou por modificações em 2017 com intuito de melhorar o prognóstico da PCR (AHA, 2017). Nessa conjuntura, projetos de capacitação para leigos são viáveis e necessários, especialmente em ambiente escolar em que a capacidade de aprendizagem pode ser mais efetiva (LIMA, et al., 2014; TOBASE et al., 2017).

O SBV é encarado como a premissa para o atendimento em casos de PCR e nele é determinado a ordem inicial de reanimação para preservar e salvar vidas, compreendendo: a) constatação imediato do agravo; b) ativação do sistema de resposta de emergência; c) realização de RCP precoce e desfibrilação rápida (PERGOLA e ARAÚJO, 2009; TOBASE et al., 2017). Diferente do SBV, o Suporte Avançado de Vida (SAV) são considerados procedimentos executados a partir do suporte básico de vida iniciado preliminarmente a fim de acrescentar a possibilidade de retorno da circulação espontânea, com adição do: gerenciamento avançado das vias aéreas (intubação); terapia medicamentosa; monitoramento fisiológico com dispositivos e equipamentos. Após o retorno da circulação espontânea, a sobrevivência e evolução neurológica podem ser melhoradas com cuidados pós-PCR, a exemplo: intubação; cricotireoidotomia, alinhamento ou tração de fraturas, redução de luxações, drenagem de tórax e outras que sejam necessárias e invasivas (TOBASE et al., 2017).

Entretanto, apesar de algumas técnicas de suporte avançado de vida favoreçam a sobrevivência e sobrevivência, são as condutas do suporte básico de vida os principais determinantes para a elevação dos índices desses fatores, pois o sucesso da reanimação depende, particularmente, da efetividade da atuação nos primeiros momentos da emergência. Essas questões apontam para a necessidade e a reflexão sobre a revalorização do aprendizado do suporte básico de vida (LIMA, et al., 2014).

O debate nas escolas possibilita a incorporação de tal tema tanto no corpo docente, quanto discente, sendo capaz de modificar o comportamento, a percepção e a maneira de agir frente a um evento de PCR (SOARES, 2011). A abordagem desse assunto, sendo assim, é de considerável importância, uma vez que manobras iniciadas corretamente

após a PCR irão aumentar as chances de sobrevivência da vítima e prevenir complicações.

A iniciativa de incorporar atividades voltadas para capacitação de crianças para realização de manobras de ressuscitação, já existe nos Estados Unidos há mais de 20 anos. Isso por que estatísticas americanas apontam que 20% dos casos de parada cardíaca são presenciados por crianças que não sabem o que fazer e assistem passivamente a morte das vítimas. Com base nessas informações uma das primeiras oficinas voltadas para capacitação desse público foi realizada pelo cardiologista americano Edward Stapleton, coordenador do projeto de ressuscitação cardíaca para crianças de Nova York, ensinou alunos de 8 a 10 anos do Colégio Cruzeiro de Jacarepaguá como reanimar pessoas que sofrem ataques do coração (SBC/FUNCOR, 2000).

A extensão constitui um dos três pilares da educação, no qual, se apoia o ensino universitário. Pensando nessa logística de descentralização do conhecimento e da disseminação do saber para comunidade e mediante a relevância da temática e considerando a necessidade da promoção da sensibilização da população, o presente trabalho teve como objetivo relatar uma prática educativa de Suporte Básico de Vida realizada com professores e

alunos do 3º e 4º ano de uma escola pública de ensino fundamental do município de Santo Antônio de Jesus-Ba.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de uma ação extensionista de educação em saúde ocorrida em Fevereiro de 2018, em uma das 63 escolas públicas municipais de Santo Antônio de Jesus-Ba (QEDU, 2018). Santo Antônio de Jesus é uma cidade localizada no recôncavo baiano, no estado da Bahia, a 187 km da capital Salvador. A população estimada em 2015, segundo IBGE, foi de 101.548 habitantes, com IDH estimado em 2010, em 0,700. Do ponto de vista econômico, as principais atividades são agricultura, pecuária e comércio.

Esta ação foi realizada por oito discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sendo uma das atividades desenvolvidas dentro do componente curricular: Tópicos Especiais em Enfermagem nas Emergências.

A escolha da escola foi realizada levando-se em consideração a acessibilidade e segurança do local. Os representantes da escola (diretora, vice-diretora e coordenadora) foram contatados com antecedência para agendamento prévio da ação em saúde e se mostraram entusiasmadas e solícitas a nossa proposta. Nesse momento, foi coletado e traçado, junto à escola, dados e informações sobre qual o melhor público-alvo, o dia e o espaço adequados para a realização da ação.

A realização da atividade de extensão foi uma proposta realizada pelas docentes do componente, visando um maior aproveitamento do conhecimento adquirido durante o semestre letivo. Orientou-se quanto à escolha do tema, do local e do público alvo. A posteriori construímos a apresentação, e realizamos um ensaio da atividade que seria realizada, visando diminuir possíveis falhas e adaptar o conteúdo ao público.

O plano de ação idealizado foi elaborado pensando em três eixos principais: o primeiro enfatizando todo o arcabouço teórico necessário na identificação de uma PCR e um pouco da sua fisiologia; o segundo uma revisão da teoria com intuito de fixar o conhecimento; e o terceiro momento sendo prático, aplicando o conhecimento adquirido. Estes três pontos foram os aspectos essenciais da atividade traduzindo-os em pontos temáticos, como: “PCR: quando?”; “Identifiquei uma PCR: o que eu irei fazer?”; “Jogo dos sete erros”; e “Colocando as mãos em prática”. Os materiais utilizados durante a atividade foram: colchonetes, torsos de RCP (manequins) e o desfibrilador externo automático (DEA), que foram disponibilizados pela UFRB via protocolo.

As atividades realizadas seguiram a sequência do plano de ação. Assim, ficou definido a apresentação dos universitários ao público, indicando o curso e a instituição de origem, depois, de forma dinâmica, foi explicado um pouco sobre a fisiopatologia da parada cardiorrespiratória relacionando os órgãos e mecanismos fisiológicos envolvidos, de forma clara e acessível ao nível escolar.

Posteriormente, para contemplar o ponto “PCR: quando?” e “Identifiquei uma PCR: o que eu irei fazer?”, foi enfatizada a sequência adequada para a abordagem de um indivíduo em PCR (1 - checar o ambiente e verificar a sua segurança; 2- chamar a vítima; verificar a existência de movimentos respiratórios; 3- pedir ajuda e convocar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 4- solicitar o DEA; e 5- iniciar as compressões).

Com o objetivo de dinamizar a atividade, os escolares foram convidados a participar do “Jogo dos sete erros”, no qual um monitor da oficina repassou as etapas de uma RCP no torso e os alunos foram convidados a identificar as falhas ao serem realizadas as manobras de uma ressuscitação cardiorrespiratória. Após a exposição teórica e dinâmica, foi iniciada uma abordagem prática e para a sua realização foram utilizados

manequins do torso para RCP de adulto, colchonetes e o DEA. Os universitários solicitaram que a turma se dividisse em três grupos de dez para facilitar a realização da prática. Assim a cada rodada de práticas, 10 alunos se dividiam em duplas e se dirigiam a cada manequim, cada dupla era acompanhada por um monitor que colaborou para o treinamento correto da manobra de RCP de forma individualizada, contemplando o ponto temático “Colocando as mãos em prática”.

A ação ficou definida para ser realizada no turno vespertino de funcionamento da instituição escolar, com duração de quatro horas, baseado numa metodologia de ensino teórico-prática fundamentada nos preceitos da autonomia e coparticipação. Dessa forma, foi valorizada a participação do público-alvo para contribuir e enriquecer o processo com vivências e experiências capazes de exemplificar, dar sentido ou revelar a importância do assunto em questão.

O plano de ação foi traçado com base nas novas atualizações das Diretrizes de 2017 da American Heart Association (AHA) para Suporte Básico de vida, e para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em pediatria e adultos; preconizando o uso de compressões torácicas contínuas, em vez de interrompidas para leigos (AHA, 2017).

Resultados e Discussão

A atividade de extensão contou com a participação de trinta alunos com bom nível de compreensão e instrução (cursando 3º e 4º ano do ensino fundamental), cuja faixa etária variava entre 8 e 10 anos de idade das turmas. O evento ainda contou com a presença e colaboração do corpo docente e diretor da instituição de ensino, os quais contribuíram para a realização da atividade em educação em saúde com excelência.

O caminho percorrido para a construção dessa ação foi desafiador e exigiu do grupo o aperfeiçoamento de suas bases teóricas e práticas, considerando a importância do trabalho a ser desenvolvido e a necessidade do novo conhecimento, considerando que para alcançar a compreensão do público alvo foi necessário utilizar uma linguagem acessível e dinâmica capaz de garantir a qualidade das informações. Portanto, pôr a ação em prática possibilitou a troca de conhecimentos entre comunidade (alunos e professores) e os estudantes universitários acerca de mitos e realidades sobre o tema. Além disso, foi possível sanar as dúvidas dos participantes, compartilhar experiências

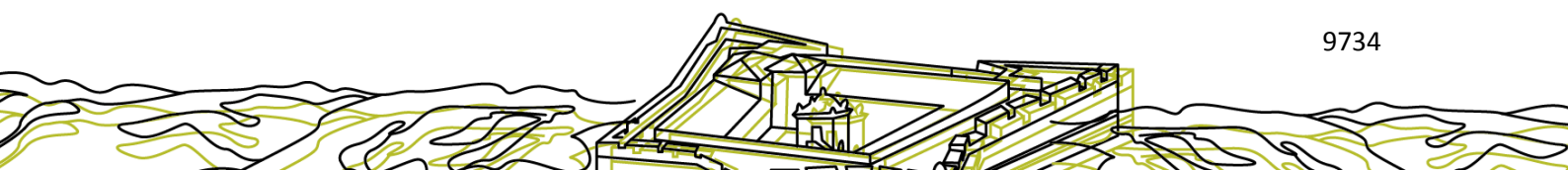
vivenciadas e demonstrar a ocorrência de práticas inadequadas na tentativa de solucionar problemas relacionados ao SBV.

A maioria dos participantes demonstrou interesse em aprender o tema abordado. Ao longo da ação, o público expôs dúvidas, pontos de vista, experiências de vida, além de participar ativamente durante todo o processo, principalmente na abordagem prática, em que questionavam se as manobras executadas por eles estavam corretas e se era permitido realizá-las novamente. Segundo Ferreira Junior (2010), é possível ensinar as manobras de RCP para estudantes que cursam o ensino fundamental, assim como disseminar o conhecimento na comunidade por meio desses alunos.

No decorrer da atividade, tornou-se explícito a fragilidade do conhecimento de SBV dos participantes. Muitos deles desconheciam como agir diante de uma PCR e não sabiam informar como acionar o serviço de atendimento móvel de urgência e emergência (SAMU). Durante a atividade, privilegiou-se os passos que devem ser seguidos para reconhecer uma PCR e também em como pedir ajuda nesses casos. Utilizou-se o método de ensino interativo, sempre buscando que as crianças participassem do processo de construção, mostrando sua opinião e seus pontos de vista a cerca do assunto. Segundo Alves (2007), as estratégias interativas de ensino-aprendizagem desenvolvem no estudante a capacidade de construir conceitos e internalizar novos conhecimentos.

A metodologia construída para o plano de ação baseou-se na técnica da repetição. Esse processo foi proposital, pois buscou favorecer a memorização do passo-a-passo das etapas do SBV conduzindo a um processo de atuação e raciocínio mecânico, assim, visando proporcionar ganho de tempo para o preparo na realização das tarefas sequenciais as já desempenhadas e afastando a ansiedade ou o desequilíbrio sentimentais e emocionais capazes de paralisar um potencial socorrista numa situação de emergência. Segundo Pergola e Araújo (2009), essa atitude e tomada de decisão mecânica tem influência direta na correlação entre o tempo e a durabilidade das funcionalidades dos tecidos cardíacos e cerebrais, promovendo a diminuição dos indicadores de morbimortalidade e intervindo na qualidade de vida e sobrevivência da vítima. Durante o início das atividades foi suscitado a contextualização de situações relacionando o ambiente e circunstâncias de emergência demonstrando aos escolares a necessidade de manter a calma nesses momentos.

Após a explanação do conteúdo teórico e a realização de atividades práticas, as crianças expuseram outro olhar e postura acerca do assunto, reconhecendo a sua importância.



Estes afirmaram ainda que divulgariam tais informações para pais e familiares, contribuindo para a transmissão do tema abordado para além do ambiente escolar. Fernandes e colaboradores (2014) estudaram o conhecimento prévio e o grau de aprendizado imediato e tardio entre alunos do ensino fundamental, após capacitação em SBV e concluíram que após capacitação teórico-prática os estudantes apresentaram uma melhora significativa nesse conhecimento, mesmo após seis meses do treinamento.

Diante do explicitado, pode-se notar que a ação em educação em saúde contribuiu de forma considerável para a compreensão acerca do SBV. Quanto aos universitários envolvidos, o desenvolvimento da atividade possibilitou maior vivência do seu papel enquanto educador em saúde e os proporcionou a visualização da fragilidade de conhecimento sobre um tema tão relevante para salvar vidas, além de uma maior aproximação com o público para fora dos muros da universidade.

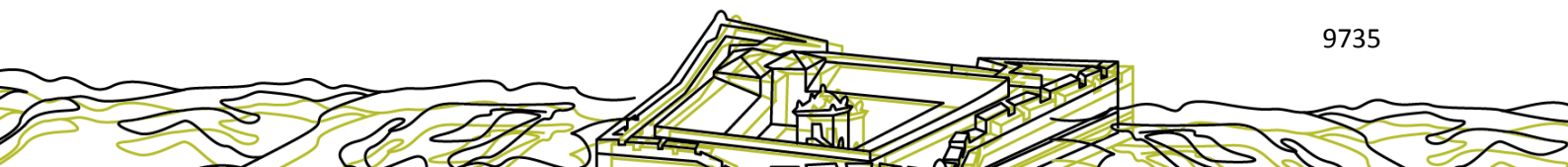
Ao final, todas as crianças informaram serem capazes de identificar uma Parada Cardiorrespiratória e acionar o serviço de móvel de urgência e emergência SAMU 192, além pedir ajuda para indivíduos próximos em caso de necessidade, e ainda, serem transmissores da conteúdo aprendido. Atingindo assim, o objetivo proposto pela atividade.

Considerações Finais

Sabendo-se da grande presença de crianças nas escolas, ressaltamos a relevância e viabilidade do ensino de RCP na educação fundamental. Estas crianças, além de serem capacitadas para agir em momentos que exigem a realização do suporte básico de vida, são peças chave na multiplicação deste conhecimento para seus familiares ou para vizinhos e amigos na própria comunidade em que estão inseridas.

Apesar da baixa idade, capacitar crianças pode ajudar a diminuir a ocorrência de mortes por PCR devido à falta de socorro imediato. Mesmo que no momento do estresse inicial, ao se deparar com situações deste tipo elas não consigam se lembrar de como proceder na realização das manobras, poderão ajudar ao ligar imediatamente para o SAMU, por onde serão orientados em como proceder até o serviço de urgência chegar ao local.

Dentre os limites que podem ser descritos para o desenvolvimento deste trabalho de educação em saúde, podem-se citar o reduzido número de materiais como torso, DEA e colchonetes, para a realização da prática com os escolares, pois é inquestionável a importância do momento prático para fixação de todo o conteúdo discutido sobre o assunto.



Por fim, como perspectivas aponta-se a importância dessa atividade para outras escolas da região viabilizando não só a sensibilização para o SBV, como também, para outras atividades além da PCR relacionados com a atuação em primeiros-socorros, como em obstrução de vias aéreas (OVACE), intoxicação, afogamento e queimaduras, ressaltando-se a necessidade do ensino e discussão sobre esses temas.

Referências

AHA, **Destaques das Atualizações das Diretrizes de 2017 da American Heart Association (AHA) para Suporte Básico de Vida em pediatria e adultos e Qualidade da Ressuscitação Cardiopulmonar.** Disponível em:

<https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf> . Acesso em: 07 de março de 2018.

ALVES, C.A.; BARBOSA, C.N.S.; FARIA, H.T.G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 296301, 2013.

ALVES, M. de F. Da repetição para a aprendizagem: desenvolvimento cognitivo por meio da interação. **Veredas- Ensino**, v. 2, p. 41-57. Juiz de Fora, 2007.

FERREIRA JUNIOR, D. A. **Manobras de reanimação cardiorrespiratória no ensino fundamental: uma proposta da educação física.** Dissertação (Mestrado). Centro Universitário de Volta Redonda – UNIFOA. Volta Redonda, 2010.

FERNANDES, J. M. G.; LEITE, A. L. S; AUTO, B. S. D; LIMA, J. E. G.; RIVERA, I. R.; MENDONÇA, M. A. Ensino de Suporte Básico de Vida para Alunos de Escolas Pública e Privada do Ensino Médio. **Arq Bras Cardiol.** v. 102(6), p. 593-601. Alagoas, 2014.

GONZALEZ, M.M.; TIMERMAN, S.; GIANOTTO-OLIVEIRA, R.; POLASTRI, T.F.; CANESIN, M.F.; LAGE, S.G. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Sociedade Brasileira de Cardiologia** v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1- 236, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características Gerais da População.** Resultados da Amostra. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/santo-antonio-de-jesus>>. Acesso em: 10 de março de 2018.

LIMA, L. A.; RANGEL, J. F.; LEITE, A. C. S. **Simulação de práticas em urgência: um relato de experiência.** In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 2014.

MARTIN, R. A.. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. **Enferm Univ**, México. v.12, n.2, 2015

PAZIN-FILHO, A.; SANTOS, J. C; CASTRO, R.B.P; BUENO, C.D.F; SCHMIDT, A.;

Parada Cardiorrespiratória (PCR). **Medicina**, Ribeirão Preto. v. 36, p. 163-178, 2003.

PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 335-342, 2009.

SILVA, P.O.; OLIVEIRA, T. G.S.; MARTA, C. B.; FRANCISCO, M. T. R.; MARTINS, E. R .C.; SAMPAIO, C. E. P.; Os alunos do ensino médio e o conhecimento sobre o suporte básico de vida. **Rev. Enfermagem**, UERJ. dez. 2012.

SOARES, M, C. **Promoção da saúde nas escolas: estudo para contribuição do Serviço de Atendimento Móvel de Emergência – SAMU com as ações propostas pelas Escolas Promotoras de Saúde.** Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2011.

QEDU, **Lista completa de escolas, cidades e estados.** Disponível em: <<http://http://www.qedu.org.br/busca>>. Acesso em 06 de março de 2018.

SBC/FUNCOR. **Médicos treinam as primeiras crianças brasileiras capazes de socorrer casos de parada cardíaca.** 2000. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/funcor/rcp2.htm>>. Acesso em 07 de março de 2018.

SBC. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf> Acesso em 07 de março de 2018.

TOBASE, Lucia et al . Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e. 2942, 2017.

IMAGENS:



FIGURA 1 – Equipe de Trabalho e Comunidade.



FIGURA 2 - Momento Teórico.

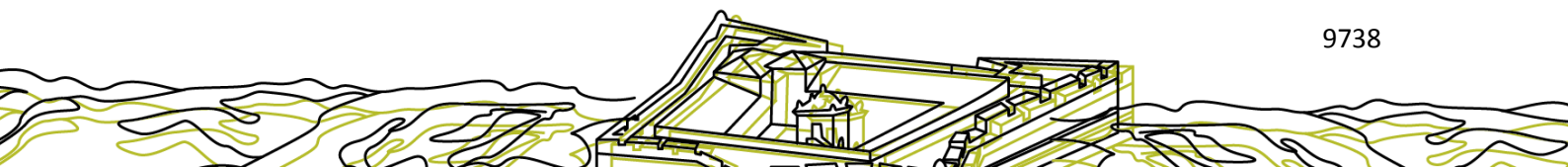




FIGURA 4 - Jogo dos 7 Erros



FIGURA 5 – Prática em RCP.

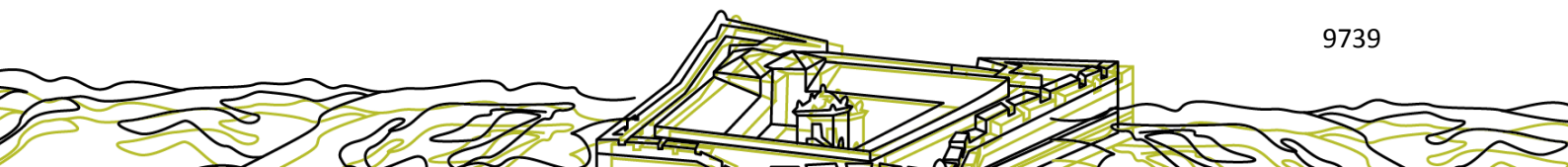




FIGURA 6 – Prática em RCP.



OFICINAS EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL ENTRE ESCOLARES

Área Temática: Saúde.

Gutemberg dos Santos Chaves¹; Ana Carolinna Correia Sales²; Dara Cesario Oliveira³; Suzanne Rodrigues dos Santos⁴; Vivian Saraiva Veras⁵

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Resumo

A obesidade infantil apresenta uma tendência crescente, devido essencialmente aos maus hábitos alimentares e ao sedentarismo. Nessa perspectiva, adoção de estratégias que promovam alimentação saudável no ambiente escolar tem sido cada vez mais ressaltada nas diretrizes curriculares no Brasil, isto porque o ambiente escolar é tido como um espaço de aprendizado e veiculação de diversos saberes e na formação de pessoas cidadãs. A ação de extensão teve por objetivo desenvolver oficinas de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar entre escolares de 6 a 12 anos, com enfoque na prevenção da obesidade infantil, no município de Redenção-CE. Desse modo, a extensão apresentou três fases, durante a vigência de 17 de julho de 2015 a 16 de junho de 2016. Na 1ª fase ocorreu reuniões com os diretores, professores e merendeiras das escolas e diagnóstico do público alvo; na 2ª fase ocorreu a construção do material lúdico-educativo sobre promoção da alimentação saudável para os escolares e na 3ª fase foram realizadas as oficinas educativas sobre alimentação saudável. A atividade de extensão foi dividida em três oficinas, onde cada oficina era

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, mestrando acadêmico em enfermagem. Bolsista pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

² Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, acadêmica em bacharelado em enfermagem.

³ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, acadêmica em bacharelado em enfermagem.

⁴ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, acadêmica em bacharelado em enfermagem.

⁵ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, docente do curso bacharelado em enfermagem.

dividida em temáticas. Cada oficina teve duração de aproximadamente um mês em cada escola, onde cada temática, com duração média de 60 minutos. As oficinas foram apresentadas às crianças com atividades lúdicas como teatro de fantoches, jogos, palavras cruzadas, historinhas sobre alimentos, oficinas educativas com frutas e atividades de colorir alimentos. Portanto, as oficinas educativas sobre alimentação saudável proposta em ambientes escolares foi de fundamental importância, visto que uma alimentação adequada contribui decisivamente para o desenvolvimento cognitivo e psicomotor, a manutenção da saúde da criança na fase escolar, além disso, tem uma ação positiva na prevenção da obesidade infantil.

Palavras-chave: atividade educativa; obesidade infantil; escolares.

Introdução

A capacidade de armazenar energia em forma de gordura foi fundamental para manutenção da espécie humana. Na pré-história, a busca de alimentos, temperaturas baixas e a necessidade de encontrar ambientes favoráveis a sobrevivência, exigiu que os nossos antepassados a destreza metabólica de reservar energia. Essa capacidade de armazenar gordura foi fundamental para os nossos antepassados, entretanto esse recurso transformou prejudicial com os padrões da vida contemporânea. (HALPERN,1999)

Esta mudança histórica, sinalizou em modificações nutricionais da sociedade, refletindo, assim, na desnutrição sendo reduzida a índices cada vez menores e a obesidade atingindo proporções epidêmicas. (SBP, 2012) A obesidade vem demonstrando como uma epidemia mundial, ao decorrer das décadas ela apresentou uma evolução de incidência de novos casos. Em 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos, estavam acima do peso. Destes mais de 600 milhões eram obesos. (WHO, 2015).

Em relação ao Brasil, o Ministério da Saúde em 2015, publicou um levantamento realizado em todos os estados brasileiros, denominado Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL,2015). Esse estudo demonstrou que em 2014, 52,5% dos brasileiros acima de 18 anos estava acima do peso e 17,9% com obesidade. O índice de excesso de peso na população masculina chegou a 56,5%, contra 49,1% na população feminina. O município de Fortaleza apresentou uma taxa de sobrepeso em adultos de 62,3% e de obesidade de 22%.

Um dos períodos mais críticos para o desenvolvimento da obesidade, é a fase da infância devido à associação com complicações na saúde que podem ocorrer na vida adulta. O risco de obesidade na vida adulta aumenta com o avanço da idade e com a gravidade da obesidade. Um indivíduo que se torna obeso após os 7 anos tem 50 % a mais de ser um adulto obeso. (OLIVEIRA,2000). A epidemia da obesidade infantil tornou-se um dado alarmante para a saúde pública mundial, essa doença, tem um grande potencial de diminuir a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos. (SBP,2012). Dados demonstram, a evolução da prevalência em todo território mundial, entretanto, há uma elevação principalmente em países de média e baixa renda. Em 2014, 41 milhões crianças menores de 5 anos de idade foram afetadas pelo excesso de peso ou obesidade. (WHO,2016)

A promoção da alimentação saudável é inserida nas políticas e os programas brasileiros de alimentação e nutrição para orientar práticas que promovam a saúde e previnam as doenças relacionadas à alimentação, tais como a desnutrição, deficiências por micronutrientes, que ainda permanecem sendo desafios da saúde pública em nosso país, e as doenças crônicas nãotransmissíveis, tais como o diabetes, a obesidade, a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares e o câncer, que vêm se elevando e de forma cada vez mais precoce. (BRASIL, 2008).

A prevenção e controle dessas doenças é fundamental para conter o crescimento epidêmico e as conseqüências na qualidade de vida da população. Além disso, doenças crônicas não-transmissíveis são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, onerando em aproximadamente 70% do total de custos do SUS, excluídos os custos indiretos (BRASIL, 2005b). O problema também vem acometendo a população infantil, de forma que, atualmente, corresponde ao problema nutricional mais comum nesta fase do curso da vida nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos (WHO,2016), assumindo também grande proporção no Brasil. No Brasil, estima-se que 33% das crianças entre 5 a 9 anos de idade estejam acima do peso, sendo que destas, 14,3% são consideradas obesas.(IBGE,2010)

O período escolar, para o Ministério da Saúde, é entendido como fundamental para trabalhar a promoção de saúde, pois a população atendida pelo setor educacional vive momentos de criação e revisão de hábitos e attitude. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nessa direção, a escola é um espaço favorecedor para a construção e a consolidação de práticas alimentares saudáveis podendo apresentar grande repercussão que vai além do ambiente escolar, impactando a própria sociedade como um todo, a partir do momento

que esses alunos passam também a ser veiculadores destas informações (YOKOTA et al, 2010).

Diante da importância da promoção de práticas de alimentação e estilos de vida saudáveis entre escolares, torna-se urgente e necessário que a realização de atividades educativas nessas instituições de ensino com vistas a promover práticas de alimentação saudável e identificar possíveis erros alimentares entre as crianças, com vista a prevenção da obesidade infantil. Com isso, ao considerar a importância da alimentação saudável na promoção da saúde e na prevenção da obesidade infantil e, conseqüentemente, no estado de saúde futuro dessas crianças e o respaldo legal que as leis, portarias e diretrizes do Ministério da Saúde dão para as ações voltadas à promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, com enfoque na prevenção da obesidade infantil.

Sendo assim, o objetivou-se desenvolver oficinas de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar entre escolares, com enfoque na prevenção da obesidade infantil, numa comunidade do município de Redenção-CE.

Metodologia

A presente atividade de extensão teve como foco ação e intervenção educativa em saúde. A extensão foi realizada em três escolas do município de Redenção-CE, cidade distante 55 km de Fortaleza. Foram selecionadas crianças de 6 a 12 anos, totalizando 704 crianças. Participaram do estudo duas escolas públicas e um particular. A extensão foi realizada entre julho de 2015 a de junho de 2016.

A extensão foi constituída por três fases: A primeira fase foi constituída por reuniões com os diretores, professores e merendeiras das escolas para apresentação do projeto e acordar os melhores dias e horários para a execução das ações educativas nas escolas selecionadas. Na escola pública solicitamos o cardápio semanal da merenda escolar oferecido às crianças. No caso da escola particular, conversamos com os responsáveis da cantina. Desta forma, conhecemos como as crianças alimentavam-se nas escolas, desta forma, identificar possíveis erros alimentares.

Em seguida, realizamos um diagnóstico do local de aplicação do trabalho, com intuito de levantar a estrutura e equipamentos disponíveis para as ações educativas previstas. Nesse momento, também foi realizado um diagnóstico quanto ao público alvo, por meio de observação visual, na hora do lanche. A partir desse diagnóstico nutricional das crianças e das primeiras constatações da observação visual da rotina das crianças, foi

iniciado a construção do material lúdico-educativo e a execução do cronograma com as atividades educativas que foram realizadas na instituição.

A segunda fase, foi a construção do material lúdico-educativo voltados para a alimentação saudável e prevenção de obesidade infantil e teve como base o Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas - Programa de Saúde nas escolas (2008), instrumento que nos últimos anos tem sido utilizado em programas de educação nutricional e saúde para escolares.

Foi construído jogos educativos sobre alimentação saudável, exemplares de alimentos pobres em nutrientes, pirâmide alimentar, desenhos e etc. Nesse sentido, o material lúdico educativo construído foi um instrumento importante para o desenvolvimento e a aprendizagem das atividades. Como meio de aprendizado foi utilizado o recurso didático da oficina.

A oficina é uma prática pedagógica interativa, na qual se elabora algo para ser utilizado. Ensinar e aprender coletivo é o resultado do trabalho individual somado à tarefa socializada, resultando em uma união entre teoria e prática levando à construção de conhecimento. É realizada por meio do intercâmbio de ideias, problematização, jogo, investigação, descoberta e cooperação (VIEIRA, 1996). A atividade de extensão proposta foi dividida em três oficinas, onde cada oficina era dividida em temáticas, onde cada temática teve uma duração média de 60 minutos por encontro. Os temas das oficinas foram adaptados do manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. As três temáticas das oficinas foram: conhecendo os alimentos, cuidando dos alimentos e preparando os alimentos.

Resultados e Discussão

Os resultados a seguir, baseia-se principalmente na observação-participante feito pelo os pesquisadores, unido com as discussões dos escolares que ocorreram ao decorrer das atividades. Além disso, na participação nas atividades de desenho e pintura e questionários pós atividades.

A utilização da oficina como ferramenta metodológica de ensino proporcionou um ambiente de escuta ativa que favoreceu a expressão sobre o que os escolares entendiam sobre alimentação saudável. Verificamos que após o primeiro encontro muitos alunos continuavam a relembrar dos assuntos explanados, evidenciado uma ampliação da capacidade do conhecimento e reflexivo sobre a sua alimentação. Tais comentários eram geralmente ditos: “

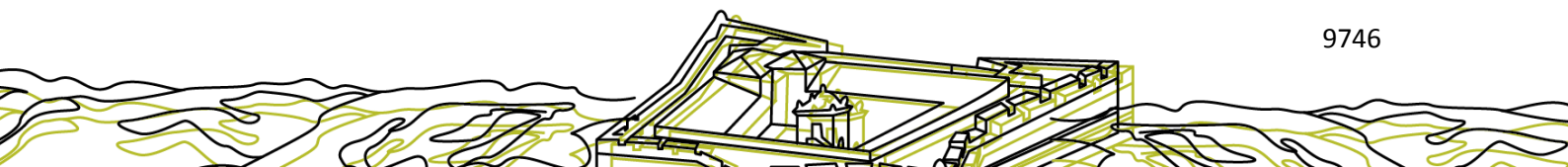
Não podemos mais refrigerante” ou “temos que comer salada e frutas”. Ao ouvirmos esses depoimentos percebemos que houve uma compreensão da realização das atividades, deste modo, os escolares começaram a construir hábitos de alimentação saudável.

A realização da extensão dentro das escolas foi essencial para compreender a complexidade dos fatores que se relacionam com a promoção da alimentação saudável; valor econômico, social, culturais e comportamentais. Assim, a escola, por compor um centro de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, é nela que se adquirem valores vitais e fundamentais. Sendo o lugar ideal ao desenvolvimento de ações educativas na promoção à saúde, atuando com grande influência, pois crianças estão em fase de desenvolvimento do seu comportamento, conhecimento, o senso de responsabilidade e a capacidade de observar, pensar e agir.

Por meio das atividades do projeto, constatamos que as crianças na fase escolar são mais susceptíveis para ser sensibilizadas sobre conhecimentos sobre alimentação e nutrição. Os indivíduos nessa faixa etária apresentam maior facilidade em assimilar conceitos, reflexões sobre o seu ambiente e na construção do pensamento lógico. Dessa forma, ficou demonstrado que as atividades realizadas foram importantes, para que as crianças construíssem novos conhecimentos sobre uma alimentação saudável e consequentemente compartilhadores de informações sua comunidade.

Observou-se durante a execução do projeto que os escolares da rede pública de ensino, diante das suas conjunturas sociais/econômicas são mais vulneráveis em ter uma alimentação precária durante a merenda escolar ou até ausência desta, por algumas vezes às atividades encerrava antecipadamente por falta da merenda escolar para as crianças. Essa ausência da alimentação durante o período escolar preocupa o desempenho escolar dos alunos, tendo em vista que afeta diretamente no processo de ensino/aprendizagem. Um aluno bem alimentado apresenta um maior desempenho escolar, com uma alimentação necessária para suprir seu crescimento/desenvolvimento e mantém um sistema imunológico positivo.

Em relação aos escolares da rede privada de ensino demonstraram na hora do lanche escolar uma alimentação precária, pobre de nutrientes, diminuição no consumo de cereais integrais, tendo como base de suas dietas alimentos ricos em gorduras, sódio e açúcares. Resultados estes também demonstrados no estudo de Murguero(2009), a alimentação do escolar está cada vez mais precária em nutrientes e que o número de crianças com obesidade aumenta a cada dia, devido ao grande consumo de alimentos



industrializados, ao sedentarismo, a correria do dia-a-dia dos pais, aos lanches rápidos, aos hábitos inadequados e a mídia.

Atualmente as famílias não tem mais o tempo suficiente para dar orientação alimentar aos filhos. Foi comum, as crianças relatarem que o pai ou mãe não tinha tempo para construir um lanche saudável e por isso escolhiam alimentos mais práticos. Desta forma, os pais analisavam somente os aspectos práticos dos alimentos, sem analisar, entretanto, a sua qualidade. Essa decisão gera uma alimentação pobre em nutrientes e rico em valor energético, os alunos ingerindo-os em excesso ocorre o acúmulo da gordura e o aumento massa corporal.

Contudo, os escolares adquiriram informações relevantes sobre a importância de uma alimentação saudável, como também os cuidados e higienização adequada dos alimentos. Durante a oficina conhecendo os alimentos, os participantes conseguiram diferenciar a origem dos alimentos nos seus conceitos, diferenças e a sua importância. Discutiram sobre a forma de utilização da pirâmide alimentar e suas características.

Na oficina conhecendo os alimentos, os escolares conseguiram identificar os tipos de higiene e a forma correta da lavagem das mãos. Na oficina, preparando os alimentos, aprenderam como preparar e saborear uma refeição com todos ingredientes essenciais para uma vida saudável. Conheceram as principais doenças ligadas à má alimentação, foram alertados sobre doenças metabólicas e de transtorno alimentares.

Portanto, com base nos dados observados, podemos afirmar a importância dessas atividades como uma ferramenta na educação nutricional com esse público escolar, na perspectiva de reduzir a incidência dos fatores de risco que possam prejudicar na qualidade de vida. Os maus hábitos alimentares, especialmente aqueles que acarretam a obesidade infantil, produzem problemas de saúde imediatos e também a longo prazo, visto que cerca de 60% de crianças obesas sofrem de hipertensão, hiperlipidemias e/ou hiperinsulinemia. Na vida adulta, a alimentação obtida desde a infância contribui fortemente para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas. (VALLE E EUCLYDES,2007)

No que tange o perfil nutricional das crianças, foram observados nas três escolas, dezenas de crianças com sobrepeso/ obesos, principalmente na instituição privada, prevalência acima comparada às públicas, provavelmente relacionado pelo o fator econômico. A renda social dessas crianças poderia favorecer em uma facilidade de se consumir produtos mais industrializados com alto teor energético. Por exemplo: produtos *fast foods*.

Em um estudo realizado por Silva et al (2016), no próprio município do projeto, constatou-se em 360 crianças menores de dois anos o índice de massa corporal (IMC), destas, 52 estava com sobrepeso e 20 com obesidade. A existência do excesso de peso em crianças em uma região caracterizada por desnutrição há décadas, caracteriza o processo de transição nutricional, sendo esse, um grande problema de saúde que exige modelo de atenção à saúde pautado na promoção da saúde.

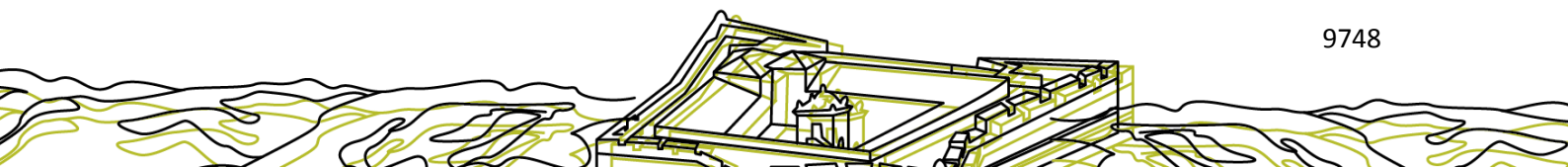
É de suma importância como estas para a normalização do IMC e assim, diminuir o risco de doenças crônicas na vida adulta dessas crianças, A obesidade pode afetar uma criança diretamente em sua saúde clínica e psicossocial. Em conjunto com a obesidade, podem surgir problemas ósseos/ muscular, cardiovascular, rejeição da imagem corporal e sofrimento de bullying. Uma criança com obesidade tem uma grande probabilidade de continuar sendo um adulto obeso, e desta forma, gerar um custeio para os cofres da saúde

Conclusão/Considerações Finais

Desta forma, a realização da extensão ajudou a sensibilizar os gestores escolares da região para desenvolver atividades nessa temática, podendo resultar atividades voltadas para prevenção da obesidade infantil. Torna-se necessário a implementação de programas que promovam um ambiente escolar saudável, com foco na educação em saúde e nutrição, juntamente com a prática de atividade física direcionada para essas crianças. As ações desenvolvidas por via de programas de saúde nas escolas e direcionados para a sensibilização em adquirir hábitos saudáveis trará melhor qualidade de vida, faz com que as crianças aprendam a realizarem escolhas corretas sobre comportamentos que promovam a saúde do indivíduo e da família.

As oficinas educativas sobre alimentação saudável proposta em ambientes escolares, foi de fundamental importância, visto que uma alimentação adequada contribui decisivamente para o desenvolvimento cognitivo e psicomotor, a manutenção da saúde da criança na fase escolar, além disso, tem uma ação positiva na prevenção da obesidade infantil. A utilização desse recurso didático torna-se essencial para a facilitação de compartilhamento do conteúdo com os alunos, pois ela consegue o envolvimento do aluno com o assunto apresentado.

As atividades realizadas proporcionaram um maior entendimento e olhar diferenciado sobre valor do intuito da extensão na Universidade e sua importância no compartilhamento do conhecimento científico para a comunidade, em muitas situações



vivenciadas tive que fazer a articulação entre a teoria estudada durante o curso e a prática da extensão a obesidade pode afetar uma criança diretamente em sua saúde clínica e psicossocial.



Explicação da pirâmide alimentar

Referências

HALPERN, Alfredo. A epidemia de obesidade. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 43, n. 3, p. 175-176, 1999.

Sociedade Brasileira de Pediatria. (SBP) Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

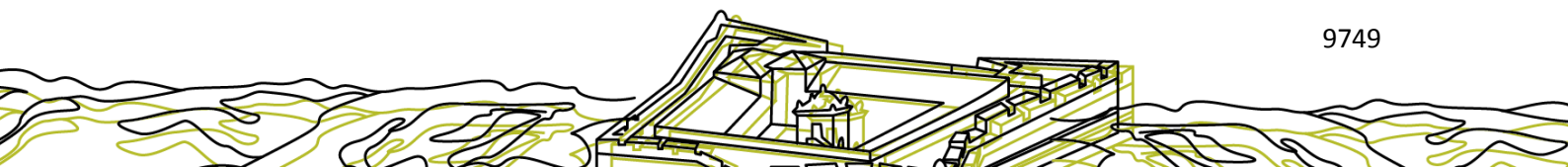
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da

Saúde, 2015

WorldHealthOrganization.(WHO)Disponívelhttp://www.paho.org/bra/index.php?option=c
om

_content&view=article&id=5439:alimentacao-e-nutricao-folhas.Acesso em: 02 de março
de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2015



OLIVEIRA, R. G. A. Obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. In: Simpósio Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência, 2000, Salvador. Anais... Salvador: Instituto Danone, p. 65-75.2000.

World Health Organization (WHO). Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: WHO; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização

Pan-americana de Saúde, 2005b

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa de orçamentos familiares 2008/2009 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 533-535, 2002

YOKOTA RTC, VASCONCELOS TF, PINHEIRO ARO, SCHMITZ BAS, COITINHO DC,

RODRIGUES MLCF. Projeto “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”: comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. Rev Nutr 2010

VIEIRA, E.; VOLQUIND, L. Oficinas de ensino: o quê? por quê? como? Porto Alegre: Edipucrs, 1996.

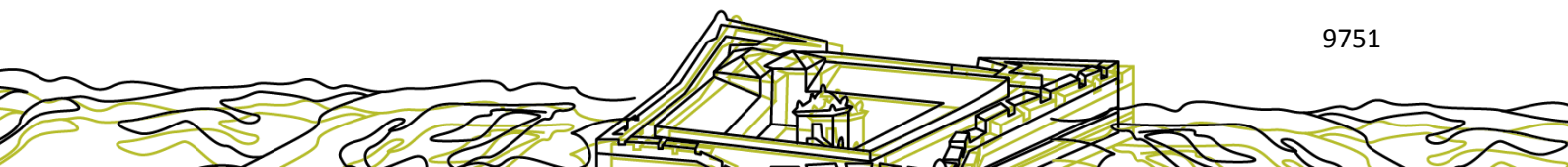
MURGUERO, J. C. Avaliação do lanche de crianças de 7 a 10 anos de duas escolas em Araranguá, SC. Criciúma: UNESC, 2009.

VALLE, J. M. N., EUCLYDES, M. P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. Revista APS, v.10,

n.1, p. 56-65, jan./jun. 2007.



SILVA, Háquila Andréa Martins et al. Vigilância nutricional de crianças menores de dois anos do município de Redenção, Ceará: a importância do diagnóstico para planejamento das políticas públicas nesse grupo etário. RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 10, n. 56, p. 62-73, 2016



DE PORTA EM PORTA: CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DE FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS

Área Temática: Saúde

Juliana de Oliveira Moraes¹; Claudianne Lima Cruz²; Ítalo Pinheiro²; Mariana de Oliveira Moraes³

Instituição: Instituto Federal de Alagoas (IFAL)

Resumo

O consumo de frutas legumes e verduras (FLVs) é de extrema importância para manutenção e desenvolvimento da saúde humana. Todavia, FLVs são potenciais veículos de transmissão de doenças transmitidas por alimentos quando não higienizados de forma correta. O objetivo do presente trabalho foi realizar ações educativas sobre segurança de alimentos para a população do município de Piranhas/AL, localizado na Microrregião Alagoana do Sertão do São Francisco. As ações de educação em saúde foram focadas na importância das etapas de higienização FLVs, as principais doenças veiculadas por FLVs com higienização ineficiente e instruções sobre as etapas de higienização destes gêneros alimentícios. As ações foram realizadas diretamente nas residências do público alvo com abordagem de 10 minutos contemplando a referência informativa falada, escrita com a distribuição de panfletos, e visual com apresentação de banners. O público atendido foram os residentes no município de Piranhas-AL. Foi abordado um total de 1.265 residências, onde 56% (712) das residências foram alcançadas com as informações sobre segurança de alimentos dentre as quais 320 (45%) nunca haviam tido acesso as informações fornecidas durante as ações de educação em saúde.

¹ IFAL – Instituto Federal de Alagoas – Campus Piranhas; Docente vinculada a Coordenação de Agroindústria;

² IFAL – Instituto Federal de Alagoas - Campus Piranhas, Estudante do curso Técnico Integrado de Agroindústria;

³ UFAL - Universidade Federal de Alagoas - Escola de Enfermagem e farmácia, Estudante do curso de Enfermagem.

Dentre os indivíduos abordados, 73% (523/712) eram pertenciam ao sexo feminino, onde 79% (418/523) pertenciam a faixa etária entre 19 à 59 anos. Um total de 395 indivíduos (65%) já havia tido anteriormente acesso às informações expostas durante as ações educativas em saúde, sendo os programas de televisão o instrumento mais citado como primeiro contato com as informações sobre segurança de alimentos. Neste contexto, os resultados destacam a importância de ações de extensão voltadas para educação em saúde, principalmente na área de segurança de alimentos, e ainda, afirmam a aceitação da população frente a ações de extensão. Corroborando assim, com o sucesso do atrelamento entre instituição de ensino e qualidade de vida da comunidade local.

Palavras-chave: Educação; saúde; alimentação, comunidade.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a ingestão de pelo menos cinco porções diárias de frutas e legumes, como elementos essenciais de uma dieta saudável (WHO, 2004). Nas últimas décadas, devido à crescente demanda dos consumidores por alimentos mais naturais com o objetivo de um estilo de vida e uma dieta mais saudável tem sido observado um aumento no consumo de frutas, legumes e verduras *in natura* e sucos de frutas no Brasil e no mundo (IBGE, 2010). Este grupo de alimentos, por sua vez, apresenta importante relevância nas questões higiênico-sanitárias, uma vez que, geralmente, são consumidos sem qualquer tipo de cocção e, por isso, podem ser importantes veículos de transmissão de formas infectantes de bactérias, vírus e enteroparasitas (DUFLOTH, et al., 2013).

Apesar do risco reduzido de contaminação por patógenos em frutas, legumes e verduras devido a elevada concentração de ácidos orgânicos e substâncias naturalmente antimicrobianas, esses alimentos têm sido relatados como alimentos envolvidos em surtos alimentares (KIM; CHO, 2010). Diversos estudos relatam contaminação por patógenos como *Listeria monocytogens*, *Salmonella sp.* e *Escherichia coli* O:157 H:7 em vegetais e sucos de frutas (STRAWN; DANYLUK, 2009; RAYBAUDIMASSILIA et al., 2009; NOEL et al., 2010). Dentre os perigos possivelmente encontrados em alimentos, o risco biológico é o mais importante, repercutindo em risco para a saúde consumidor. A contaminação por perigos biológicos deve ser considerada como risco de saúde pública pela alta probabilidade de ocorrência de Doenças

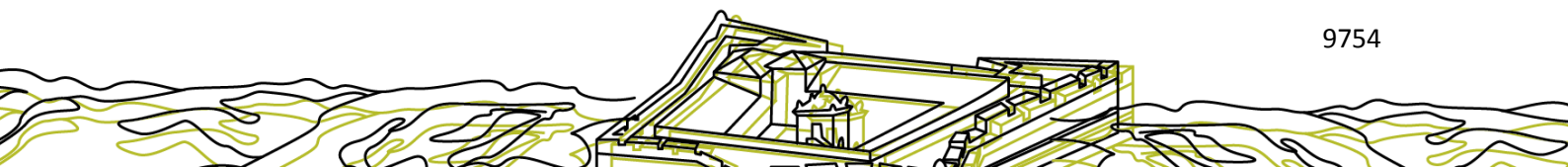
Veiculadas por Alimentos (DVA) contaminados com microrganismos patogênicos (GARCIA et al., 2010).

Forsythe (2013), destaca que para garantia da segurança dos alimentos é de extrema importância ações de educação em segurança de alimentos para os consumidores. O ministério da saúde dispõe de cartilhas e resoluções sobre higienização de alimentos focadas para manipuladores de alimentos, indústrias e unidade processadoras de alimentos, todavia, sabe-se que os consumidores devem sobretudo, serem conscientizados e orientados sobre seu importante papel na garantia da segurança de alimentos, e conseqüentemente prevenção de doenças veiculadas por alimentos (NETO, 2013).

Em países desenvolvidos, o grande número de casos de surtos de intoxicação alimentar são provenientes da falta de conhecimento e/ou prática de hábitos de higiene e segurança dos alimentos na residência dos consumidores (BLANC; AZEREDO, 2014). A garantia da inocuidade dos alimentos é construída em função do tripé que envolve o Estado, o setor produtivo e os consumidores. No Brasil, não há registros sólidos da vigilância epidemiologia que confirmem que parte da ocorrência de doenças transmitidas por alimentos são geradas também pela negligência do consumidor, e, na maioria das vezes por desconhecimento de informação sobre segurança de alimentos que devem ser aplicadas dentro de seus lares pelos mesmos (PERETTI; ARAUJO, 2010).

O processo educativo em si oferece condições de reflexão para as pessoas adotarem atitudes em segurança de alimentos, que garanta condições de saúde mais satisfatórias. Sobretudo apresenta, função social que contribui para quebrar paradigmas entre os níveis entre os conhecimentos técnicos e os populares. Sabe-se que doenças veiculadas por alimentos constituem um dos principais fatores debilitantes da população, associando-se frequentemente a quadros de diarreia crônica e desnutrição, e em muitos casos o óbito de crianças menores de 3 anos de idade (REZENDE; NEGRI, 2015). A abordagem de conceitos e práticas de higiene de alimentos poderá resultar em um positivo cenário educacional em segurança de alimentos e respectivamente, promover saúde para população e reduzir gastos com saúde.

Neste contexto, verifica-se que é de extrema relevância que a população tenha pleno acesso às informações relativas à correta sanitização e manipulação de vegetais, destacando assim a importância da integralização do ensino e a pesquisa às demandas da sociedade e suas necessidades. Assim, a ideia do trabalho em pauta, surgiu a partir da reflexão de que somos abordados inúmeras vezes em nossas residências por vendedores, pedintes, religiosos dentre outras situações, todos como objetivo de nos



alcançar com algum tipo de informação ou apelação comunicativa, ou mesmo, comercial. Nessa conjuntura, surgiu o título da ação em saúde que rege este trabalho: “por que não levar educação em saúde “De porta em porta” a comunidade local?

Portanto, o presente trabalho teve o objetivo de realizar ações educativas sobre segurança de alimentos, orientando a população do Município de Piranhas-AL sobre a

importância das etapas de higienização de frutas, legumes e verduras instruindo sobre como proceder nas mesmas e informando sobre as principais doenças veiculadas por esse grupo alimentar. E, sobretudo, contribuiu para o desenvolvimento da consciência social e promoção de saúde nos populares residentes no município de Piranhas – AL.

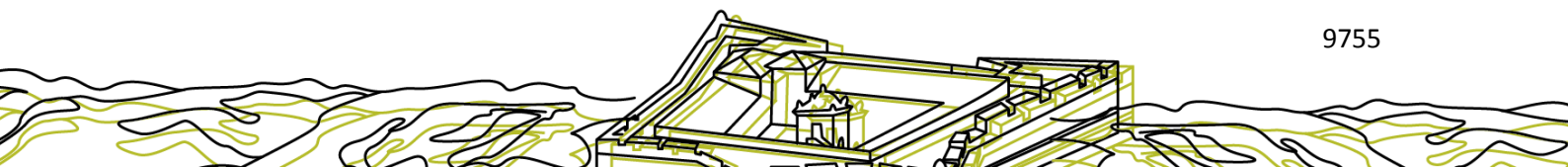
Metodologia

Amostragem

Os vegetais selecionados para as análises microbiológicas foram alface, pimentão, maçã e pimentão, todos adquiridos na feira livre de Piranhas – AL. As amostras foram submetidas à análise microbiológica quanto a contagem total de bactérias aeróbias mesófilas. As análises microbiológicas foram realizadas antes e depois da higienização, portanto foram três grupos de análises: 1) vegetais *in natura* sem higienização; 2) vegetais imersos solução de hipoclorito de sódio a 2%; 3) vegetais lavados com água, detergente comercial, imersos solução de hipoclorito de sódio a 2% e enxaguados com água corrente abundante. Os grupos de análises foram delineados para gerar dados e registros fotográficos para construção de banners ou cartazes para apresentação a população da diferença de contaminação entre vegetais devidamente higienizados e os vegetais não higienizados ou higienizados de forma inadequada.

Contagem de bactérias aeróbias totais

Inicialmente, swabs submersos em 9mL de água salina à 0,85% foram usados para remoção das bactérias existentes na superfícies dos vegetais em estudo. Para contagem de bactérias totais das superfícies dos vegetais foram realizadas diluições decimais seriadas (10^{-1} , 10^{-2} , 10^{-3} , 10^{-4} , 10^{-5} e 10^{-6}) em água salina a 0,85 %. Em seguida,



as diluições foram semeadas por semeadura em profundidade, utilizando inoculo de 1 mL de cada diluição em ágar Padrão para contagem (APC), em duplicata, e incubadas a 35 °C durante 24 horas. Os resultados foram expressos em unidade formadora de colônias por vegetal avaliado (UFC/g ou unidade do vegetal).

Confecção de cartazes ou banners e folhetos

Após a geração de dados resultantes das análises microbiológicas foram confeccionados cartazes e folhetos que foram utilizados nas ações de educação em segurança de alimentos. Os panfletos foram organizados e confeccionados com auxílio da literatura recomendada e orientações disponíveis no website na Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA). Foram construídos três folhetos para distribuição nos momentos das ações educativas: 1) “Como higienizar corretamente os vegetais?”; 2) “O que pode ocorrer se eu comer vegetais sem a higienização adequada?”; e 3) “Por que higienizar os vegetais?”.

Treinamento sobre abordagem ao público alvo

Antecedendo as ações foram realizadas orientações sobre abordagem ao público-alvo e comportamento adequado em apresentações, baseados em livros e artigos que tratam de comunicação com público e como lidar com pessoas em situação de estresse (POLITO, 1998).

Ações de educação em segurança de alimentos

Através do número de ruas obtidas, por imagem de mapas disponíveis na internet atualizados via satélite, contidas em cada bairro do Município de Piranhas foram traçadas metas de abordagem domiciliar da população. Na abordagem domiciliar todos os alunos se apresentaram devidamente fardados com roupas que identifiquem o Instituto Federal de Alagoas. E ainda, portavam cadernos com formulários de abordagem para anotar as informações que posteriormente gerariam os resultados,

além de banner ilustrativo com as imagens das análises microbiológicas para melhor compreensão dos atendidos.

Todos os estudantes envolvidos faziam uso de boné personalizado do projeto, água e protetor solar. Os alunos também foram instruídos, antes de todas as ações, sobre a não permissão de adentrar nas residências atendidas e, ainda, sobre não aceitar nenhum gênero alimentício ou água do morador como objetivo de evitar qualquer transtorno indesejado. As visitas se estendiam no máximo até 10 minutos.

As abordagens foram realizadas pelo menos em duplas de alunos. Ao final de cada abordagem foi avaliada a aceitação do tipo de ação realizada em escala de nota (de 0 a 10), onde cada pessoa abordada informou uma nota que atribuía a ação de extensão realizada.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos na análise microbiológica destacam a redução de contagem de microrganismos após a higienização adequada das amostras, ou seja, vegetais lavados com água, detergente comercial, imersos em solução de hipoclorito de sódio a 2% e enxaguados com água corrente abundante. (Figuras 1).

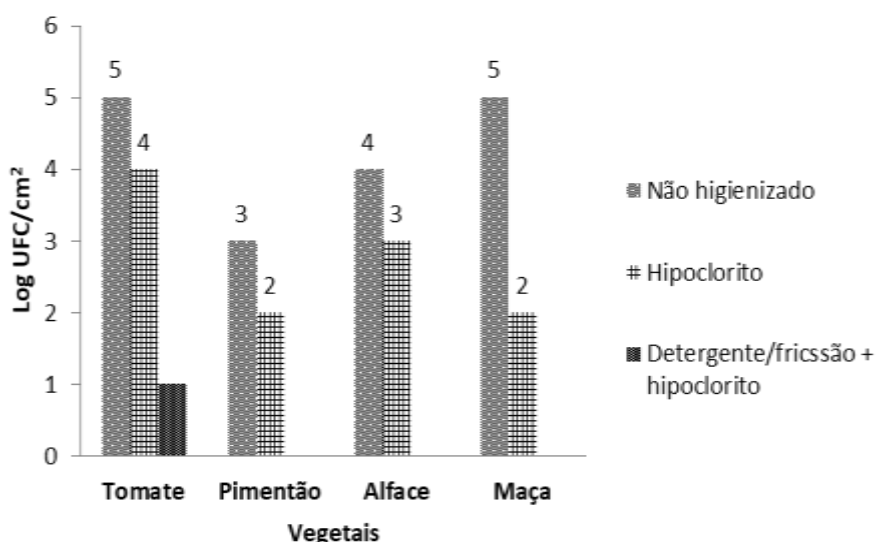


Figura 1 – Contagem de bactérias aeróbias totais de vegetais *in natura* sem higienização; vegetais somente imersos em solução de hipoclorito de sódio a 2% durante 10 minutos e vegetais lavados com água, detergente comercial, imersos em solução de

hipoclorito de sódio a 2% (200 ppm/10 min) e enxaguados com água corrente abundante.

Os sanitizantes a base de cloro são referidos como primeira escolha entre os agentes antimicrobianos, pois possui ação microbicida, e ainda, reage com a estrutura de possíveis agregados de microrganismos (biofilme), o que dificulta nova adesão de outros microrganismos. Os sanitizantes são usados com objetivo de higienizar produtos alimentícios. Os principais sanitizantes usados para higienização de vegetais nas residências dos consumidores são o detergente e água sanitária (composto a base de hipoclorito de sódio) (ANVISA, 2017). O mecanismo de ação do hipoclorito de sódio é sobre a membrana celular, alterando a sua permeabilidade e levando a desidratação celular e, ainda, pode inibir a síntese proteica promovendo incapacidade de multiplicação microbiana (PALHARINI et al., 2015).

Os panfletos (Figura 2) e banner ilustrativo (figura 3) foram confeccionados para as ações de educação em saúde foram construídos com palavras comuns ao cotidiano da população, porém antes de entregar cada panfleto as informações foram explicadas pausadamente aos indivíduos abordados.



Figura 2 – Panfletos “Como higienizar corretamente os vegetais?” e “Por que higienizar os legumes corretamente?” distribuídos durante as ações de educação em saúde.

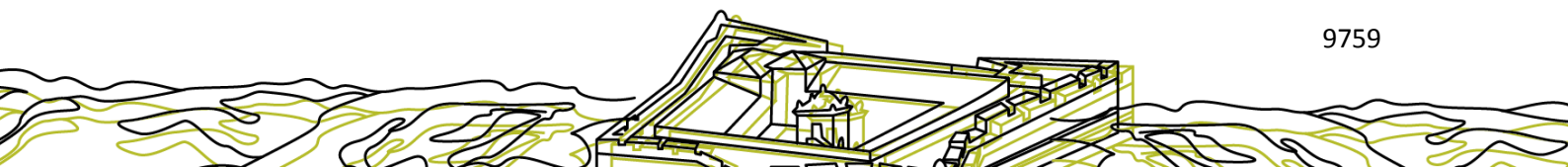


Figura 3 – Banner ilustrativo confeccionados com fotos de placas de bactérias aeróbias mesófilas oriundas das análises microbiológicas dos vegetais.

Além dos panfletos citados na Figura1, foi distribuído um terceiro panfleto que apresentava um quadro com as principais doenças relacionadas ao consumo de FLVs higienizados inadequadamente (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro utilizado no panfleto “O que pode ocorrer se eu comer vegetais sem a higienização adequada?” distribuídos durante as ações de educação em saúde.

Doença	Microrganismo causador	Sintomas
Febre tifoide	<i>Salmonella typhi</i>	Febre alta, mal- estar, anorexia
Cólera	<i>Vibrio cholerae</i>	Diarreia intensa
Hepatite A	Vírus da hepatite A	Vômitos, icterícia e urina escura.
Amebíase	<i>Entamoeba histolytica</i>	Dores abdominais, diarreia e vômitos.
Ascaridíase	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Dor no abdômen, náusea e vômito.



Teníase ou Solitária	<i>Taenia solium</i> <i>Taenia saginata</i>	Cólicas, vômitos e cisticercose.
Listeriose	<i>Listeria monocytogenes</i>	Febre, dores musculares, náuseas, dor de cabeça, perda do equilíbrio e convulsões
Giardíase	<i>Giardia lamblia</i>	Dor na parte superior do abdome, azia, diarreia e vômito.
Úlcera péptica	<i>Helicobacter pylori</i>	Dor ou queimação no abdome, vômitos, estufamento e perda de peso.

A fonte mais comum de contaminação de enteropatógenos em vegetais é a água de irrigação contaminada. Segundo Silva et al. (2011), é de extrema importância o monitoramento das águas destinadas ao uso em irrigação, pois uma vez contaminada por patogênicos, estes irão contaminar os alimentos irrigados, podendo servir de veículo para transmissão de doenças aos consumidores. Estudos relatam a relação entre o aumento dos surtos de doenças veiculadas alimentos, com o aumento do consumo de produtos frescos como frutas e hortaliças (ALLYDICE-FRANCIS; BROWN, 2012; OLAIMAT; HOLLEY, 2012; SILVA et al, 2016). A presença de patógenos em alimentos é uma das principais causas de diarreia em países em desenvolvimento e, respectivamente está relacionado ao aumento dos índices de morbidade e mortalidade, principalmente no público infantil (BRONER et al., 2010).

Durante as ações de educação em saúde foram abordadas um total de 1.265 residências, onde 56% (712) das residências foram alcançadas com as informações sobre segurança de alimentos, porém 38% (479) das residências apresentavam-se fechadas, o que impossibilitou as ações educativas com contato direto com os moradores destas. Todavia, quando encontrávamos uma casa fechada sempre deixávamos na caixa de correspondência os panfletos educativos (Figura 4).

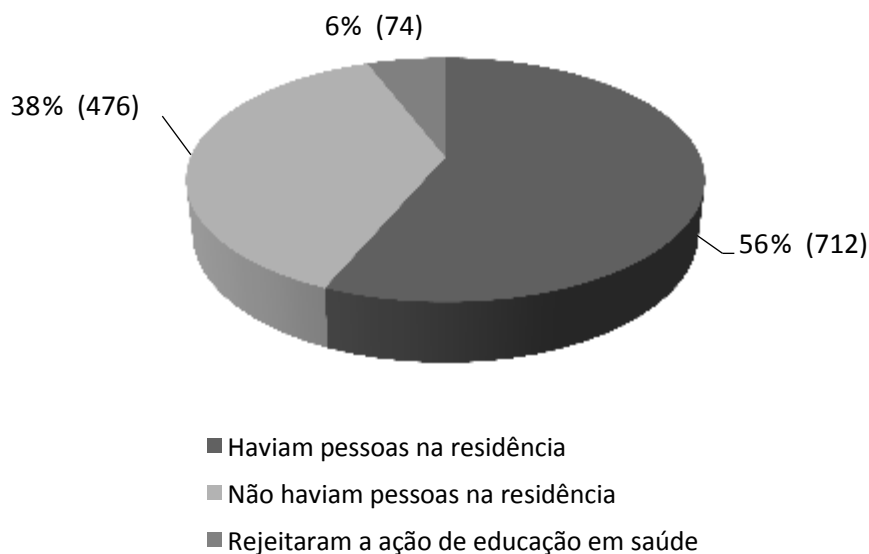
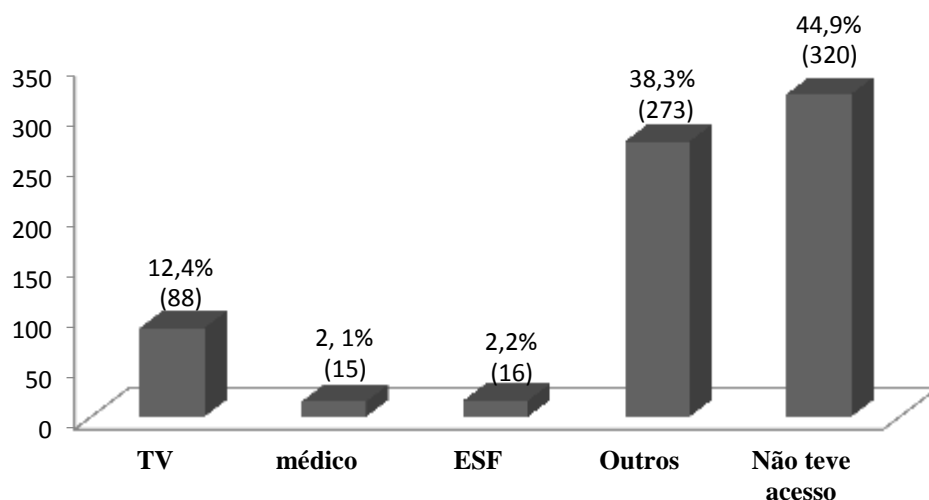


Figura 4 – Percentual de residências atendidas durante as ações educativas em saúde.

Dentre o público atendido pela ação, 73% (523/712) eram indivíduos do sexo feminino, onde 79% (418/523) pertenciam a faixa etária entre 19 à 59 anos. As mulheres constituem usuárias frequentes nos serviços de saúde em todo o Brasil; seja em busca de seu atendimento e/ou acompanhando de seus familiares (NUNES et al., 2014). Durante o período gestacional ocorre uma importante interação entre mulheres e os serviços de saúde, possibilitando uma atuação dentro da perspectiva de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção, da sua família (CABRAL et al., 2013). Neste contexto, as mulheres exercem um papel importante na saúde de sua família. Observou-se durante a execução do trabalho uma maior integração do público feminino, é tanto que, quando homens eram abordados em suas residências, na maioria das vezes solicitavam que suas esposas tomassem seu lugar no momento da ação de educação em saúde.

Grande parcela do público atendido, compreendendo 65% (395 indivíduos), já havia tido anteriormente acesso às informações expostas durante as ações educativas em saúde. Segundo os indivíduos abordados nas ações educativas, os programas de televisão foram o instrumento mais citado como primeiro contato com as informações sobre segurança de alimentos. A assistência médica e programas de saúde da família foram pouco citados entre as opções de primeiro contato com informações de segurança de alimentos (Figura 5).

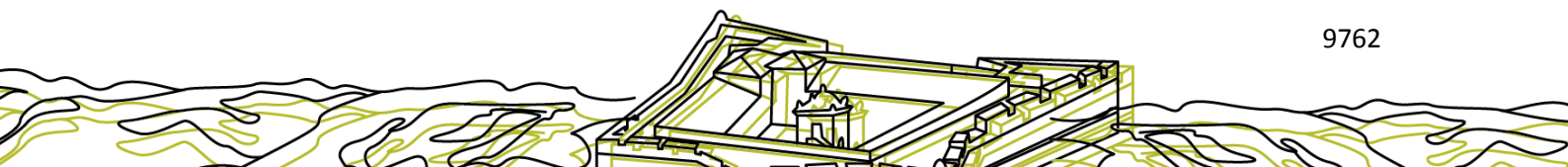


*ESF: Estratégia Saúde da Família

Figura 5 – Público atendido durante as ações educativas e fontes de acesso à informação por parte das famílias abordadas.

Segundo Junqueira e Santos (2013), a educação em saúde é a estratégia adotada pelo Sistema Único de saúde (SUS) para a promoção da saúde na comunidade que incentiva a procura de soluções coletivas dos problemas, promovendo debates, tomadas de decisões e práticas de saúde com a comunidade. Apesar do município de Piranhas possuir equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio de Saúde a Família (NASF), a comunidade de Piranhas ainda não reconhece o impacto dessas equipes quanto educação em saúde, em especial, na área de segurança de alimentos.

O consumo de FLVs apresentou um grande salto nos últimos anos, tanto devido ao crescimento populacional quanto a tendência de mudança nos hábitos alimentares dos consumidores brasileiros. Esse grupo de alimentos apresenta alto risco de contaminação por enteropatógenos quando consumido *in natura* pela população. As condições sanitárias inadequadas das áreas de cultivo e comércio nas áreas urbanas favorecem a sua contaminação (SILVA et al., 2017). A grande incidência de casos de DVAs está intrinsecamente relacionada à higienização e manipulação imprópria nas residências dos consumidores. Sendo a falta de educação em saúde sobre segurança de alimentos e técnicas de higienização o principal motivo da ocorrência de doença de origem alimentar (MACIEL et al., 2017).



Por muito tempo, o assunto saúde foi explorado pela televisão focado no fascínio do público por protagonistas agonizantes que vivem experiências dramáticas em hospitais. Nos dias atuais, ainda encontramos muitas reportagens e documentários que fazem denúncias na área da saúde ou informar a população somente nos momentos de surtos epidêmicos (MELO et al., 2001). Atualmente, o tema saúde tem sido bastante discutido por televisões comerciais e na programação de TVs à cabo, comunitárias, educativas e universitárias. As TVs abertas possibilitam um alcance maior de audiência, não têm custo para a audiência e alcançam as populações das periferias (SOARES, 2002). Neste contexto, a mídia tem levado a informação em saúde a varias camadas da sociedade em especial regiões mais afastadas dos centros urbanos e exposta a situações de risco de saúde pública.

Verificou-se que 44,9% (320/712) das famílias atendidas durante as ações de educação em saúde nunca tiveram acesso às informações sobre a importância da higienização de frutas higienização desses gêneros alimentícios (Figura 5). Este resultado destaca a importância de ações de extensão na área de educação em saúde, pois 320 famílias e, conseqüentemente, as próximas gerações das mesmas serão alcançadas e, possivelmente, as taxas de incidência e prevalência de doenças alimentares veiculadas pelas FLVs diminuirão nesta comunidade.

A educação em saúde é um processo de construção de conhecimentos por parte da comunidade e profissionais da área de saúde. Caracterizando-se como uma ferramenta interdisciplinar de práticas e informações que propiciam o aumento dos cuidados dos indivíduos sobre si mesmos. Segundo Vasconcelos (2008), a educação em saúde é uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Quanto à aceitação da ação educativa na comunidade por parte do público alvo, observou-se que 49% (350/712) e 49,4% (352/712) dos indivíduos atendidos responderam ao questionário de satisfação afirmando estar muito satisfeito e satisfeitos, respectivamente (Figura 6).

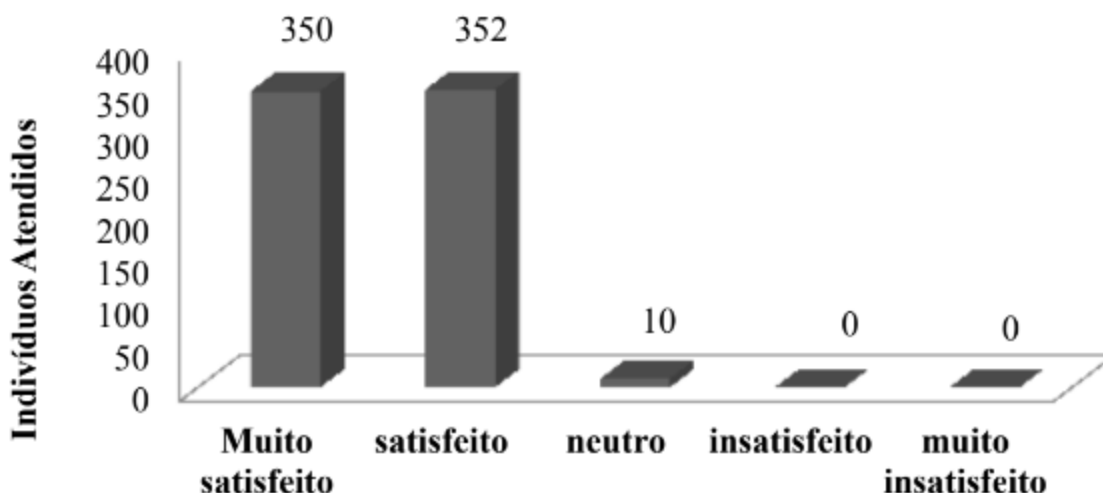


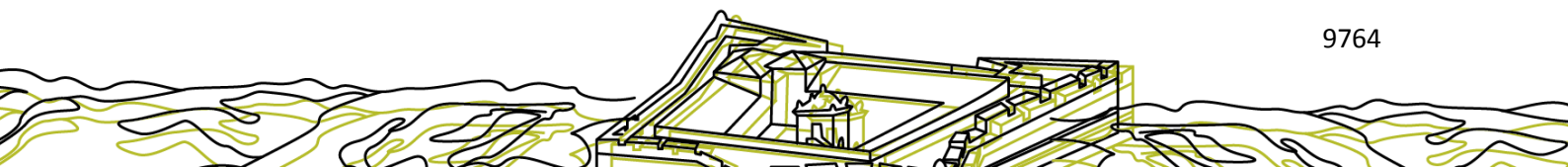
Figura 6 - Nível de satisfação por parte dos público atendido durante as ações de educação em saúde.

Ações de educação em segurança de alimentos fazem-se ainda mais necessárias nas áreas mais afastadas dos centros urbanos, onde majoritariamente o acesso ao conhecimento relacionado à prevenção de doenças transmitidas por alimentos é escasso, além da possível ocorrência de fatores agravantes na transmissão de outros tipos de enfermidades ocasionados por microrganismos, como a falta de saneamento básico e de tratamento de água adequado.

Conclusão/Considerações Finais

O objetivo do trabalho de extensão foi alcançado, dado o grande número de casas alcançadas pela informação e a aceitação satisfatória do público-alvo, que mostrou-se bastante receptivo às ações de educação em saúde desenvolvidas, gerando estímulo à continuação da execução de práticas de transmissão de informação a nível de saúde pública na comunidade da microrregião do São Francisco, residente na cidade de Piranhas, AL.

Acredita-se que as ações em educação realizadas contribuíram para o desenvolvimento da consciência social, com vistas na promoção e proteção da saúde e na prevenção de doenças nos populares que serão possíveis multiplicadores do conhecimento. Destaca-se que 44,9% (320) das pessoas abordadas que ainda não haviam tido acesso a informação sobre a importância da higienização dos alimentos, teve seu primeiro acesso através desTe trabalho. Dessa forma, a educação mostra-se



como um instrumento de transformação social necessária para o alcance de uma sociedade mais saudável.

Referências

ALLYDICE-FRANCIS, K.; BROWN, P. D. Diversity of antimicrobial resistance and virulence determinants in *Pseudomonas aeruginosa* associated with fresh vegetables. **International Journal of Microbiology**, v. 2012, p. 1 -7, 2012.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conceitos Técnicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/saneantes/conceito.htm>. Acesso em: 19 de março de 2017.

BLANC, P. A.; AZEREDO, D. R. P. A segurança de alimentos no contexto do idoso. **Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial**, v. 8, n. 2, 2014

BONER, S.; TORNER, N.; DOMINGUEZ, A.; MARTÍNEZ, A.; GODOY, E.

Sociodemographic inequalities and outbreaks of foodborne diseases: an ecologic study. **Food Control**, v. 21, n. 6, p. 947-951, 2010.

CABRAL. M. C. B.; SANTOS, M. T. S.; MOREIRA, T. P. **Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. v. 31, n.2, 2013.

DUFLOTH, D. B. et al. Pesquisa sobre a contaminação de hortaliças por ovos e larvas de nematódeos e cistos de protozoários como método de estudo. **Revista de Patologia Tropical**, v. 4, n. 4, p. 443-54, 2013.

FORSYTHE, Stephen J. **Microbiologia da segurança dos alimentos**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GARCÍA, P. et al. Food biopreservation: promising strategies using bacteriocins, bacteriophages and endolysins. **Trends food sciTechnol, Asturias**, v. 21, n.8, p. 373-285, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

JUNQUEIRA, M. A. B.; SANTOS, F. C. S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. **Revista de Educação Popular**, v. 12, n. 1, p. 66-80, 2013.

KIM, S.; CHO, L. *Lactobacillus plantarum* isolated from molasses produces bacteriocins active against Gram-negative bacteria. **Enzyme and Microbial Technology**, v.36, n. 2-3, p.318-326, 2010.

MACIEL, S. E. S. et al. Unidades de alimentação e nutrição: Aplicação de *check – list* e avaliação microbiológica. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, v. 11, n. 4, 2017.

MELO, J.M. M., EPSTEINS, I., SANCHES, C; BARBOSA, S. (orgs.) **Mídia e Saúde.** Adamantina: UNESCO/UMESP/FAI, 2001

NETO, R. G. Segurança Alimentar: da Produção Agrária à Proteção do Consumidor. 1º ed. São Paulo, 2013.

NOEL, H. et al. Consumption of Fresh Fruit Juice: How a Healthy Food Practice Caused a National Outbreak of Salmonella Panama Gastroenteritis. **Foodborne Pathogens and Disease**, v. 7, n. 4, p. 375-31, 2010.

NUNES, J. M. et al. Ser mulher e participar de grupo educativo em saúde na comunidade: motivações e expectativas. **Revista enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 123-128, 2014.

OLAIMAT, A. N.; HOLLEY, R. A. Factors influencing the microbial safety of fresh produce: a review. **Food Microbiology**, v. 32, n. 1, p. 1-19, 2012.

PALHARINI, M. C. A.; SANTOS, C. A. J. P.; SIMIONATO, E. M. R. S.; KODAWARA, R.

K.; KLUGE, R. A. Dióxido de Cloro no Controle da Microbiota e do Escurecimento Enzimático de Vagem Minimamente Processada. **Horticultura Brasileira**, v. 33, 181-188. n. 2, 2015.

PERETTI, A. P. R.; ARAUJO, W. M. C. Abrangência do requisito segurança em certificados de qualidade da cadeia produtiva de alimentos no Brasil. **Gestão e Produção, São Carlos**, v. 17, n. 1, p. 35-49, 2010.

POLITO, R. **Gestos e postura para falar melhor**. 8ª ed. - São Paulo: Saraiva, 1990.

RAYBAUDI-MASSILIA, R. M. et al. **Control of pathogenic and spoilage microorganisms in freshcut fruits and fruit juices by traditional and alternative natural antimicrobials. Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety**, v. 8, n.3, p.157-180, 2009.

REZENDE, M. S.; NEGRI, S. T. Educação alimentar e nutricional associada a oficinas culinárias com alunos em uma escola pública. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 12, n. 20, 2015.

SILVA, I. N.; FONTES, L. O.; TAVELLA, L. B.; DE OLIVEIRA, J. B.; DE OLIVEIRA, A.

C. Qualidade de água na irrigação. ACSA – **Agropecuária Científica no Semi-Árido**, v. 07, n.3, p. 01-05, 2011.

SILVA, V. G; SANTOS, G. C.; FERREIRA, V. M. S. Enteroparasitas veiculados em folhas de alfaces (*Lactuca sativa*) comercializadas na feira livre da cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia**, v.14, n. 25, p. 1345 – 1355, 2017.

SILVA, A. F. S. et al. Análise bacteriológica das águas de irrigação de horticulturas. **Revista Ambiente e Água**, v. 11, n. 2, p. 428 - 438, 2016.

STRAWN, L.; DANYLUK, M. Fate of *Escherichia coli* O157:H7 and *Salmonella* spp. on fresh and frozen cut mangoes and papayas. **The International Journal of Food Microbiology**, v.138, n. 1-2, 2009.

SOARES, I. O. Gestão comunicativa e educação: caminhos da educomunicação. **Comunicação & Educação**, n. 23, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. 4a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

WHO. **Fruit and vegetables for health**: Report of a Joint FAO/WHO Workshop. Kobe, Japan, 2004.

PREVALÊNCIA DE AGRESSÕES SOFRIDAS POR AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIARIAS DO SEXO FEMININO NO BRASIL ANTES DO INGRESSO NO SISTEMA PRISIONAL.

ÁREA TEMÁTICA: Saúde.

Danilo Nogueira Maia; Marcelo José Monteiro Ferreira; Thalyta Gleyane Silva de Carvalho

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Ceará (UFC)

INTRODUÇÃO: O comportamento agressivo é um fenômeno multicausal. Alguns estudos demonstram que pessoas que sofreram algum tipo de violência ou agressão durante a infância ou adolescência, tendem a reproduzir um comportamento violento na vida adulta. No contexto dos ASP, o ambiente carcerário é sabidamente permeado por eventos violentos. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência de agressões sofridas por agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil antes do ingresso no sistema prisional. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo seccional, analítico, de abrangência nacional em 15 unidades prisionais femininas no período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015. A população consistiu em ASP do sexo feminino, vinculadas ao sistema penitenciário brasileiro. O plano amostral levou em consideração a população carcerária feminina. A amostra foi estipulada em 40% das ASP. Os dados foram coletados utilizando tecnologia de *Audio Computer-Assisted Self-Interviewing* – ACASI. Os dados foram analisados utilizando os *softwares* SPSS® versão 20.0 e Stata® versão 13. Foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson. O *Odds Ratio* e Intervalos de Confiança foram estimados para os fatores que apresentaram associação significativa ou mostraram-se como fatores de confundimento. **RESULTADOS:** Mais da metade das entrevistadas (59.9%) referiram ter sofrido algum episódio de violência antes do ingresso no sistema prisional. Quanto ao número de violências, pouco mais de 55% referiram ter sido vítimas de dois ou mais episódios. Dentre os tipos, o roubo (31,4%), a violência física leve (25,8%), a violência psicológica (21,9%) e os danos morais (16,9%) foram os mais prevalentes. Chama a atenção o alto percentual de pessoas que fazem parte da família, apontadas como responsáveis por praticarem violência ou agressão nas ASP. **CONCLUSÃO:** Os resultados parecem corroborar com a teoria do ciclo de violência

onde as ASPs reproduzem um padrão de agressividade experimentada anteriormente na vida.

Palavras-chave: Violência no Trabalho. Agressão. Comportamento violento. Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O comportamento agressivo é um fenômeno complexo e multicausal que vem ganhando visibilidade nos debates sobre saúde pública por conta de sua influência na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, registram-se anualmente mais de 1,3 milhões de mortes no mundo em consequência da violência, em todas as suas formas de manifestações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Exposições a violências durante a infância podem repercutir negativamente no desenvolvimento psicológico e nos comportamentos futuros dos sujeitos. Um estudo longitudinal realizado por Campbell demonstrou que crianças expostas a violência aos 3 e 4 anos apresentam 50% a mais de chances de reproduzirem comportamentos agressivos na adolescência (CAMPBELL, 1995).

Alguns autores sustentam a hipótese de que a exposição a violências e agressões durante a infância e adolescência pode contribuir para a escolha de ocupações com maior grau de exposição à violência (RODRIGUES, 2014; MARTINS, 2005; BYRD, 2008). É o caso, por exemplo, dos Agentes de Segurança Penitenciária (ASP). O processo de trabalho dessa categoria é marcado pelo contato direto com a população privada de liberdade. Além disso, a superlotação e o baixo efetivo de profissionais em relação à população encarcerada figuram entre as principais causas para a ocorrência de agressões e ameaças no ambiente prisional (GADEGAARD, 2015).

Violências, agressões e ameaças são consideradas como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde entre ASP. Além disso, estudo evidencia que o trabalho desses profissionais é extremamente estressante, podendo trazer consequências graves para a sua integridade física e psicológica, tais como ansiedade, estresse, sensação de desamparo e ideação suicida (CASHMORE, 2012).

No Brasil, ainda persistem grandes lacunas relacionadas a pesquisas envolvendo violência no ambiente de trabalho dos ASP. Esses estudos tornam-se ainda mais

escassos quando se trata de ASP do sexo feminino. Diante da elevada relevância social dos problemas relacionados à violência familiar, carcerária e urbana, buscou-se como objetivo para esse trabalho estabelecer a prevalência de agressões sofridas por ASP antes do ingresso no sistema prisional, assim como a tipificação dos eventos agressivos e a identificação dos principais suspeitos de realizar tais atos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo e local de estudo

Realizou-se um estudo seccional, analítico, de abrangência nacional, parte do projeto intitulado “*Inquérito nacional de saúde na população penitenciária feminina e de servidoras prisionais*”. Desenvolveu-se o trabalho entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015, em 15 unidades prisionais femininas, nos estados do Pará e Rondônia (Região Norte), Ceará (Região Nordeste), Distrito Federal e Mato Grosso (Região Centro-Oeste), São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul (Região Sul).

População de estudo e amostra

A população consistiu em ASP do sexo feminino, vinculadas formalmente ao sistema penitenciário brasileiro, atuando em contato direto com mulheres privadas de liberdade e que aceitaram participar do estudo. Devido à ausência de informações oficiais sobre o quantitativo de ASP do sexo feminino no Brasil à época da realização da pesquisa, a amostra levou em consideração a população carcerária feminina, sendo realizada em múltiplos estágios.

Inicialmente foram selecionados, intencionalmente, dois estados por região político-administrativa brasileira que tinham as maiores populações carcerárias femininas (BRASIL, 2014). A seguir, os presídios foram estratificados de acordo com o número de presidiárias e localização (capital, região metropolitana ou interior). Foram incluídos no plano amostral apenas os presídios com mais de 75 detentas, devido à obrigatoriedade de possuírem serviços de saúde (BRASIL, 1984).

A amostra foi estipulada em 40% das ASP presentes no momento de coleta. Em unidades prisionais onde o quantitativo de ASP era igual ou inferior à 33, todas as agentes foram incluídas. Foram excluídas do cálculo amostral as ASP em férias, licença ou recém-ingressas (menos de 30 dias).

A seleção das participantes foi realizada por meio de gerador de números aleatórios *Intemodino Group*. A identificação foi feita através de listagem nominal fornecida em cada unidade prisional.

Instrumentos e variáveis coletadas

Os dados foram coletados através de questionário autoaplicado, utilizando tecnologia de *Audio Computer-Assisted Self-Interviewing – ACASI*. A opção pelo *ACASI* decorre da sua aplicabilidade em pesquisas, onde existe a necessidade de se abordar informações sensíveis, de cunho pessoal, ou mesmo relacionadas a comportamentos de risco para a saúde (SIMÕES, 2004).

O *Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)* foi utilizado para mensurar os níveis de suspeição para transtornos mentais comuns. O instrumento é composto por 20 questões, sendo as 4 primeiras relacionadas à sintomas físicos e outras 16 sobre sintomas psicoemocionais (COELHO, 2009; SANTOS, 2011).

A aplicação do *SRQ-20* permite a detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental, que incluem fadiga, insônia, irritabilidade, além de aspectos subclínicos. É altamente recomendado para estudos de bases populacionais, especialmente em grupos de trabalhadores, tendo em vista a associação dos sinais e sintomas com a diminuição das funções laborais e sociais (COELHO, 2009; SANTOS, 2011).

Por se tratar de um instrumento de rastreamento, a determinação do ponto de corte para a detecção dos casos é fundamental para a garantia da sensibilidade e especificidade. Nesse estudo, adotou-se o escore mínimo de 7 respostas afirmativas do *SRQ-20* para as ASP, em conformidade com as orientações estabelecidas para mulheres (ALVES, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; TAVARES, 2010).

As definições de violência física, psicológica, sexual e moral utilizadas nessa pesquisa estão em conformidade com os conceitos adotados pela Organização Mundial da Saúde e da legislação vigente no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BRASIL, 2006). As definições de violência física grave relacionam-se aos episódios envolvendo espancamento, queimaduras ou tentativas de enforcamento. As violências físicas severas relacionam-se a episódios com objetos que causaram ferimentos ou lesões corporais, tais como armas de fogo, agressões com facas ou instrumentos perfurocortantes. As agressões ou violências sofridas antes do ingresso no sistema prisional obedeceram às mesmas definições supracitadas.

A frequência das violências ou agressões sofridas pelas ASP nas unidades prisionais em que trabalha ou trabalhou foi dividida em duas categorias: autorrelato (sofrida pela própria ASP) ou conhecida (teve conhecimento de algum caso de violência sofrida por colega de trabalho). A violência sofrida por ASP antes do ingresso no sistema prisional foi autoreferida.

Aspectos socioeconômicos como idade (categorizadas em menos de 30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-49 e 50 anos ou mais), grau de instrução e número de filhos foram investigados. A raça (parda, negra, branca e amarela) foi autoreferida, obedecendo aos critérios estabelecidos no Brasil. A renda mensal foi mensurada em salários mínimos e contabilizada em moeda local (IBGE, 2015).

No componente trabalho, perguntou-se sobre a forma de ingresso no sistema prisional (concurso público ou contrato), a idade de ingresso no presídio, tempo de trabalho como agente (5 anos ou menos, 6 a 10 anos, mais de 10 anos) e ocupações anteriores ao ingresso no sistema prisional. A definição sobre os tipos de estabelecimentos prisionais em que a ASP já trabalhou como cadeia pública, presídios, casas de privação provisória, penitenciária, colônia agrícola, casas de albergado e hospitais de custódia obedeceram as definições do Ministério da Justiça do Brasil (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando os *softwares* SPSS® versão 20.0 e Stata® versão 13. Foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson. O *Odds Ratio* e Intervalos de Confiança foram estimados para os fatores que apresentaram associação significativa ou mostraram-se como fatores de confundimento.

As estimativas pontuais e intervalares, bem como as análises de associação bivariada e multivariada foram realizadas utilizando o módulo de amostragem complexa com a ponderação obtida pelo inverso do produto das probabilidades de escolha das ASP por estágio de amostragem. O nível de significância utilizado para os testes estatísticos foi 5%. As frequências absolutas e relativas foram apresentadas, respectivamente, por meio das frequências não ponderadas e ponderadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, mediante protocolo de nº 188.211. Por se tratar de pesquisas

envolvendo seres humanos, todas as participantes leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população total foi de 810 ASP, sendo estimada uma amostra de 324 pessoas. Destas, ocorreram 4,6 % de perdas na seleção inicial devido à escolha externa e acompanhamento das detentas aos serviços de saúde. Ao final, foram abordadas 371 ASP, tendo ocorrido 20,5% de desistência e/ou recusa, perfazendo uma amostra final de 295 participantes. Foram incluídas ASP de todos os turnos e equipes de trabalho. A média de idade das ASP foi de 38,14 anos e 73,4% encontram-se na faixa etária de 31 a 50 anos. Aproximadamente 44% se auto declararam como negras e 37,7% como brancas. Quanto ao nível de escolaridade, 64,3% frequentam a universidade, já completaram o ensino superior ou pós-graduação. Cerca de 2/3 são casadas ou vivem em união estável. Metade das ASP moram com mais 2 ou 3 pessoas, 81,6% possuem renda mensal variando de 3 a mais de 5 salários mínimos e 44,9% são a principal fonte de renda da família (TABELA 2).

Sobre ocupações pregressas, a maioria nunca desempenhou funções relacionadas à atividade de segurança nacional/particular. No que diz respeito a ocupação como ASP, 73% já trabalhou em mais de um estabelecimento prisional. A média de idade para o ingresso das ASP no sistema prisional foi de 29,9 anos, sendo a maior frequência distribuída na faixa etária entre 25 a 35 anos. O tempo médio de trabalho como agente foi de 8,11 anos, sendo que 22,6% trabalhavam há mais de 10 anos (TABELA 2).

Aproximadamente 60% das ASP relataram ter sofrido episódios de violência ou agressão antes do ingresso no sistema penitenciário. Dessas, pouco mais de 1/3 afirmaram ter sido vítima de pelo menos dois ou mais atos violentos. Dentre as formas, as mais frequentes foram roubo (31,4%), violência física leve (25,8%) e violência psicológica (21,9%), respectivamente (TABELA 1).

Chama a atenção o alto percentual de membros da própria família apontados como principais perpetradores de violências e agressões contra as ASP. Cerca de 84% foram indicados como responsáveis por praticarem agressões físicas graves, 81,1% para agressões físicas leves e 67,2% para abusos ou violência sexual.

Estudos demonstraram que filhos que sofreram violências ou agressões na infância ou adolescência, tendem a repetir esse padrão de comportamento violento na vida adulta (RODRIGUES, 2014). Outras pesquisas sugerem que, cerca de 70% dos autores de agressões, sofreram ou presenciaram situações de violência na infância. Isso demonstra

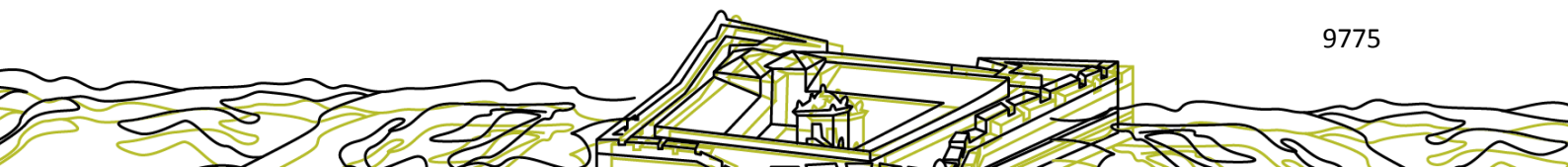
que a exposição a essas vivências no passado pode influenciar o comportamento de adultos, sobretudo na forma violenta de resolverem conflitos (MARTINS, 2005; BYRD, 2008).

Tabela 1 - Perfil socioeconômico, laboral e de violência sofrida antes do ingresso no sistema prisional das Agentes de Segurança Penitenciária no Brasil, 2016.

	n1	%2
Idade (anos)		
		38,14
Média (±dp)	295	
≤ 30	51/295	15,3%
31 -- 35	87/295	30,0%
36 -- 40	72/295	25,6%
41 -- 45	25/295	8,5%
46 -- 49	25/295	9,2%
50 ou mais	35/295	11,3%
Raça		
Negra	41/293	14,8
Parda	130/293	44,1
Branca	111/293	37,7
Amarela	11/293	3,4
Estuda atualmente		
Não	226/292	76,6
Sim	66/292	23,4
Grau de instrução		
Ensino Fundamental ou Médio	109/295	35,7
Ensino Superior incompleto/ completo ou Pósgraduação	186/295	64,3
Religião		
Não tenho religião ou crença	18/292	5,9
Católica	160/292	54,8
Evangélica	93/292	32,2
Espírita	13/292	4,3
Outro(a)	8/292	2,9
Situação conjugal		
Solteira ou sem parceiro estável	96/294	32,7

Casada/União estável	198/294	67,3
Filhos		
Não	116/289	39,9
Sim	173/289	60,1
Nº de filhos		
73/172 1		44,5%
65/172 2		36,6%
34/172 ≥3		18,9%
Nº de pessoas que residem na casa além da ASP		
1	86/294	28,9
2 a 3	142/294	50,5
4 ou mais	66/294	20,6
É principal fonte de renda da família		
Não	165/294	55,1
Sim	129/294	44,9
Renda mensal da ASP		
Mais de 1 a 3 salários mínimos	62/294	18,4
Mais de 3 a 5 salários mínimos	132/294	47,1
Mais de 5 salários mínimos	100/294	34,5
Renda mensal da família		
Mais de 1 a 3 salários mínimos	35/286	10,3
Mais de 3 a 5 salários mínimos	70/286	24,0
Mais de 5 a 10 salários mínimos	121/286	43,2
Mais de 10 salários mínimos	60/286	22,5
VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA ASP ANTES DE TRABALHAR NO SISTEMA PRISIONAL		
Sofreu violência antes do trabalho no sistema prisional	171/291	59,9%

Nº de violências sofridas antes do trabalho no sistema prisional

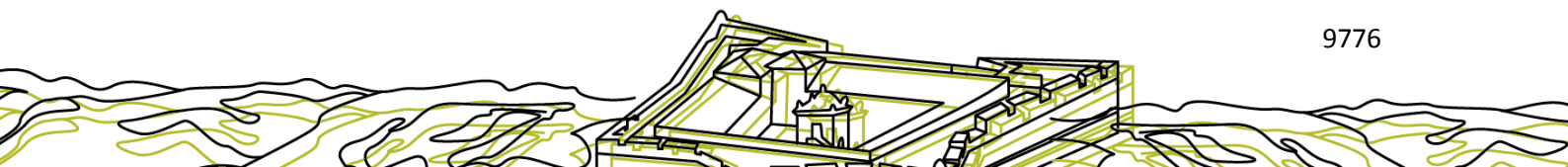


0		
1		
2		
≥ 3	120/291	40,1
80/291		26,9
51/291		18,2
40/291		14,8
Tipos e responsáveis pela prática de violências/agressões sofridas antes de trabalhar no sistema prisional		
Roubo^a	86/291	31,4
Quem roubou fazia parte da família	15/79	17,3
Dano moral^b	48/289	16,9
Quem ofendeu moralmente fazia parte da família	17/44	36,8
Violência psicológica^c	60/290	21,9
Quem ofendeu psicologicamente fazia parte da família	30/54	55,2
<hr/>		
Violência sexual^d	29/288	11,1
Quem violou sexualmente fazia parte da família	18/28	67,2
Violência física leve^e	74/290	25,8
Quem agrediu fazia parte da família	53/68	81,1
Violência física grave^f	21/289	7,9
Quem agrediu fazia parte da família	17/21	84,5
Violência física severa^g	11/294	3,9
Quem agrediu fazia parte da família	7/9	77,3
Considera que ficou com algum comprometimento na saúde física ou mental por conta das violências ou agressões que ocorreram antes de trabalhar no sistema prisional	27/288	9,3
Considera que esses problemas aconteceram por falta de condições para acessar algum tratamento de saúde	23/281	9,0

TABELA 2 – Características laborais e histórico ocupacional das Agentes de segurança penitenciária do estado do Ceará.

CARACTERÍSTICAS LABORAIS

Forma de ingresso no sistema prisional



Concurso público	101/211	51,7
Contrato	111/211	48,3
Idade que ingressou no sistema prisional		
Média (±dp)	294	29,9
≤25 anos	83/294	28,8
26 -- 35 anos	161/294	53,7
> 35 anos	50/294	17,5
Tempo (anos) que trabalha como agente		
Média (±dp)	295	8,11
5 anos ou menos	138/295	45,8
6 a 10 anos	92/295	31,6
Mais de 10 anos	64/295	22,6
Ocupação anterior ao ingresso no sistema prisional		
Não	26/289	8,4
Sim	263/289	91,6
Militar, guarda, segurança, vigilante	17/289	6,0
Não relacionada à atividade de segurança	246/289	85,5
Trabalhou em outro estabelecimento prisional		
Não	79/295	27,0
Sim	216/295	73,0
1 estabelecimento prisional	162/295	53,8
2 ou mais estabelecimentos prisionais	54/295	19,2
Tipos de estabelecimentos prisionais que já trabalhou		
Penitenciária	137/295	47,0
Presídios ou Casas de privação provisória	100/295	35,3
Cadeia pública	14/295	4,8
Casas de albergado ou Albergue	13/295	4,7
Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico	13/295	4,1
Colônia agrícola	10/295	2,7
Outro(a)	7/295	2,5
Considera seu trabalho no sistema prisional		
Apenas de risco	5/291	1,4

Apenas estressante	50/291	17,9
Risco e estressante	236/291	80,9

As ASP que sofreram algum tipo de agressão ou violência antes do ingresso no sistema prisional obtiveram maiores chances (OR = 4,1; 95%IC: 2,3 - 7,5) de serem vítimas de violência no ambiente de trabalho. Dentre os tipos que obtiveram associações estatisticamente significativas encontram-se o roubo (OR = 2,4; 95%IC: 1,4 - 4,4), a agressão psicológica (OR = 3 ;95%IC: 1,6 - 5,7) e agressão física leve (OR = 2,6; 95%IC: 1,4 - 4,4). As demais formas de violência como assédio moral, assédio sexual e agressões físicas graves não obtiveram associações significativas. Os suspeitos de praticarem os atos violentos ou de agressões também não obtiveram associação com o desfecho de interesse.

CONCLUSÃO

Nosso estudo aponta para um dado importante. As ASP que sofreram algum tipo de violência ou agressão antes do ingresso no sistema prisional obtiveram maiores chances de serem vítimas de violência no trabalho. Sabe-se que o fenômeno da violência é complexo e multifatorial. Nesse sentido, outros estudos precisam ser realizados no sentido de reforçar ou desconsiderar essa hipótese.

Por outro lado, ações devem ser levadas a cabo prontamente. As políticas públicas voltadas para a Saúde do Trabalhador precisam estar atentas às complexidades e vulnerabilidades inerentes a categoria profissional dos ASP. O desenvolvimento de ações intersetoriais envolvendo Ministério da Saúde, da Justiça e entidades representativas de classe tornam-se fundamentais para a qualificação das intervenções junto a essas profissionais, atuando de forma resolutiva e sistemática.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. **Condições de trabalho de funcionários penitenciários de Avaré-SP e ocorrência de transtornos mentais comuns.** [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2009.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias.** Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2014.

BRASIL. Lei Nº 7.210, de 11 de Julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal.** *Casa Civil.* Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1984; 11 Jul.

BRASIL. Lei 11.340, de 7 de Agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.** *Presidência da República.* Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm >. Acesso em: 19 Jul. 2016.

BYRD PM, Davis JL. **Violent behavior in female inmates:** possible predictors. *Journal of Interpersonal Violence.* 2008; 24(1):379-92.

CAMPBELL SB. **Behavior problems in preschool children: a review of recent research.** *J. Child Psychol Psychiatry.* 1995; 36:113-149.

CASHMORE A, Indig D, Hampton S, Hegney D, Jalaludin B. **Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales,** Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC health services research.* 2012; 12(1):1-10.

COELHO FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. **Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study.** *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(1):59-67.

GADEGAARD C, Andersen L, Høgh A. **Effects of Violence Prevention Behavior on Exposure to Workplace Violence and Threats A Follow-Up Study.** *Journal of Interpersonal Violence.* 2015; 1(22):1-22.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CENSO demográfico 2014.** Rio de Janeiro: Estudos & Pesquisas; 2015.

MARTINS MAF, Bucher-Maluschke JSNF. **Bater para educar ou maltratar? Contribuições ao estudo da violência intrafamiliar.** In: Costa LF & Almeida TMC. *Violência no cotidiano: do risco a proteção.* Brasília: Universa, 2005; 59-73.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Estabelecimentos Prisionais.** Portal do Ministério da Justiça do Brasil; 2015. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE->

3C7D-437A-A5B6- 22166AD2E896%7D&BrowserType=NN&LangID=ptbr¶ms=itemID%3D%7BAB2EF2D9-2895-476E-8516-E63C78FC7C4C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>. Acesso em: 09 Jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde: saúde mental, novas concepções, nova esperança.** Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência.** 1a Edição. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; 2014.

RODRIGUES L, Chalhub A. **Contextos familiares violentos: da violência de filho à experiência de pai.** *Pensamento Famílias.* 2014; 18(2):77-92.

SANTOS KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. **Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20).** *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2011; 34(3):544-60.

SIMÕES AM, Bastos FI. **Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas.** *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1169-81.

TAVARES JP. **Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes.** [Tese]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Directrices macro para afrontar la violencia laboral em el setor de la salud.** Genevre: World Health Organization; 2002.

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES, EM ESPECIAL IDOSOS, COM PRESCRIÇÃO OU JÁ EM USO DE VARFARINA COM ORIENTAÇÕES SOBRE MELHOR HORÁRIO DE USO DO MEDICAMENTO E AVALIAÇÃO DE INTERAÇÕES ALIMENTARES E MEDICAMENTOSAS PARA REDUÇÃO DE RISCOS DE EVENTOS ADVERSOS - HEMORRAGIAS OU NOVAS TROMBOSES.

Área Temática: Saúde

Ivanise Marina Moretti Rebecchi¹; Maria Juliana Sousa Silva²; Viviane Coriolano de Freitas²; Icaro Soares Cavalcante Costa²; Maria Fernanda da Silva Souza²; Jucivan da Silva Rodrigues²; Katiene Macêdo de Oliveira²; Jessica Roberts Fonseca²; Erivanessa Nara dos Santos²; Christiane Carlos Araújo de Negreiros²; Deyvisson Marques Sales²; Ana Beatriz Dantas Gomes²; Marcelo Araujo do Nascimento²; Solange Maria Franca da Cruz²; Zélia Maria Barbosa de Oliviera³; Rodolfo Daniel de Almeida Soares⁴; Tereza Maria Dantas de Medeiros¹.

(¹) Docente do Curso de Farmácia - DACT - CCS - UFRN

(²) Discente do Curso de Farmácia UFRN

(³) Funcionária técnica DACT - CCS - UFRN

(⁴) Docente do Curso de Medicina - DMI - CCS - UFRN

Resumo

O Tromboembolismo venoso (TEV) resulta da presença de um dos três fatores desencadeantes da tríade proposta por Virchow. Dentre estes fatores, podem ser elencados a estase venosa ou anormalidades no fluxo sanguíneo, estados de hipercoagulabilidade por alterações nos componentes do sangue e lesão vascular ocasionada por alterações nas células endoteliais associadas ao processo de envelhecimento. Para o tratamento do TEV, os anticoagulantes orais são muito utilizados, podendo ser mantidos por um período de três meses ou por tempo indefinido. Dentre os anticoagulantes orais, os antagonistas da vitamina K, como a varfarina, têm sido amplamente utilizados. O baixo custo da varfarina facilita o acesso dos pacientes. O controle da anticoagulação ocasionada pela varfarina ocorre através de exame laboratorial denominado INR e é de extrema importância para a decisão clínica e ajuste de dose. Associada à monitorização laboratorial, orientações com relação ao uso correto do medicamento, interações com outros medicamentos e alimentos foram os alvos deste projeto com intuito de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir os efeitos indesejados, em especial hemorragias, provocados pelo uso constante da varfarina. Para esse acompanhamento, foi utilizado o método Dáder. Foram acompanhados 79 pacientes ao longo do projeto e gerou como produto a elaboração de um manual de orientações ao usuário e a confecção da carteirinha do usuário de varfarina. Esses dois instrumentos foram elaborados para facilitar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento com a varfarina e sobre as doses e posologias definidas pelo clínico, que reforçadas pelos estudantes de Farmácia, contribuíram para melhor adesão e efetividade do tratamento. A carteirinha também contribuiu para a regularidade do



acompanhamento dos pacientes, pois nela eram descritos os resultados do INR, a dose e a posologia nas diferentes datas de visita ao ambulatório servindo de referência ao clínico e ao paciente.

Palavras-chave: varfarina; INR; adesão; Dáder; interações medicamentosas; interações alimentares.

Introdução

A terapia medicamentosa com varfarina é muito aplicada decorrente do seu baixo custo. A monitorização da terapia anticoagulante oral é realizada através da Relação Internacional Normalizada (INR). A intensidade do efeito terapêutico da varfarina é avaliada segundo limites superior e inferior do INR e que têm sido determinados como consenso em estudos clínicos (Gage, 2006; Poller, 1992; Guyate e cols, 2012). Esses limites para o alvo do INR refletem diferenças no potencial trombogênico das diferentes doenças e variam conforme a indicação (Hirsch, 2001). Embora não tenham sido relatadas diferenças farmacodinâmicas na resposta da varfarina associadas com a idade, em idosos, a resposta terapêutica parece estar aumentada, com aumento do TP e do INR, nas mesmas doses utilizadas em pacientes mais jovens (Jacobs, 2008). Esse efeito parece associado às alterações farmacocinéticas decorrentes do processo de envelhecimento. Em estudos prévios observamos que entre os pacientes idosos a dose efetiva da varfarina era mais baixa do que em pacientes mais jovens. Entretanto, o ajuste de dose da varfarina com base nos resultados do INR não apresentou a efetividade esperada, uma vez que foram observados pacientes que experimentaram eventos hemorrágicos ou reincidência de eventos trombóticos, independentemente da faixa etária. Como a varfarina apresenta estreita janela terapêutica, interações com outros medicamentos ou com alimentos, assim como a posologia e a dose, podem interferir na resposta terapêutica (Campanili, 2008). Com a finalidade de se conseguir um melhor acompanhamento farmacoterapêutico, a aplicação do método Dáder de Atenção Farmacêutica pareceu bastante promissor, favorecendo uma maior aproximação com o paciente com avaliação dos possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs) com sugestões de intervenção e avaliação dos resultados após intervenção (Fernandez e Fauss, 2003). Assim, o objetivo desse projeto foi a busca pela melhor adesão ao tratamento com consequente redução dos efeitos indesejados, em especial hemorragias, provocados pelo uso constante da varfarina. O controle da anticoagulação oral através do INR foi o parâmetro de efetividade adotado para a avaliação das orientações do uso correto do medicamento, das interações com outros medicamentos e alimentos e para avaliar a sensibilização dos

pacientes. A regularidade do acompanhamento dos usuários de varfarina trouxe benefícios aos pacientes, que melhor orientados aderiram ao tratamento resultando em redução de eventos hemorrágicos ou novos eventos trombóticos. Aos alunos participantes do projeto, além da inserção e articulação na atenção farmacêutica, tiveram acesso à transdisciplinaridade com atuação na tomada de decisões clínicas em que todos os atores (médicos, farmacêuticos clínicos, farmacêutico laboratorial, pacientes e alunos) foram ouvidos e que, certamente, culminou com a melhoria da terapêutica.

Métodos:

Para este projeto foram incluídos 79 pacientes que foram atendidos no ambulatório de Hematologia do Núcleo de Hematologia e Hemoterapia da UFRN. Os pacientes eram usuários de varfarina e foram convidados a participar, especialmente aqueles que acreditavam estar tendo problemas relacionados à varfarina. Após a ciência do paciente, foi agendada uma data para obtenção de dados antropométricos, hábitos alimentares, horário de uso da varfarina e uso concomitante de outros medicamentos, entre outras informações. Para obtenção desses dados, foi utilizado um questionário baseado no método Dáder para levantamento dos possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRMs). Para o dia da entrevista, o paciente foi orientado a trazer de casa os medicamentos que estava em uso ou que usou recentemente. Ainda no dia da primeira entrevista, foi feita uma revisão de todas as informações fornecidas pelo paciente conhecida no método Dáder como revisão da cabeça aos pés. A finalidade dessa revisão era a aproximação do entrevistador com o paciente para o aprofundamento das informações obtidas no início da entrevista. Por exemplo, o uso de chás em momentos específicos do dia-a-dia do paciente, e que o mesmo não julgava importante ou que não pudesse interferir em seu tratamento. Posteriormente à entrevista, foi feito o acompanhamento da evolução clínico-laboratorial do uso de varfarina em visitas subseqüentes dos pacientes ao ambulatório e levantamento retrospectivo nos prontuários (eventos trombóticos ou hemorrágicos anteriores e resultados do INR prévios associados às doses de varfarina), assim como a busca de informações junto aos prescritores. Esta fase caracterizada como a avaliação do estado da terapia ocorreu simultaneamente com a fase de estudo. Na fase de estudo, foram avaliados os possíveis problemas relacionados à varfarina. Durante a fase de estudo, foram feitas propostas de intervenção apresentadas aos pacientes. Em visitas posteriores, foram avaliados os possíveis resultados das intervenções, utilizando como parâmetro os resultados de INR. Os relatos dos pacientes com relação a mudanças de

hábitos alimentares ou de vida e a introdução de algum medicamento que poderia ter ocorrido durante a fase de intervenção também foram registrados.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva, comparando os resultados de INR prévios aos resultados obtidos após a intervenção farmacoterapêutica.

Resultados

Foram incluídos no estudo 79 pacientes, sendo 54 mulheres com idades variando entre 28 a 77 anos ($46,5 \pm 12$ anos) e 25 homens com idades entre 8 e 77 anos ($52,3 \pm 17,7$ anos). As indicações para o uso da varfarina foram variadas, entre as mulheres 26 tiveram indicação por problemas cardíacos, sendo 24 (41%) pacientes decorrentes do uso de válvulas protéticas cardíacas após febre reumática. Entre as pacientes do sexo feminino incluídas, 6 (11,1%) apresentaram complicações tromboembólicas decorrentes do Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), 2 (3,7%) complicações gestacionais, 3 (5,5%) decorrentes de acidente vascular cerebral (AVC), 2 (3,7%) pacientes por complicações do câncer, 5 (8,4%) pacientes apresentaram TEP (trombo embolia pulmonar), sendo uma após transplante renal e uma associada ao LES, e 14 pacientes (25,9%) com TVP (trombose venosa profunda) em membros inferiores sem causa associada, sendo que 3 pacientes tiveram TEP associada. Pudemos observar elevada frequência de tromboembolismo associado a doenças que afetam mulheres mais jovens, como doença reumática, gestação e LES, justificando a idade média entre as mulheres ser de 46 anos.

Entre os homens, 11 pacientes tiveram tromboembolismo decorrente de complicações cardíacas (45%), sendo 3 pacientes com prótese valvares. Ainda entre os pacientes do sexo masculino, 6 (24%) sofreram AVC, 4 pacientes (16%) sofreram TVP em membros inferiores, 2 pacientes (8%) por tromboembolismo por hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) e 2 pacientes (8%) por problemas hepáticos.

A média do IMC (índice de massa corpórea) entre os pacientes incluídos no estudo foi de 26,9. Sendo que entre as pacientes do sexo feminino, 27 pacientes (50%) apresentaram obesidade ou sobrepeso e entre os pacientes do sexo masculino, 15 pacientes (60%) apresentaram essa mesma condição.

Com relação à escolaridade, 18 homens (72%) e 24 mulheres (43,6%) completaram o ensino fundamental, 4 homens (16%) e 23 mulheres (42%) completaram o ensino médio e 2 homens (8%) e 6 mulheres (11%) estavam no ensino superior ou já o haviam completado. Apenas um homem não foi alfabetizado.

Pudemos observar que, inicialmente, dos 79 pacientes incluídos no estudo, apenas 43 (57%) estavam dentro do alvo terapêutico do INR (Tabela 1), sendo que 31%

estavam em risco de trombose (23 pacientes com INR abaixo de 2,0) e 13 pacientes (17%) em risco de hemorragias, pois apresentavam o INR acima de 4,0

Tabela 1: Resultados de INR dos 79 pacientes incluídos no estudo em uso de dose média de 5,9 mg por dia de varfarina

Valores de INR	Pacientes N (%)
INR < 2,0	23 (31%)
2,0 ≤ INR < 4,0	43 (57%)
INR ≥ 4,0	13 (17%)

O seguimento terapêutico foi realizado em 50 pacientes, com pelo menos uma entrevista de acompanhamento, ou levantamento de informações em prontuários. Em 29 pacientes não foram obtidas entrevistas posteriores, além da primeira entrevista.

Dos 50 pacientes acompanhados, 31 pacientes tiveram pelo menos 5 acompanhamentos (Tabela 2). Esses acompanhamentos geraram 291 questionários de acompanhamento terapêutico.

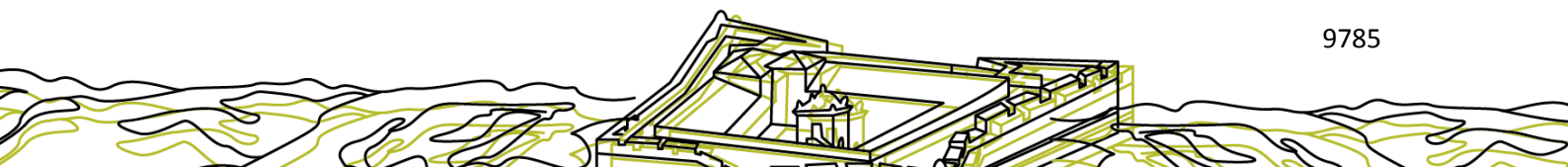
A partir dos dados obtidos, foram observados um total de 413 medicamentos concomitantemente utilizados pelos pacientes associados à varfarina, com uma média de 5,2 medicamentos prescritos por paciente, caracterizando a polifarmácia. Em apenas 4 pacientes (5,1%) houve utilização isolada da varfarina. Foram observados em 49 pacientes (62%) a utilização entre 5 a 10 medicamentos associados à varfarina, e em 23 pacientes (29%) até 4 medicamentos associados.

Com relação à dieta, muitos pacientes eram informados pelo clínico sobre as possibilidades de interação entre a varfarina e os alimentos, sendo que a maioria alegou evitar folhas verdes, mas não sabiam exatamente o motivo dessa restrição.

Os valores de INR, assim como as doses de varfarina, foram anotados nos acompanhamentos subsequentes à inclusão dos pacientes no estudo. Foram analisados os pacientes com avaliações de INR e dose de varfarina com intervalo mínimo de 15 dias.

Tabela 2: Resposta terapêutica à varfarina avaliada nos pacientes segundo resultados de INR, em 50 pacientes seguidos regularmente (com intervalo de no mínimo 15 dias).

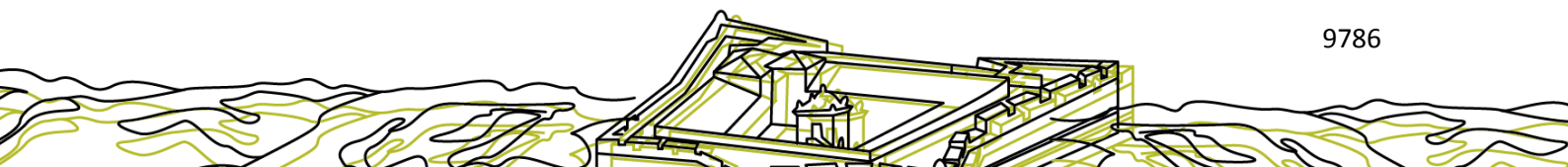
INR1 (n=50)



		INR<2,0	2 ≤ INR<4,0	INR ≥ 4,0
		14 (27%)	28 (55%)	8 (18%)
INR2 (n=50)	INR<2,0	6 (12%)	4 (8%)	2 (4%)
	2 ≤ INR<4,0	8 (16%)	18 (35%)	6 (12%)
	INR ≥ 4,0	0 (0%)	6 (12%)	0 (0%)
INR3 (n=50)	INR<2,0	3 (6%)	5 (10%)	2 (4%)
	2 ≤ INR<4,0	7 (14%)	17 (34%)	5 (10%)
	INR ≥ 4,0	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)
	Perda seguimento	0	4 (8%)	0
INR4 (n=46)	INR<2,0	4 (9%)	3 (6%)	1 (2%)
	2 ≤ INR<4,0	4 (9%)	11 (20%)	4 (9%)
	INR ≥ 4,0	3 (6%)	1 (2%)	0
	Perda seguimento	3 (6%)	9 (18%)	3 (6%)
INR5 (n=31)	INR<2,0	2 (6%)	2 (6%)	0
	2 ≤ INR<4,0	8 (26%)	12 (39%)	3 (10%)
	INR ≥ 4,0	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)
	Perda seguimento	0	0	

Dos pacientes efetivamente acompanhados, 50 pacientes, 41 pacientes tiveram estudos de interações medicamentosas e alimentares desenvolvidas, gerando propostas aos pacientes que chamamos de intervenção. Nas intervenções, orientações sobre alimentos e posologia foram elaboradas, sendo que o controle da entrega das intervenções aos pacientes foi perdido. Aparentemente, cerca de 20% das propostas de intervenção foram entregues. Apesar do estudo específico das interações medicamentosas e alimentares não ter sido realizado para os 79 pacientes incluídos, a atuação dos alunos levando informações sobre o mecanismo de ação da varfarina, interações alimentares, orientações sobre como melhorar a adesão foram rotineiramente transmitidas aos pacientes. Essas orientações foram especialmente transmitidas às quartas-feiras, pois era o dia da semana reservado ao ambulatório da varfarina no espaço do HUOL, com acompanhamento pelo hematologista. Entretanto, nem todos os 79 pacientes faziam parte desse ambulatório, o que dificultou o seguimento terapêutico, e como consequência conseguimos acompanhar 50 pacientes.

Analisando os resultados de INR dos 50 pacientes que tiveram o acompanhamento efetivo, a porcentagem de pacientes que se mantiveram dentro do alvo terapêutico do INR foi semelhante à porcentagem inicial de 57%. Nos INRs subsequentes, a porcentagem de pacientes dentro do alvo manteve-se ao redor de 55%.



Com relação à dose média de varfarina, na entrevista inicial, a dose média diária entre os 79 pacientes foi de 5,19mg. Os 50 pacientes acompanhados apresentaram dose média nas visitas subsequentes ao redor de 5mg. Observamos muitas variações de dose individuais, pois o clínico, baseado no INR, fazia os ajustes necessários com intuito de manter a dose efetiva para cada paciente. No anexo 1 a representação da carteirinha do usuário de varfarina e no anexo 2 parte do manual do usuário de varfarina.

Discussão

Um dos objetivos deste projeto era a melhoria da efetividade da varfarina entre os pacientes em uso desse medicamento de difícil controle e de alta vigilância. Observamos que muitos pacientes não aderiam adequadamente ao tratamento por falta de conhecimento dos riscos associados a uma dose inferior à necessária, por outro lado, a maioria dos pacientes sabia do risco de hemorragia. Muitos sabiam que era necessária uma restrição no consumo de folhas verdes, sendo que muitos pacientes relataram que não mais consumiam esses alimentos. Entretanto, a maioria dos pacientes não sabia exatamente o motivo dessa restrição. A atuação dos alunos junto aos pacientes foi muito importante, pois várias informações sobre alimentos, mecanismo de ação da varfarina, sensibilização dos pacientes com relação a sua condição clínica foram rotineiramente passadas. Embora a atuação dos alunos tenha sido marcante, não observamos uma melhoria na efetividade avaliada pela melhora da porcentagem de pacientes que atingiram o alvo terapêutico monitorado pelo INR. Mas não podemos esquecer das prováveis interações medicamentosas que poderiam ocorrer, decorrente da frequente condição de polifarmácia entre os pacientes (91% dos pacientes incluídos utilizavam pelo menos 4 medicamentos associados à varfarina) e, que por vezes, nos acompanhamentos observávamos a inclusão de um anti-inflamatório, ou antipirético ou antibiótico, ou de contraste radiológico em condições isoladas e que invariavelmente levavam a alterações nos resultados de INR. A sazonalidade dos alimentos de origem vegetal, ricos em vitamina K, podem também ter influenciado nas alterações de INR, apesar da forte atuação dos alunos nesse contexto. Assim, acreditamos que a baixa efetividade do tratamento com varfarina, de em média 55%, tenha sido observada pela interação dos fatores dietéticos e medicamentosos, comorbidades associadas, e fatores genéticos específicos em genes de enzimas metabolizadoras e genes envolvidos com a farmacodinâmica da varfarina, variações genéticas essas já extensivamente estudadas na literatura.

Conclusão

O acompanhamento dos pacientes, a inclusão da carteirinha de acompanhamento da varfarina, a elaboração de orientações dietéticas para pacientes

em uso de varfarina, foram os pontos fortes no projeto. E nosso único indicador era aumento na porcentagem de pacientes com resultados de INR dentro do alvo terapêutico. Mas percebemos que muitos outros fatores associados à realidade dos pacientes também são muito importantes e assim, o INR acabou não se constituindo em um importante indicador de adesão.

Apesar de não termos encontrado o resultado esperado, acreditamos que a aproximação do paciente com o profissional de saúde, tornou o usuário de varfarina mais consciente de sua condição e mais responsável pelo seu tratamento. Outra conquista do projeto foi a aproximação dos estudantes de Farmácia, curso considerado técnico, à realidade de pacientes atendidos no SUS, com diferenças sociais, culturais entre outras, trazendo humanização na formação dos graduandos, tornando-os mais preparados para atuarem como profissionais da saúde. É importante também relatar que os estudantes tiveram a oportunidade de atuar e vivenciar as atividades de outros profissionais da saúde, experimentando assim a multidisciplinaridade.

Referências Bibliográficas

- CAMPANILI, T.C.G.F.; AYOUB, A.C. Warfarina: fatores que influenciam no índice de normatização internacional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, São Paulo, p. 1066-1071, 2008.
- FERNÁNDEZ MM., FAUS LL. Método Dáder: Guia de Seguimento. Farmacoterapêutico. Espanha: Universidad de Granada, 2003
- GAGE BF. Pharmacogenetics-Based Coumarin Therapy. *Hematology American Society of Education Program*, p. 467-473, 2006.
- GUYATT, GH; AKL, EA; CROWTHER, M; GUTTERMAN, DD; SCHÜNEMANN, HJ. Executive Summary Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for the American College of Chest Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel. *CHEST*, v.141, n.2, Suppl. p. 7S–47S, 2012.
- JACOBS, L G. Warfarin Pharmacology, Clinical Management and Evaluation of Hemorrhagic Risk for the Elderly. *Cardiol Clin*, v. 26, p. 157–167, 2008.
- POLLER L, TABERNER D A. Dosage and control of oral anticoagulants: an international collaborative survey. *Br J Haematol*, v. 51, n. 3, p. 479-85, 1992.
- HIRSH J, DALEN J E, POLLER L; BUSSEY H, ANSELL J, DEYKIN D. Oral anticoagulants: mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. *Chest.*, v. 119, suppl 1, p. S8-S21, 2001.

Anexos

ANEXO 1: CARTERINHA DO USUÁRIO DE VARFARINA

ALIMENTOS QUE DEVEM SER CONSUMIDOS COM CAUTELA:

- **FOLHAS VERDES ESCURAS:** Hortaliças: Aspargos; Alface; Hortelã; Brócolis; Mostarda; Couve; Espinafre; Repolho; Cebolinha; Salsinha; Folhas e Talos de Couve Flor; Folha de nabo; Almeirão; Agrião; Rúcula;
- **LEGUMES:** Pepino com casca;
- Gema de ovo;
- **FOLHAS DE CHÁ** in natura e industrializadas (cidreira, erva doce, mate, hortelã, boldo, chá verde, puejo, alecrim, arruda e outros chás a base de folhas verdes);
- **GRÃOS:** de bico, de lentilha, soja e ervilha verde;
- Algas marinhas;
- **ÓLEO** de soja, de semente algodão, de canola, de oliva. Poderá ser consumido quando o mesmo for exposto à luz do dia ou luz fluorescente por 2 dias, dar preferências para embalagens plásticas. **Podem ser substituídos por óleo de milho.**
- **FRUTAS:** Kiwi, abacate e uva (ricas em vitamina K devem ser evitadas)
Dê preferência às frutas sem casca (pois na casca tem maior teor de vitamina K)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS E TOXICOLÓGICAS

CONTROLE DO INR

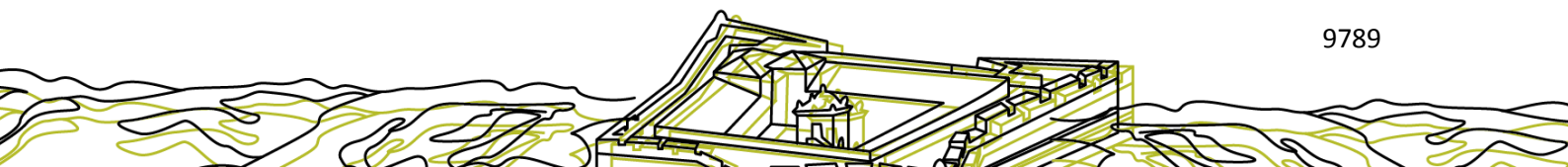
Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

DATA	MAREVAN								
	INR	DOSE	segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado	domingo

Indicação: _____

USO MAREVAN





E na parte interna da carteirinha os resultados laboratoriais de INR com sua respectiva data e definição da dose diária da varfarina pelo médico hematologista eram escritas na carteirinha

ANEXO 2 MANUAL DO USUÁRIO DA VARFARINA



2018

Prezado paciente usuário do Marevan

Se você está em tratamento com esse anticoagulante oral, saiba que a substância responsável pela ação é a varfarina e ela é muito eficaz para prevenir a ocorrência de trombozes e embolias, que são complicações sérias resultantes da formação anormal de massas de sangue coagulado dentro de vasos ou cavidades do coração.

Os pacientes que utilizam anticoagulante oral podem ter sofrido um acidente trombótico ou embólico ou apresentam um risco excessivo de desenvolver uma dessas complicações, como no caso das trombofilias.

Entretanto, o uso de anticoagulante oral requer do paciente disciplina e controle nas tomadas, ou seja o paciente precisa ter consciência do seu tratamento e aderir as orientações do médico e da equipe que o acompanha .

Para auxiliar seu tratamento, elaboramos este manual, com informações importantes sobre seu tratamento. Conheça esse manual e o consulte-nos em caso de dúvida sobre seu tratamento.

O QUE É ANTICOAGULANTE ORAL?

ANTI significa contra, e COAGULANTE refere-se a coagulação do sangue. Um anticoagulante auxilia a reduzir a formação de coágulos no sangue. E oral pois o medicamento deve ser tomado via oral pois são comprimidos.

PORQUE PRECISO DE ANTICOAGULANTE ORAL

Você está tomando ANTICOAGULANTE ORAL por que seu corpo pode fazer coágulos ou por que você já sofreu as consequências da formação desses coágulos. Estes coágulos podem causar problemas sérios, pois eles podem se mover para outras partes do seu corpo. Por exemplo, se um coágulo se deslocar para seu cérebro, pode causar um acidente vascular cerebral (derrame).

O ANTICOAGULANTE ORAL é utilizado para evitar a formação de coágulos em diferentes condições:

- nas pernas onde causam inchaço e vermelhidão e dor, chamado trombose venosa profunda ou TVP
- nos pulmões podem causar insuficiência respiratória, também chamado tromboembolismo pulmonar ou TEP
- associada com um batimento cardíaco rápido irregular, chamado fibrilação atrial ou FA
- associada com a substituição de válvula cardíaca por válvula metálica, esporadicamente em pacientes com válvula biológica. Normalmente esses pacientes já tiveram febre reumática que foi responsável pelas complicações cardíacas que culminaram com a substituição da válvula
- associada aos diferentes tipos de câncer e também associado a alguns medicamentos usados na quimioterapia
- associada ao risco de formação de coágulos após ataque cardíaco

Se você se enquadra em um desses exemplos, o ANTICOAGULANTE ORAL é usado para:

- diminuir o risco de morte
- diminuir o risco de formação de novos trombos
- diminuir o risco de ataques cardíaco ou enfarte, pela primeira ou segunda vez
- diminuir o risco de coágulos se deslocarem para outras partes do corpo

Se você ainda tiver qualquer outra dúvida sobre ANTICOAGULANTE ORAL o motivo pelo qual você usa o anticoagulante, ou se você não entender algo em seu manual de orientação ao paciente, nos contate e peça maiores orientações e leve suas dúvidas ao seu médico.

COMO O ANTICOAGULANTE ORAL FUNCIONA?

O marevan também conhecido pelo nome genérico de varfarina atua impedindo a formação completa dos fatores da coagulação produzidos no seu fígado. E durante essa produção é necessária a presença de vitamina K. Assim, esse medicamento é conhecido como um antivitamina K.

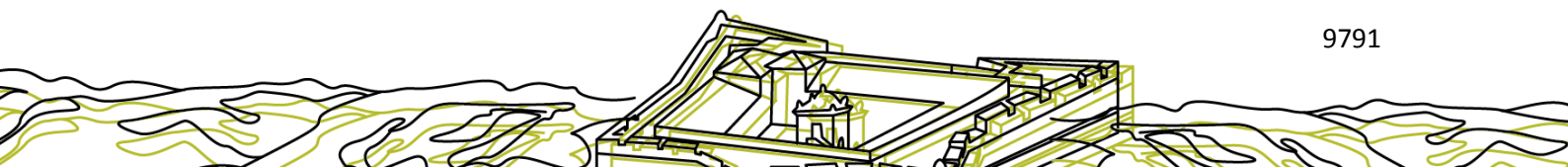
Podemos concluir que a vitamina K é importante para produzir os fatores da coagulação que ajudam o sangue coagular e prevenir hemorragias. A vitamina K está presente em alimentos como folhas, vegetais verdes e óleos vegetais.

O ANTICOAGULANTE ORAL reduz a habilidade do corpo de formar coágulos sanguíneos e impede que os coágulos se tornem maiores. O ANTICOAGULANTE ORAL não destrói nem dissolve os coágulos sanguíneos existentes.

O ANTICOAGULANTE ORAL geralmente começa a reduzir a coagulação do sangue dentro de 24 horas após sua ingestão ou início do tratamento. O efeito máximo pode levar de 3 a 4 dias para ocorrer.

Em uma única dose de ANTICOAGULANTE ORAL o efeito anticoagulante pode persistir por aproximadamente 2 a 5 dias.

É muito importante que você tome sua dose como prescrito pelo seu médico



QUANTO EU TOMO?

Durante a consulta seu médico vai te dizer o quanto (dosagem) e como você vai tomar do seu ANTICOAGULANTE ORAL. Ele decide isso a partir do resultado do exame de sangue do INR/TP que você faz regularmente. Este exame de sangue é chamado de tempo protrombina (TP) e é a partir dele que sai o resultado relatado como relação normalizada internacional (INR).

Dependendo dos resultados obtidos, sua dosagem pode mudar, então certifique-se de tomar a dose certa de ANTICOAGULANTE ORAL diariamente e para te ajudar a não se esquecer das alterações de dose a ser tomada o seu médico vai anotar na sua carteirinha essa mudanças. Na sua carteirinha vai ter anotado o dia de sua visita ao médico, o resultado do TP/INR e a dose do ANTICOAGULANTE ORAL em cada dia da semana.

QUANDO EU TOMO?

Tente tomar seu ANTICOAGULANTE ORAL na mesma hora todos os dias. Tome-o exatamente da maneira que seu médico escrever na sua carteirinha.

Se você esquecer de tomar um comprimido, tome a dose esquecida tão logo seja possível no mesmo dia. NÃO tome uma dose dupla de ANTICOAGULANTE ORAL no dia seguinte para compensar a dose perdida. E se você tiver tomado a dose esquecida em um horário diferente dentro do mesmo dia, no dia seguinte volte a tomar no horário de sempre. É importante você estabelecer uma rotina, assim fica mais difícil esquecer de tomar seu medicamento de uso diário.

EU PRECISO FAZER EXAMES DE SANGUE SEMPRE?

SIM, O TP/INR É MUITO IMPORTANTE pois eles ajudam seu médico a saber com que rapidez seu sangue está coagulando e se sua dosagem de ANTICOAGULANTE ORAL está certa ou se deve mudar.

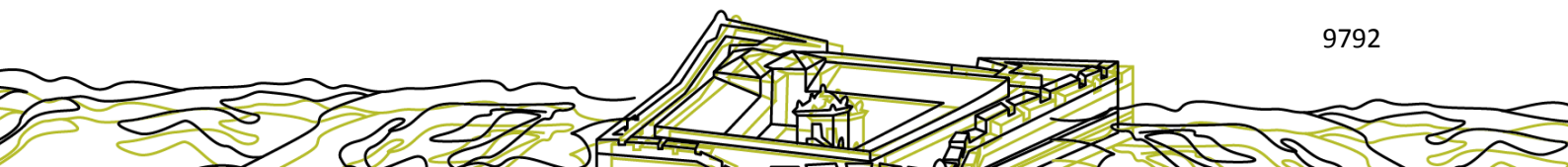
É importante você saber que no início da anticoagulação oral os exames serão feitos em intervalos curtos. Assim que se conseguir o controle da dose, os intervalos entre os exames serão maiores. Os Testes PT/INR serão necessários em intervalos periódicos do começo ao fim de sua terapia para ajudar a manter seu TP/INR no melhor limite para garantia de seu tratamento.

O QUE PODE FAZER MUDAR OS MEUS RESULTADOS DE TP/INR?

Muitas situações podem alterar seu TP/INR. Dentre elas doenças novas ou que já existiam, por exemplo, gripe, dor de garanta, vômitos ou diarreias e doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

Outra condição que pode alterar seus resultados é a dieta, alterações nos hábitos alimentares incluindo vegetais verdes, que antes não eram consumidos, inclusão de gorduras nos alimentos ou na forma de preparar os alimentos.

Outros medicamentos podem interferir, principalmente aqueles que foram prescritos depois de você já estar em uso do marevan. Por isso é muito importante que ao consultar um outro médico, você o informe sobre o uso do marevan, pois muitos medicamentos interferem na terapia com o anticoagulante oral. Também fique atento aos medicamentos suspensos, pois muitas vezes o ajuste de dose do anticoagulante oral sofreu interferência daquele medicamento e quando ele foi suspenso, a dose do anticoagulante pode ter ficado muito alta.



O ANTICOAGULANTE ORAL interage com muitas medicações. Segue uma lista de alguns dos medicamentos que podem interagir com ANTICOAGULANTE ORAL:

paracetamol; ácido acetilsalicílico; ibuprofeno, naproxeno, receptor antagonistas H₂, tais como cimetidina ou ranitidina e suplementos vitamínicos contendo vitamina K. Outros medicamentos também podem afetar sua resposta ao ANTICOAGULANTE ORAL, como medicamentos a base de ervas (fitoterápicos). Esteja ciente que a maioria das preparações com ervas não são padronizadas e a potência pode variar de um lote para outro.

Informe seu médico se você pretender tomar ervas e/ou produtos naturais, talvez você tenha que antecipar a realização do seu exame, pois o uso de plantas medicinais, como chás, infusões, bebidas, lambedores podem interferir nos resultados do TP/INR

Outra condição importante é a atividade física, pois pode afetar seu TP/INR.

Portanto, informe seu médico que acompanha o marevan sobre mudanças em sua saúde, nos seus medicamentos ou na sua dieta e não se esqueça de falar sobre o USO DE plantas medicinais.

SE EU USAR O MAREVAN OU A VARFARINA (GENÉRICO) FAZ DIFERENÇA NO MEU TRATAMENTO?

Varfarina é o nome genérico do MAREVAN, que é composto de varfarina. Apesar dos medicamentos genéricos serem garantidos pela ANVISA como bioequivalentes, nos acompanhamentos terapêuticos com varfarina tem se verificado que os pacientes que trocam com muita frequência a varfarina, ou seja, vão até a farmácia e compram o genérico mais em conta, acabam trocando a origem (o fabricante do medicamento) e nestes casos os pacientes acabam tendo mais efeitos adversos (hemorragias) ou falha na resposta terapêutica. Portanto não é bom a troca constante do fabricante do medicamento. Se você já vem utilizando a varfarina evite trocá-la por outra de fabricante diferente.

QUAIS SÃO OS EFEITOS COLATERAIS OU INDESEJÁVEIS DO ANTICOAGULANTE ORAL?

Os possíveis efeitos indesejáveis do ANTICOAGULANTE ORAL são hemorragias e reações alérgicas.

A hemorragia é o efeito indesejável mais comum e pode acontecer em algum tecido ou órgão e seu aparecimento esta frequentemente associado a valores de INR acima do recomendado para o seu caso. As hemorragias podem ser observadas pela formação de hematomas sem contusões associadas, ou sangramentos nasais ou gengivais espontâneos, ou gengivais após a escovação dos dentes, ou ainda sangue observado no vaso sanitário ao urinar. Cor preta nas fezes ou com presença de sangue ao defecar. Nas mulheres podem ocorrer fluxos menstruais muito aumentados. E nos homens sangramentos que não cessam em cortes ao se barbear.

Muitos fatores incluindo viagens, mudanças na dieta, ambiente, saúde geral e medicamentos podem afetar sua resposta ao ANTICOAGULANTE ORAL. Para diminuir o risco de hemorragia, seu TP/INR deve ser mantido dentro de um limite correto para você.

Você deve contatar seu médico imediatamente se você experimentar sinais ou sintomas de hemorragia, como os descritos acima, ou se ainda você sentir dor de cabeça, tontura ou fraqueza e dor ou inchaço importante nas pernas.

O QUE VOCÊ DEVE FAZER SEMPRE

- Tome seu ANTICOAGULANTE ORAL exatamente como seu médico lhe disser.
- Tente manter hábitos alimentares e atividades similares todas as semanas.

- Faça os seus testes de sangue sempre nas datas programadas.
- Avise seu médico sobre qualquer medicamento que você estiver tomando, assim como suplementos de ervas/nutricionais.
- Também, pergunte ao seu médico antes de mudar, começar, ou parar de tomar qualquer outro medicamento.
- Diga ao seu médico quando você ficar doente, se machucar, ou tiver um ferimento que não para de sangrar.
- Fique atento aos sinais de hemorragia (vide efeitos colaterais ou indesejáveis)
- Informe qualquer pessoa que esteja lhe dando cuidados médicos ou dentários que você está tomando ANTICOAGULANTE ORAL
- Carregar um cartão de identificação de paciente com os seguintes dizeres:

EU ESTOU TOMANDO ANTICOAGULANTE ORAL.

Por favor, AVISE imediatamente a qualquer PROFISIONAL que venha a fazer PROCEDIMENTOS em mim QUE POSSAM FAZER EU SANGRAR.

O QUE VOCÊ NÃO DEVE FAZER?

- NÃO tome um comprimido extra para colocar em dia sua dose diária
- NÃO tome ANTICOAGULANTE ORAL se você descobrir que está grávida. Fale com seu médico se você deseja engravidar.
- NÃO inicie ou suspenda qualquer outro medicamento antes de perguntar ao seu médico.
- NÃO tome outros anticoagulantes orais, exceto por orientação do seu médico.
- NÃO faça uso de chás terapêuticos, infusões de plantas medicinais, beberagens ou lambedores

O QUE VOCÊ DEVE EVITAR?

- Evite mudanças drásticas em seus hábitos alimentares;
- Evite o consumo de álcool;
- Evite qualquer atividade ou esporte que possa causar trauma

COMUNICAÇÃO VISUAL DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR INFANTIL PARA COMPLEMENTO DA POTENCIALIDADE DO PÚBLICO-ALVO DE UM PROJETO DE EXTENSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Área Temática: Saúde.

Caroline Marie C. S. Prado; Maria Valéria Corrêa e Castro Campomori; Bruna P. Rodrigues; Karina Y. H. Marui; Maria Olívia M. Parodi.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Resumo

Introdução: a educação permanente dos profissionais do Centro de Saúde Parque Floresta do Distrito Noroeste de Campinas, envolvidos no Projeto de Extensão Universitária docente, tem possibilitado que atuem como vigilantes do desenvolvimento neuromotor em crianças de zero a 24 meses. Para tal, apropriam-se do *'roteiro para detecção precoce de atraso neuromotor infantil'*, tendo como efeito a observação do desenvolvimento neuromotor das crianças e as orientações aos pais, ou responsável. **Objetivos:** propiciar maior compreensão das etapas do desenvolvimento neuromotor de crianças normais, por meio da captura de imagens em movimento. Favorecer o aprofundamento do conhecimento dos profissionais em relação à detecção precoce de alterações neuromotoras infantis. Aprimorar o repertório do público-alvo para orientar os pais, ou responsável. **Método:** seleção de crianças com desenvolvimento neuromotor normal, de zero a 24 meses de idade; filmagem das etapas motoras correspondentes no setor de Pediatria da Clínica de Fisioterapia da PUC-Campinas; edição do material filmado. **Resultado:** estruturação de um produto de comunicação visual em vídeo, gravado em *pen-drive* personalizado, contendo as etapas neuromotoras próprias da faixa etária mencionada. **Conclusão:** por meio do material filmado o conhecimento do público-alvo pôde ser enriquecido a fim de promover as orientações aos pais ou responsáveis em relação à detecção precoce dos fatores de risco ou atraso do desenvolvimento neuromotor infantil de zero a 24 meses de idade, tendo como base as etapas normais do desenvolvimento em questão, na faixa etária mencionada. Os profissionais se capacitaram também para selecionar e encaminhar as crianças potencialmente comprometidas ao programa de *follow-up* multiprofissional, visando à avaliação específica pelas áreas médica e fisioterapêutica.

Palavras-chave: Educação permanente; Desenvolvimento neuromotor normal; Produção técnico-cultural.

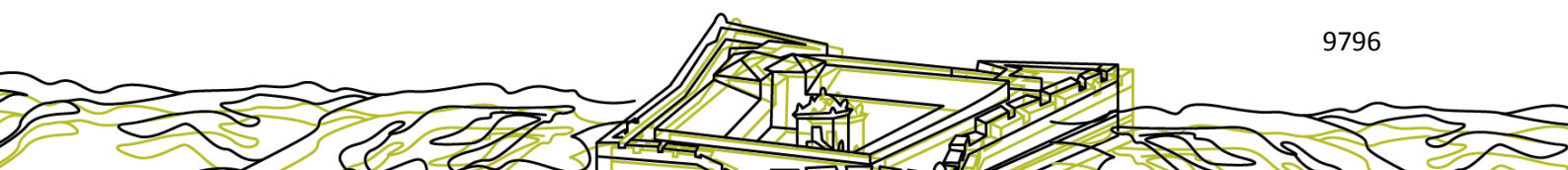
Introdução

Atualmente, a tecnologia é o maior meio de comunicação entre culturas de diversos países, envolvendo pessoas de todas as faixas etárias em todas as partes do Planeta. Toda a humanidade participa de um processo de transformações sociais e culturais devido ao veloz avanço tecnológico. Encontram-se uma série de meios de comunicação que podem funcionar como colaboradores eficientes em situações de intercomunicação. A utilização eficiente desses meios pode ser um elemento importante nas mudanças culturais para promover soluções de problemas específicos de sala de aula ou em outras situações de aprendizado. Os recursos audiovisuais podem promover uma aprendizagem hábil, introduzir novos assuntos, despertar a curiosidade e a motivação para novos temas. Devido a isso, a ampliação do conhecimento é gerada. (CINELLI, 2003). Ainda como sugere Cinelli (2003), para a produção de uma comunicação audiovisual são necessários alguns componentes e o resultado da expressão audiovisual é um conjunto da mixagem de dois elementos fundamentais, a imagem e o som (palavras, músicas e ruídos). Algumas vantagens do recurso mencionado é a possibilidade do seu manejo, onde é possível utilizar as opções de pausas, avanços, recuos, repetições e todas as interferências possíveis no ritmo.

Portanto, assim como ocorre mundialmente, todos os meios de comunicação exercem vigorosa influência na cultura brasileira, desempenhando importante papel educativo, além do convencional. Através dessas transformações o aprendizado se processa de forma mais agradável e conduz o sujeito da aprendizagem a um grau elevado de motivação e atenção. O recurso audiovisual deve ser utilizado como um diferencial no processamento de informações ministradas ou veiculadas entre os indivíduos. E apenas com uma adequada produção do vídeo e com a utilização de critérios coerentes pode-se usufruir de todo o seu potencial criativo, inovador e educativo presentes neste recurso. (CINELLI, 2003).

O vídeo é potencialmente um grande contribuidor do ensino, mas deve ser corretamente adaptado ao tema e público-alvo escolhido, fazendo com que sua utilização promova um desenvolvimento efetivo da conduta e experiência daquele que está adquirindo o aprendizado. (CINELLI, 2003).

A criação de um vídeo sobre o tema relacionado com as etapas do desenvolvimento neuromotor normal para o ensino de profissionais da saúde acerca de tal desenvolvimento resulta um aprendizado mais eficiente, didático e possui todos os



privilégios da utilização desse recurso. Por esta razão e pelas ideias expostas anteriormente a opção pelo recurso visual foi imprescindível para dar suporte à educação permanente do público-alvo do Projeto de Extensão docente, cujo término se deu em dezembro de 2017. Vislumbrando a possibilidade das etapas neuromotoras do desenvolvimento ocorrerem de modo dinâmico, expressando as atividades das crianças tal como são realizadas na vida real, os profissionais de saúde envolvidos completaram um importante ciclo de aprendizagem, capacitação e autonomia por meio das atividades da Extensão Universitária. Portanto, o impacto positivo que o produto técnico-cultural no formato de vídeo proporcionou entre os profissionais mencionados nos momentos onde observavam as crianças de zero a 24 meses de idade, ou mesmo dialogavam com pais ou responsáveis pelos pequeninos, se tornou um grande diferencial para que detectassem fatores de risco ou atraso neuromotor na população infantil atendida na Unidade Básica de Saúde, na qual o Projeto se desenvolveu. Este diferencial contribuiu sobremaneira para a promoção da saúde de bebês e crianças, atuando precocemente no encaminhamento das mesmas para a equipe multiprofissional, quando era o caso, prevenindo-se, com essa prática, a continuidade da influência dos fatores de risco para o atraso e/ou piora das alterações detectadas.

O desenvolvimento motor é considerado um processo sequencial, contínuo, ordenado e relacionado à idade cronológica, em que o ser humano adquire uma grande quantidade de habilidades motoras, as quais avançam de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras potencialmente complexas e organizadas (WILLRICH, 2008), tornando o ser humano apto a se integrar desde seu nascimento nas mais variadas atividades e funções para o resto de sua vida, ou seja, desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, convívio familiar e social, inserção laboral, e assim por diante. E foi pelo conhecimento e estudo do desenvolvimento em questão que a Extensão pôde exercer e determinar sua atuação transformadora do público-alvo e da sociedade visando, conforme já mencionado, a promoção da saúde das crianças brasileiras, as quais refletem desde idade tão tenra a vulnerabilidade socioeconômica e cultural do meio em que vivem e se desenvolvem.

Vale retroceder ao primeiro ano de vida do bebê e lembrar como ocorrem as diversas transformações, que caracterizam esta fase como o apogeu do desenvolvimento, ocorrendo as evoluções e transformações mais importantes e determinantes do que se pode chamar desenvolvimento normal. Sabe-se que o processo de desenvolvimento ocorre de maneira dinâmica e é vulnerável para ser moldado a partir de inúmeros estímulos externos. Desse modo, a interação entre aspectos do indivíduo, suas características físicas e estruturais com o ambiente no qual está inserido



e com a tarefa a ser aprendida são determinantes na conquista e refinamento das diferentes habilidades motoras necessárias para o desenvolvimento. (ARAÚJO *et al.*, 2009). Ao longo de cada fase de maturação encefálica de bebês padrões motores são adquiridos, estes são descritos como um conjunto de características básicas, a sequência e a organização de movimentos dentro de uma relação espaço-tempo, acrescenta o autor. Estes movimentos são observados logo após o nascimento e ao longo do ciclo vital do ser humano, os filogenéticos como sendo naturais e comuns a todos e, os ontogenéticos, ou seja, aqueles decorrentes da maturação e experiência adquirida ao longo da vida.

Os notáveis marcos do desenvolvimento infantil são a evolução do controle postural, o que aumenta a possibilidade de exploração e interação de lactentes, o progresso para a posição sentada, a conquista do engatinhar e, então, a aquisição da postura ortostática seguida da marcha independente. O estudo e entendimento desse processo de maturação estabelece o reconhecimento do modo como vão ocorrendo as aquisições dos padrões e habilidades motoras, a fim de compreender melhor as diferenças no desenvolvimento e poder definir quando as alterações estão presentes.

Sobre isso, diversos fatores podem colocar em risco o desenvolvimento normal de uma criança. São definidos como fatores de risco e se trata de uma série de condições biológicas e/ou ambientais que aumentam as chances de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Para Willrich (2008), as principais causas de atraso motor são baixo peso ao nascer, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, infecções neonatais, desnutrição, baixas condições socioeconômicas, nível educacional precário dos pais e prematuridade. Quanto maior o número de fatores de risco atuantes, maior será a probabilidade de haver comprometimento do desenvolvimento normal. Destacam-se também, para Araujo *et al.* (2009), fatores como obesidade infantil, desnutrição das crianças e a importância da presença e estímulo materno para o desenvolvimento motor das crianças. Dessa forma, os profissionais da saúde devem estar sempre atentos a quaisquer alterações presentes.

Juntamente ao aprendizado adquirido devido à relação com o Projeto de Extensão docente *Vigilância do desenvolvimento neuromotor infantil em Unidade Básica de Saúde do Distrito Noroeste de Campinas* da Prof.^a Me Maria Valéria Corrêa e Castro Campomori, desenvolvido no biênio 2016-2017, o presente estudo teve como objetivos propiciar maior compreensão das etapas do desenvolvimento neuromotor de bebês e crianças normais, por meio da captura de imagens em movimento, para dar suporte ao trabalho docente; favorecer o aprofundamento do conhecimento dos profissionais em

relação à detecção precoce de alterações neuromotoras infantis e; aprimorar o repertório do público-alvo para orientar os pais, ou responsáveis.

Visou-se a promoção da saúde na medida em que houve integralidade da assistência à comunidade, a vinculação dos profissionais da saúde para com a sociedade e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais. A promoção de saúde é reconhecida como uma das estratégias de produção da saúde, em que é articulada a outras políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS. Associada às ideias anteriores a prática da educação em saúde está vinculada a um comportamento verticalizado e tem a proposta de compartilhar com o indivíduo ou responsável saberes e práticas dos profissionais da saúde para que haja mudanças de ambas as partes, através do diálogo e problematização. (ALENCAR *et al.*, 2012). Observa-se a ação educativa em momentos formais e/ou planejados, ou informais, como em conversas com moradores ou visitas domiciliares. A atividade de orientação e intervenção social enfatizam as atividades de promoção da saúde juntamente à criação de relações recíprocas e acolhedoras entre os sujeitos.

Ademais, a atenção à saúde compõe políticas públicas e destaca o compromisso com a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, o que delinea as diretrizes políticas e técnicas para a ação integral à saúde da criança, comprovando, novamente, ações de promoção da saúde infantil. A partir de um trabalho multidisciplinar o desenvolvimento infantil envolve questões físicas ou do movimento, cognitivas, emocionais e sociais, adquirindo um conhecimento acerca do desenvolvimento global da criança. (SÁ, 2014).

Segundo Sá *et al.* (2014), esse processo de educação continuada multiprofissional percorre todos os níveis de atenção, a fim de fortalecer a atuação profissional na saúde e se apresenta como uma proposta para ampliar discussões, estudos e ações no meio da prática assistencial.

Para Falbo *et al.* (2011), no Brasil a saúde da criança tem o foco no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientação da alimentação da criança, imunização, prevenção de acidentes e atenção às doenças prevalentes na infância. Estas constituem, portanto, práticas essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância. A supervisão do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser realizada de forma regular sendo possível a detecção precoce de alterações, criando a oportunidade de realizar as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar oportunidades ao desenvolvimento adequado durante a infância. Contribui-se, então, para que as

potencialidades individuais, desde o nascimento, sejam desenvolvidas adequadamente e reflitam beneficentemente durante a vida do indivíduo, até seu envelhecimento.

As ações dos profissionais da saúde, sendo educados e qualificados, são importantes para que os bebês e crianças recebam a devida atenção à saúde adequada às suas necessidades, visando o desenvolvimento saudável. Deve-se adotar estratégias de prevenção de doenças ou alterações e promoção da saúde para intervir precocemente na presença de quaisquer problemas que venham ameaçar a integridade infantil, suas oportunidades e qualidade de vida, sobressaindo a responsabilidade de se criar uma assistência à saúde que seja qualificada e humanizada, a fim de melhorar o desenvolvimento e progresso dos envolvidos.

Metodologia

A metodologia escolhida para o plano de trabalho do Grupo de Alunos Voluntários da Extensão (GAVE), intitulado *Estruturação de comunicação visual em vídeo das etapas do desenvolvimento normal, em crianças de zero a 24 meses de idade*, foi a construção de um *Roteiro para subsídio das filmagens de bebês e crianças de zero a 24 meses, pelos marcos do desenvolvimento neuromotor normal* para auxiliar a captura das atividades dinâmicas que representassem fielmente as reações, reflexos e habilidades neuromotoras de cada etapa de vida das crianças; seleção de crianças com desenvolvimento neuromotor normal, de zero a 24 meses de idade; assinaturas no Termo de Cessão de Direitos pelos pais ou responsáveis da população infantil para a realização das filmagens; filmagem das etapas motoras correspondentes no setor de Pediatria da Clínica de Fisioterapia da PUC-Campinas; edição da filmagem e gravação em *pen drive* personalizado.

As atividades tiveram início dia 01/08/2017 e término em 15/12/2017. Foram realizadas reuniões semanais e leituras técnico-culturais e científicas, revisão geral e específica do conhecimento acadêmico prévio com a docente responsável para elaboração do roteiro mencionado no parágrafo anterior.

A seleção de crianças com desenvolvimento neuromotor normal de zero a 24 meses dispôs da ajuda profissional do Ambulatório de Puericultura e Pediatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) da PUC-Campinas, com os devidos trâmites administrativos e éticos, e da colaboração de amigos e familiares próximos de cada aluna do GAVE. A partir disso, as crianças foram agendadas conforme disponibilidade dos pais, alunas voluntárias e do profissional responsável pela filmagem.

Para realização de capturas de imagens em movimento no Setor de Pediatria da Clínica de Fisioterapia da PUC-Campinas, utilizando-se sua área física e infraestrutura,

foi necessário proceder à solicitação e aprovação das Responsáveis Técnicas (RT) da referida clínica. Os recursos que motivaram as brincadeiras e atividades dos bebês e crianças foram utilizados, segundo a faixa etária filmada. Foram tomados os devidos cuidados com o estado geral e emocional das crianças, assim como estados de fome, sono, irritação, entre outros.

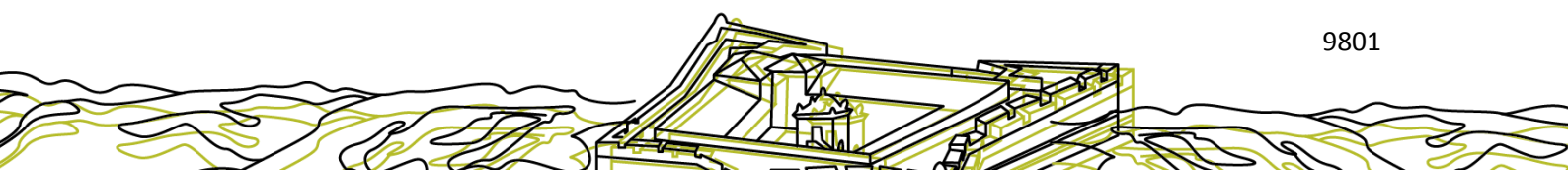
As filmagens foram feitas com bebês e crianças de 0 a 24 meses, consideradas as idades iniciais (recém-nascido e primeiro mês) e os trimestres: terceiro, sexto, nono, décimo segundo, décimo oitavo e vinte e quatro meses. Melhor explicando, as faixas etárias foram: recém-nascido e o bebê do primeiro mês, o primeiro trimestre (bebês com dois ou três meses), o segundo trimestre (bebês com quatro, cinco ou seis meses), o terceiro trimestre (bebês com sete, oito ou nove meses), o quarto trimestre (dez, onze ou doze meses), dezoito meses e, finalmente, vinte e quatro meses. Alguns reflexos e reações do desenvolvimento neuromotor devem desaparecer conforme o bebê cresce e evolui, pois, caso contrário, poderá indicar atraso do desenvolvimento.

O *“Roteiro para subsidiar as filmagens de bebês e crianças de zero a 24 meses, pelos marcos do desenvolvimento neuromotor normal”*, já mencionado, constou de informações imprescindíveis para auxiliar as filmagens dos representantes infantis de cada faixa etária.

Para dar uma ideia ao leitor de como foi constituído o roteiro, citado no parágrafo anterior, alguns componentes neuromotores, próprios de cada trimestre do desenvolvimento infantil, serão brevemente descritos a seguir.

O recém-nascido até o final do primeiro mês de vida apresenta um conjunto de reflexos primitivos, que desaparecerão na medida em que ocorrer a maturação do sistema nervoso central com o avanço cronológico dos meses até completar um ano de vida, o que caracteriza o apogeu infantil, ou seja, o período de doze meses onde ocorrem os mais variados ganhos e tipos de atividades motoras. O conhecimento e domínio desse arsenal motor infantil foi imprescindível para que as cenas capturadas nas filmagens pudessem representar, fielmente, a realidade de cada fase do desenvolvimento, o mesmo se dando em relação ao primeiro, segundo, terceiro e quarto trimestres de vida do bebê, assim como com os dezoito e vinte e quatro meses.

O material filmado passou por análise e revisão das alunas do GAVE e do profissional responsável pela filmagem e edição do mesmo. No final houve avaliação e aprovação da docente responsável pelo Plano de Trabalho do GAVE. A gravação foi realizada em *pen-drive* para ser disponibilizado aos profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Margarida dos Santos Silva (Parque Floresta, como é mais conhecida), situada no Distrito Noroeste de Campinas-SP. Assim, em dezembro de 2017



foi efetuada a demonstração, discussão e aprovação do registro de imagens das etapas do desenvolvimento neuromotor normal em conjunto com o público-alvo envolvido. Em seguida, realizou-se o compartilhamento e entrega definitiva do material filmado para a coordenadora da referida UBS.

Resultados e Discussão

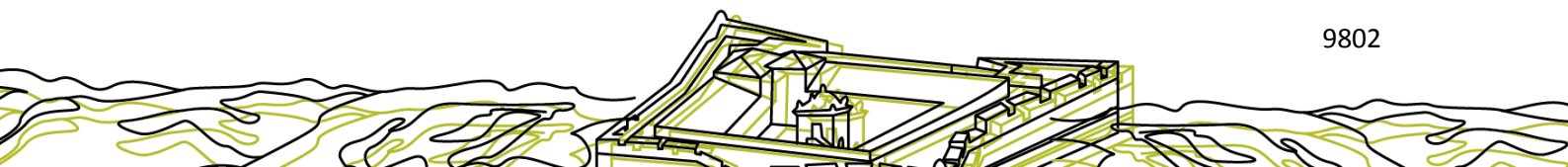
Ao final do projeto as alunas participantes do plano de trabalho de extensão do GAVE obtiveram o resultado esperado, isto é, a estruturação de um produto de comunicação visual em vídeo, gravado em *pen-drive* personalizado, contendo as etapas neuromotoras normais de bebês e crianças de zero a 24 meses de idade. O produto foi disponibilizado para o público-alvo escolhido para o aprendizado, capacitação, complemento e multiplicação de conhecimento. Ademais, as alunas envolvidas estabeleceram experiências positivas e enriquecedoras na realização de atividades relacionadas a projetos e planos sociais, visto que os alunos possuem a oportunidade de exercitar o trabalho social na comunidade, por meio de um resultado produtivo e positivo para todos os envolvidos. Tratou-se de um projeto que necessitou de comprometimento e responsabilidade, o qual proporcionou colaboração para o progresso da saúde infantil de Campinas com repercussões positivas na Região Metropolitana de Campinas.

Portanto, o modelo de Extensão Universitária consiste em prestar auxílio à sociedade, levando contribuições que visam a melhoria dos cidadãos. O entendimento a respeito da relação entre extensão e sociedade é uma visão fundamental que possibilita a qualidade da assistência prestada para as pessoas. (RODRIGUES *et al.*, 2013).

A prática da redação científica e da oratória foram aprimoradas durante o Plano de Trabalho e na submissão de um relatório ao final do projeto. O exercício da redação produz um conhecimento diferenciado daquele adquirido nas atividades da graduação e, quando praticada, traz benefícios para a vida acadêmica e futuramente profissional.

Desenvolveu-se autoconfiança e conhecimento específico para identificar o desenvolvimento neuromotor de crianças normais, de zero a 24 meses de idade. Este conhecimento ajudou substancialmente para o reconhecimento de crianças com alterações neuromotoras em disciplinas da graduação, assim como preparou melhor os alunos envolvidos para a atuação na graduação, visando à vida profissional futura.

A extensão estabeleceu uma relação teoria/prática (práxis) simulando o mercado de trabalho e se constituiu em campo de aplicação prática, possibilitando a vivência de conteúdos e qualificando a aprendizagem curricular. Destacou-se, ainda, nos espaços vivenciais de saberes, tornando possível a interlocução da teoria trabalhada em sala de



aula com os desafios da realidade social, além de outras aprendizagens, tão importantes quanto às relacionadas ao saber técnico necessário ao exercício de determinada profissão, como a iniciativa e vivência de grupo. (COSTA; BAIOTTO; GARCES, 2013).

Ao criar contatos com mães, pais ou responsáveis dos bebês e crianças selecionadas para as filmagens, a postura ética das alunas foi desenvolvida, assim como no contato com a equipe multiprofissional do ambulatório de Pediatria do Hospital Maternidade Celso Pierro (HMCP/PUC-Campinas). A partir disso, a prática da Extensão Universitária demanda respeito entre as ideias de cada um, aprimora os conhecimentos prévios e ensina a agir com ética. Deve-se respeitar as diferenças, sejam elas entre educadores e educandos, mulheres e homens, conhecimentos científicos e populares. (FREIRE, 1981 apud CALIPO, 2009).

Por consequência, os objetivos foram alcançados devido a utilização de imagens dinâmicas presentes no vídeo, ao invés de imagens estáticas, como normalmente ocorre. O público-alvo escolhido se tornou multiplicador do conhecimento ao aprimorá-lo por intermédio da produção técnica e pôde usufruir de todos os benefícios sobre o acesso e uso do recurso audiovisual. A educação se tornou mais didática e próxima da realidade, quando comparada com aquela vivenciada pelos profissionais da saúde em sua rotina profissional. Devido a isso, colocou-se em prática a promoção da saúde infantil esperada por meio de um trabalho multidisciplinar totalmente voltado para os Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem envolvidos como público-alvo do Projeto de Extensão docente, os quais lidam cotidianamente com bebês, crianças e seus pais, ou responsáveis. Portanto, ao contribuírem para a promoção da saúde infantil, haverá minimização de fatores de risco para o atraso neuromotor pela atuação preventiva na atenção primária. (ARAUJO *et al.*, 2009).

Conclusão

Ao final do Projeto de Extensão docente *Vigilância do desenvolvimento neuromotor infantil em Unidade Básica de Saúde do Distrito Noroeste de Campinas*, ao qual o Plano de Trabalho de Extensão do GAVE foi vinculado, o conhecimento dos profissionais de saúde se tornou pleno e eficiente para a detecção dos fatores de risco ao desenvolvimento neuromotor infantil de zero a 24 meses, ou seu atraso. Apesar do término do Projeto docente e Plano de Trabalho do GAVE, os profissionais continuam orientando os pais, ou responsáveis, acerca do comportamento neuromotor de seus filhos e encaminhando as crianças com atraso para avaliação específica pelas áreas médica e fisioterapêutica. Estas ideias representam um importante resultado da ação

extensionista na comunidade e sociedade, por meio da educação permanente do público-alvo envolvido.

Finalmente, na concretização das ações de promoção da saúde faz-se necessário fortalecer as ligações entre os diversos setores da saúde: social, político, cultural e econômico em conjunto com o beneficiário e familiares para que se efetive a promoção da saúde, de fato, permitindo inovações nos serviços. (ALENCAR *et al.*, 2012).

Referências

ALENCAR, D. L.; BRITO, A. L. R. O; LISBOA, K. W. S. C. Promoção da saúde na estratégia de saúde da família: Percepção da equipe de enfermagem do Crato-CE. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 25(4): 420-425, out./dez., 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2544/pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ARAÚJO, A. G. S; STAMMERJOHANN, J; CÍRICO, P. C. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças de 04 a 24 meses. *Cinergis – Vol 10, n. 1*, p. 16-22 Jan/Jun, 2009. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/947/940>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

CALIPO, D. Projetos de extensão universitária crítica: Uma ação educativa transformadora. Campinas, 2009. Biblioteca Digital da Unicamp. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000390135>>. Acesso em: 12 mar.2018.

CINELLI, N. P. F. A influência do vídeo no processo de aprendizagem. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003. Florianópolis, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/85870/192679.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

COSTA, A. A. C; BAIOTTO, C. R; GARCES, S. B. B. Aprendizagem: o olhar da extensão. In: SÍVERES, L (Org). *A Extensão Universitária como um princípio de aprendizagem*. Brasília, 2013. p. 61-80.

EFFGEN, S. K. *Fisioterapia pediátrica – Atendendo às necessidades das crianças*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FALBO, B. C. P; ANDRADE, R. D; FURTADO, M. C. C; MELLO, D. F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 148-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100022>. Acesso em: 16 mar. 2018.

MARTINS, J. A. (org. geral); NICOLAU, C. M.; ANDRADE, L. B. de (org.). Programa de atualização PROFISIO - Fisioterapia pediátrica e neonatal: cardiorrespiratória e terapia intensiva. Ciclo 5, Vol. 2, Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016.

RATLIFFE, K. T. Fisioterapia na clínica pediátrica. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2002.

RODRIGUES, A. L. L; PRATA, M. S; BATALHA, T. B. S; COSTA, C. L. N. A; NETO, I. F. P. Contribuições da Extensão Universitária na sociedade. Aracaju, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/494>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

SÁ, M. R. C; THOMAZINHO, P. A; SANTOS, F. L; CAVALCANTI, N. C; RIBEIRO, C. T. M; NEGREIROS, M. F. V; VINHAES, M. R. Assistência fisioterapêutica na atenção primária à saúde infantil: uma revisão das experiências. Rev Panam Salud Publica. 2014; 36(5):324–30. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v36n5/324-330/pt>>. Acesso: 16 mar. 2018.

WILLRICH, A; AZEVEDO, C. C. F; FERNANDES, JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Rev Neurocienc 2008. Disponível em: <http://services.epm.br/dneuro/neurociencias/226_revisao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CONTRIBUIÇÕES DE UMA FARMÁCIA UNIVERSITÁRIA NA SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Área Temática: Saúde

Juliana Patrão de Paiva, Fortune Homsani, Carla Holandino Quaresma, Naira Villas Boas Vidal de Oliveira, Zaida Maria Faria de Freitas, Márcia Maria Barros dos Passos, Mariana Sato de S B Monteiro, Ana Lucia Vazquez Villa, Aline Guerra Manssour Fraga, Eduardo Ricci Júnior, Rita de Cássia Ascensão Barros, Elisabete Pereira dos Santos.

Instituição: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (FF-UFRJ).

Resumo

A Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT), criada em 2004, visa aproximar a Ciência e Tecnologia (CT) da população, promovendo eventos que congregam centenas de instituições na divulgação científica em todo o País. A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) participa da SNCT com várias oficinas oferecidas pelos seus diferentes cursos. Desde 2012, a Farmácia Universitária (FU) participa da SNCT com o objetivo de integrar os alunos de graduação na disseminação de conhecimento sobre medicamentos e cuidados com a saúde junto aos frequentadores da SNCT (estudantes do ensino fundamental e médio). Utilizando temas como: Contribuições das farmácias na sustentabilidade; Porque a bomba pode nocautear você: a FU e os anabolizantes; A FU garantindo o acesso a medicamentos órfãos e as formas farmacêuticos para uso em pediatria; Luz solar como ferramenta auxiliar no tratamento medicamentoso; A Ciência da FU vitaminando a saúde; A Matemática somando saúde e diminuindo risco; a FU transmite o conhecimento em experimentos, jogos, brincadeiras, folhetos e banners. Em 2017, a FU disponibilizou aos alunos um questionário para avaliar as atividades oferecidas buscando melhorar sua contribuição. A organização da atividade, a novidade e a clareza do tema e a atenção recebida receberam pontuação máxima, ou seja, 100% dos alunos consideraram excelentes. Sobre a escolha do tema, 97% consideraram excelente e 3% regular. Sobre a relevância do tema, 94% acharam excelente e 6% regular. 88% consideraram as atividades recreativas excelentes, 6% regulares e 6% não responderam. 82% achou excelente a iniciativa de levar a atividade até a sua escola, 3% regular e 15% não responderam. Conclui-se que as atividades de extensão desenvolvidas na SNCT representam uma forma de retribuir a comunidade à contribuição de cada indivíduo no custeio das universidades públicas e refletem o compromisso da UFRJ em sensibilizar esse público para a CT estimulando a entrada desses jovens nesse universo.

Palavras-chave: Farmácia Universitária; Semana Nacional de Ciência e Tecnologia; estudantes.

Introdução

A Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT), evento criado em 2004 por decreto presidencial, tem como principal objetivo aproximar a Ciência e Tecnologia da população, promovendo eventos que congregam centenas de instituições a fim de realizarem atividades de divulgação científica em todo o País. A ideia foi criar uma linguagem acessível à população, por meios inovadores que estimulem a curiosidade e motivem a população a discutir as implicações sociais da Ciência, além de aprofundarem seus conhecimentos sobre o tema. Esse evento anual é coordenado e financiado com recursos do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) e conta com a colaboração de secretarias estaduais e municipais, agências de fomento, espaços científico-culturais, instituições de ensino e pesquisa, sociedades científicas, escolas, órgãos governamentais, empresas de base tecnológica e entidades da sociedade civil. A SNCT ocorre simultaneamente em quase todos os estados brasileiros e todas as pessoas interessadas podem participar das atividades. Atualmente, colaboram com a realização deste evento as universidades e instituições de pesquisa; escolas públicas e privadas; institutos de ensino tecnológico, centros e museus de Ciência e Tecnologia (CT); entidades científicas e tecnológicas; fundações de apoio à pesquisa; parques ambientais, unidades de conservação, jardins botânicos e zoológicos; secretarias estaduais e municipais de CT e de educação; empresas públicas e privadas; meios de comunicação; órgãos governamentais; organizações não governamentais (ONGs) e outras entidades da sociedade civil. Além disso, o MCTIC propõe um tema diferente a cada ano, levando as instituições participantes do evento a desenvolverem atividades educacionais e lúdicas (palestras, filmes, vídeos, experimentos, jogos, brincadeiras, entre outros) mostrando os avanços científicos e tecnológicos relativos à temática predefinida. As atividades criam ambiente propício para a troca de ideias, promovendo debates e estimulando o despertar de vocações científicas.

A SNCT na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) possui os seguintes objetivos: Contribuir para a popularização dos conhecimentos e da produção científica, tecnológica, artística e cultural da UFRJ, utilizando-se de linguagens que privilegiem a interação dialógica e a participação dos estudantes da UFRJ como mediadores deste processo; Promover a aproximação entre os saberes produzidos no âmbito da universidade e os saberes produzidos na educação básica e no ensino técnico do Estado do Rio de Janeiro, especialmente na rede pública de ensino; Possibilitar a aproximação entre os saberes produzidos no âmbito da universidade e os saberes produzidos pelos coletivos de profissionais, representações sindicais, associações e comunidade em geral; Viabilizar o princípio da extensão universitária, como processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre universidade e outros setores da sociedade, como definido pelo Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras - FORPROEX; Contribuir para a formação técnico-acadêmica e cidadã do estudante da UFRJ, pautada

na função social da universidade, por meio da sua participação na construção e mediação das atividades e potencializar recursos e ampliar as atividades com vistas a facilitar o processo de implementação da acreditação da extensão.

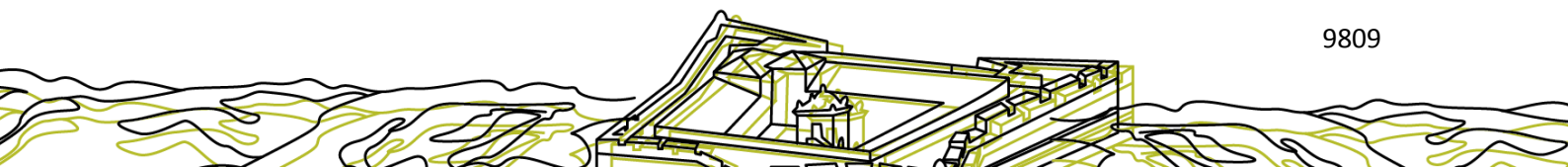
A Farmácia Universitária (FU), da Faculdade de Farmácia (FF), da UFRJ, existente desde 1986, funciona como um campo de formação de muitos farmacêuticos, pois o curso de Farmácia encaminha todos os alunos de graduação para o estágio obrigatório curricular na FU. Durante este estágio, o aluno tem a oportunidade de consolidar o conhecimento adquirido, reconhecendo na prática a interdisciplinaridade vivenciada ao longo de sua formação. Esse programa tem rendido resultados excelentes em relação à inserção profissional dos nossos alunos egressos, mostrando que a associação entre ensino, pesquisa e extensão, especialmente na FF da UFRJ, é realidade concreta. Contudo, a FU tornou-se importante não só pelo ensino e pesquisa ali desenvolvidos, mas pelo enorme comprometimento com o caráter de extensão universitária, uma vez que, o programa além de proporcionar aos usuários medicamentos magistrais de qualidade e baixo preço, fornece orientação acerca do uso racional de medicamentos e informações inerentes à assistência farmacêutica a cerca de 300 pacientes por dia. Portanto, é muito importante o papel que as Farmácias Escola (FE) representam como um estabelecimento de saúde pertencente a uma Instituição de Ensino Superior (IES), abrindo oportunidades para o intercâmbio entre os problemas sociais e a educação, com as pesquisas, campanhas sanitárias, buscando uma melhoria da qualidade de vida da população. Em resumo; tem-se por um lado à formação de profissionais altamente qualificados para ingressar no mercado de trabalho e, por outro, estímulo do desenvolvimento social a partir da forte preocupação em oferecer serviços e produtos de maneira responsável e qualificada. A FU motivada a contribuir para a popularização do conhecimento, transformação social e promover a aproximação entre os saberes produzidos na Universidade e a comunidade que frequenta a SNCT, participa desde 2012 da SNCT, na UFRJ, oferecendo ao público alvo oficinas educacionais e lúdicas, ampliando a oportunidade de acesso à saúde e educação. MENDONÇA e SILVA (2002) afirmam que poucos são os que têm acesso direto aos conhecimentos gerados na universidade pública e que a extensão universitária é imprescindível para a democratização do acesso a esses conhecimentos, assim como para o redimensionamento da função social da própria universidade, principalmente se for pública. Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi difundir e popularizar conhecimentos sobre medicamentos e cuidados a saúde a partir das atividades das oficinas desenvolvidas pela FU, na SCNT, nos últimos 6 anos.

Metodologia

Com base nos temas gerais definidos pelo MCTIC, a FU procura adequar suas atividades na SNCT, desde 2012, para atender a demanda dos estudantes do ensino fundamental e médio, sob a coordenação da Professora Elisabete Pereira dos Santos, tendo como foco principal o uso racional de medicamentos (Quadro 1).

Quadro 1: Temas gerais das SNCT e atividades da FU/UFRJ Ano	Tema da SNCT	Tema da FU/UFRJ	Participantes da FU/UFRJ	Período	Local
2012	Economia verde, sustentabilidade e erradicação da pobreza	Contribuições das farmácias magistrais para a sustentabilidade	3 docentes, 4 técnicos-administrativos e 6 alunos de graduação	De 15 a 21 de outubro, das 9 hs as 17 hs	Prédio da Reitoria, da UFRJ, campus Fundão, na Cidade Universitária
2013	Ciência, saúde e esporte	Porque a bomba pode nocautear você: a farmácia universitária e os anabolizantes	4 docentes, 4 técnicos-administrativos e 5 alunos de graduação	De 21 a 27 de outubro, das 9 hs as 17 hs	Prédio da Reitoria, da UFRJ, campus Fundão, na Cidade Universitária
2014	Ciência e tecnologia para o desenvolvimento social	A FU da UFRJ garantindo o acesso de medicamentos aos órfãos e as formas farmacêuticas para	4 docentes, 6 técnicos-administrativos e 5 alunos de graduação	De 13 a 19 de outubro, das 9 hs as 17 hs	Prédio da Reitoria, da UFRJ, campus Fundão, na Cidade

Em todas as edições a FU desenvolveu oficinas educacionais e lúdicas, utilizando experimentos, jogos, brincadeiras, folhetos explicativos, banners, e exposição, com o intuito de sensibilizar os jovens para os temas apresentados. As oficinas duraram o dia todo e, as atividades apresentadas duraram em média 30 minutos. Os acadêmicos de farmácia que trabalharam nas oficinas foram recrutados por divulgação prévia e selecionados de acordo com sua disponibilidade de horário e sua periodização. Os materiais utilizados nas oficinas foram custeados pelo programa FU. Na edição de 2017 da SNCT, a FU disponibilizou aos alunos um instrumento com a finalidade de avaliar a participação da atividade oferecida buscando aprimorar às

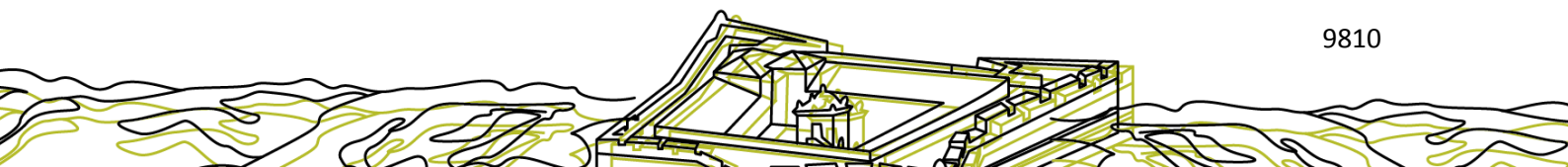


futuras contribuições. Esse instrumento consistiu em um questionário estruturado contendo 8 perguntas fechadas cujas respostas deveriam ser respondidas como excelente, regular ou ruim não sendo solicitada a identificação de quem preencheu. As questões abordadas pelo questionário foram relativas aos temas apresentados, às informações disponibilizadas, ao acolhimento recebido e se gostariam de uma apresentação da atividade no seu local de aprendizado.

Resultados e Discussão

- O tema escolhido para a edição da SNCT de 2012 foi “Economia Verde, Sustentabilidade e Erradicação da Pobreza”, que estava em sintonia com as discussões da Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em junho de 2012, no Rio de Janeiro. Esse foi o primeiro ano da participação da FU na SNCT, onde a FU mostrou que um estabelecimento magistral pode manipular no contexto do uso racional de medicamentos exemplificando como essas farmácias contribuem para a sustentabilidade ensinando como se prepara um sabonete a partir do reaproveitamento de óleo de soja. Também foi mostrado que os medicamentos homeopáticos de origem vegetal utilizam matérias primas isentas de agrotóxicos, as quais são cultivadas em sítios orgânicos, preservando tanto a espécie vegetal quanto o solo de cultivo, aspectos importantes dentro da sustentabilidade do planeta. Foi destacado, ainda, que as várias etapas de produção de medicamentos homeopáticos não geram resíduos tóxicos, sendo, portanto a homeopatia uma terapêutica que visa preservar a integridade do indivíduo em equilíbrio com o meio ambiente. Com o objetivo de apresentar ao público visitante algumas formas farmacêuticas homeopáticas (glóbulos, tabletes e gotas), foi feita uma exposição com esclarecimentos sobre o emprego de cada uma destas. Com um enfoque magistral e visando demonstrar a farmacotécnica peculiar envolvida com a preparação dos medicamentos alopáticos e homeopáticos (dinamização), foram feitas demonstrações sobre a moldagem de tabletes de lactose e as dinamizações envolvidas no preparo dos medicamentos homeopáticos, além de técnicas da farmacotécnica alopática, dando oportunidade ao público alvo de realizar estes procedimentos, utilizando utensílios farmacêuticos específicos.

- A edição de 2013 abordou o tema “Ciência, saúde e esporte”, que estava em sintonia com os grandes eventos esportivos realizados no Brasil, como a Copa do Mundo e os Jogos Olímpicos e Paraolímpicos. No ano de 2013, a FU alertou os jovens que querem adquirir massa muscular, com rapidez, sobre os problemas causados pelo uso de anabolizantes esteróides e suplementos alimentares sem supervisão adequada. Neste contexto foram divulgados os riscos inerentes ao uso de anabolizantes esteróides e suplementos alimentares sem prescrição e/ou acompanhamento de um profissional de saúde, uma vez que essa prática é muito utilizada pelo segmento jovem da população. Os anabolizantes esteróides são substâncias derivadas do hormônio testosterona e são conhecidos, principalmente, pelos efeitos que causam nos músculos (hipertrofia muscular). No entanto, essas substâncias também têm outros efeitos, como crescimento



do pelo facial, acne, engrossamento da voz, alterações na genitália, distúrbios do comportamento, retenção de líquido no organismo, aumento da pressão arterial e podem colocar em risco a vida do usuário. Da mesma forma o uso de suplementos alimentares sem controle pode provocar acne, inchaço, aumento da produção de gases e outros resultados negativos. Diversos estudos demonstram que o culto ao corpo tem provocado eventos adversos importantes levando a desfechos graves aos usuários dessas práticas. Utilizando folhetos explicativos e brincadeiras a FU tentou sensibilizar os jovens sobre esta questão.

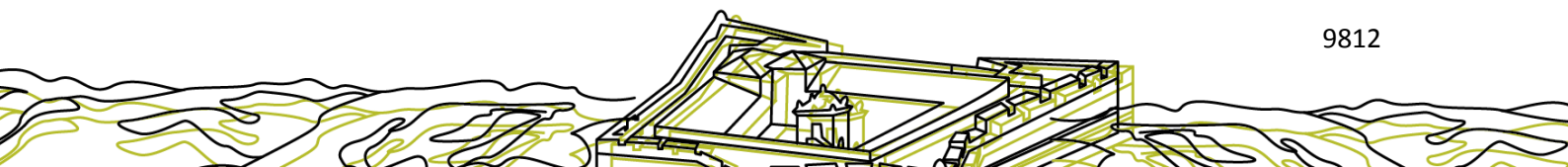
- A edição da SNCT de 2014 abordou o tema “Ciência e Tecnologia para o Desenvolvimento Social”, que teve como objetivo mobilizar a população, em especial crianças e jovens, em torno de atividades de ciência e tecnologia. Em 2014, a FU mostrou como se desenvolve tecnologia, em uma farmácia magistral, para se garantir o acesso da população a medicamentos que a indústria não produz bem, como formas farmacêuticas não encontradas no mercado farmacêutico. Desde 1986 a FU é responsável pela manipulação de vários medicamentos que não fazem parte do elenco de medicamentos disponibilizados pela indústria farmacêutica. Esses medicamentos por não terem uma demanda satisfatória, para gerar lucro, não são produzidos comercialmente. Dentro desse grupo encontram-se também os medicamentos cujas formas farmacêuticas, para uso pediátrico não são encontradas em farmácias e drogarias. A pediatria é um grande desafio quando se fala em tratamento medicamentoso, pois as crianças não são “adultos pequenos”, pois possuem composição corporal e órgãos em diferentes estágios de desenvolvimento comparados com outras faixas etárias. Em casos onde a única forma farmacêutica existente é sólida (cápsulas ou comprimidos), acontece a adaptação para forma líquida, sendo geralmente em soluções extemporâneas (para uso imediato). Adaptar formas farmacêuticas e manipular medicamentos “órfãos”, que a indústria não fabrica, são atividades que a FU/UFRJ desenvolve, diariamente, para permitir o acesso da população aos medicamentos e, em consequência, à saúde. Utilizando folhetos explicativos, vídeos e brincadeiras a FU procurou sensibilizar os jovens para esta questão.

- A edição de 2015, da SNCT, abordou o tema “Luz, ciência e vida”, e essa temática estava em sintonia com a decisão da Assembleia Geral das Nações Unidas, que proclamou 2015 como o Ano Internacional da Luz, com objetivo de celebrar a luz como matéria da ciência e do desenvolvimento tecnológico. A FU explicou a importância do uso racional e seguro da luz solar em alguns tratamentos medicamentosos objetivando resultados positivos na saúde do doente. O sol, por emitir radiações infravermelhas e ultravioletas (UVA e UVB), torna-se um inimigo quando utilizado de forma errada. Porém não podemos nos esquecer de que o organismo precisa das radiações solares para ativar algumas reações e, em alguns tratamentos medicamentosos, a luz, quando utilizada corretamente, potencializa a ação de alguns medicamentos. Como exemplos tem-se a Vitamina D que é uma vitamina lipossolúvel e é a única vitamina que pode ser produzida em nosso organismo por meio dos raios ultravioleta do sol. A pró-vitamina D ingerida e sob a ação da radiação ultravioleta da luz solar se transforma em vitamina D,

que se concentra na pele, promove a absorção de cálcio, essencial para o desenvolvimento normal dos ossos e dentes, e também ajuda a manter os níveis sanguíneos de fósforo. A falta de vitamina D pode levar a uma condição chamada raquitismo, especialmente em crianças, nas quais os ossos e os dentes ficam fracos. Em adultos, pode causar uma condição chamada osteomalacia, na qual o cálcio é perdido a partir dos ossos (descalcificação óssea) e eles se tornam fracos. Outro exemplo é o metoxisaleno, importante medicamento utilizado no tratamento do vitiligo, doença cutânea que causa a perda gradativa da pigmentação da pele, geralmente com o surgimento de manchas em todo o corpo, e precisa dos raios UVA do sol ou das câmaras de luz da fototerapia (PUVA) para ser mais eficaz. Também os alcatrões como o coaltar, ictiol e óleo de cade utilizados no tratamento da psoríase em placa, que é uma dermatose inflamatória crônica, não contagiosa, sem cura, com principais manifestações na pele e articulações, quando associado aos raios UVB, potencializa a ação destes, de tal sorte que podem ser utilizados na metade da dose eritematosa mínima. Utilizando folhetos explicativos e brincadeiras a FU, que manipula todos os medicamentos citados acima, mostrou aos jovens a importância do uso consciente da luz em alguns tratamentos medicamentosos.

- A edição de 2016, da SNCT, abordou o tema “Ciência alimentando o Brasil”, e essa temática estava alinhada com o redesenho do Programa de Segurança Alimentar para o País, com foco no desenvolvimento de pesquisa e novas tecnologias, na inclusão de populações vulneráveis – a exemplo de quilombolas e índios – e na busca em elevar o padrão de renda dessas pessoas por meio da verticalização da produção e da agregação de valor dos seus produtos. A FU desenvolveu o tema “A Ciência da Farmácia Universitária vitaminando a saúde”, que mostrou que a FU manipula e desenvolve medicamentos que auxiliam a promoção da saúde, como as vitaminas D, B8, B6, B1 e B12, e substâncias provenientes da natureza, como mel de abelha, agrião, própolis, papaína. Além de óleos vegetais, como óleo de semente de uva, óleo de amêndoas e óleo de rosa mosqueta, os quais apresentam ação hidratante, emoliente e umectante, e são incorporados em cremes para aplicação na pele. Em 2016, foi realizada uma oficina com caça palavras, jogo da memória, 2 folhetos informativos, panfletos e 2 pôsteres mostrando as fontes de cada vitamina, as formulações manipuladas pela FU, suas funções e o que ocasiona a sua carência no organismo.

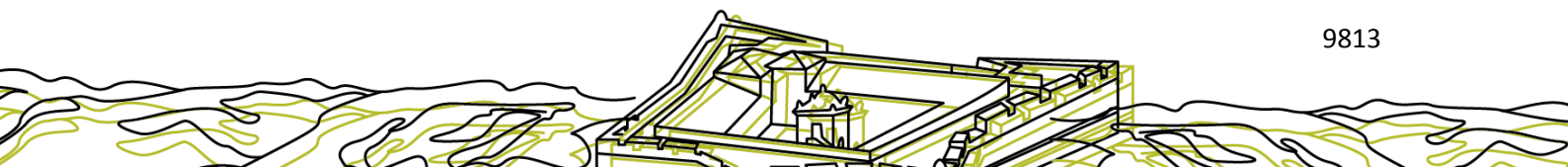
- A edição de 2017, da SNCT, abordou o tema “A Matemática está em tudo”, e essa temática se baseou no Biênio da Matemática Gomes de Souza (2017-2018). A FU desenvolveu o tema “A Matemática da Farmácia Universitária somando saúde e diminuindo risco” e o objetivo dessa ação foi oferecer aos alunos do ensino médio conhecimentos sobre unidades de concentração, posologia, dosagem, correlação massa/volume dos medicamentos mostrando como a matemática é fundamental nas ciências farmacêuticas. A Matemática é uma ciência exata que estuda a quantidade e formas e possui uma linguagem própria para representação, auxiliando na resolução de problemas relacionados com o cotidiano. É utilizada como ferramenta essencial em muitas áreas do conhecimento, como por exemplo, engenharia, medicina, química,



física, biologia e farmácia. Na área farmacêutica, a matemática é empregada para calcular a concentração do fármaco e excipientes que serão utilizados no desenvolvimento de todas as formulações farmacêuticas, como por exemplo, cápsulas, soluções e cremes. Além disso, esta ciência também é utilizada para a administração correta da dose de um medicamento, como no caso das soluções farmacêuticas que podem ser administradas em gotas ou mililitros. Já as cápsulas e comprimidos devem ser contados. A administração da concentração correta do fármaco é responsável pelo seu efeito terapêutico, assim como seu excesso é responsável pelos possíveis efeitos tóxicos. A oficina ofereceu aos alunos do ensino médio conhecimentos sobre unidades de concentração, posologia, dosagem, correlação massa/volume dos medicamentos que diretamente impactam na ação destes, por meio de práticas demonstrativas, jogos e banners. Nas práticas demonstrativas foram expostas cápsulas de diferentes tamanhos, correlacionado com o volume e massa de ativos e excipientes necessários para o seu preenchimento, assim como foram expostos medicamentos que são administrados por volume, como xaropes e soluções, e medicamentos que são administrados na forma unitária, como cápsulas, glóbulos, entre outros, facilitando a sua utilização. As atividades lúdicas desenvolvidas foram os jogos da memória, caça palavras, além da distribuição de folhetos informativos. Dessa forma, foi possível mostrar para os alunos que a matemática não deve ser tratada como disciplina isolada, mas interligada com as teorias e práticas existentes no nosso cotidiano e na área farmacêutica, contribuindo com a promoção da saúde. Na avaliação realizada em 2017 por meio da aplicação de um questionário estruturado receberam pontuação máxima, por parte do público alvo, a organização da atividade, a novidade e a clareza do tema abordado e a atenção recebida pelos monitores, ou seja 100% dos alunos consideraram excelentes. Sobre a escolha do tema, 97% consideraram excelente e 3% regular. Sobre a relevância do tema, 94% acharam excelente e 6% regular. 88% consideraram as atividades recreativas excelentes, 6% consideraram regulares e 6% não responderam. 82% achou boa a iniciativa de levar a atividade até a sua escola, 3% considerou a proposta regular e 15% não responderam.

Conclusão/Considerações Finais

As atividades de extensão desenvolvidas na SNCT representam uma forma de retribuir a comunidade à contribuição de cada indivíduo no custeio dessas universidades públicas e refletem o compromisso da UFRJ em sensibilizar esse público na temática CT estimulando a entrada desses jovens nesse universo. SOUSA (2000) afirma que a extensão é o instrumento necessário para que o produto Universidade – a pesquisa e o ensino – esteja articulado entre si e possa ser levado o mais próximo possível das aplicações úteis na sociedade e, ainda, que a Universidade deve estar presente na formação do cidadão, dentro e fora de seus muros. Na realização do trabalho prestado aos cidadãos, cuja finalidade é a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, “a extensão, enquanto responsabilidade social faz parte de uma nova cultura, que está provocando a maior e mais importante mudança registrada no ambiente acadêmico e



corporativo nos últimos anos.” (CARBONARI; PEREIRA, 2007). A extensão possui papel essencial, tanto na vida dos acadêmicos, que colocam em prática tudo o que aprenderam em sala de aula, quanto na vida das pessoas que usufruem deste aprendizado. Torna-se muito mais gratificante para os que estão na condição de aprender, já que contribuem para um mundo melhor. A população recebe o aprendizado e é beneficiada no que se diz respeito ao desenvolvimento na vida de cada ser, provocando assim, mudanças sociais (RODRIGUES ET AL, 2013). Embora tendo sido avaliado, pelo público alvo, apenas o ano 2017 nota-se um interesse grande pelas atividades identificando a importância dessa interação universidade-escolas. Num país onde o acesso à educação ainda se encontra muito aquém do esperado, sensibilizar o estudante de ensino fundamental e médio sobre o valor do conhecimento torna-se um desafio. Analisando-se o percurso de participação da FU na SNCT sabemos que, apesar dos esforços implementados durante todo o processo de estruturação da SNCT na UFRJ, poucos alunos conseguem sair do evento com informações sedimentadas a partir das atividades vivenciadas, mas a cada ano, esse número aumenta. Assim, é preciso persistir e buscar sempre oferecer atividades atrativas que estimulem o gosto pela ciência, tecnologia e inovação para que, no futuro, esses jovens modifiquem, para melhor, a realidade do local onde vivem.

Referências

MENDONÇA, S. G. L.; SILVA, P.S. Extensão Universitária: Uma nova relação com a administração pública. In CALDERÓN, A.I. e SAMPAIO, H. (orgs). **Extensão Universitária: ação comunitária em universidades brasileiras**. São Paulo, v. 3, p. 29-44, 2002.

SOUSA, Ana Luiza Lima. **A história da extensão universitária**. 1. ed. Campinas: Ed. Alínea, 2000.

CARBONARI, Maria; PEREIRA, Adriana. **A extensão universitária no Brasil, do assistencialismo à sustentabilidade**. Disponível em: <<http://www.sare.unianhanguera.edu.br/index.php/reduc/article/viewArticle/207>>.

Acesso em: 26 ago. 2012.

RODRIGUES, A.L.L; PRATA, M. S.; BATALHA, T.B.S.; COSTA, C. L. N. A.; NETO, I. F. P. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 1, n.16, p. 141-148, mar. 2013.



PROJETO ACOLHER: ATENÇÃO PSICOLÓGICA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

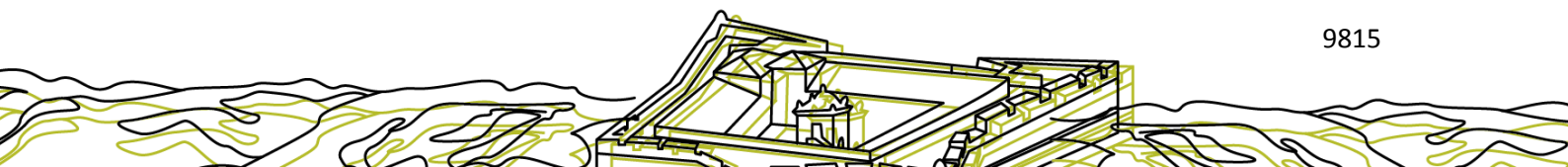
Área Temática: Saúde

Symone Fernandes de Melo¹; Clara Maria Melo dos Santos²; Patrícia Karla de Souza e Silva³; Thalita Trajano da Fonseca Santos⁴; Manuella Bila de Melo⁵; Ingrid de Carvalho Lavor⁶; Bruna Cardoso Wanderley⁷; Laís Esterfânia de França Maia⁸; Juliana de Oliveira Silveira⁹; Marinna Rezende de Lucena Marinho¹⁰; Karina Silva de Paiva¹¹; Marianna Louise Camarão de Medeiros Nóbrega¹²

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Resumo

A medida protetiva de Acolhimento Institucional revela-se extremamente importante na rede de proteção à infância e adolescência. No município de Natal, ocorre nas Unidades de Acolhimento Institucional e em instituições do tipo Casa Lar. Tais espaços abrigam crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, cujos pais, também vítimas de um contexto social adverso, não conseguiram prover a necessária proteção em seu processo de desenvolvimento. Os acolhidos permanecem institucionalizados no decurso de processos judiciais, os quais podem culminar no retorno à família de origem ou na perda do poder familiar e, neste último caso, continuam na instituição enquanto aguardam uma possível adoção. Na vivência do acolhimento são inúmeros os desafios enfrentados: a separação abrupta da família, a inserção em ambiente institucional, a incerteza quanto ao futuro. Nos casos de destituição do poder familiar, o rompimento definitivo dos vínculos familiares e a oportunidade, ou não, de integração em um novo grupo familiar. Diante do exposto, desde 2010, vem sendo desenvolvido no Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA), da UFRN, um projeto de extensão que objetiva proporcionar atenção psicológica a crianças e adolescentes em acolhimento institucional, sob a forma de psicoterapia. Tal intervenção pauta-se no método fenomenológico e na Filosofia da Existência. Contempla-se, ainda, o acompanhamento das famílias e a articulação com a rede de proteção. Tal projeto acontece em parceria com a 2ª Vara da Infância e Juventude e as instituições de Acolhimento. Até o momento, foram atendidos aproximadamente cento e trinta crianças e adolescentes, registrando-se mais de mil e quinhentos atendimentos, envolvendo alunos da graduação e pós-graduação em Psicologia, profissionais voluntários e técnicos do SEPA. Desta forma, o projeto tem contribuído com a formação discente e provocado um impacto social



importante, ao dedicar-se ao cuidado a uma população em situação de intensa vulnerabilidade.

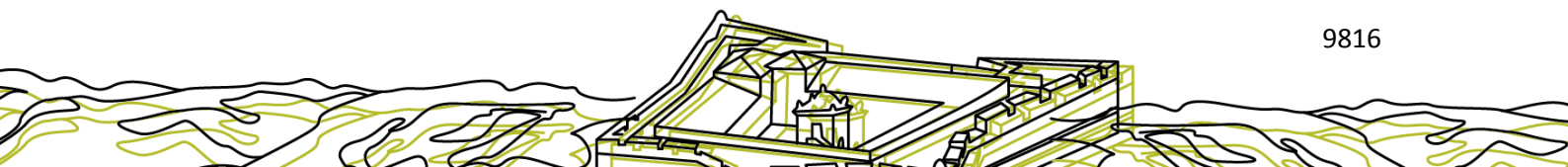
Palavras-chave: acolhimento institucional; psicoterapia; vulnerabilidade.

Introdução

O Projeto Acolher, de extensão universitária, em curso desde o ano de 2010, visa prover atenção psicológica a crianças e adolescentes que estão sob medida protetiva de Acolhimento Institucional. Tal medida pode ser aplicada sempre que houver ameaça ou violação aos direitos da criança e do adolescente, conforme previsto nas normativas que tratam do tema.

A Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, a Lei 12.010 de 2009 (Nova Lei da Adoção), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742 de 1993 e o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006) são instrumentos legais que contemplam a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Neste cenário, o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990) destaca-se como símbolo de uma mudança de paradigma configurada na Doutrina da Proteção Integral, que tem como fundamento a trilogia liberdade-respeito-dignidade. Tal Doutrina conduziu a uma nova proposta de atenção às crianças e aos adolescentes, com desdobramentos no tocante ao acolhimento institucional. Indiscutivelmente, a família, quando cumpre o papel de preservar e promover a integridade e o desenvolvimento físico, psíquico e social da criança, é o melhor lugar para sua permanência. A qualidade dos cuidados parentais que uma pessoa recebe na infância é vital para a sua sobrevivência e saúde mental. No entanto, nem sempre os pais conseguem responsabilizar-se pelo cuidado dos filhos. Trata-se de um cenário complexo. A falta de condições econômicas, sociais e culturais, assim como de políticas públicas eficazes dirigidas à família em situação de vulnerabilidade, aponta que os fracassos familiares são também fracassos sociais. As famílias que vitimizam, que “abandonam” suas crianças são também famílias abandonadas (ALBORNOZ, 2009).

Para assegurar os direitos deste público que se encontra em situação de vitimização no contexto familiar, o poder judiciário pode recorrer à medida protetiva de Acolhimento Institucional. Trata-se de medida excepcional, devendo constituir-se numa proteção temporária à criança e ao adolescente enquanto são garantidas as condições necessárias para o retorno à família de origem ou, na impossibilidade disto, colocação em família substituta. As crianças e adolescentes são encaminhados às instituições de acolhimento a partir de iniciativas diversas, de sua própria família, do Conselho Tutelar, das Delegacias responsáveis pelas crianças e adolescentes, das Varas da Infância e Juventude, dentre outros (RIZZINI; RIZZINI, 2004).



As crianças e adolescentes que chegam às instituições de acolhimento encontram-se, por motivos diversos (abandono, negligência, outros tipos de violência), em situação de risco. Segundo Rizzini e Rizzini (2004), seja qual for a origem destas crianças, todas apresentam alguns traços em comum, relatados em entrevistas:

Histórias marcadas pela descontinuidade de vínculos e trajetórias, constantes mudanças e rompimentos de seus elos afetivos, além de uma grande demanda por atenção e cuidados que poucas vezes é correspondida. Com frequência, a urgência de serem ouvidas e terem suas necessidades atendidas são os mais fortes elementos que surgem em suas falas. (p. 52).

Alguns estudos, partindo de diferentes referenciais, apontam características observadas nas crianças em acolhimento institucional, relacionando-as às suas histórias de vida e ao contexto de institucionalização.

Zem-Mascarenhas e Dupas (2001) realizaram pesquisa a fim de conhecer a experiência da criança institucionalizada. Tomando por referencial o Interacionismo Simbólico, coletaram dados por meio de atividades em grupo e entrevistas individuais. Os resultados apontam que as crianças em acolhimento revelam uma relação conflituosa com a institucionalização, valorizando a provisão de recursos materiais, mas expressando a falta do seu passado com a família.

Alexandre e Vieira (2004) estudaram a relação de apego entre crianças em acolhimento institucional. Participaram da pesquisa crianças entre três e nove anos de idade e foi utilizada a técnica de observação do sujeito focal e a técnica de registro de comportamento por amostragem de tempo. Nos resultados, os autores destacam a importância da relação fraterna e entre pares. Na amostra estudada, os irmãos mais velhos demonstraram preocupação com os mais novos, sendo as meninas mais sensíveis e responsivas às demandas das crianças menores. Observou-se que a imagem da família era representada pela figura materna e que, na falta de um adulto significativo, as crianças em situação de acolhimento formavam relações umas com as outras. Por fim, os autores evidenciam o potencial da brincadeira social no estabelecimento das interações afetivas e o importante papel que a rede de apoio social pode ter no desenvolvimento da resiliência destas crianças.

Wathier e Dell’Aglío (2007) estudaram a manifestação de sintomas depressivos e o impacto de eventos estressores em crianças e adolescentes institucionalizados. Foram aplicados o *Children’s Depression Inventory* e o Inventário de Eventos Estressores na Infância e Adolescência numa amostra composta por 257 jovens com idade entre 7 e 16 anos. Destes, 130 residiam em abrigos e 127 moravam com suas famílias. Os jovens institucionalizados apresentaram maior exposição a situações potenciais de risco e maior manifestação de sintomas depressivos. Tal dado também é evidenciado no trabalho de Álvares e Lobato (2013), que alertam para a alta incidência de sintomas depressivos entre

crianças em acolhimento institucional e, em estudo com 23 crianças/adolescentes sob tal medida protetiva, utilizando o Inventário de Depressão Infantil – *Children's Depression Inventory* – CDI, mostraram que 35% das crianças/adolescentes participantes obtiveram percentil considerado clinicamente significativo, e outras 35% apresentaram percentil aproximado ao que acusa sintomatologia depressiva.

Vectore e Carvalho (2008), por sua vez, realizaram entrevistas semiestruturadas com a equipe técnica de uma instituição acolhimento, representada pelo gestor, assistente social, secretário, cinco profissionais denominadas “mães sociais” e duas “mães folguistas”. Buscaram compreender o universo da criança na vivência do acolhimento institucional. Concepções de infância, concepções acerca da família de origem e aspectos relativos à formação de vínculos em contexto institucional foram problematizados na pesquisa. O estudo aponta diversidade nos pontos de vista entre os participantes envolvidos, bem como no cuidado no tocante ao trato diário da criança. A carência afetiva, as dificuldades com limites, os problemas escolares e a adultificação da sexualidade em algumas crianças são aspectos evidenciados. O espaço restrito para a criança manifestar seus desejos e necessidades é também ressaltado pelas autoras.

Brito e Anthony (2010), em estudo sobre a dinâmica psicológica de crianças em situação de acolhimento, destacam que tais crianças tentam se ajustar criativamente ao ambiente institucional, recorrendo a mecanismos defensivos que visam protegê-las dos sentimentos de desamparo, insegurança e rejeição. As autoras referem que crianças abrigadas precocemente podem apresentar falta de autodomínio emocional, o que as leva a comportar-se de forma agressiva. Elas podem demonstrar falta de confiança própria e nos outros seres humanos, como também dificuldade em formar vínculos afetivos. Por vezes, mostram-se socialmente retraídas, podendo, ainda, buscar agradar sempre aos outros. Parece ser comum encontrar crianças com “hiperatividade”, como também muito apáticas, por terem sido pouco estimuladas (BRITO; ANTHONY, 2010).

Cabral, Francischini e Cid (2012), em estudo sobre acolhimento institucional e desenvolvimento moral, no qual empreendem análise documental, observações sistemáticas e procedimentos expressivos com crianças de quatro a seis anos, discutem que o abrigo, intencionalmente ou não, com suas rotinas preestabelecidas e dissolução de singularidades, acaba por habituar as crianças a rupturas e imposições advindas do exterior, de modo que as mudanças passam a ser usuais e incorporadas sem questionamento.

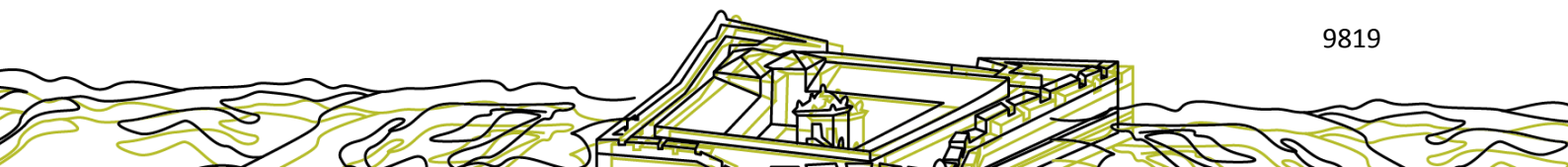
O trabalho com crianças em acolhimento, segundo Melo et. al. (2013) confronta o psicólogo com a experiência da inospitalidade do mundo em etapas precoces da vida, o que mobiliza as disposições afetivas, sendo tal mobilização também apontada por Moreira (2014). Tais crianças precisam de um cuidado autêntico, consistente e coerente para seguir com confiança o curso de sua história. Cagnani (2016) ressalta o papel da escuta e do cuidado no contexto do acolhimento institucional e alerta que as dificuldades e

adversidades típicas da adolescência podem ser duplicadas pela singularidade da vida em instituições de acolhimento (p. 107). Carvalho et al. (2016), em estudo sobre a percepção de crianças e adolescentes em acolhimento institucional acerca de seu cuidado subjetivo, ressaltam o sentimento de solidão, a necessidade de proteção, a falta de referências e a sensação de vazio como aspectos que remetem à importância de uma maior ênfase ao cuidado que contempla as experiências pessoais, sentimentos, valores e vivências singulares no enfrentamento da medida protetiva. Os autores evidenciam a diferença entre a experiência de crianças e adolescentes em acolhimento, identificando nas crianças experiências mais positivas e problematizam esse dado.

Essa breve revisão de alguns estudos, que não pretende ser exaustiva, evidencia, de diferentes formas, o sofrimento decorrente do processo de acolhimento institucional, o que aponta a necessidade de pesquisas e projetos de intervenção que possam subsidiar mudanças no tocante ao desenvolvimento desta medida de proteção dirigida à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade social.

No âmbito deste Projeto, ao dirigir o olhar à infância, partimos da Fenomenologia Existencial, mais especificamente, das ideias do fenomenólogo francês Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). A Fenomenologia é aqui tomada como um caminho “de entrar em contato com os fatos, de compreendê-los em si mesmos, de os ler e decifrar de uma maneira que lhes dê sentido”, (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 5). Merleau-Ponty, em seus cursos sobre a pedagogia e psicologia da infância, ministrados na Sorbonne, (1949-1952) destaca as manifestações expressivas da criança, que ocorrem desde etapas muito precoces, quando já demonstra uma capacidade de relação com o exterior. Este enfatiza que a criança não é um adulto em miniatura, nem um ser inacabado e imperfeito, mas que esta tem um modo próprio de ser e exprimir o mundo. “A percepção, as relações de causalidade captadas pela criança não são reflexo dos fenômenos externos, nem simples triagem de dados oferecidos pelo meio, mas uma ‘configuração’ de sua experiência”. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 299). Acrescenta, ainda, que na forma como a criança percebe o mundo e constrói conhecimento subjaz uma função mais profunda, que envolve a afetividade. No trabalho terapêutico com a criança, pois, o primeiro desafio está em abandonar o olhar adultocêntrico com o qual comumente vemos a infância e positivar a experiência infantil.

Adultos e crianças habitam o mesmo mundo, diferem apenas no modo de viver nele, de apreendê-lo; a criança pequena é mais vivencial do que reflexiva. O seu modo de ser e estar encontra-se numa dimensão de vida pré-reflexiva, que revela um tipo de pensamento que difere do pensamento usual do adulto. Por ser pré-lógica e pré-objetiva, a criança pequena está mergulhada, entregue, imersa na experiência de conhecer e viver o mundo – mundocentrada. Ela transita por outra lógica, outros modos de pensar, sentir e agir. (MACHADO, 2007; 2013). O caminho para conhecer a criança é, portanto, relacional e observacional.



O mundo da criança é afetado por instabilidades e incoerências; desvelando-se como promessa, mas também como ameaça; a infância traz limites e conflitos às crianças, pois o mundo oferece restrições à sua ação e liberdade. Nesta dialética se formará a sua conduta e o seu ser. Se refletirmos sobre as crianças contempladas por esse projeto, cujas histórias são marcadas por rupturas e violências, podemos pensar que o mundo traz a estas mais ameaças que promessas. O mote da fenomenologia da infância é deixar a criança ser o que ela é, sem nunca a deixar à deriva (MACHADO, 2007). A mediação cuidadosa do adulto revela-se, pois, fundamental para que a criança possa mergulhar em seu mundo.

O espaço psicoterápico pode possibilitar à criança a oportunidade de “ser” criança e presentificar o vivido, em seus modos peculiares de expressão. Positivar os fenômenos infantis, depurando-os, sem idealizações, nem julgamentos é o papel do adulto (MACHADO, 2013), neste caso, do psicoterapeuta. A psicoterapia deverá constituir-se em um lugar no qual a criança pode mergulhar na “zona de ambiguidade do onirismo”, própria da experiência infantil, com segurança. Para tal, o terapeuta deve, nas palavras de Machado (2013),

Buscar a compreensão da criança em seus modos de ser e estar, em seu aqui-agora, na sua presença possível, pela observação adulta atenta e cuidadosa, necessariamente simples e pueril, para comunicar-se de forma direta e concreta com a criança, na presentificação de estados e atmosferas relacionais, conjuntas: gesto e palavra de co-pertença. (p. 251).

Considerando o exposto, o projeto Acolher justifica-se, portanto, a partir de quatro argumentos prioritários. 1. A possibilidade de acompanhamento psicológico a crianças e adolescentes em acolhimento institucional, cujas trajetórias de vida são marcadas por inúmeros fatores de risco à saúde psíquica. A experiência já acumulada no trabalho com este público, assim como os dados da literatura apontam para um intenso sofrimento psíquico por parte desta população e o registro recente de suicídios por parte de adolescentes em acolhimento em nosso município requer alerta e cuidadosa atenção. O atendimento às crianças e aos adolescentes durante o período de acolhimento proporciona um espaço para uma apropriação reflexiva do vivido, incrementando a resiliência a partir da expressão dos sentimentos e compreensão da experiência; 2. A oportunidade que vem sendo dada a alunos da graduação e pós-graduação em Psicologia de uma capacitação para o trabalho terapêutico com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. 3. A responsabilidade social da Universidade, cabendo à instituição contribuir no processo de proteção à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade social. O projeto de extensão, no formato proposto, implica em um papel mobilizador, por parte desta instituição, no tocante ao trabalho em rede no contexto em foco, possibilitando uma articulação entre ensino, pesquisa e extensão e provocando um impacto social. 4. O

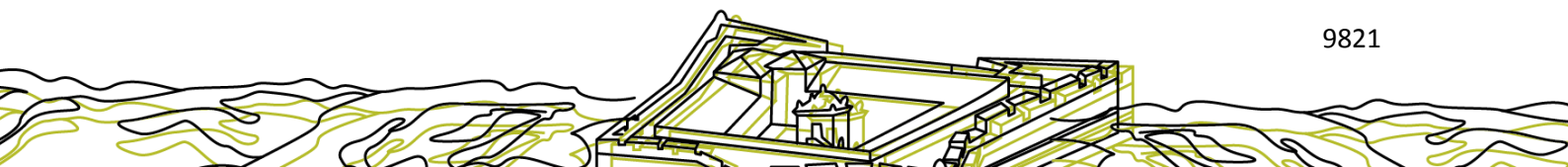
potencial do projeto para fomentar a produção acadêmica, dando origem, ao longo do tempo, a publicações científicas.

Considerando o exposto, o presente projeto tem por objetivos prover atenção psicológica a crianças e adolescentes em acolhimento institucional, sob a forma de ludoterapia/psicoterapia, de modo a possibilitar uma apropriação reflexiva da experiência vivida e favorecer o incremento da resiliência; Capacitar alunos de graduação e pós-graduação em Psicologia e profissionais voluntários para a intervenção psicológica com crianças em acolhimento institucional; Contribuir com o processo de reintegração familiar das crianças em atendimento e, quando for o caso, da colocação em família substituta (guarda e adoção); Fomentar a articulação entre as instâncias que atuam na medida protetiva de acolhimento e contribuir para o avanço do conhecimento neste campo.

Metodologia

O projeto de extensão é desenvolvido no Serviço de Psicologia Aplicada, em articulação com a 2ª Vara da Infância e Juventude da Comarca de Natal, as Unidades de Acolhimento I, II e III e a ONG Aldeias Infantis SOS. A atenção psicológica abrange:

- Atendimento ludoterápico/psicoterápico individual, fundamentado na perspectiva Fenomenológico-Existencial, a crianças e adolescentes em acolhimento institucional. Os atendimentos são realizados em duas salas especialmente organizadas para tal prática clínica, no Serviço de Psicologia Aplicada – SEPA, com periodicidade semanal;
- Acompanhamento/orientação às famílias envolvidas, seja no caso de retorno à família de origem (constituindo-se num suporte importante na prevenção da recorrência do acolhimento), seja no caso de adoção. Neste último caso, a inserção da atenção psicológica no estágio de convivência constitui-se em recurso importante frente às dificuldades inerentes ao período de adaptação, especialmente nos casos de adoção tardia;
- Realização de reuniões periódicas com a equipe técnica da 2ª Vara da Infância e Juventude da Comarca de Natal e profissionais das instituições de acolhimento para acompanhamento integrado das crianças e avaliação do desenvolvimento da proposta, assim como reuniões com profissionais da rede de atenção à infância e adolescência (Conselho Tutelar, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Unidades de Saúde, CRAS - Centro de Referência de Assistência Social e CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social) para discussão de casos específicos;
- Capacitação dos participantes e supervisão semanal de todas as atividades desenvolvidas pelos discentes e profissionais voluntários, realizada pela equipe de docentes deste projeto.



- Registro de todas as atividades desenvolvidas para realização de pesquisa, e compartilhamento da experiência em eventos científicos.

Resultados e Discussão

A partir de 2010, ano de início do Projeto, até o presente momento, foram atendidos em psicoterapia (ou ludoterapia), aproximadamente, 130 (cento e trinta) crianças e adolescentes, registrando-se, nos sete últimos anos, mais de 1.500 atendimentos realizados. Em tal trabalho, estiveram envolvidos em torno de 85 alunos da graduação e pós-graduação em Psicologia, além de profissionais voluntários (há lacunas nos dados estatísticos dos dois primeiros anos do Projeto).

No decurso dos anos de sua execução, o Projeto tem provocado um impacto social importante, ao voltar-se, numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, a uma parcela da população - crianças e adolescentes em acolhimento institucional, em situação de intensa vulnerabilidade. Tal impacto foi reconhecido, por ocasião da comemoração dos 25 anos do ECA, em 2015, a partir do registro documental, por parte do Conselho Regional de Psicologia (CRP-17), da relevância deste trabalho na proteção à criança e ao adolescente em nosso município.

Considerando-se a presença de tantos fatores de risco na história destas crianças e adolescentes e as possíveis repercussões de tal cenário no processo de subjetivação dos mesmos, ressalta-se a relevância da atenção psicológica durante o período de vigência da medida protetiva de acolhimento. Inseridas, ainda que temporariamente, em um ambiente institucional, e tendo histórias convergentes de violação de direitos, verifica-se não haver, muitas vezes, no período de acolhimento, o necessário espaço para a expressão das singularidades, circunstância esta que tem sido oportunizada pelo atendimento psicoterápico individual. O *feedback* das crianças e adolescentes tem evidenciado tratar-se de um importante espaço de acolhimento e reflexão. A avaliação das equipes técnicas das Unidades de Acolhimento corrobora a importância dos atendimentos e intervenções junto à rede de proteção.

A experiência na consecução do projeto tem desvelado dados convergentes com a literatura sobre o tema. A diferença entre a experiência de crianças e adolescentes sob medida protetiva, com uma avaliação mais positiva por parte das crianças, conforme apontado no estudo de Carvalho et al. (2016) é também evidenciada em nosso trabalho e suscita questões, apontando caminhos de pesquisa. A relação conflituosa com a institucionalização (ZEM-MASCARENHAS & DUPAS, 2001) e a relevância da relação fraterna e entre pares (ALEXANDRE & VIEIRA, 2004) são aspectos observados nos atendimentos. A presença de sintomas depressivos, sentimentos de solidão e desamparo e a falta da família, a busca de ajustamentos criativos, a passividade em algumas crianças e o uso da agressividade como um movimento de defesa por parte de outras, são também aspectos

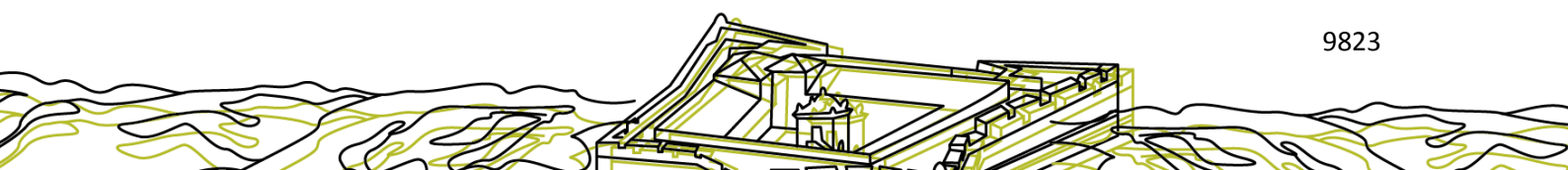
que se fazem presentes na prática clínica (ZEM-MASCARENHAS & DUPAS, 2001; WARTHIER & DELL'AGLIO, 2007; BRITO & ANTHONY, 2010; CABRAL, FRANCISCHINI & CID, 2012; ALVARES & LOBATO, 2013; CARVALHO ET AL., 2016), apontando a relevância de uma escuta especializada.

O envolvimento dos discentes no projeto vem, ao longo dos anos, contribuindo com o processo formativo dos mesmos. A participação destes contempla um estudo abrangente sobre a temática em foco, a prática supervisionada em ludoterapia/psicoterapia e a possibilidade de participação em um trabalho realizado em rede, com a articulação entre profissionais não somente da Psicologia, mas do Serviço Social, Pedagogia e Direito, colaborando, assim, para uma formação acadêmica crítica e reflexiva, que busca o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias a uma intervenção interprofissional, que articula teoria e prática e voltada às necessidades da sociedade em que vivem, conforme preconizado no projeto pedagógico do curso de formação em Psicologia.

As reuniões periódicas com profissionais da rede têm sido profícuas, facilitando um movimento de apoio mútuo entre os atores da rede, em um contexto de trabalho que envolve um intenso sofrimento psíquico também por parte das equipes e auxiliando na reflexão em relação aos melhores caminhos de cuidado para cada criança e adolescente em medida protetiva.

Nos últimos oito anos, o Projeto Acolher tem proporcionado a docentes, discentes e profissionais envolvidos um intenso e profundo aprendizado sobre a problematidade da existência. O contexto do Acolhimento Institucional desvela uma fratura ética importante em nossa sociedade, que aparece como resultante de um contexto de extrema desigualdade social, violação de direitos e restrição de oportunidades e perspectivas. Por vezes, em nosso trabalho, sentimo-nos impotentes frente à complexidade das questões que se colocam. Como psicoterapeutas, acompanhamos as crianças e adolescentes em situação de acolhimento em seus esforços para dar sentido ao vivido, ainda no início de suas trajetórias existenciais. Há em suas histórias rupturas recorrentes, que compõem biografias fragmentadas, às quais torna-se difícil compreender. Faltam-lhe referências. O mundo é apresentado a estas crianças de forma descontínua, confusa e ameaçadora. Por um lado, preservam a ludicidade e criatividade da infância, por outro, trazem questões cujo alcance, por vezes, desconhecem. Tendo um modo de ser mais vivencial que reflexivo, muitas “mergulham” na experiência de um mundo inóspito, defendendo-se do sofrimento como podem e buscando caminhos para seguir. Algumas não conseguem dar sentido a suas histórias por meio de recursos expressivos e simbólicos e desistem. Trabalhar em tal contexto exige, certamente, uma certa artesanania.

A partir da experiência acumulada no Projeto, fomos percebendo que trabalhar com estas crianças implicava em trabalhar com as famílias, com a rede de proteção, com a



sociedade em que vivem, o que exigiu ampliar a compreensão da clínica, de modo a abranger uma ação política. Temos, pois, ampliado o nosso escopo de intervenção. Para cuidar de cada criança que chega ao projeto precisamos compor uma rede de cuidado. Família, equipe técnica das Unidades, educadores sociais, profissionais do sistema de Saúde e Assistência Social, sistema de Justiça. Precisamos, ainda, fazer um movimento no sentido das estratégias de luta política para a garantia dos direitos dessas crianças. Por fim, cabe-nos dar-lhes esperança, o que somente é possível se tivermos convicção de que a mudança é possível e lutarmos por ela. Como lembra Paulo Freire, e estando no âmbito acadêmico, há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar. Afinal, precisamos, sempre, questionar: “Em favor de que estudo? Em favor de quem? Contra que estudo? Contra quem estudo? (...). O mundo não é, mas está sendo. A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho”. (FREIRE, 1996, p. 76-79).

Referências

- ALBORNOZ, A. C. G. Perspectivas no abrigamento de crianças e adolescentes vitimizados. In: ROVINSKI, S. L. R. & CRUZ, R. M. (Orgs.). **Psicologia Jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção**. São Paulo: Vetor, 2009. p.181-194.
- ALEXANDRE, D. T.; VIEIRA, M. L. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.2, 2004, p. 207-217.
- ALVARES, A. M.; LOBATO, G. R. Um estudo exploratório da incidência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. **Temas em Psicologia**, v. 21, n.1, 2013, p.151-164.
- BRITO, M. X.; ANTHONY, S. Abandono, abrigamento e adoção: o que os pais precisam saber sobre as crianças e a realidade dos abrigos. In: ANTHONY, S. (Org). **A clínica gestáltica com crianças: caminhos de crescimento**. São Paulo: Summus Editorial, 2010. p. 153-175.
- CABRAL, C. M. T.; FRANCISCHINI, R. & CID, L. V. Acolhimento Institucional e desenvolvimento moral: a generosidade em crianças de quatro a seis anos de idade em situação de abrigo. In: FRANCISCHINI, R.; MINCHONI, T.; FERREIRA, E. O. (Org.). **Crianças e adolescentes: percursos teórico-metodológicos de investigação em múltiplos contextos de desenvolvimento**. Natal: Editora da UFRN, 2012. p. 151-167.
- CAGNANI, I. J. R. P. **O trabalho do psicólogo no abrigo institucional**. São Paulo: Zagodoni, 2016.
- CARVALHO, C. F.; HAACK, K. R. RAZERA, J. & FALCKE, D. Qual a percepção de crianças e adolescentes em acolhimento institucional acerca do seu cuidado subjetivo? **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 7, n.1-2, 2016, p. 333-344.

- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- MACHADO, M. M. **A flor da vida: sementeira para a fenomenologia da pequena infância**. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2007.
- MACHADO, M. M. Fenomenologia e infância: o direito da criança ser o que ela é. **Revista de Educação Pública**, v.22, n.49, 2013, p. 249-264.
- MOREIRA, M. I. C., Os impasses entre acolhimento institucional e direito à convivência familiar. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. spe 2, 2014, p.28-37.
- MELO, S. F.; SANTOS, C. M. M.; OLIVEIRA, L. C. S. D.; OLIVEIRA, S. O. Atenção psicológica à criança em acolhimento institucional: o cuidado ao ser. In: PAIVA, I. L. et, al. (Orgs.). **Infância e Juventude em contextos de vulnerabilidades e resistências**. São Paulo: Zagodoni, 2013, p. 101-122.
- MERLEAU-PONTY, M. **Psicologia e pedagogia da criança: curso da Sorbonne**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Editora PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2004.
- VECTORE, C.; CARVALHO, C. Um olhar sobre o abrigo: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEEE)**, v. 12, n.2, 2008, p. 441-449.
- WARTHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, 2007, p. 305-314.
- ZEM-MASCARENHAS, S. H.; DUPAS, G. Conhecendo a experiência de crianças institucionalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, 2001, p. 413-419.

ESCUA EMERGENCIAL NO ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RISCO OCUPACIONAL COM MATERIAL PERFUROCORTANTE

Área Temática: Saúde

Victor Camargo Rossini¹; Lígia Gouveia²; Rafaela Elias³; Thaynne Nayara Félix Gonçalves⁴; Luiza Tomé do Nascimento⁵; Robert Sérgio de Almeida Costa⁶.

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo

Este trabalho apresenta um projeto de acolhimento e escuta emergencial de pacientes envolvidos em acidentes com materiais perfurocortantes, com riscos de contaminação de AIDS, hepatite C, hepatite B e sífilis. O grande número de acidentes chama atenção, uma vez que, pessoas com instrução de normas de segurança no ambiente de trabalho muitas vezes se perfuram, podendo ser contaminadas. Em meio a tantas ações de prevenção do Ministério da Saúde contra a doença, a infecção pelos vírus continua ainda recorrente nos dias de hoje. Neste sentido, mesmo sabendo dos riscos de contrair a doença e dos métodos preventivos, os sujeitos continuam adquirindo o vírus. O projeto é realizado na Universidade Estadual da Paraíba, no Núcleo de Biossegurança de odontologia e fundamentado teoricamente em Freud e Lacan. A escuta emergencial visa o atendimento com o objetivo de acolher a demanda do paciente naquele momento de possível angústia. A escuta, para a psicanálise, encontra-se vinculada ao conceito de inconsciente, que através da associação livre abre possibilidades de se implicar com suas questões de formações inconscientes. Frente ao desamparo do profissional que não sabe como lidar com essa complexidade, o acolhimento e/ou escuta psicanalítica funcionará como suporte, no que concerne a elaboração do luto frente o resultado dos testes que podem ser negativos ou positivos, e ainda, quando o resultado for soropositivo, ao enfretamento das questões impostas por essa nova realidade.

Palavras-chave: Escuta ; Psicanálise; Perfurocortante

Introdução

A propagação da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), doença infectocontagiosa causada pelo vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), desde os primeiros casos, sempre foi demarcada por muitos estigmas e preconceitos, criados e fortalecidos por grande parte da população. Atualmente, muitas pessoas, apesar das campanhas educativas estabelecidas pelo governo, continuam a contrai-la, e muitas dessas contrações têm decorrido de acidentes de trabalho, com sangue ou outros fluidos potencialmente contaminados, o que vem a ser bastante preocupante. Segundo

Ciorlia *et al* (2007) a manipulação de materiais contaminados com sangue ou secreção é inerente à própria atividade dos profissionais da saúde. Contudo, muitas vezes a manipulação dos materiais de maneira incorreta, aumenta o risco de acidentes dessa ordem. Os acidentes podem ter como consequência o contágio de doenças, tais como as hepatites B e C, sífilis e AIDS.

Os autores supracitados asseguram que a hepatite C é um sério problema de saúde pública mundial, não somente pelo grande número de pessoas infectadas pelo vírus (HCV), mas por se tratar de uma doença que pode ser contraída a partir de contaminação sanguínea. Mais de 180 milhões de pessoas no mundo são portadores crônicos do HCV, sendo 2 milhões no Brasil.

A transmissão do HCV por via parenteral inaparente direta pode estar possivelmente localizada no ambiente familiar. Em contrapartida, a transmissão por via parenteral inaparente indireta poderia estar relacionada com o contato com utensílios de uso pessoal ou por meio da contaminação de instrumental e utensílios contaminados com sangue infectado (CIORLIA *et al*, 2007).

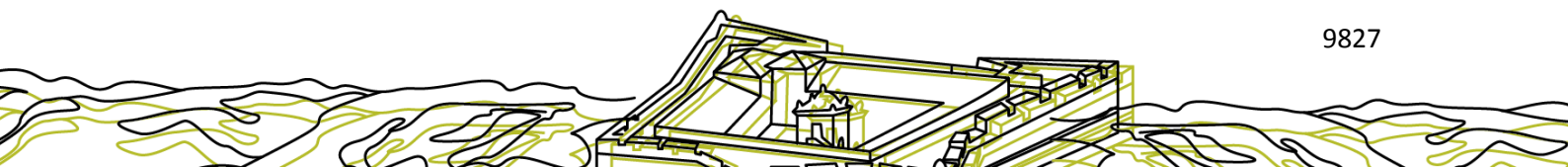
A hepatite do tipo B é uma doença infecciosa conhecida também como sorohomólogo. É considerada uma doença sexualmente transmissível, mas entre as causas de transmissão podem-se destacar a contaminação pela mãe gestante para o filho, no parto ou na amamentação, o compartilhamento de material para uso de drogas, quais sejam seringas, agulhas e cachimbos, de instrumentos que furam ou cortam e por transfusão de sangue contaminado.

O primeiro caso reconhecido da AIDS ocorreu nos Estados Unidos, em 1981. Esta ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo das doenças. O vírus da AIDS pode ser transmitido por relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação.

Atualmente, existem os medicamentos antirretrovirais – coquetéis antiaids que aumentam a sobrevivência dos soropositivos. Os remédios buscam manter o vírus sob controle o maior tempo possível. A medicação diminui a multiplicação do AIDS no corpo, recupera as defesas do organismo e, como consequência, aumenta a qualidade de vida do soropositivo.

Segundo Fauci *et al* (2008), a sífilis, uma infecção sistêmica crônica, em geral é sexualmente transmitida e caracteriza-se por episódios de doença ativa, interrompidos por períodos de latência. A doença é caracterizada como um problema de saúde de âmbito mundial, com estimativa de 12 milhões de novas infecções por ano.

A sífilis pode ser transmitida de uma pessoa para outra através do sexo sem preservativo com alguém infectado, a partir da transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação ou o parto. Faz-se necessário que todas as pessoas que possuem vida sexual ativa realizem o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, tendo em vista que a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascimento.



Em vista disso, tem chamado atenção o crescente número de profissionais e estudantes da área de saúde que se colocam em risco com materiais perfurocortante.

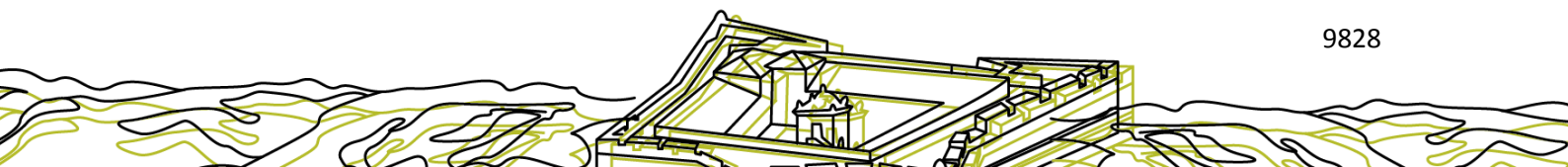
No espaço em que esse projeto é desenvolvido busca-se viabilizar o acolhimento psicológico aos estudantes e profissionais da Cidade de Campina Grande/PB, que estão dentro deste quadro de risco ocupacional, advindo do manejo de materiais perfurocortantes, assim como ao paciente fonte do acidente. O acolhimento ofertado às demandas trazidas pelos acidentados pauta-se no processo de Escuta Psicanalítica, em grupo ou individual, pois “a escuta adquire um lugar central na psicanálise” (ALONSO, 2005). Esta escuta caracterizada como emergencial, nos momentos que os pacientes e estudantes vêm cheios de angústia e demanda por algo que pode potencialmente mudar a vida deles para sempre e terem que reelaborar toda uma rotina por culpa de um breve acidente. De acordo com Neves e Rollo (2006), o acolhimento deve oferecer condições para que exista uma relação de confiança e compromisso dos usuários em relação à equipe, expressando uma atitude inclusiva, porém não pressupondo que isso aconteça por parte de um profissional específico, mas sim de saberes compartilhados.

Para Matumoto (1998), o acolhimento não é uma ferramenta assistencial realizada somente nos consultórios, mas deve ser um processo a ser desenvolvido desde a chegada do usuário no serviço, sendo também considerado como um processo de relações humanas. Olhar para esse acolhimento é olhar para esse encontro que se estabelece entre trabalhador e usuário.

Ainda segundo Zenoni (2000) o trabalho de acolhimento da instituição diz respeito a uma necessidade social, em que as demandas existentes vão para além dos consultórios, mas seguidas de “fenômenos clínicos, a certos estados da psicose, a certas passagens ao ato, a alguns estados de depauperamento físico, que podem levar o sujeito à exclusão social absoluta e até a morte” (p.14-15). Para Sérgio de Mattos (2003), este é um lugar próprio da psicanálise, ou seja, o lugar de acolher aquilo que é impossível de suportar. O sujeito segue no caminho da repetição, gozando com seu sofrimento. O que se busca numa intervenção é descobrir ou elaborar um significante que faça corte, produzindo para este sujeito um sentido outro, que o coloque num lugar seguro frente ao gozo que o atormenta.

É preciso estabelecer também uma diferença essencial existente entre o que é ouvir e escutar. Ouvir pode ser remetido ao sentido da audição, ao próprio ouvido, enquanto escutar significa dar ouvido a algo, prestar atenção do que está sendo dito, sendo esta atenção uma função específica da escuta. Ao nos orientarmos por Freud (1912), dizemos que a atenção é flutuante, ou seja, não se detém em nenhum ponto específico da fala.

Freud inaugura o tempo da escuta ressaltando a singularidade de sentidos daquilo que está sendo enunciado e estabelecendo a comunicação entre paciente e analista, em que um chega com palavras demandando o desejo de ter sua dor compreendida, enquanto o outro escuta as palavras vendo nestas as vias de acesso ao



desconhecido, buscando nestas mais do que padrões de adaptação aos costumes de sua época.

A escuta, para a Psicanálise, encontra-se vinculada ao conceito de inconsciente, onde a partir da associação livre de palavras há uma possibilidade para se investigar as próprias formações inconscientes, como por exemplo, os sonhos, que podem ser trabalhados por meio de relatos, na intenção de encontrar um sentido oculto para estes.

Segundo Alonso (1988), é na associação livre que se vai produzindo um deslocamento da imagem, do fato como fixo, incluindo-se em múltiplas imagens, cujas combinações se possíveis vão se multiplicando, a excitação explícita no gaguejar de uma palavra, o sentido duvidoso de uma frase mal construída, onde não passam despercebidas à escuta sutil da atenção flutuante. Ao mesmo tempo em que o paciente fala, ele também se escuta.

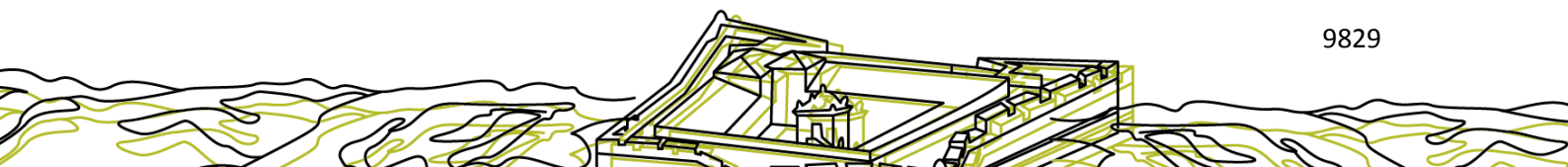
A escuta, portanto, não é passiva, mas ativa. Não se prende ao que está sendo dito, mas é provocativa no sentido de colocar o sujeito em movimento, fazendo-o falar e se deparar com seu não saber, colocando-se diante de si mesmo e do mundo e levando-o a se examinar. A psicanálise enfatiza a importância do resgate da singularidade desse sujeito por meio de sua fala e de estar atento ao desejo inconsciente que está sendo dito, onde para Lacan (1979), é preciso estar atento ao que ouve.

A situação analítica é, portanto, uma situação de comunicação, onde nem sempre aquilo que é falado é lógico ou de fácil decifrar, necessitando assim de outro tipo de escuta, para que aquilo que habita o paciente possa ser apreendido por ele mesmo.

Sobre a elaboração do luto, a AIDS é uma síndrome, que leva o sujeito a vivenciar diversos lutos pelos limites impostos, pelas perdas emocionais, sociais e da própria condição física. Diante da confirmação de um diagnóstico positivo de AIDS, o paciente se encontra em meio a perdas que podem ser sentidas das mais variadas maneiras, atingindo o seu comportamento, sua saúde e também as suas relações com o outro. Para Veras (2007), a emergência da questão da morte é quase evidente em um diagnóstico positivo para o vírus da AIDS, evocando esses pensamentos e fantasias, pois além de ser uma epidemia mundial que já dizimou muita gente, a AIDS tem um significado que passa também pela morte psíquica.

Nesse sentido, a angústia dos pacientes soropositivos também tem relação com a confrontação com o desconhecido, que se mostra de forma antecipada no diagnóstico de AIDS positivo. Por esse motivo, Freud ([1913] 1980) coloca que nunca estaremos suficientemente prontos para a aceitação da morte, considerando que no inconsciente estamos convencidos de nossa imortalidade, vivendo na impossibilidade de pensar e falar sobre uma experiência pela qual nunca passamos, deparando-nos com as nossas limitações, num desafio à nossa onipotência.

Nessa perspectiva, segundo Kübler-Ross (1996), o paciente que toma conhecimento de uma doença terminal passa por etapas típicas de reações ao diagnóstico, quais sejam: negação e isolamento; raiva; revolta, irritação, inveja e



ressentimento; barganha; depressão; e por último a aceitação, que corresponde ao processo de elaboração do luto.

Para Freud (1914/1996), o luto “é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal etc” (p. 47). Segundo o referido autor, não é comum considerar o luto como estado patológico, tampouco realizar encaminhamento para tratamento médico, visto que é habitual confiar que será superado depois de algum tempo, muitas vezes considerado inadequado ou até mesmo prejudicial perturbá-lo. Em contrapartida, Freud (1914) afirma que o luto acarreta graves desvios da conduta normal da vida. Nesse sentido, é necessário que o sujeito diagnosticado como portador do vírus AIDS elabore os diversos lutos que o processo de adoecimento lhe implica, deixando o ego novamente livre e desinibido para novos investimentos, uma vez que, ainda segundo Freud (1914), o luto absorve o ego a ponto de inibi-lo e estreitá-lo, emergindo no sujeito a falta de interesse pelo mundo, que se torna pobre e vazio, e um estado de ânimo doloroso.

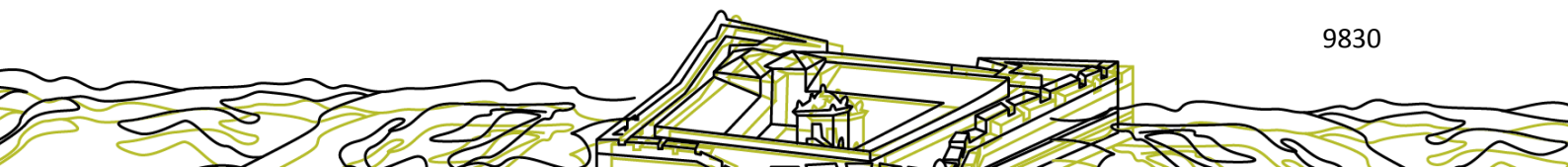
Depois de passado o impacto inicial, algumas questões subjacentes ao diagnóstico vêm à tona: angústias sobre a morte, preconceitos sofridos, a forma de relacionar-se afetiva e sexualmente, culpas relacionadas à sua contaminação, às relações com o cônjuge, ao futuro dos seus dependentes, entre outras.

Nesse momento difícil, deve-se buscar com o sujeito a possibilidade de continuar sua existência por meio do resgate do desejo pela vida, para que ele possa sentir-se um ser humano, antes de se sentir um indivíduo soropositivo. O momento da comunicação do diagnóstico é de suma importância e necessita ser compreendido como um momento de acolhimento dos sentimentos que surgirem e de elaboração do luto, onde o novo mundo é apresentado ao sujeito, adiando até que isso lhe seja suportável, no qual o sujeito recria seu mundo a partir de suas ressignificações diante do diagnóstico e da vida.

A linguagem faz parte do processo singular de construção de cada sujeito, uma vez que de acordo com a fala dos sintomas por parte do analisando, estes mesmos sintomas vão se modificando a partir da implicação do sujeito naquilo em que ele se queixa. A linguagem tem efeito de transformação da realidade do sujeito, a realidade do gozo, que vai além do prazer e que traz sofrimento.

Segundo Valas (2001), o desejo do sujeito não deve ser confundido com a necessidade, visto que apesar de o ser humano saber o que lhe é necessário para suprir as suas necessidades (fome, sede etc), em relação às necessidades sexuais (não racionalizáveis) pode ser levado a situações extremas. Freud (1973) nomeia essa tendência enigmática como desejo sexual.

Para Dias (2006), já numa perspectiva lacaniana, o desejo circula na demanda endereçada ao Outro, disfarçado na enunciação da fala do sujeito, na qual cabe avaliar a sua presença e a verdade que o desejo oculta, sendo, portanto, nas entrelinhas que se situa a verdade do inconsciente. Para Lacan *apud* Dias (2006), a fala, ao ser libertada, “deixa escapar, para além do vazio de seu dizer, o apelo do sujeito à verdade, que já está inscrita em alguma parte no inconsciente”.



Aliada a essa verdade, o sujeito deseja encontrar também um objeto essencial, mas que foi perdido desde sempre, pois há apenas uma sensação de que esse objeto foi encontrado na primeira experiência de satisfação ocasionada na relação mãe-bebê, visto que o leite materno vem carregado de sentimentos e sensações, que o faz sentir uma sensação de prazer única, para além da função de nutrição e satisfação da necessidade.

Nesse contexto, encontra-se o conceito de pulsão, como aquilo que está entre o psíquico e o somático e para além da necessidade, nunca satisfeita. Há, portanto, uma incessante busca pela satisfação semelhante ao prazer sentido quando bebê, mas que nunca será encontrada, pois está perdida, sendo a falta desse objeto o que move o desejo (o objeto causa de desejo / o objeto de angústia por excelência).

Para Dias (2006), “o que o sujeito busca é o que há para ser encontrado; e mais, se ele procura, é porque existe algo a ser encontrado. A única coisa a ser encontrada é, em última instância, o seu destino, marcado pela autonomia e prevalência da pulsão de morte” (p.404).

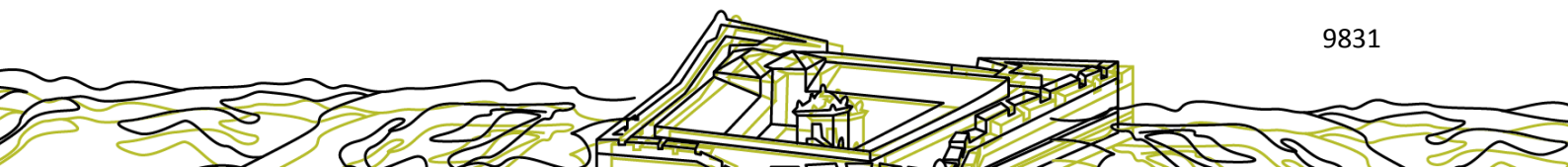
Nesse contexto da pulsão de morte, do sentimento de desligamento da vida, problematiza-se aqui uma possível causa da contínua propagação da AIDS. Em meio a tantas ações do Ministério da Saúde de prevenção contra a doença, a infecção pelo vírus AIDS continua ainda recorrente nos dias de hoje. Mesmo sabendo dos riscos de contrair a doença e dos métodos preventivos, os sujeitos continuam adquirindo o vírus, encontrando-se assim uma esfera da doença como desejo.

No campo do gozo, segundo Freud (1920/1996), se manifestam, como prazer na dor, fenômenos repetitivos que podem ser remetidos à pulsão de morte. Para Lacan (1979), a pulsão de morte é “uma pulsação de gozo que insiste na repetição da cadeia significante inconsciente. O prazer e o gozo não pertencem ao mesmo registro. O prazer é uma barreira contra o gozo, que se manifesta sempre como excesso em relação ao prazer, confinando com a dor”.

Nesse sentido, pode-se considerar que existe um gozo não identificado pelos sujeitos, que mesmo sabendo dos riscos e da prevenção, acabam adquirindo a doença, o que se situa como um fenômeno que se manifesta como prazer na dor de receber o diagnóstico, por exemplo, na medida em que o sujeito busca o que há para ser encontrado, com a prevalência da pulsão de morte.

Desse modo, segundo Veras (2007), o impacto da AIDS na subjetividade é um dos desafios da clínica contemporânea, visto que há uma angústia presente nos pacientes soropositivos, os quais trazem reflexões acerca de questões como a morte, a vulnerabilidade, a onipotência, podendo ser ressignificada através da escuta psicanalítica e da transferência, seja em tratamentos prolongados ou em modalidades de atendimento emergenciais, como os ocorridos em plantão de escuta.

No caso de “prognóstico fechado”, como a AIDS, por exemplo, em que os tratamentos e as chances de cura são menores, pode-se, a partir da clínica ampliada, optar pelo Projeto Terapêutico Singular, no qual o sofrimento é tratado a partir da



diferença e da singularidade de cada paciente, fazendo com que ele perceba que possui um grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença.

Por sua vez, a palavra acolhimento como ato ou efeito de acolher, expressa uma ação de aproximação; uma atitude de inclusão do sujeito que sofre, frente ao desamparo em relação à vida. Dito isto, busca-se afirmar o acolhimento, sobre os meandros da ética no que se refere ao compromisso no acompanhamento do processo diagnóstico, e assim, oferecer subsídios para o enfrentamento da questão a esses sujeitos, sob a ótica da psicanálise aplicada.

Metodologia

Participantes:

Os participantes dessa atuação são os pacientes “fonte”, os estudantes e os profissionais de saúde em risco ocupacional com material perfuro cortante, na cidade de Campina Grande/PB.

Instrumentos:

Acolhimento à demanda do paciente no intuito de favorecer suporte diante da necessidade emergencial de submeter-se ao teste de HIV e seu possível resultado. Segundo Alonso (2005), ao ser escutado, o próprio sujeito que fala se escuta, no movimento de palavra ditas e/ou silenciadas sobre alguma coisa; coisa essa que é o inconsciente, que no seio da repetição insiste para ser escutado. Esse instrumento se constitui como facilitador para elaborações frente à gravidade da situação.

Procedimentos:

O projeto conta com encontros semanais com os extensionistas para o desenvolvimento de atividades de supervisão e discussão de textos. Para o ingresso de um novo membro, é necessária a participação prévia nos Seminários para posterior seleção.

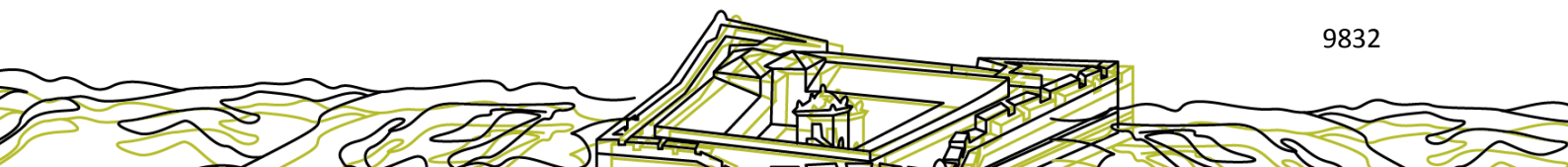
No Projeto são ainda promovidas palestras para os profissionais de saúde em risco ocupacional com material perfuro cortante. São prestados Plantões de Escuta e Acolhimento.

Local de desenvolvimento do projeto:

O projeto será desenvolvido no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, em espaço apropriado disponibilizado pelo Departamento de Odontologia.

Resultados e Discussão

Este projeto vem sendo realizado desde 2013 e durante esse período foram feitos 26 acolhimentos e escutas individuais; 06 oficinas grupais com estudantes de odontologia; 12 ações em instituições públicas (ofertas de exames e acolhimento no



momento de recebimento de resultados dos testes) e 5 palestras para profissionais da área de saúde do município de Campina Grande.

A partir das ações do projeto é possível constatar que são muitos os que se deparam com exposição ao risco com materiais perfurocortante, que alguns sujeitos se encontram mais de uma vez em risco ocupacional, que mesmo estudantes que participam do programa de Biosegurança do departamento de odontologia se envolveram com riscos de contaminação em decorrência de serem perfurados no estágio como odontólogos. Além disso, alguns professores da área de saúde também se expuseram a riscos ocupacionais.

Nas escutas e acolhimentos emergenciais foi possível analisar um discurso para além daquela situação imediata de exposição ao risco, com associações livres de eventos de histórias de vida e repetições. Assim, os pacientes trouxeram muitas vezes demandas a muito tempo guardadas e que frente a algo desconhecido que os impulsionou à exposição ao risco, colocaram em palavras suas angústias, abrindo a possibilidade de se colocarem diante de suas próprias questões subjetivas e, se assim desejassem, oferecia-se a possibilidade de serem encaminhados e atendidos de forma sistemática e contínua (uma vez por semana) na clínica escola de psicologia.

A escuta emergencial engloba a questão da escuta analítica, inserida em um contexto específico aplicado no trabalho desenvolvido. Pois os pacientes surgem com demandas que procuram uma resposta imediatamente frente à situação presente do analisando. Segundo Rennó (2010), demandas nunca serão respondidas, e que o acontecimento traz junto o discurso inconsciente que, na verdade, só quer mesmo se manifestar. O objetivo é levar o paciente ao enfrentamento de sua demanda no campo da emergência momentânea e se depare com a finitude da vida pela mudança que ocasionará caso o diagnóstico seja positivo, ou seja, segunda a psicanálise, o sujeito se depare e se coloque naquele momento diante da falta mesma da castração. Essa castração do falo que se encaixa na mudança de vida, junto ao tratamento e luta contra a enfermidade.

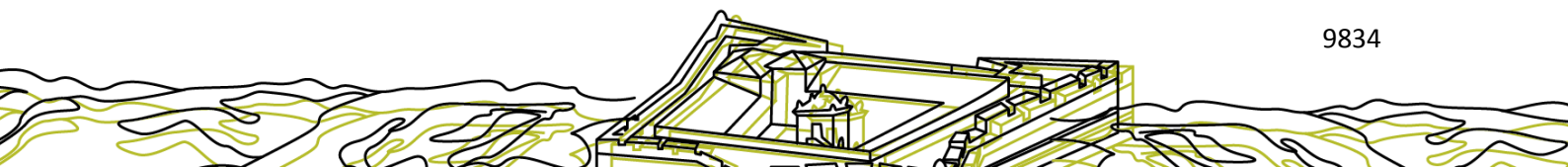
Frente ao desamparo do profissional que não sabe como lidar com essa complexidade, o acolhimento e/ou escuta psicanalítica funcionará como suporte, no que concerne a elaboração do luto frente o resultado dos testes que podem ser negativos ou positivos, e ainda, quando o resultado for soropositivo, ao enfrentamento das questões impostas por essa nova realidade.

Conclusão/Considerações Finais

Se deparar com um diagnóstico de prognóstico incerto lança o sujeito numa situação de desamparo e conseqüentemente de luto por uma perda ainda não dimensionada, apontando uma devastação do eu pelo não saber como será a vida posterior ao diagnóstico. A elaboração do luto de forma exitosa permite ao paciente a possibilidade de investir em novas relações ou mesmo naquelas que se mantêm, bem como dar continuidade a vida, mesmo com os limites impostos pela doença.

Referências

- ALONSO, S. L. (1988). A escuta psicanalítica. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs35/35Alonso1.htm>. Acesso em 31/05/2013.
- CIORLIOA, Luiz Alberto de Souza; ZANETTA, Dirce Maria Trevisan. *Hepatite C em profissionais da saúde: prevalência e associação com fatores de risco*. Rev. Saúde Pública vol.41 n.2, São Paulo, Abril. 2007
- DIAS, Elaine Costa. *Entre o desejo e o risco: o que a psicanálise tem a dizer sobre a vulnerabilidade feminina à infecção pelo AIDS/AIDS*. 2005. Disponível em: http://www.clipp.org.br/artigos_conteudo.asp?id_artigos=101&iframe=artigos_int&assunto=Artigos&icoimpressao=ok Acesso em 11 jun. 2013.
- DIAS, Maria das Graças Leite Villela. *O sintoma: de Freud a Lacan*. In: Psicologia em estudo, Maringá, v. 11, n. 2, 2006. p. 399-405.
- FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. LONGO, Dan L. BRAUNWALD, Eugene. HAUSER, Stephen L. JAMESON, J. Larry. LOSCALZO, Joseph. *Harrison Medicina Interna*. 17 edição. Rio de Janeiro; McGraw-Hill, 2008.
- FREUD, Sigmund. *Luto e melancolia (1914)*. São Paulo: Cosac Naify, 2011.
- Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Humaniza SUS. Brasília, 2009.
- FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976. vol. XVIII.
- LACAN, J. O Seminário – Livro 1: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro:Zahar, 1979.
- MATTOS, Sérgio de. A disponibilidade do analista. In: E.B.P. Escola Brasileira dePsicanálise – Agenda 1º Semestre 2003. Belo Horizonte : EBP/Minas, 2003. p.52-59.
- MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.
- MOREIRA, A. C. G. *Clínica da Melancolia*. São Paulo: Escuta/ Edufpa, 2002.
- VALAS, Patrick. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- VERAS, Joana Finkelstein. *Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus AIDS: um desafio para a clínica contemporânea*. In: Psicologia, ciência e profissão, 2007, 27 (2). 266-275.
- NEVES, Cláudia A. E ROLLO, Adail. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Brasília – DF, Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª. Edição, 2006.
- ZENONI, Alfredo. Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. Revista Abrecampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, BeloHorizonte, ano 1, n.0, p. 12-93, 2000.
- LIMA, Celso Rennó. A FUNÇÃO DA ESCUTA. Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg. , Belo Horizonte, 01 fev. 2018. v.51, n.81, p. 393-397.





MACEDO, Mônica Medeiros Kother e FALCAO, Carolina Neumann de Barros. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê* [online]. 2005, vol.9, n.15, pp. 65-76. ISSN 1415-1138.

ALONSO, L. S. A escuta psicanalítica. 2005. Disponível em:

<http://www2.uol.com.br/percurso/main/pes35/35Alonso1.htm>. Acesso em: 15/3/2008
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 299 p.

