

Marilande Carvalho de Andrade Silva
(Organizadora)

As Ciências da Vida frente ao Contexto Contemporâneo 3

Marilande Carvalho de Andrade Silva
(Organizadora)

As Ciências da Vida frente ao Contexto Contemporâneo 3

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloí Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	As ciências da vida frente ao contexto contemporâneo 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020. – (As Ciências da Vida Frente ao Contexto Contemporâneo; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-907-3 DOI 10.22533/at.ed.073201301 1. Ciência. 2. Ciências da vida – Pesquisa – Brasil. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade. II. Série. <div style="text-align: right;">CDD 570.9</div>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Compreendemos que a Ciência não é uma forma isolada e deslocada de conhecimentos, é uma referência sob o qual se vê o mundo; descreve a realização da mobilidade dos pensamentos na formação da aprendizagem onde, cada área exprime para si, o modo como o homem se relaciona com seu ambiente.

A Ciência atua com grande influência em nossa vida cotidiana ao ponto de ser difícil idealizar como seria o mundo atual sem a sua colaboração ao longo do tempo. A Ciência tem sido a grande responsável pelas renovações tecnológicas.

A Ciência se evidencia por uma inquietação permanente não só em analisar as maravilhas que acontecem em nosso meio, como também em descrevê-las e propor teorias lógicas que possam explicar como acontecem.

Esta obra tem como objetivo principal de incentivar uma reflexão sobre “As Ciências da Vida frente ao Contexto Contemporâneo”. Em acréscimo, busca-se esclarecer a sucinta relação entre saúde e o contexto contemporâneo na organização do sistema de saúde, nos serviços ofertados e nos processos de trabalho dos profissionais.

Esta coleção de informações é composta por vinte e sete capítulos. Trata-se, portanto, de uma contribuição aos estudos da consolidação enquanto Ciência da Vida, cujo caminho metodológico é composto por textos e atividades científicas que instigam o leitor à problematização permanente sobre a realidade na qual está inserido.

Na atual edição de “As ciências da Vida frente ao Contexto Contemporâneo 3”, os leitores irão descobrir artigos sobre a saúde em suas diversas formas de abordagem. Convidamos então, os leitores para desfrutarem dessas publicações.

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ABORDAGEM DO TEMA TRANSVERSAL “SAÚDE” NA EDUCAÇÃO BÁSICA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Gabriel Dlugolenski Lacerda Ronnisson Luis Carvalho Barbosa Rafael Lopes de Moraes Diogo Queiroz Allen Palacio Cleide Carneiro	
DOI 10.22533/at.ed.0732013011	
CAPÍTULO 2	9
ACOLHIMENTO HUMANIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO	
Bruno Pinheiro Machado Iaramina Marques Ramos Talita Lima e Silva Nayara Kelly Rolim Costa Aécio da Silva Celestino Júlio César das Chagas Pedro Aurio Maia Filho Luciana Feitosa Holanda Queiroz Carlos Eduardo Menezes Viana Willian Gomes da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0732013012	
CAPÍTULO 3	16
ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DO ÓLEO ESSENCIAL DO QUIMIOTIPO I DAS FOLHAS DE LIPPIA ALBA (MILL.) N. E. BROWN	
Suelen Carneiro de Medeiros Gleilton Weyne Passos Sales Matheus Lima Rodrigues Hilania Valéria Dodou Nádia Accioly Pinto Nogueira	
DOI 10.22533/at.ed.0732013013	
CAPÍTULO 4	23
ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: A RELEVÂNCIA DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Thais Gomes Lino Raimundo Auricelio Vieira Antônio Klinger Leite de Freitas Raissa Forte Pires Cunha Demétrius Cavalcanti Brandão	
DOI 10.22533/at.ed.0732013014	
CAPÍTULO 5	41
ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM SAÚDE MENTAL: FOCO NAS AÇÕES TÉCNICO-ASSISTENCIAIS	
Nadja Mara de Sousa Lopes Manoel Ribeiro de Sales Neto	

Gabriela de Almeida Ricarte Correia
Maria Aline Lima Saraiva Praseres
Nívia Tavares Pessoa
Stiven Alves de Assis
Camila Augusta de Oliveira Sá
Ana Paula Soares Gondim

DOI 10.22533/at.ed.0732013015

CAPÍTULO 6 50

AVALIAÇÃO DO PAPEL DO MONITOR NO DESEMPENHO ACADÊMICO DOS ALUNOS DO MÓDULO DE AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE II

Karla Loureto de Oliveira
Taila Furtado Ximenes
Tattieri Alenninne Cardoso Barros
Rayssa Pinheiro Lourenço
Anair Holanda Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.0732013016

CAPÍTULO 7 56

AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DIABETES MELLITUS EM DISCENTES E TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO TECNOLÓGICA DO ESTADO DO CEARÁ

Isadora Marques Barbosa
Damiana Vieira Sampaio
Lidiane Marha de Sousa Oliveira
Sanrrangers Sales Silva
Ana Karoline Barros Bezerra
Isabelle Marques Barbosa
Diane Sousa Sales

DOI 10.22533/at.ed.0732013017

CAPÍTULO 8 63

CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO CEARÁ: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Jéssica Karen de Oliveira Maia
Priscila Nunes Costa Travassos
Antônio José Lima de Araújo Júnior
Arthur Guilherme Tavares de Castro
Cleoneide Paulo de Oliveira
Antonia Mayara Torres Costa
Monalisa Rodrigues da Cruz
Nathaly Bianka Moraes Froes
Italo Marques Magalhães Rodrigues Vidal

DOI 10.22533/at.ed.0732013018

CAPÍTULO 9 72

CONTEXTO HOSPITALAR: INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇA HOSPITALIZADA

Gisele Brides Prieto Casacio
Clarisse Fidelis dos Santos Custódio
Raquel Albuquerque de Vasconcelos
Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

DOI 10.22533/at.ed.0732013019

CAPÍTULO 1081

CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA

Iaramina Marques Ramos
Bruno Pinheiro Machado
Talita Lima e Silva
Nayara Kelly Rolim Costa
Aécio da Silva Celestino
Júlio César das Chagas
Ismênia de Carvalho Brasileiro
Luciana Feitosa Holanda Queiroz
Sâmia Jardelle Costa de Freitas Maniva
Willian Gomes da Silva

DOI 10.22533/at.ed.07320130110

CAPÍTULO 1188

CURVA DE APRENDIZADO E AVALIAÇÃO DO ENSINO DA VIDEOCIRURGIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Carlos Magno Queiroz da Cunha
Giovanni Troiani Neto
Victor Andrade de Araújo
Antônio Aldo Melo-Filho
José Walter Feitosa Gomes
Francisco Julimar Correia de Menezes

DOI 10.22533/at.ed.07320130111

CAPÍTULO 1293

ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS ETIOLÓGICOS, FATORES DE RISCO ASSOCIADOS E OS IMPACTOS NA EDUCAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Patrício Francisco da Silva
Hudson Wallença Oliveira e Sousa
Larissa Carvalho de Sousa
Fabiane Ferraz Silveira Fogaça

DOI 10.22533/at.ed.07320130112

CAPÍTULO 13106

LIDERANÇA COMUNITÁRIA: UMA HISTÓRIA DE VIDA

Rute Vieira de Sousa
Raiane Melo de Oliveira
Maria Juliane Araújo Azevedo
Thiago Silva Ferreira
Amanda de Moraes Lima
Brenda da Silva Bernardino
Isabel Cristina Ferreira Souza de Araújo Diogo
Mariana Timbaúba Benício Coelho
Renata Vieira de Sousa
Francisca Camila de Oliveira Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.07320130113

CAPÍTULO 14 113

MULTIPROFISSIONALISMO, INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: ASPECTOS RELEVANTES DESTACADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Rute Vieira de Sousa
Raiane Melo de Oliveira
Maria Juliane Araújo Azevedo
Thiago Silva Ferreira
Amanda de Moraes Lima
Brenda da Silva Bernardino
Isabel Cristina Ferreira Souza de Araújo Diogo
Mariana Timbaúba Benício Coelho
Renata Vieira de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.07320130114

CAPÍTULO 15 121

OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Maria Eliana Peixoto Bessa
Maria Roberta Freitas de Melo
Priscila Rodrigues de Oliveira
Aline Rodrigues Feitoza
Priscila Nunes Costa Travassos
Tatiana Menezes da Silva
Bárbara Cavalcante Menezes
Wescllei Mouzinho Pinheiro de Lima
Patricia Giselle Freitas Marques

DOI 10.22533/at.ed.07320130115

CAPÍTULO 16 131

OPINIÃO DE ESTUDANTES DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA SOBRE O ABORTO NO BRASIL

Henrique Garbellotto Brites
Vilson Leonel

DOI 10.22533/at.ed.07320130116

CAPÍTULO 17 139

OS ASPECTOS ÉTICOS NO CUIDADO DO PACIENTE COMATOSO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Waldemar Antônio das Neves Júnior
Clarissa Pereira de Oliveira
Pedro Hélio Pontes Dantas

DOI 10.22533/at.ed.07320130117

CAPÍTULO 18 155

PERCEPÇÃO DOS ALUNOS A RESPEITO DE AULAS DE REVISÃO NO DIA ANTERIOR A PROVA PRÁTICA DE ANATOMIA HUMANA

Yuri Ribeiro Carneiro
Alisson Fernando Almeida e Silva
Kenit Di Dio Aragão Minor
Matheus Torres Muniz
Sidney Nogueira Carvão Aguiar Valle

DOI 10.22533/at.ed.07320130118

CAPÍTULO 19 160

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaís Rogério dos Santos
Simone Clésia Lopes Melo
Carolina Drummond Barboza
Antônio Emmanuel Paiva de Araújo
Geise Moreira Sales de Oliveira
Grazielle Mara da Mata Freire
Léa Maria Moura Barroso Diógenes
Fernanda Fernandes de Oliveira Silva
Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral
Luciana Pacheco Soares Guedes
Luciana Veras de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.07320130119

CAPÍTULO 20 168

PRÁTICA EDUCATIVA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: MITOS E VERDADES SOBRE AMAMENTAÇÃO

Ana Ligia da Silva Bandeira
José Iran Oliveira das Chagas Júnior
Paulo Ayslen Nascimento de Macêdo
Priscila Alencar Mendes Reis
Wanderson Alves Martins

DOI 10.22533/at.ed.07320130120

CAPÍTULO 21 173

PREVALÊNCIA E PERFIL DE USUÁRIOS DE ESTERÓIDES ANABOLIZANTES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS EM ACADEMIAS DO MUNICÍPIO DE PARAMBU-CEARÁ

José Ytalo Gomes da Silva
Luiza Michelly Gonçalves Lima
Arnaldo Solheiro Bezerra
Luiz Francisco Wemmenson Gonçalves Moura
Carla Laine Silva Lima
Marcelo Oliveira Holanda
Sandra Machado Lira
Chayane Gomes Marques
Joana Talita Galdino Costa
João Xavier da Silva Neto
Ana Paula Apolinário da Silva
Maria Izabel Florindo Guedes

DOI 10.22533/at.ed.07320130121

CAPÍTULO 22 181

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO ENSINO DA ENFERMAGEM

Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral
Luís Rafael Leite Sampaio
Saionara Leal Ferreira
Geise Moreira Sales
Cybelly Teixeira Vidal
Laysa Minnelle Távora de Brito
Thais Rogério dos Santos

Aline Rodrigues Feitoza
Julyana Gomes Freitas
Islene Victor Barbosa
Zélia Maria de Sousa Araújo dos Santos
Raimunda Magalhães Silva

DOI 10.22533/at.ed.07320130122

CAPÍTULO 23 189

UM GRUPO FOCAL PARA A ANÁLISE PSICANALÍTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO POLITICAMENTE CORRETO

Juçara Rocha Soares Mapurunga
Tereza Glaucia Rocha Matos

DOI 10.22533/at.ed.07320130123

CAPÍTULO 24 198

USO DA REALIDADE VIRTUAL COMO TRATAMENTO DE PACIENTES COM PARKINSON: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gessiliane Alves de Andrade
Jessika Ferreira Vieira
Tayane Rodrigues Lacerda,
Fernanda Domingos de Lima
Albério Ambrósio Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.07320130124

CAPÍTULO 25 207

UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Vanuzia Prudêncio Siqueira Silva
Rousane Rodrigues Arrais
Maria Charlianne De Lima Pereira Silva
Leide Laura Santos Leite
Luiza De Marilac Soares Gomes
Anthonia Viviany Barbosa Lopes
Maria Eliana De Lima Pereira
Nathanael de Souza Maciel
Francisco Jardsom de Moura Luzia
Raniely Barbosa dos Santos
Diego da Silva Ferreira
Valdenia de Melo Mendonça

DOI 10.22533/at.ed.07320130125

CAPÍTULO 26 219

VÍDEOS DE REVISÃO DE ANATOMIA HUMANA ELABORADOS PELOS MONITORES: UMA CONCEPÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA

Yuri Ribeiro Carneiro
Alisson Fernando Almeida E Silva
Kenit Di Dio Aragão Minori
Matheus Torres Muniz
Sidney Nogueira Carvão Aguiar Valle

DOI 10.22533/at.ed.07320130126

CAPÍTULO 27	224
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DAS MULHERES: ANÁLISE DE DISCURSO	
Milena Pereira Costa Ana Jaqueline S. Carneiro Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza Maria Aparecida Prazeres Sanches Rita de Cássia Rocha Moreira	
DOI 10.22533/at.ed.07320130127	
CAPÍTULO 28	240
VIVÊNCIAS COM ARTE: UMA PERSPECTIVA SARTREANA	
Isabel Maria de Araujo Botelho Georges Daniel Janja Bloc Boris	
DOI 10.22533/at.ed.07320130128	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	253
ÍNDICE REMISSIVO	254

ABORDAGEM DO TEMA TRANSVERSAL “SAÚDE” NA EDUCAÇÃO BÁSICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 05/12/2019

Gabriel Dlugolenski Lacerda

Universidade Estadual do Ceará, Curso Mestrado
Profissional Ensino na Saúde, Fortaleza - CE

Ronnisson Luis Carvalho Barbosa

Universidade Estadual do Ceará, Curso Mestrado
Profissional Ensino na Saúde, Fortaleza - CE

Rafael Lopes de Moraes

Universidade Estadual do Ceará, Curso Mestrado
Profissional Ensino na Saúde, Fortaleza - CE

Diogo Queiroz Allen Palacio

Universidade Estadual do Ceará, Curso Mestrado
Profissional Ensino na Saúde, Fortaleza - CE

Cleide Carneiro

Universidade Estadual do Ceará, Curso Mestrado
Profissional Ensino na Saúde, Fortaleza – CE

RESUMO: O foco deste estudo são os Temas Transversais, especialmente o tema “saúde”, atentando principalmente para o “como se trabalhar a transversalidade”, o que, muitas vezes, é negligenciado pelos professores. E foi justamente daí que surgiu o interesse pelo trabalho, cujo objetivo foi analisar a abordagem do tema transversal “saúde” na educação básica. O método utilizado foi de revisão integrativa. A partir de pesquisa na BVS, selecionaram-se 6 artigos, cujos resultados foram analisados e organizados em seis categorias: Periódico,

Título, Autoria, Objetivo, Resultados e Conclusão. Como resultado, verificou-se que, em alguns casos, a abordagem desses temas não tem gerado uma transformação da realidade, apenas mera conformação curricular. É preciso interdisciplinaridade, envolvimento e compromisso dos educadores quanto aos materiais utilizados, seleção de conteúdos e estratégias de ensino, além de constante atualização, e para isso, faz-se imprescindível o apoio por parte das IEs e do governo para o investimento na formação continuada, com abordagem sobre a adequada forma de se ministrar esses temas de forma transdisciplinar. Conclui-se que: 1- É preciso melhorar os textos e material utilizados na ministração dos temas transversais, especialmente o da saúde. Eles precisam explicitar melhor as interfaces com as diferentes áreas; 2- Na concepção de alguns professores investigados, a educação em saúde manifesta-se na periferia do currículo. Isso pode ocorrer em função da consolidação dos campos disciplinares na escola e da estrutura das disciplinas nos currículos dos cursos; 3- Algumas experiências discentes/docentes ajudam a colocar o tema saúde no ambiente escolar em uma posição de importância.

PALAVRAS-CHAVE: Temas transversais. Saúde. Parâmetros Curriculares Nacionais.

CROSS-SECTIONAL APPROACH TO HEALTH IN BASIC EDUCATION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The focus of this study is the Transversal Themes, especially the theme "health", focusing mainly on "how to work transversality", which is often neglected by teachers. And it was from this point of view that the interest for the work arose, whose objective was to analyze the approach of the transversal theme "health" in basic education. The method used was an integrative review. From the VHL survey, 6 articles were selected, whose results were analyzed and organized into six categories: Periodical, Title, Authorship, Objective, Results and Conclusion. As a result, it has been found that, in some cases, the approach to these themes has not generated a transformation of reality, just mere curricular conformation. It is necessary interdisciplinarity, involvement and commitment of the educators regarding the materials used, content selection and teaching strategies, in addition to constant updating, and for this, it is essential to support the IEs and the government for investment in continuing education, With an approach on the appropriate way of ministering these subjects in a transdisciplinary way. It is concluded that: 1. The texts and material used in the management of cross-cutting themes, especially health, need to be improved. They need to better explain the interfaces with the different areas; 2 - In the conception of some teachers investigated, health education manifests itself in the periphery of the curriculum. This may occur due to the consolidation of the disciplinary fields in the school and the structure of the disciplines in the curricula of the courses; 3- Some student / teacher experiences help to put the health issue in the school environment in a position of importance.

KEYWORDS: Cross-cutting themes. Health. National Curricular Parameters.

1 | INTRODUÇÃO

Muitos são os desafios do magistério. Cada professor, em sua área de conhecimento, necessita de constante atualização não só em termos de conteúdos, mas de ferramentas tecnológicas, de metodologias e de formas de avaliação. Além do aprofundamento na sua disciplina específica, ele precisa estar atento às questões que permeiam o convívio social nas mais diferentes esferas que, por influenciarem diretamente a vida dele, de seus alunos e de todos à sua volta, tornam-se indissociáveis do processo educacional.

Com o intuito justamente de direcionar um olhar mais cuidadoso sobre essas questões sociais, foram lançados pelo Ministério da Educação, em 1997, no Brasil, os chamados Temas Transversais (objeto de estudo desta pesquisa), dentro dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Tratam-se de temas amplos o bastante para traduzir preocupações da sociedade brasileira de hoje e correspondem a questões importantes, urgentes e presentes sob várias formas na vida cotidiana. São eles: Ética, Pluralidade Cultural, Meio Ambiente, Saúde, Orientação Sexual e

Trabalho e Consumo (BRASIL, 1997).

Um ponto fundamental é o “como se trabalhar a transversalidade”. As áreas convencionais devem acolher as questões dos Temas Transversais de forma que seus conteúdos as explicitem e que seus objetivos sejam contemplados. Por exemplo, a área de Ciências Naturais inclui a comparação entre os principais órgãos e funções do aparelho reprodutor, relacionando seu amadurecimento às mudanças no corpo e no comportamento de meninos e meninas durante a puberdade. Dessa forma, o estudo do corpo humano não se restringe à dimensão biológica, mas coloca esse conhecimento a serviço da compreensão da diferença de gênero (conteúdo de Orientação Sexual) e do respeito à diferença (conteúdo de Ética). Assim, não se trata de que os professores das diferentes áreas devam “parar” sua programação para trabalhar os temas, mas sim de que explicitem as relações entre ambos e as incluam como conteúdos de sua área, articulando a finalidade do estudo escolar com as questões sociais, possibilitando aos alunos o uso dos conhecimentos escolares em sua vida extraescolar. Não se trata, portanto, de trabalhá-los paralelamente, mas de trazer para os conteúdos e para a metodologia da área a perspectiva dos temas (BRASIL, 1997).

Por fim, torna-se imprescindível pensar a avaliação desses temas, ou como avaliar o ensino em valores. É preciso atentar para o fato de que a avaliação de valores, atitudes e procedimentos, que têm presença marcante entre os conteúdos dos Temas Transversais, é bastante difícil. Não se trata de impor determinados valores, mas de ser coerente com os valores assumidos, de gerar a discussão sobre eles e a construção de critérios para a escolha pessoal. Deve-se ter presente que a finalidade principal das avaliações é ajudar os educadores a planejar a continuidade de seu trabalho, ajustando-o ao processo de seus alunos, buscando oferecer-lhes condições de superar obstáculos e desenvolver o autoconhecimento e a autonomia — e nunca de qualificar os alunos (BRASIL, 1997).

2 | METODOLOGIA

Utilizou-se neste estudo a revisão integrativa da literatura, que visa combinar dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, tais como definição de conceitos, revisão de teorias e evidências (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010). Assim, para a realização deste trabalho, optou-se por utilizar o modelo de revisão integrativa proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que utiliza as seguintes fases em seu processo de construção:

1ª Fase: elaboração da questão norteadora

A questão norteadora serve para guiar o planejamento e a execução da pesquisa. Alcançar o problema deste estudo exigiu, portanto, o levantamento da

seguinte questão norteadora:

Como se dá a abordagem, a ministração dos TEMAS TRANSVERSAIS, especialmente o da “SAÚDE”, na educação básica?

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura

Realizou-se a busca de artigos científicos e sua validação nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e Google Acadêmico, na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), que abrange uma coleção selecionada de periódicos. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Temas transversais”. A busca dos artigos foi realizada em julho de 2016. A amostra final desta revisão integrativa foi constituída de 06 artigos analisados na íntegra.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- Artigos disponibilizados na íntegra;
- Artigos escritos na língua portuguesa;
- Artigos que utilizassem os Temas transversais, especialmente o da saúde, e Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) como foco principal do estudo;
- Artigos publicados a partir de 2006, ou seja, nos últimos 10 anos.

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos de revisão integrativa e/ou sistemática, pois seria redundante analisá-los;
- Artigos cujos resumos desvirtuavam do tema do estudo – Temas transversais, especialmente o da saúde.

3ª Fase: definição das informações extraídas dos estudos selecionados

Para apreender os dados dos artigos selecionados, foram escolhidos os seguintes quesitos (organizados no Quadro 1) referentes a cada um dos artigos:

- Periódico (Ano/País/Base)
- Título
- Autoria
- Objetivo
- Resultados
- Conclusão

4ª Fase: avaliação dos estudos incluídos

Esta etapa equivale à análise dos dados numa pesquisa de campo. É uma fase importante, pois sua conclusão pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

5ª Fase: discussão dos resultados

A partir da análise do conteúdo das seis publicações, foi estruturada a categoria temática “abordagem do tema transversal saúde”, foco dessa revisão integrativa.

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa

Esta fase produz impacto devido ao acúmulo de informações relevantes sobre o tema pesquisado, constituindo um trabalho de extrema valia, como aborda Mendes, Silveira e Galvão (2008). A revisão integrativa foi apresentada em categorias temáticas que emergiram das leituras aprofundadas, mostrando os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao se iniciar a pesquisa na BVS com as palavras-chave “Temas transversais” foram encontradas 115 publicações. Aplicando-se o filtro “TEXTO COMPLETO” (um dos critérios de inclusão), esse número foi reduzido para 78. A partir do título dessas 78 publicações, fez-se uma triagem e selecionou-se 20 que se adequavam ao tema de interesse. Por fim, a partir dos resumos dessas 20, fecharam-se seis artigos que foram inseridos neste estudo, cujos resultados foram analisados e discutidos na íntegra.

O Quadro 1 apresenta os resultados resumidos dos artigos selecionados conforme Periódico (Ano/País/Base), Título, Autoria, Objetivo, Resultados, e Conclusão. Na sequência, segue a discussão dos conteúdos.

QUADRO 1 ARTIGOS SELECIONADOS					
PERIÓDICO Ano/País/Base	TÍTULO	AUTORIA	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Trabalho, Educação e Saúde 2013 Brasil SciELO	Parâmetros Curriculares Nacionais: uma revisita aos Temas Transversais Meio ambiente e Saúde	BONFIM, A. M. do. et al.	Entender como foram processados em documentos oficiais os Temas Transversais Meio Ambiente e Saúde, e como esses temas foram absorvidos e ressignificados no interior das escolas, principalmente nos projetos político-pedagógicos.	O estudo das partes ‘meio ambiente’ e ‘saúde’ mostrou que os textos, de maneira geral, são pouco atraentes; pouco práticos; apresentam dificuldades em dar pistas de ação; não mostram bem as diferentes interfaces com as diferentes áreas; não facilitam a visualização do sentido em que ocorre a trans e a interdisciplinaridade; apresentam-se em alguns momentos lacunares ou superficiais; e têm uma proposta de educação comportamentalista.	A educação serve mais à conformação do que à transformação da realidade; responsabiliza demasiadamente o indivíduo e isenta o Estado; promove uma cidadania passiva, que alcança a compreensão do direito, mas não a sua realização.

<p>S a ú d e Sociedade</p> <p>2012</p> <p>Brasil</p> <p>LILACS</p>	<p>Abordagem dos Temas Alimentação e Nutrição no Material Didático do Ensino Fundamental: interface com segurança alimentar e nutricional e parâmetros curriculares nacionais</p>	<p>IORE, E. G., JOBSTRAIBIZER, G. A., SILVA, C. S. da, MANCUSO, A. M. C.</p>	<p>Identificar e analisar a abordagem dos temas alimentação e nutrição no material didático do ensino fundamental e sua interface com o conceito de SAN (Segurança Alimentar e Nutricional) e com os PCNs.</p>	<p>Verificou-se que os PCNs estão relacionados ao conceito de SAN nos seus diversos aspectos e que a maioria das disciplinas contém temas que abordam esta relação. Na interface entre os temas, destaca-se a promoção da saúde e a produção dos alimentos.</p>	<p>Conclui-se que existe a abordagem dos temas relacionados à saúde, alguns de forma inconsistente. Cabe aos educadores a seleção de conteúdo e estratégia adequadas, além de constante atualização, o que está sendo proposto pelo Estado, mas não está ao alcance de todos os profissionais e, portanto, ainda depende da iniciativa de cada docente.</p>
<p>Interface Comunicação S a ú d e Educação</p> <p>2008</p> <p>Brasil</p> <p>Scielo</p>	<p>A promoção da saúde na educação infantil</p>	<p>GONÇALVES, F. D. , CATRIB, A. M. F., VIEIRA, N. F. C., VIEIRA, L. J. E. de.</p>	<p>Descrever o trabalho de promoção da saúde desenvolvido por uma escola de educação infantil que incorpora princípios de promoção da saúde em sua prática pedagógica, investigando seis sujeitos que vivenciaram o processo.</p>	<p>Foram estabelecidas 4 categorias empíricas dos discursos, revelando: 1. o cuidado como elemento promotor de saúde; 2. Formação de hábitos higiênicos com base na educação; 3. promoção da saúde por meio da pedagogia de projetos, e 4. estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e alunos.</p>	<p>Concluiu-se que existe necessidade de se realizar um trabalho sistemático de formação com pedagogos e profissionais de saúde, para que compreendam a importância da efetivação de uma prática interligada e presente da educação em saúde nos diversos âmbitos de atuação da escola.</p>
<p>R e v i s t a Brasileira de Atividade Física e Saúde</p> <p>2007</p> <p>Brasil</p> <p>BVS</p>	<p>A inserção de temas transversais em saúde nas aulas de educação física.</p>	<p>KNUTH, A. G., AZEVEDO, M. R., RIGO, L. C.</p>	<p>Propor uma reflexão a partir de uma experiência docente que visou problematizar questões de saúde em aulas de Educação Física.</p>	<p>Essa experiência discente/docente ajudou a colocar o tema saúde no ambiente escolar em uma posição de importância.</p>	<p>Seria importante uma maior divulgação e socialização de experiências pedagógicas similares a esta, independentemente de seus resultados, a fim de que pudessem contribuir para ampliar e qualificar um pouco mais o debate e o desafio aqui lançado.</p>

História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2015 Brasil SciELO	A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes.	MARINHO, J. C. B., SILVA, J. A. da., FERREIRA, M.	Provocar uma reflexão sobre a transversalidade, ilustrando a discussão com uma análise nos PCNs do tema transversal “saúde” nos anos iniciais do ensino fundamental (primeiro e segundo ciclos).	No Brasil, a transversalidade ganha força na década de 1990, com a promulgação dos PCNs que elencam “temas transversais”. Na concepção dos professores investigados, a educação em saúde manifesta-se como algo na periferia do currículo. Os autores entendem que isso ocorre em função da consolidação dos campos disciplinares na escola e da estrutura das disciplinas nos currículos dos cursos para formação de professores.	Não basta a inserção de temas de saúde nas disciplinas. É necessário um compromisso colegiado da escola como um todo, no qual todos os professores e outros profissionais irão planejar e desenvolver ações buscando promover a saúde de forma permanente nas escolas. Aliada à mudança curricular, é preciso mudança de pensamento docente, visando uma mudança efetiva de práticas.
Investigações em Ensino de Ciências 2013 Brasil Google Acadêmico	O tema transversal saúde e o ensino de ciências: representações sociais de professores sobre as parasitoses intestinais.	MONROE, N. B., LEITE, P. R. R., SANTOS, D. N., SÁ-SILVA, J. R.	Problematizar o tema das parasitoses intestinais (Tema transversal saúde) e suas conexões com o ensino de Ciências.	As representações expressadas informam que as professoras detêm conhecimentos científicos sobre o tema. No entanto, muitas ideias e percepções sobre a transmissão e a prevenção das parasitoses intestinais estão estruturadas em saberes do senso comum os quais devem ser questionados e problematizados.	É preciso reconhecer e valorizar a escola como agência de saúde, assim como o papel dos docentes como promotores dessa ação.

A partir da leitura dos seis artigos elencados, verificou-se que é preciso aprofundar, melhorar os textos e material utilizados na ministração dos temas transversais, em especial o da saúde. Eles precisam explicitar melhor as interfaces com as diferentes áreas.

No âmbito da Segurança alimentar e nutricional, tema pertinente à saúde, existe a relação desse assunto com os PCNs e muitas das disciplinas curriculares das escolas o abordam transversalmente, destacando a promoção da saúde e a produção dos alimentos.

Algumas experiências discentes/docentes ajudam a colocar o tema saúde no ambiente escolar em uma posição de importância. No Brasil, a transversalidade ganhou força na década de 1990, com a promulgação dos PCNs que elencam “temas transversais”.

Na concepção de alguns professores investigados, a educação em saúde manifesta-se como algo na periferia do currículo. Isso pode ocorrer em função da

consolidação dos campos disciplinares na escola e da estrutura das disciplinas nos currículos dos cursos.

4 | CONCLUSÃO

A intenção deste trabalho não foi esgotar o assunto. A discussão apresentada serviu para trazer mais clareza sobre como os temas transversais, especialmente o da saúde, vêm sendo abordados na educação básica.

Foi possível verificar que, em alguns casos, tal abordagem não tem gerado uma transformação da realidade, apenas mera conformação com as exigências curriculares. É preciso visão interdisciplinar, envolvimento e compromisso dos educadores no tocante aos materiais utilizados, seleção de conteúdos e estratégias de ensino, além da necessidade de constante atualização. Em relação a este último, faz-se imprescindível o apoio por parte das instituições de ensino e do governo para o investimento na formação continuada, momento este que deve abordar a adequada forma de se ministrar esses temas de forma transdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- BONFIM, A. M. do. Parâmetros Curriculares Nacionais: uma revisita aos temas transversais meio ambiente e saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 1, p. 27-52, jan./abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)**. Brasília: Ministério da Educação, 1997.
- IORE, E. G., JOBSTRAIBIZER, G. A., SILVA, C. S. da, MANCUSO, A. M. C. Abordagem dos Temas Alimentação e Nutrição no Material Didático do Ensino Fundamental: interface com segurança alimentar e nutricional e parâmetros curriculares nacionais. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, SP, v. 21, n. 4, p.1063-1074, 2012.
- GONÇALVES, F. D. , CATRIB, A. M. F., VIEIRA, N. F. C., VIEIRA, L. J. E. de. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, SP, v.12, n. 24, p.181-92, jan./mar. 2008.
- KNUTH, A. G., AZEVEDO, M. R., RIGO, L. C. A inserção de temas transversais em saúde nas aulas de educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, SC, v. 12, n. 3, p. 73-78, 2007.
- MARINHO, J. C. B., SILVA, J. A. da., FERREIRA, M. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, p.429-443, abr/jun. 2015.
- MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, vol. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MONROE, N. B., LEITE, P. R. R., SANTOS, D. N. SÁ-SILVA, J. R. O tema transversal saúde e o ensino de ciências: representações sociais de professores sobre as parasitoses intestinais. **Investigações em Ensino de Ciências**, Porto Alegre, RGS, v. 18, n.1, p. 7-22, 2013.
- SOUZA, M. T., SILVA, M. D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, SP, v.8, n.1, p. 102-110, 2010.

ACOLHIMENTO HUMANIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Data de aceite: 05/12/2019

Bruno Pinheiro Machado
Iaramina Marques Ramos
Talita Lima e Silva
Nayara Kelly Rolim Costa
Aécio da Silva Celestino
Júlio César das Chagas
Pedro Aurio Maia Filho
Luciana Feitosa Holanda Queiroz
Carlos Eduardo Menezes Viana
Willian Gomes da Silva

RESUMO: O hospital caracteriza-se como um ambiente de alta complexidade, que dispõe de grandes recursos tecnológicos e humanos. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) configura-se com um local pouco acolhedor, ruidoso e, por vezes, assustador na visão de visitantes, familiares e pacientes. Humanização é a nossa capacidade de colocar-se no lugar do outro e trazer à tona o que nos faz humanos. Objetivou-se relatar a vivência de implementação de um projeto de humanização e sala de espera, denominado projeto acolher. Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, no qual foi desenvolvido a partir da vivência de profissionais residentes, inseridos no contexto de uma UTI de um hospital público de alta complexidade. O projeto teve boa aceitação

por parte dos visitantes e coordenação do setor. Durante o desenvolvimento de projeto acolher, familiares e visitantes relataram haver poucas informações concretas acerca do quadro clínico do paciente e/ou que cada profissional comunicava informações divergentes, deixando o familiar em situação angustiante e insegura com a equipe. Houve vários relatos positivos sobre a execução do projeto, e percebeu-se uma maior aproximação com a equipe de profissionais da unidade, estabelecendo um vínculo mais confiante, diminuindo as dúvidas a respeito dos processos de cuidado, os sintomas depressivos e o nível de stress. Desta forma, mostra-se a necessidade da interação humana na prestação do cuidado, já que a comunicação é um relevante fator de humanização na UTI. Grupos como o projeto acolher devem ser incentivados e transformados em rotina em ambientes de UTI.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados em saúde. Acolhimento. Humanização.

ABSTRACT: The hospital is characterized as a highly complex environment with large technological and human resources. The Intensive Care Unit (ICU) is an unhealthy, noisy and sometimes frightening place for visitors, families and patients to see. Humanization is our ability to put ourselves in another's shoes and bring out what makes us human. The objective

was to report the experience of implementing a humanization and waiting room project, called the welcoming project. This is a descriptive study, in the form of experience reporting, which was developed from the experience of resident professionals, inserted in the context of an ICU of a public hospital of high complexity. The project was well received by visitors and coordinated by the sector. During the project development welcoming, family members and visitors reported little concrete information about the patient's clinical condition and / or that each professional communicated divergent information, leaving the family member in distress and insecure with the team. There were several positive reports about the execution of the project, and we noticed a closer relationship with the unit's team of professionals, establishing a more confident bond, reducing doubts about the care processes, depressive symptoms and stress level. Thus, the need for human interaction in care delivery is shown, as communication is a relevant humanization factor in the ICU. Groups such as the host project should be encouraged and routinely turned into ICU settings.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, em especial a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são ambientes de alta complexidade, que dispõem de grandes recursos tecnológicos e humanos necessários a assistência e cuidado ao paciente crítico que necessita de monitoramento constante com a utilização de equipamentos e tecnologias invasivas. A UTI configura-se com um local pouco acolhedor, ruidoso e, por vezes, assustador na visão de visitantes e pacientes, onde as máquinas e as ações tecnicistas prevalecem em relação à assistência humanizada (CARRIAS *et al*; 2018).

As UTI's contam com tecnologias cada vez mais aprimoradas que buscam, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida do paciente em estado crítico, porém, em contrapartida, podem contribuir para tornar as relações humanas mais distantes, fazendo com que o paciente se sinta abandonado, levantando a premissa de que talvez os profissionais da saúde inseridos nesse contexto saibam mais sobre a máquina e pouco sobre o paciente que estão cuidando, tratando-o às vezes como objeto das determinações ou do cuidado (MARQUES, SOUZA; 2010).

A UTI com sua alta tecnologia, sobrecarga de trabalho e práticas tecnicistas é um grande desafio para a implantação de modelos de humanização no cuidado. Neste contexto, emerge a família e a sua necessidade de cuidado-acolhimento, uma vez que esta entra juntamente em processo de adoecimento devido ao profundo vínculo com o doente crítico, o que gera abalo emocional e incertezas quanto ao futuro (NUNES, OLIVEIRA; 2014).

O conceito de humanização pode ser definido como a nossa capacidade de colocar-se no lugar do outro e trazer à tona o que nos faz humanos. A Política Nacional de Humanização (PNH), afirma que acolher é reconhecer o que o outro traz como

legítima e singular necessidade de saúde. A PNH busca aproximar trabalhadores, usuários e gestores no cuidado de saúde na tentativa de quebrar as relações de poder que favorecem as práticas desumanizadoras, favorecendo a criação de uma nova cultura de cuidado, onde a dimensão subjetiva e social de todos os sujeitos seja valorizada (BRASIL; 2013).

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários (MARQUES, SOUZA; 2010).

As implantações do Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAHO) e PNH, realizadas pelo Ministério da Saúde, são apontadas em estudos como métodos para aprimorar as relações entre profissionais e usuários para assim obter o atendimento humanizado. Porém, percebeu-se que o hospital, principalmente o ambiente da UTI, é um ambiente crítico, voltado para a realização de procedimentos, com rotinas e horários de pouca flexibilidade, o que dificulta esse tipo de atendimento (SOARES, REIS, SOARES; 2014).

Diante do contexto de práticas desumanizadoras, cuidado fragmentado e ambiente hostil, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) com ênfase em Neurologia e Neurocirurgia, criaram o Projeto Acolher, no intuito de criar um vínculo entre os profissionais e familiares dos pacientes internados no ambiente de UTI.

O presente estudo objetivou relatar a experiência desses residentes durante o projeto acolher diante da criação de um grupo de educação continuada, voltada para a humanização do cuidado e criação de vínculo entre profissionais e visitantes, numa UTI de um hospital de referência em Neurologia no Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, no qual foi desenvolvido a partir da vivência de profissionais residentes em neurologia, inseridos no contexto de uma UTI de um hospital público de alta complexidade, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. O estudo ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2017. O público alvo deste projeto foram os familiares/visitantes das três UTIs que são identificadas por cores: amarela, azul e verde, totalizando 38 leitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma equipe de residentes, composta por 6 profissionais (farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo e enfermeiro) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), inseridos no cenário hospitalar, em conjunto com as Assistentes Sociais da UTI, elaboraram o Projeto Acolher, que buscou criar um vínculo de confiança e ajuda mútua entre profissionais e visitantes no anseio de construir práticas mais humanizadas para o cuidado de saúde.

O “Projeto Acolher” foi criado em Julho de 2017, sendo realizado nas segundas e quartas-feiras, no horário de 15:30h às 16:00h, horário estratégico antes do início da visita diária. Antes de iniciar os debates, a equipe comunicava que a roda de conversa traria temas comuns a todos os pacientes. Os temas eram propostos pela equipe ou pelos familiares quando esses sentiam a necessidade de trazer algum assunto para o debate.

Os encontros ocorriam em uma sala de espera para que o visitante se sentisse mais acolhido. O ciclo de debates e rodas de conversas ocorriam no intuito de esclarecer as rotinas da UTI e desmistificar temas como ventilação mecânica, traqueostomia, intubação, alimentação via sonda e uso de medicamentos. Além disso, ainda explicávamos sobre os equipamentos presentes na ilha do paciente.

Nesse momento abríamos espaço para os familiares expor suas angustias, dúvidas e anseios no intuito de minimizar seu estresse e preocupação com os pacientes. Ademais, nesse momento, os familiares davam sugestões de temas que poderiam ser abordados nos próximos encontros. Após a realização da roda, os residentes ficavam a postos para tirar qualquer dúvida acerca dos principais fatores estressantes aos familiares e/ou conduzir o visitante quando estes estavam na unidade pela primeira vez e não sabiam a localização exata dos leitos.

A internação é um momento difícil e crítico tanto na vida do paciente, quanto na vida do familiar, que muda toda a sua rotina diária para prestar apoio ao ente querido. Somando-se a isso, o sentimento é de angustia, medo e diversas perturbações de caráter psicossociais. Além disso, a constante dúvida do quadro clínico do paciente, o pouco tempo de visita diária e a rigidez com que os familiares são tratados a nível hospitalar torna-se necessário um acolhimento mais humanizado, onde os profissionais de saúde devem estar atentos a todas as demandas dos familiares (RIBEIRO, SILVEIRA; 2016).

No projeto acolher, percebeu-se que os familiares demonstraram-se satisfeitos com o acolhimento, sentiam-se conectados com a equipe assistencialista e participante da tomada de decisões em relação ao tratamento do paciente durante todo o transcorrer da internação. Podemos fazer essa afirmação pela comunicação verbal dos familiares quando era relatado que “agora estavam mais tranquilos, pois

sabiam que a equipe estava próxima dos seus entes queridos ou pelo simples fato de saber que as cores às quais a UTI foram pintadas não se referiam ao estado de saúde dos mesmos”, ou pela comunicação não verbal nas expressões de tranquilidade após as rodas de debate.

O estudo de Felix (2014) corrobora com esse achado, quando afirma que é através de uma comunicação bem estabelecida com os pacientes e seus familiares que podemos compreendê-los para garantir maior entendimento do contexto social, tendo em vista que o processo saúde-doença vai além da questão biológica, que só assim podem-se identificar seus problemas e buscar uma resolutividade.

Miranda e Arcer (2015) constataram que as relações com usuários e acompanhantes fortalecem o entendimento do sujeito como um ser integral, de maneira a valorizar a intersubjetividade e singularidade do sujeito. Durante as rodas de conversa com os familiares, percebeu-se que muitos tinham dúvidas em relação ao quadro clínico do paciente, mas notou-se também que existiam dúvidas em relação aos equipamentos que os mesmos utilizavam, como sonda nasointerais ou as bombas de infusão de medicamentos que rotineiramente emitem som. Para sanar esse tipo de demanda foi idealizado um banner com o significado desses equipamentos para que os familiares tivessem maior entendimento dessas tecnologias.

O estudo de Bitencourt *et al.* (2007) acerca dos principais fatores estressores em pacientes, familiares e profissionais em ambiente de UTI, corroboraram com as principais reclamações dos familiares no momento da visita, pois segundo o estudo a compreensão simplificada do quadro clínico do paciente, utilização de aparelhos invasivos e a dificuldade de comunicação da equipe com a família são apontados como os principais estressores para os familiares. Num contexto de humanização, devemos incluir um plano individualizado para cada paciente/familiar e grupos de escuta ativa onde os familiares podem expor seus sentimentos e angústias. Grupos como o Projeto Acolher podem melhorar a qualidade da assistência a pacientes e familiares, tornando-os coparticipantes do cuidado e das ações.

Durante o desenvolvimento do projeto Acolher, ocorreram vários relatos de ausência de informações concretas acerca do quadro clínico do paciente e/ou que cada profissional comunicava informações divergentes, deixando o familiar em situação angustiante e insegura com a equipe. Desta forma, mostra-se a necessidade da interação humana na prestação do cuidado, já que a comunicação é um relevante fator de humanização na UTI.

Houveram ainda inúmeros relatos positivos e, percebeu-se uma maior aproximação com a equipe de profissionais da unidade, estabelecendo um vínculo mais confiante, diminuindo as dúvidas a respeito dos processos de cuidado, as angústias, os sintomas depressivos e o nível de estresse.

Por isso, é necessário humanizar o atendimento para promover a satisfação dos

usuários do serviço, melhorando, consequentemente, o cuidado com os pacientes e visitantes (MANDADORI *et al.*, 2016). Um componente essencial nas estratégias de cuidado humanizado, nesse ambiente, é a família, que deve ser acolhida, ter suas dúvidas esclarecidas, pois é fornecedora de informações relevantes ao paciente, sendo integrada ao processo de saúde-doença (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

O projeto teve boa aceitação por parte dos visitantes e a coordenação do setor, mesmo alguns profissionais do serviço ainda não reconhecendo a sua importância, devido à existência de muitas questões que existem dentro do hospital e que ainda precisam ser desconstruídas para dar lugar a novos conceitos e formas de trabalho, dentre elas, o acolhimento humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto acolher é uma forma de humanizar o atendimento ao usuário, contribuindo para a criação de um ambiente mais leve para os familiares e tornando-os coparticipante das ações de saúde ao paciente.

Grupos como o Projeto Acolher devem ser incentivados e transformados em rotina em ambientes de UTI, pois mostrou impacto na satisfação dos usuários do serviço, abrindo perspectiva para elaboração de novos estudos que avaliem de forma mais direta os benefícios dessa modalidade de estudo.

REFERÊNCIAS

CARRIAS, F.M.S.; SOUSA, G.M.; PINHEIRO, J.D.S.; LUSTOSA, M.A.; PEREIRA, M.C.C.; GUIMARÃES, A.E.V.; CUNHA, V.P.; SERAFIM, G.M.L. **Visita humanizada em unidade de terapia intensiva: um olhar interdisciplinar**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(2), 103-112. 2018.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. Revista bras. Enferm. Vol 63 nº 1 Brasília Jan/Fev. 2010.

NUNES, E.D.C.A.; OLIVEIRA, C.N. **CUIDANDO DA FAMÍLIA NA UTI: DESAFIO DE ENFERMEIROS NA PRÁXIS INTERPESSOAL DO ACOLHIMENTO**. Texto Contexto Enferm, 23(4): 954-63. Florianópolis, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 2013. 1º Edição. Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em Agosto/2017.

SOARES, L.G.; REIS, M.R.; SOARES, L.G. Humanização na UTI: dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa. **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 6, n. 1, p. 70-86, Jul. 2014.

RIBEIRO, I.; SILVEIRA, M.G.C.C. Humanização hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, Ago./Out. 2015

FELIX, T. A. Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea/ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**, v. 3, n. 2. Salvador- BA. 2014.

MIRANDA, A.O.; ARCE, V.A.R. Humanização na formação em saúde: a experiência de uma estudante de fonoaudiologia. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 600-607, Set. 2015.

BITENCOURT, A.G.V.; NEVES, F.B.C.S.; DANTAS, M.P.; ALBUQUERQUE, L.C.; MELO, R.M.V.; ALMEIDA, A.M. et al. **Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007; 19(1) :53-59

MANDADORI, A.G. et al. Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo transversal. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 294-300. 2016.

ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DO ÓLEO ESSENCIAL DO QUIMIOTIPO I DAS FOLHAS DE *LIPPIA ALBA* (MILL.) N. E. BROWN

Data de aceite: 05/12/2019

Suelen Carneiro de Medeiros

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Morada Nova - Ceará

Gleilton Weyne Passos Sales

Universidade Federal do Ceará, Departamento de
Análises Clínicas e Toxicológicas
Fortaleza - Ceará

Matheus Lima Rodrigues

Universidade Federal do Ceará, Departamento de
Análises Clínicas e Toxicológicas
Fortaleza - Ceará

Hilania Valéria Dodou

Universidade Federal do Ceará, Departamento de
Análises Clínicas e Toxicológicas
Fortaleza - Ceará

Nádia Accioly Pinto Nogueira

Universidade Federal do Ceará, Departamento de
Análises Clínicas e Toxicológicas
Fortaleza - Ceará

RESUMO: O uso indiscriminado de antimicrobianos, como na prescrição em casos não infecciosos ou no uso em doses subletais, bem como na utilização como fator de crescimento de muitas culturas animais e como medida profilática, tem levado ao surgimento de cepas de microrganismos

apresentando resistência a vários antibióticos. Por esse motivo, faz-se necessária a procura por alternativas a novos alvos terapêuticos no combate a doenças causadas por microrganismos patogênicos para os seres humanos. *Lippia alba* (Mill) N.E. Br. pertencente à família Verbenaceae, é tradicionalmente utilizada para diferentes fins medicinais, cujas atividades antimicrobianas já têm sido relatadas na literatura. O presente trabalho buscou determinar o potencial antimicrobiano do óleo essencial do quimiotipo I de *L. alba* (OELal) sobre cepas de referência: *Staphylococcus aureus* e *Candida sp.* Para isto, o espécime vegetal foi coletado, botanicamente identificado, e o óleo essencial extraído por hidrodestilação a partir de folhas frescas. O OELal foi utilizado em ensaio de microdiluição em caldo e inoculação em ágar para determinação das concentrações inibitórias mínima e letal (CIM/CLM) utilizando concentrações que variavam de 0,0022 até 2,5 mg/mL. O OELal apresentou-se ativo contra os microrganismos testados, em concentrações inibitórias que variaram de 0,1562 até 0,625 mg/mL. Portanto, o OELal foi capaz de inibir o crescimento de *S. aureus* e *C. albicans* e *C. tropicalis*, podendo ser considerado um potencial antibacteriano e antifúngico. Ainda assim são necessários outros ensaios de modo a elucidar o mecanismo de ação.

PALAVRAS-CHAVE: Antibacteriano,

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF ESSENTIAL OIL FROM LEAVES OF *LIPPIA ALBA* (MILL.) N. E. BROWN CHEMOTYPE I

ABSTRACT: Indiscriminate use of antimicrobials, such as prescribing in non-infectious cases, using sublethal doses, use as growth factor in many animal cultures and as prophylactic measure, it has led to the emergence of strains of microorganisms with resistance to various antibiotics. For this reason, it is necessary to search for alternatives to new therapeutic targets in the therapeutic against diseases caused by pathogenic microorganisms to humans. *Lippia alba* (Mill) N.E. Br. belonging to the Verbenaceae family is traditionally used for different medicinal purposes, whose antimicrobial activities have been reported in many papers. The present work aimed to determine the antimicrobial potential of *L. alba* chemotype I (OELal) essential oil on reference strains: *Staphylococcus aureus* and *Candida* sp. For this, the plant specimen was collected, botanically identified, and the essential oil extracted by hydrodistillation from fresh leaves. OELal was used in broth microdilution assay and agar inoculation to determine minimal and lethal inhibitory concentrations (MIC / LCM) using concentrations ranging from 0.0022 to 2.5 mg / mL. OELal was active against the microorganisms tested, at inhibitory concentrations ranging from 0.1562 to 0.625 mg / mL. Therefore, OELal was able to inhibit the growth of *S. aureus* strains, *C. albicans* and *C. tropicalis*, and could be considered an antibacterial and antifungal potential drug. Still further testing is needed to elucidate the mechanism of action.

KEYWORDS: Antibacterial, Antifungal, Medicinal plants

1 | INTRODUÇÃO

O uso indiscriminado de antimicrobianos, como na prescrição em casos não infecciosos ou no uso em doses subletais, bem como na utilização como fator de crescimento de muitas culturas animais e como medida profilática, tem levado ao surgimento de cepas de microrganismos apresentando resistência a vários antibióticos. O uso de antimicrobianos trouxe preocupação a partir dos anos 50 e 60, com a utilização de antimicrobianos beta-lactâmicos, e nas décadas de 80 e 90 com o aparecimento de formas de resistência e a disseminação de cepas multiresistentes (TAVARES, 2000).

Segundo Baquero & Blázquez (1997), a resistência pode ser considerada como a interação entre um antibiótico e um genótipo específico, sendo seu produto obtido devido ao acaso. Bactérias podem adquirir resistência a antibióticos devido a alterações cromossômicas, indução da expressão de genes que estavam latentes por pressões seletivas e troca de DNA por mecanismos de transformação, transdução ou conjugação (NEU, 1992). Sabe-se do potencial de mais de 4.000 substâncias

com poder antimicrobiano conhecido, todavia seu processo de produção é bastante encarecido ou sua toxicidade é muito elevada, o que inviabiliza o desenvolvimento de novos fármacos (AZEVEDO, 2008).

Por esse motivo, faz-se necessária a procura por alternativas a novos alvos terapêuticos no combate a doenças causadas por microrganismos patogênicos para os seres humanos, na busca de novos alvos biotecnológicos para a resolução de problemas e alternativas para terapêutica de doenças. Sendo o Brasil um país com proporções continentais, que contém a maior biodiversidade do mundo, é o maior da América do Sul, possuindo três grandes biomas marinhos e seis terrestres, apresenta também uma gama de espécies endêmicas e com grande importância econômica, inclusive na indústria farmacêutica (MMA, 2016).

Assim, as plantas medicinais são sabidamente uma fonte valiosa de compostos bioativos para as mais diversas finalidades. Apesar disso, na flora brasileira, as plantas medicinais são utilizadas com pouca ou nenhuma comprovação científica de seu potencial de ação (ROCHA; ROCHA, 2009).

L. alba (Mill) N.E. Br. pertencente à família Verbenaceae, é integrante do segundo maior gênero da família, descrito primeiramente por Linnaeu, tendo sua distribuição em sua maioria no Brasil, México, Paraguai e Argentina. Sua importância consta do fato de tradicionalmente ser utilizada para diferentes fins medicinais, tais como problemas respiratórios, infecções cutâneas e gastrintestinais (TEIXEIRA, 2009). Esta espécie apresenta diferenças fitoquímicas características, podendo ser dividida em quimiotipos diferenciados de acordo com os constituintes majoritários de seus óleos essenciais: Citral, Carvona e Linalol, segundo Tavares (2004). No Ceará, foram catalogados três quimiotipos diferentes: Quimiotipo I (Citral e Mirceno), Quimiotipo II (Citral e Limoneno) e Quimiotipo III (Carvona e Limoneno) (MATOS; VIANA; BANDEIRA, 2001).

Várias são as atividades relatadas na literatura para os óleos essenciais de espécies do gênero *Lippia*. Já foram relatadas atividades etnofarmacológicas, sendo as mais frequentes: sedativa, analgésica, anti-inflamatória, contra problemas gastrointestinais e doenças respiratórias (TAVARES; MOMENTÉ; DO NASCIMENTO, 2012). Do ponto de vista farmacológico, também já foram encontradas atividades antibacteriana, antiviral e antifúngica dos extratos de *L. alba*. De um modo geral, este produto natural possui atividade tanto para organismos Gram-positivo, como Gram-negativo (HENNEBELLE et al., 2008; TAVARES; MOMENTÉ; DO NASCIMENTO, 2012; TEIXEIRA, 2009; TEIXEIRA, 2016).

De acordo com o exposto, o presente trabalho teve como objetivo determinar o potencial antimicrobiano do OELal sobre cepas de *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans* e *Candida tropicalis*.

2 | METODOLOGIA

Folhas do quimiotipo I de *L. alba* foram coletadas no Horto de Plantas Medicinais José de Abreu Matos, no Campus do Pici, na Universidade Federal do Ceará (UFC). A identificação da espécie foi realizada no Departamento de Biologia da UFC e a exsicata encontra-se depositada no Herbário Prisco Bezerra (EAC) da mesma universidade (número 59676).

Para a obtenção do óleo essencial das folhas do quimiotipo I de *L. alba* (OELal), seguiu-se a metodologia de hidrodestilação, utilizando-se as folhas frescas, com um Sistema de extração por arraste de vapor em aparelho convencional, com tempo médio de extração de 1 h. A fração contendo o OELal foi separada da água residual por tratamento com sulfato de sódio anidro (CRAVEIRO, 1981).

Para realizar os ensaios de atividade antimicrobiana, foram utilizadas cinco cepas de referência: *S. aureus* ATCC 6538P, *S. aureus* ATCC 14458, *C. albicans* ATCC 10231, *C. albicans* (ATCC 90029) e *C. tropicalis* ATCC 750.

A determinação da concentração inibitória mínima (CIM) foi realizada segundo a norma M7-A6, vol. 23, nº 2 (CSLI, 2003), em microplacas estéreis de 96 poços. As culturas microbianas, mantidas em ágar BHI (brain heart infusion), foram inoculadas em caldo BHI ou caldo sabouraud e incubadas a 35°C, por 16 h. Posteriormente, a densidade das culturas foi ajustada em solução salina 0,9%, de acordo com a escala de McFarland 0,5, para uma suspensão de aproximadamente 10⁸ UFC/mL de *S. aureus* e 10⁶ UFC/mL de *Candida* sp. As suspensões foram diluídas 100 vezes nos meios apropriados e 80 µL das diluições foram transferidos para cada poço da microplaca. Os poços testes continham 100 µL de caldo BHI ou sabouraud, 20 µL de OELal diluído em Tween 80 a 0,1%, em concentrações que variavam de 0,0022 mg/mL até 2,5 mg/mL. Como controle positivo do experimento foi utilizado Amicacina (0,049 a 100 µg/mL) e Cetoconazol (0,000031 a 64 µg/mL). Como controle negativo foi utilizado Tween 80 a 0,1%.

As microplacas foram incubadas por 24 h a 35°C e a inibição do crescimento microbiano foi avaliada a olho nu, bem como pela determinação da absorbância a 620 nm, em leitor de Elisa BioTek. Para obtenção da concentração letal mínima (CLM) foi utilizada a técnica da micro-gota, onde foram inoculadas em placas de ágar plate count ou ágar sabouraud 5 µL dos poços das microplacas que não apresentaram crescimento microbiano (BARON; PETERSON; FINEGOLD, 1994).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O OELal apresentou-se ativo contra os microrganismos testados. Para ambas as cepas de *S. aureus* as CIM e CLM apresentaram o mesmo valor: 0,625 mg/mL.

Para a cepa de *C. albicans* ATCC 10231, as CIM e CLM foram de 0,1562 mg/mL e 0,3125 mg/mL, respectivamente. *C. albicans* ATCC 90029 teve seu crescimento inibido em 0,625 mg/mL e inviabilizado em 1,250 mg/mL de OELal. Para *C. tropicalis* ATCC 750, as CIM e CLM foram de 0,3125 mg/mL (Figura 1).

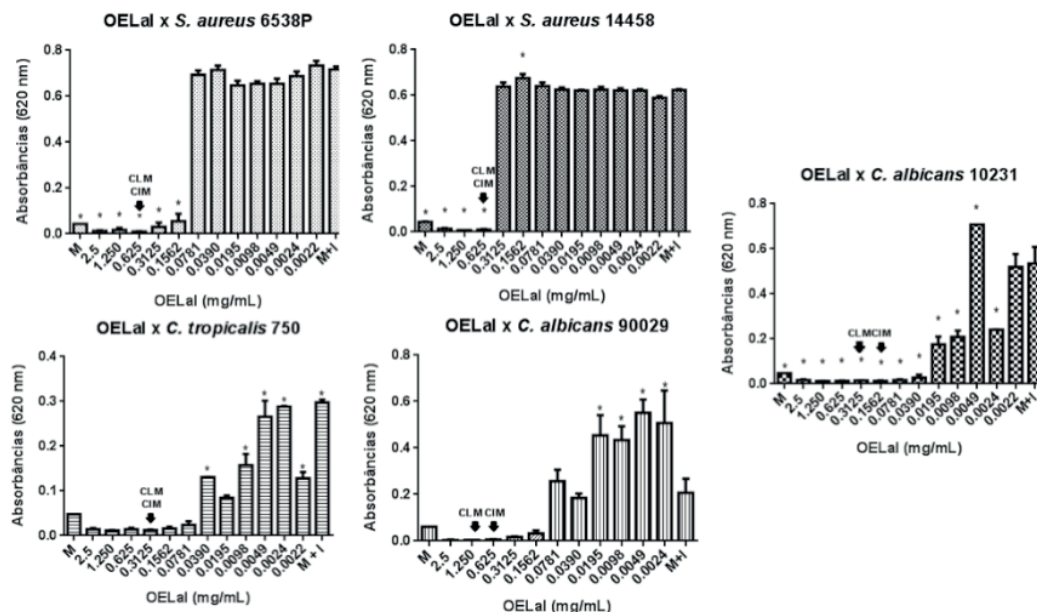


Figura 1 - Concentração inibitória mínima (CIM) e Concentração letal mínima (CLM) de OELal para cepas de *S. aureus*, *C. albicans* e *C. tropicalis*

Fonte: a autora

Sendo misturas complexas, os óleos essenciais podem conter uma grande quantidade de diferentes constituintes, como substâncias da classe dos terpenos, dentre outros compostos aromáticos, nas mais diversas concentrações (BAKKALI et al., 2008). Vários fatores são levados em consideração para determinar as diferenças químicas encontradas na constituição dos óleos essenciais: parte vegetal onde o óleo essencial foi produzido, fatores abióticos, época de cultivo e coleta destas partes vegetais para extração (DE MORAIS, 2006). Estes compostos naturais possuem um amplo espectro de atividade, tendo vantagens sobre os compostos sintéticos não-naturais, pois devido sua capacidade de volatilização se torna menos tóxico para o meio ambiente. Acredita-se que a potente atividade antimicrobiana de óleos essenciais é devido à presença de terpenóides e compostos fenólicos, por apresentar propriedades lipofílicas (TOMAZONI et al., 2016).

O quimiotipo I de *L. alba* cultivada no Ceará, de acordo com a literatura, é caracterizado por seus componentes majoritários Citral e Mirceno. Citral é um aldeído monoterpene encontrado sob as formas estereoisoméricas geranial e neral, onde já são conhecida suas propriedades tanto antibacteriana quanto antifúngica, e vários achados sugerem que estas substâncias podem atuar alterando a concentração de ATP celular, reduzindo o pH do citoplasma, alterando mudanças no potencial

de membrana, bem como agindo sobre a parede celular e/ou membrana celular, deformando-a (SHI et al., 2016).

O Micerno, um monoterpene, já é conhecido na literatura por atuar como analgésico, anti-inflamatório e sedativo (GLISIC et al., 2007). Além dessas atividades, possui atividade antimicrobiana, e devido seu caráter hidrofóbico, pode ser capaz de interagir com os lipídeos de membrana, desestabilizando sua estrutura, o que aumenta a sua permeabilidade para a entrada desses compostos no interior celular (MARTINS et al., 2012).

4 | CONCLUSÃO

O OELal foi capaz de inibir o crescimento de *S. aureus*, *C. albicans* e *C. tropicalis*, podendo ser considerado um potencial antibacteriano e antifúngico. Mais estudos devem ser realizados de modo a elucidar qual o mecanismo de ação deste óleo sobre os microrganismos testados, para auxiliar em formulações de produtos oriundos da fitoterapia com potencial antimicrobiano de amplo espectro.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. L. de. **Genética de microrganismos**. 2 ed. Editora UFG, 536p. Goiânia, 2008.

BAKKALI, F. et al. Biological effects of essential oils – A review. **Food and Chemical Toxicology**, v. 46, n. 2, p. 446–475, fev. 2008.

BAQUERO, F.; BLÁZQUEZ, J. Evolution of antibiotic resistance. **Trends in Ecology & Evolution**, v. 12, n. 12, p. 482-487, 1997.

BARON, E. J.; PETERSON, I. R.; FINEGOLD, S. M. **Diagnostic Microbiology**. 9 ed. Mosby, St. Louis:: 1994.

CLINICAL AND LABORATORY STANDARDS INSTITUTE. **Methods for dilution Antimicrobial Susceptibility testes for Bacteria that Grow Aerobically**. 6° ed. Approved Standard: M7-A6. CLSI, 2003.

CRAVEIRO, A. A. **Óleos essenciais de plantas do Nordeste**. Edições UFC, 1981.

DE MORAIS, S. M. et al. Atividade antioxidante de óleos essenciais de espécies de *Croton* do nordeste do Brasil. **Química Nova**, v. 29, n. 5, p. 907, 2006.

GLISIC, S. et al. Antimicrobial activity of the essential oil and different fractions of *Juniperus communis* L. and a comparison with some commercial antibiotics. **Journal of the Serbian Chemical Society**, v. 72, n. 4, p. 311–320, 2007.

HENNEBELLE, T. et al. Ethnopharmacology of *Lippia alba*. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 116, n. 2, p. 211–222, 5 mar. 2008.

MARTINS, M. R. et al. Chemical composition, antioxidant and antimicrobial properties of three essential oils from Portuguese flora. **Journal of Pharmacognosy**, v. 3, p. 39-44, 2012.

MATOS, F. J. A.; VIANA, G. S. B.; BANDEIRA, M. A. M. Guia Fitoterápico. 2º Edição. Editora: UFC, Fortaleza-Ce, 2001.

[MMA] Ministério do Meio Ambiente. Biodiversidade Brasileira. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/biodiversidade/biodiversidade-brasileira>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

NEU, H. C. The crisis in antibiotic resistance. **Science (Washington)**, v. 257, n. 5073, p. 1064–1073, 1992.

ROCHA, G. M.; ROCHA, M. E. DO N. Uso popular de plantas medicinais. **Saúde & Ambiente em Revista**, v. 1, n. 2, 21 jan. 2009.

SHI, C. et al. Antimicrobial Activity and Possible Mechanism of Action of Citral against *Cronobacter sakazakii*. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, 14 jul. 2016.

TAVARES, W. Bactérias gram-positivas problemas: resistência do estafilococo, do enterococo e do pneumococo aos antimicrobianos. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 33, n. 3, p. 281–301, 2000.

TAVARES, I. B.; MOMENTÉ, V. G.; DO NASCIMENTO, I. R. *Lippia alba*: Chemical, pharmacological and agronomical studies. **Applied Research & Agrotechnology**, v. 4, n. 1, p. 204–220, 15 jan. 2012.

TEIXEIRA, Andréa Bessa. **Avaliação das atividades antimicrobiana e antioxidante dos óleos essenciais das folhas dos quimiotipos I, II e III de *Lippia alba* (Mill.) N. E. Brown**. Fortaleza, CE, 2009. 139 f : Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza-CE, 2009.

TEIXEIRA, Andréa Bessa. **ÓLEO ESSENCIAL DAS FOLHAS DO QUIMIOTIPO II DE *Lippia alba* (MILL.) N. E. BROWN: MECANISMO DE AÇÃO ANTIMICROBIANO EM *Staphylococcus aureus* E ATIVIDADE CICATRIZANTE** Fortaleza, CE, 2016. 151 f : Tese (doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza-CE, 2016.

TOMAZONI, E. Z. et al. In vitro antifungal activity of four chemotypes of *Lippia alba* (Verbenaceae) essential oils against *Alternaria solani* (Pleosporeaceae) isolates. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 88, n. 2, p. 999–1010, jun. 2016.

ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: A RELEVÂNCIA DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Data de aceite: 05/12/2019

Thais Gomes Lino

Universidade Metropolitana Da Grande Fortaleza
(UNIFAMETRO), Ceará.

Raimundo Auricelio Vieira

Mestre em Ciências do Desporto, Universidade de
Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Vila Real,
Portugal.

Antônio Klinger Leite de Freitas

Mestre em Farmacologia, Professor Adjunto da
UNIFAMETRO.

Raissa Forte Pires Cunha

Mestre em Educação, professora Adjunta da
UNIFAMETRO.

Demétrius Cavalcanti Brandão

Doutor em Saúde Pública, Professor Adjunto da
Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará-FAECE.

RESUMO: O papel do profissional de Educação física, bem como de outros profissionais possui vários desafios, sendo um deles o trabalho com a pessoa com deficiência. O objetivo geral do estudo foi analisar a relevância do profissional de Educação Física e a prática regular de AF com deficientes, identificando os benefícios da atividade física para pessoas com deficiências, correlacionando às dificuldades encontradas. A presente pesquisa se caracteriza como pesquisa de campo e como pesquisa descritiva e qualitativa. O instrumento para a coleta de dados

foi um questionário com dezenove perguntas objetivas aplicada a vinte colaboradores, são eles pais e responsáveis de alunos devidamente matriculados na instituição. A análise de dados foi feita com base nas respostas, aproximando o mesmo com o referencial teórico deste trabalho, tendo como principais itens a pratica da atividade física o papel do Profissional de Educação Física, acessibilidade e inclusão na AF e seus benefícios. A partir do questionário realizado com os pais e responsáveis constatou-se que o papel do profissional é relevante e se faz necessário e que a pratica de atividade física para o público em questão agrega inúmeros benefícios.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade Física, Pessoa com deficiência, Profissional de Educação Física.

PHYSICAL ACTIVITY FOR PEOPLE WITH DISABILITIES: THE RELEVANCE OF THE PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL

ABSTRACT: This work has as its theme: physical activity for people with disabilities: the relevance of physical education professional with overall objective of the study: analyze the relevance of physical education professional and the regular practice of AF with the disabled, identifying the benefits of physical activity for people with disabilities, correlating to the

difficulties encountered. The present research is characterized as field research and as descriptive and qualitative research. The instrument for data collection was a questionnaire with nineteen objective questions applied to twenty employees, parents and guardians of students enrolled in the institution. The data analysis was made on the basis of the replies, approaching the same with the theoretical framework of this work, having as main items the practice of physical activity the professional role of physical education, accessibility and inclusion in AF and its benefits. From the survey conducted with parents found that the professional's role is relevant and necessary, and that the practice of physical activity for the public in question adds numerous benefits.

KEYWORDS: Physical activity, Physical education, Professional benefits.

1 | INTRODUÇÃO

O papel do profissional de Educação física, bem como de outros profissionais possui vários desafios. É da obrigação do mesmo designar, conduzir a todos que procuram a prática regularmente da atividade física ou desportiva, quer seja com pessoas em seu mais perfeito estado físico, ou seja pessoas com deficiências. Através das aulas o professor vem intervir como um meio de aprendizagem, estimulando a prática da atividade física, proporcionando com isso benefícios para todos (OLIVEIRA; SILVA, 2005).

Considera-se relevante o profissional de educação física e sua disciplina para pessoa com ou sem deficiência, mas acredita-se que para pessoas com deficiência esta importância seja ainda maior, assim como os desafios encontrado pelo o mesmo. Desafios como o de elaborar atividades dinâmicas, animadas, sempre com o objetivo de promover o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo-social. Portanto, cabe ao professor reconhecer em suas aulas a competência e dificuldade de cada pessoa, para que com isso possa fortalecer o autogoverno e com isso promover a independência dessas pessoas.

Nesse processo de desenvolvimento a frequência de pessoas com deficiência na AF ainda é considerada baixa, muitas necessitam da presença de familiares devido à falta de autonomia motora ou mesmo de independência, condições referentes as peculiaridade própria de cada deficiência, cabe aos familiares possibilitar o comparecimento em atividades física ou de caráter social. Sabemos que geralmente os pais simbolizam ser obstáculos pela a superproteção ou a recusa da deficiência de seus filhos, mesmo sendo eles essenciais para que alcance os seus objetivos.

O vínculo familiar, juntamente com o acompanhamento de um profissional de Educação Física agregam resultados significativos e relevante para o processo de adaptação e desenvolvimento durante e pós as aulas. É preciso que os pais sejam presente nestes procedimentos para que possam acompanhar a evolução dos mesmos com as atividades prescritas pelo o professor, é preciso que se haja

uma boa integração entre professor e os pais para que, com isso, possa haver bons resultados.

A atividade física vem beneficiar mediante a suas práticas regulares, ou seja, o corpo em movimento, proporcionando a pessoa com deficiência vários benefícios a saúde e com isso, resultados positivos, no bem-estar físico como o fortalecimento muscular, o bem-estar mental, social e emocional, a prática regular da atividade física elevam a motivação dessas pessoas a estarem sempre pensativos com a sua saúde, permitindo hábitos saudáveis no seu dia a dia e para toda sua vida.

Justifica-se que é o papel do profissional de educação física e a prática de atividade física regular é de suma importância para todos, mais em especial para pessoas com deficiência, evidenciando sua importância e seus benefícios, sobretudo com relação à concepção de seu esquema corporal, associação espaço-temporal e conhecimento de seu próprio corpo. Proporcionando a pessoas com deficiência a autoconfiança, a autoestima, atuando como indivíduo facilitador de um desenvolvimento motor apropriado, facilitando uma melhor interação social.

Apresente pesquisa tem como objetivo geral analisar a relevância do profissional de Educação Física na prática regular de AF com deficientes, identificando os benefícios da atividade física para pessoas com deficiências, correlacionando as dificuldades encontradas.

2 | REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 Relevância do profissional de Educação Física na prática regular de AF com deficientes

A prática regular de atividade física pode ser uma forma de atingir inúmeros benefícios de saúde, que podem influenciar, de forma direta, ou indireta, o impacto positivo em diversos riscos para a saúde. Na realidade, as pessoas com deficiência devem ter oportunidades e apoio para a prática de uma Atividade Física às suas limitações e capacidades.

A Atividade Física Adaptada (AFA) reforça e congrega todas as formas da participação desportiva de qualquer pessoa com limitações, nomeadamente de movimento, independentemente do objetivo dessa atividade, quer seja educativo, competitivo, terapêutico ou recreativo (Marques, Castro e Silva, 2001).

O objetivo é ajudar as pessoas com deficiência a melhorar a sua força muscular, o estado psicológico de bem-estar e elevar a qualidade de vida, melhorando a realização das tarefas da vida diária (World Health Organization, 2003).

Para Martins (1995), apud Filus e Martins Junior (2004, p.79), refere que a “Educação Física Adaptada é um campo emergente da educação física, onde o professor deve ser paciente, observador e criativo”. O autor ressalta a relevância

do papel do professor, pois, para trabalhar com esses indivíduos, os obstáculos são sempre maiores. Para Ferreira (2001, p.94), a palavra deficiente significa “falha, falta, carente, incompleto, imperfeito”. Bem como essa declaração, para a nossa sociedade, o deficiente ainda é considerado como um ser incapaz de assegurar por si mesmo as necessidades de uma vida individual ou social normal.

Segundo Pires, (2008), temos cerca de 25 milhões de brasileiros com necessidades especiais, sendo ela: física, mental, auditiva, visual, múltipla, em consequência disso, na maioria das vezes não há suporte adequado e espaço social para estes indivíduos. Segundo Ribas (1994, p.18), “o termo deficiente refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesmo, total ou parcial, as necessidades de uma deficiência ou não em suas capacidades físicas ou mentais.”

O profissional de educação física, ao lidar com os alunos com deficiências, deve saber que estes são capazes de praticar várias atividades, necessitando unicamente de uma atenção especial, de orientações mais claras, usando sempre o método demonstrativo, optando por atividades atraentes, respeitando potenciais, limites e deficiências dos alunos. Sabendo que eles precisam de uma atenção maior, as atividades em grupo, não pode conter vários alunos, para que possa ser dada uma melhor atenção para todos.

Para Bueno e Rose (1995), apud Cidade e Freitas (2002, p.27), “A Educação Física Adaptada para pessoas com deficiência não se diferencia da Educação Física em seus conteúdos, mas compreende técnicas, métodos e formas de organização que podem ser aplicados ao in deficiente”. Para a autora, o professor precisa ter planejamento que vise atender às necessidades de seus alunos, combinando procedimentos para romper as barreiras da aprendizagem; é preciso que o professor seja criativo, adaptando as aulas de acordo com nível de deficiência do seu aluno. Nas palavras de Cidade e Freitas (2002, p. 30): Não existe nenhum método ideal ou perfeito da Educação Física que se aplique no processo de inclusão, porque o professor sabe e pode combinar inúmeros procedimentos para remover as barreiras e promover a aprendizagem dos seus alunos.

O professor de Educação Física deverá fazer adaptações necessárias, nas regras, nas atividades, na utilização do espaço, em materiais para estimular, tanto no aluno com deficiência como em todo o grupo, possibilidades que favoreçam a sua formação integral (SOLER, 2002, p. 21). Os alunos não podem acreditar que a Atividade Física é apenas um momento de lazer ou só de recreação, mas sim, no momento em que lhes trará conhecimentos que poderão trazer vários benefícios que irá ser inseridos no dia a dia de cada um.

As desigualdades físicas ou um desenvolvimento perceptivo diferente causam, constantemente, a exclusão do belo, saudável e autônomo, ou seja, a diferença é caracterizada pelo fato de não pertencer aos parâmetros de normalidade constituídos

pela sociedade. No entanto, a pessoa com deficiência é capaz de usufruir uma vida plena, desde que sejam feitas as adaptações necessárias (DIEHL, 2008).

O professor deverá estar sempre fazendo adaptações em suas aulas, criando situações em que possa possibilitar a interação de todos. Estes mesmos alunos, poderá participar por exemplo, dos jogos ou danças, buscando um papel característicos para sua atuação, em cada limitação casará um nível de resposta, pois o progresso da percepção das possibilidades permite o seu decorrente desenvolvimento.

“Cabe ao professor zelar para que todos os alunos participem de cada atividade, valorizando a importância individual na construção de conceitos, oferecendo caminhos alternativos que permitirão a cada aluno adquirir novos conhecimentos” (PAROLIN, 2006, p. 233).

Ao professor cabe, com domínio, saber inserir, na sua rotina de aula, atividade, material, local e instrução adequados para que os alunos com deficiência participem de todas as vivências da prática da educação física e de todos os desafios propostos. Isso se caracteriza como estratégias de ensino e recursos pedagógicos adequados e/ou adaptados ao planejar e aplicar programas de atividade física adaptada, área voltada aos conhecimentos da educação física visando a atender os alunos com deficiência (SEABRA JÚNIOR; MANZINI, 2008).

Zanon (2012) esclarece que o profissional responsável pela prescrição e orientação de atividades físicas é o Professor de Educação Física, e quando a atividade física passa a ser elaborada e orientada por esse profissional, torna-se o Exercício Físico. Assim, define exercício físico como sendo uma sequência sistematizada de movimentos de diferentes segmentos corporais, executados de forma planejada, segundo um determinado objetivo a ser atingido.

Me sinto bem em poder favorecer um ambiente onde os conceitos éticos sejam conservados a partir de princípios de convivência saudáveis, beneficiando as pessoas com deficiências a compreensão de suas possibilidades e a dos outros.

2.2 Os benefícios da atividade física para pessoas com deficiências

A ação precoce, “exercícios físicos” como condição de reabilitação, tratamento e lazer dispõe dos mais variados benefícios para pessoas com deficiência, referindo-se no apoio à reabilitação, aprimorando seus movimentos voluntários, na autoestima, aumento da comunicação com o meio em que vive e melhorando na socialização dos praticantes. Os exercícios físicos elevam a habilidade do indivíduo de controlar melhor seus movimentos, para que possam exercer com toda sua capacidade e segurança, respeitando seus limites.

As especificidades dos exercícios físicos favorecem ao praticante sua locomoção, diminuindo o esforço, com efeito do fortalecimento e da redução sobrecarga nas articulações, aliviando a pressão sobre as mesmas e estimulando a musculatura do

corpo humano de forma positiva. Isso contribui diretamente para a autonomia diária nas tarefas de rotina diária do aluno. Os exercícios físicos têm ainda como objetivos apresentar os benefícios fisiológicos sobre os todos os sistemas, assim como nas pessoas normais. E também os benefícios na área cognitiva do aluno através dos efeitos terapêuticos das atividades realizadas sistematizadas e planejadas. Atividades estas fundamentalmente orientadas pelo professor de educação física (MANOEL 1995)

Ressalta-se a importância da Atividade Física, atuando diretamente no desenvolvimento motor da criança, contribuindo uma qualidade de vida. Quando a intervenção precoce é aplicada de forma correta e planejada, obtêm índices de melhora do comportamento cerebral. Sentimentos e emoções dos alunos especiais, manifestados através de sorrisos e gestos mínimos podem explicar a neuroplasticidade obtida através de um estímulo externo aplicado pelo professor de educação física responsável pelo acompanhamento das crianças. O desenvolvimento motor de um aluno com necessidades especiais é estimulado se oferecermos oportunidades para que ele vivencie experiências e sensações. (CAMARGOS, 2002).

De acordo com Leite (2000), o Professor de Educação Física é o único educador que age sobre os fatores biológicos, por isso, o mesmo se destaca entre os demais educadores. O profissional de Educação Física, para o autor, é também o responsável pelo desenvolvimento de vários aspectos do ser humano, dentre eles, o psicológico.

2.3 Dificuldades encontradas

Diante as dificuldades encontradas, sabemos que as dificuldades são inúmeras, como barreiras arquitetônicas entre outras, geralmente os pais simbolizam ser obstáculos pela a superproteção ou a recusa da deficiência de seus filhos, mesmo sendo eles essenciais para que alcance os seus objetivos.

Segundo Pires (2008), temos cerca de 25 milhões de brasileiros com necessidades especiais, sendo ela: física, mental, auditiva, visual, múltipla, em consequência disso, na maioria das vezes não há suporte adequado e espaço social para este indivíduo:

Para Soler (2005) o maior objetivo deve ser o desenvolvimento a partir de participação, cooperação, solidariedade, dentro disso por meio de atividades proposta, estar ampliando e diversificando a atividade motora desses alunos sem tirar o estímulo de aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver junto.

O preconceito, o desrespeito contra a pessoa com necessidades especiais, vem batendo na porta, mas essa realidade estar mudando em termos de ética e sociedade.

É necessário lutar pela inclusão escolar e social de maneira geral com o objetivo

de melhorar a convivência entre as pessoas, de melhorar a vida em sociedade. Desta forma, haverá investimento no potencial dos educandos, contribuindo assim para que estes se formem cidadãos conscientes de seus direitos e de seu papel enquanto tal (SASSAKI, 1997).

3 | METODOLOGIA

A presente pesquisa se classifica como um estudo de campo, transversal do tipo predominantemente descritivo, com uma abordagem qualitativa. Segundo Gil (2002) o estudo de campo procura o aprofundamento das questões propostas, apresentando maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos reformulados ao longo da pesquisa.

No estudo de campo, estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação entre seus componentes. Basicamente a pesquisa desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevista com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo.

Para Neves (1996), a pesquisa descritiva é um tipo bem comum, usual e muito eficiente na análise final dos dados na área de administração, já que acentua um exame amplo dos dados.

A pesquisa foi realizada no SESC-CE de Fortaleza -CE, com núcleo Sesc Ativo NPCD. A pesquisa foi realizada no dia 19 de maio de 2018.

A população deste estudo consiste nos alunos regularmente matriculados no Sesc Ativo NPCD, ou seja, 200 pessoas com as mais variadas deficiências

Desse total, foram abordadas 20 pessoas, sendo eles, os Pais ou responsáveis pelas as crianças e adultos participantes das atividades, com as mais diversas deficiências e praticantes de várias Atividades Física, que foram escolhidas pelo pesquisador, compondo assim a amostra. A escolha por estas 20 pessoas, se deu fato de que os demais não aceitaram participar da pesquisa, alegando assim, a falta de tempo para responder a pesquisa.

Os Pais ou responsáveis foram convidados a participar da pesquisa pelo autor da pesquisa no local da prática das Atividades Física no SESC-CE, durante a chegada ou saída dos mesmos, estando devidamente autorizada pela a instituição SESC-CE, através do Termo de Anuência.

Foi devidamente esclarecido a finalidade da pesquisa no local já citado como cenário da pesquisa, em seguida apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e então foi aplicado um questionário contendo vinte questões com respostas objetivas, para instrumento de coleta de dados.

Como critério de inclusão foram utilizados, todos os participantes devidamente

matriculados e presentes, no dia e local da pesquisa.

Foram excluídos da amostra todos aqueles participantes que não se enquadraram nos critérios de inclusão. Ainda foram excluídos aqueles que porventura não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Os dados foram coletados através de um questionário elaborado e claramente explicadas pela pesquisadora, contendo dezenove questões objetivas.

Segundo Suassuna (2005), a flexibilidade proporcionada pela aplicação de um questionário é adotada como técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos, e por isso é amplamente utilizada em pesquisas na área de Educação Física. Além disso, o mesmo possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, sendo eficiente para a obtenção de dados em profundidade.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário. O questionário contava com 19 perguntas relacionadas aos benefícios da Atividade Física para pessoas com deficiência, a relevância do Profissional de Educação Física, e as dificuldades encontradas pelas famílias. Entre tanto é importante salientar que as questões apresentadas aos Pais e responsáveis tiveram um caráter simples de fácil entendimento e foram bastante objetivas, a fim de possibilitar melhor entendimento e por consequência, o resultado de respostas mais efetivas e sinceras.

Os questionários foram analisados, procurando se fazer uma correlação com o referencial teórico. Assim sendo, foi possível comparar a base teórica descrita no referencial teórico com a prática existente no local pesquisado, (SESC-CE, Núcleo Sesc Ativo NPCD).

A aplicação do questionário foi realizada no SESC-CE, com núcleo Sesc Ativo NPCD. perante a disponibilidade de tempo do envolvido e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizada uma breve explicação de como seria aplicado o questionário. Os indivíduos tiveram o tempo que consideraram necessário para responder as perguntas, tendo apenas que responder individualmente.

Ao término da aplicação do questionário, todos eles foram guardados em envelopes que impossibilitaram a identificação dos sujeitos e foram manipulados apenas pelo pesquisador.

Todas as informações necessárias sobre a pesquisa estavam presentes no TCLE que foram devidamente assinados por todos os pesquisados de forma espontânea e voluntária.

Para que o pesquisador pudesse realizar a coleta de dados nas instituições já citadas como cenários de pesquisa, foi solicitada autorização dos responsáveis por meio da assinatura no Termo de Anuência.

Vale reforçar que os participantes tiveram a identidade preservada, puderam

desistir a qualquer momento do estudo e não sofreram nenhum risco ou dano físico, mental ou social.

A pesquisa está de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados, quando se trataram das questões objetivas, foram analisados através da estatística descritiva e apresentados através de gráficos e quadros; e, quando se trataram das questões abertas, por meio da análise de conteúdo das respostas, que foram categorizadas e discutidas a luz da subjetividade. Também foram comparados entre si e confrontados com a literatura específica da área.

A verificação dos dados referente ao questionário ocorreu da seguinte forma, as respostas foram analisadas de forma qualitativa, a autora reuniu o material coletado durante a pesquisa e assim explorado devidamente, foi dado o devido processo para o material coletado, onde foi feita uma interpretação dos conteúdos obtidos através de gráficos. O questionário respondido pelos professores no qual é composto por dezenove perguntas foram analisados de forma separada, na análise dos dados trataremos a respostas dos Pais e responsáveis. Como referência para análise do material o autor teve como embasamento a obra de (Suassuna (2005).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados coletados e as respectivas discussões, que teve como base o questionário utilizado na com os Pais ou responsáveis pela as pessoas com deficiências. Quando por meio de questionários foram indagados, as questões de Atividade Física para pessoas com deficiência: a relevância do profissional de Educação Física.

Quando questionado sobre a importância da atividade física regulamente para o público em questão, as respostas foram unânimes que sim. E que estavam todos cientes de que a atividade física contribuía ´para um bom desenvolvimento dos mesmos.

Os exercícios físicos têm ainda como objetivos apresentar os benefícios fisiológicos sobre os todos os sistemas, assim como nas pessoas normais. E também os benefícios na área cognitiva do aluno através dos efeitos terapêuticos das atividades realizadas sistematizadas e planejadas. Atividades estas fundamentalmente orientadas pelo o Profissional de Educação Física (MANOEL 1995).

Quando falamos dos benefícios da atividade física para o corpo humano relacionamos com evolução, pois o corpo está em constante transformação, com o deficiente físico não seriam diferentes, os benefícios estão relacionados com flexibilidade, coordenação motora, praxia fina e global, e o bem-estar entre outros.

Rodrigues (2006) vem colocar que ao se aprofundar em estudos acerca da

atividade física para deficientes, percebe-se uma grande preocupação em relação à saúde dos mesmos, em seu aspecto mais amplo, como o fisiológico, social e o emocional. O autor considera a questão social como uma busca à qualidade de vida, pois o mesmo continua ao dizer que a qualidade de vida deixou de representar apenas uma vida sem doenças passando assim a ser uma busca da felicidade e satisfação pessoal.

[...] a UNESCO estabelece que a prática da Educação Física é um direito fundamental de todos e que os programas devem dar prioridade aos grupos menos favorecidos no seio da sociedade (Carta Internacional de Educação Física de Desportos 1978); a Educação Física e o Desporto evidenciam o potencial das pessoas com deficiência, influyendo positivamente no processo de auto-imagem e valorização das mesmas pela sociedade; as pessoas com deficiência têm demandado cada vez mais a participação em atividades de Educação Física, Desportos e Lazer [...] (CARMO, 1991, p. 145)

Quando falamos em atividade física para pessoas deficientes, pensamos em aulas adaptadas, limitações de movimentos, escolha de atividades inclusivas, o profissional de Educação Física tem por missão pesquisar, estudar e encontrar métodos proporcione a vivência para esse público. A capacitação do Profissional de Educação Física é constante, não somente para trabalhar com deficientes, mas para exercício da profissão, pois trabalhamos com o ser humano de forma integral.

Sobre a acessibilidade do deficiente físico a Educação física, entre vários problemas encontrados esse é o que mais chama atenção, a busca de instituições que trabalham com a educação inclusiva, a educação é direito de todos, porém essa barreira é frequentemente encontrada por famílias que tem deficiente.

“Acessibilidade é garantir a todas as pessoas o direito de utilizar espaços, as construções, os equipamentos urbanos, os mobiliários, os transportes e os meios de comunicação (livros, rádio, TV, internet) com segurança e autonomia”. (BRASIL, 2008, pg. 57).

Segundo Mittler (2003), no que diz respeito à educação, a inclusão envolve um processo de reforma e de reestruturação das escolas como um todo, com o objetivo de assegurar a todos os alunos o acesso a todas as gamas de oportunidade educacionais e sociais oferecidas pela escola. Isto inclui currículo coerente, a avaliação, os registros, os relatórios de aquisição acadêmica dos alunos, as decisões sobre os alunos, grupos de estudo, a pedagogia e as práticas de sala de aula, bem como oportunidades de esporte, lazer e recreação.

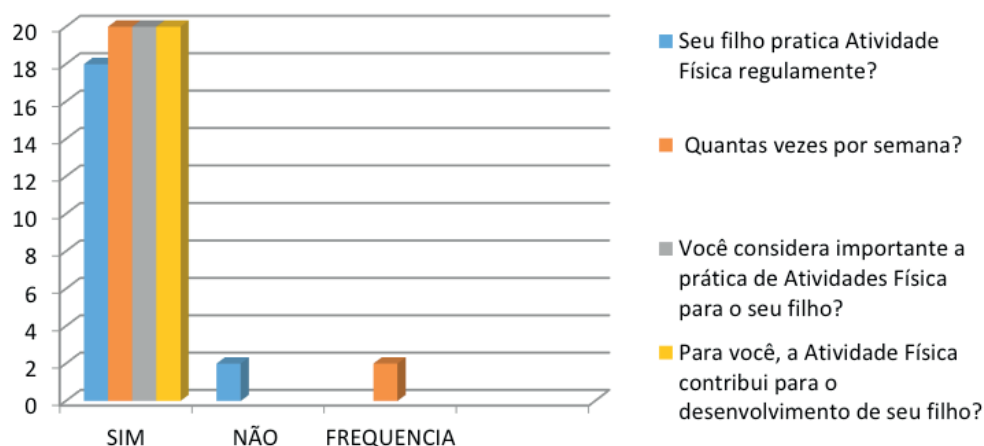


Gráfico 1 — Melhoras no desenvolvimento através da prática de exercícios físicos.

No gráfico 1, 98% dos entrevistados afirmam melhoras no desenvolvimento de seu filho no momento que ele começou a praticar o exercício físico regularmente enquanto 2% afirmam que não.

Segundo Pires, (2008), temos cerca de 25 milhões de brasileiros com necessidades especiais, sendo ela: física, mental, auditiva, visual, múltipla, em consequência disso, na maioria das vezes não há suporte adequado e espaço social para estes indivíduos. Segundo Ribas (1994, p.18), “o termo deficiente refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesmo, total ou parcial, as necessidades de uma deficiência ou não em suas capacidades físicas ou mentais.”

A Atividade Física Adaptada (AFA) reforça e congrega todas as formas da participação desportiva de qualquer pessoa com limitações, nomeadamente de movimento, independentemente do objetivo dessa atividade, quer seja educativo, competitivo, terapêutico ou recreativo (Marques, Castro e Silva, 2001).

A ação precoce, “exercícios físicos” como condição de reabilitação, tratamento e lazer dispõe dos mais variados benefícios para pessoas com deficiência, referindo-se no apoio à reabilitação, aprimorando seus movimentos voluntários, na autoestima, aumento da comunicação com o meio em que vive e melhorando na socialização dos praticantes. Os exercícios físicos elevam a habilidade do indivíduo de controlar melhor seus movimentos, para que possam exercer com toda sua capacidade e segurança, respeitando seus limites.

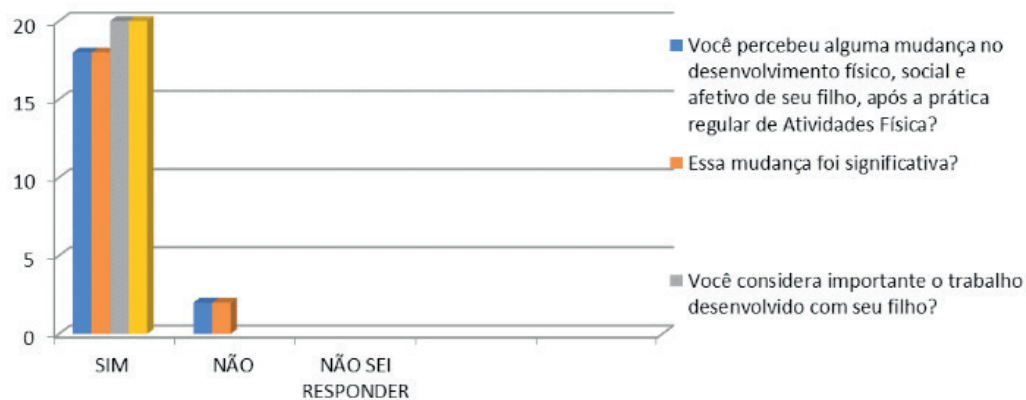


Gráfico 2 — Mudança no desenvolvimento do familiar com deficiência promovido pela prática de atividade física.

Analisando o gráfico 2 vimos um percentual de 98% dos entrevistados afirmam mudanças significativa no desenvolvimento de seu familiar com a prática de Atividade Física enquanto 2% afirmam que não perceberam nenhuma mudança.

O objetivo é ajudar as pessoas com deficiência a melhorar a sua força muscular, o estado psicológico de bem-estar e elevar a qualidade de vida, melhorando a realização das tarefas da vida diária (*World Health Organization*, 2003).

Nas palavras de Cidade e Freitas (2002, p. 30): Não existe nenhum método ideal ou perfeito da Educação Física que se aplique no processo de inclusão, porque o professor sabe e pode combinar inúmeros procedimentos para remover as barreiras e promover a aprendizagem dos seus alunos.

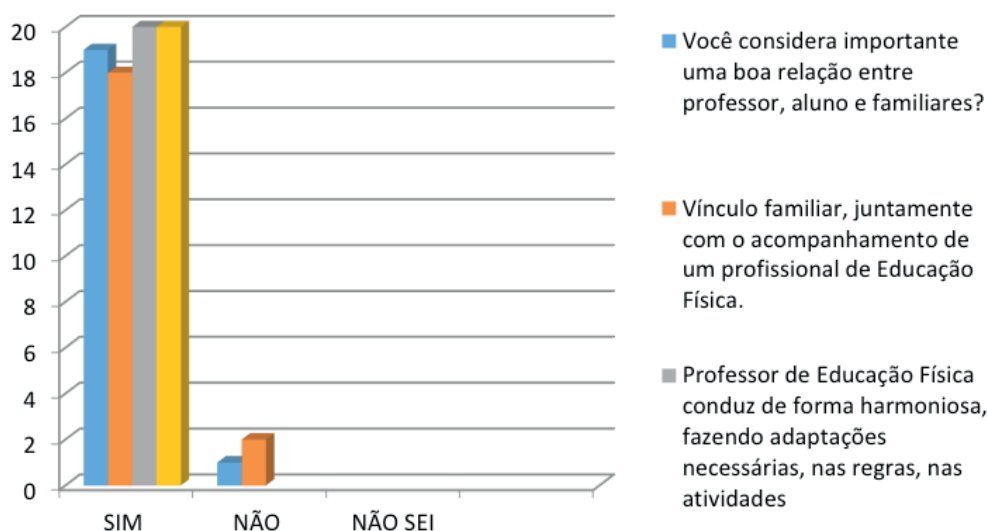


Gráfico 3 — Relação professor x aluno e vínculo familiar durante e após as aulas.

Ao observarmos o gráfico 3 percebemos que 97% dos entrevistados responderam sim para a relação aluno/ professor enquanto 3% afirmam que não.

O vínculo familiar, juntamente com o acompanhamento de um profissional de Educação Física agregam resultados significativos e relevante para o processo

de adaptação e desenvolvimento durante e pós as aulas. É preciso que os pais sejam presente nestes procedimentos para que possam acompanhar a evolução dos mesmos com as atividades prescritas pelo o professor, é preciso que se haja uma boa integração entre professor e os pais para que, com isso, possa haver bons resultados.

“A grande dificuldade da inclusão está no fato de que nossa sociedade, em seus sistemas sociais, não se organiza para incluir, dificultando desta forma, que as pessoas deficientes possam assumir seus papéis na sociedade” (PIRES, 2008, p. 48).

O professor de Educação Física deverá fazer adaptações necessárias, nas regras, nas atividades, na utilização do espaço, em materiais para estimular, tanto no aluno com deficiência como em todo o grupo, possibilidades que favoreçam a sua formação integral. (SOLER, 2002, p. 21). Os alunos não podem acreditar que a Atividade Física é apenas um momento de lazer ou só de recreação, mas sim, no momento em que lhes trará conhecimentos que poderão trazer vários benefícios que irá ser inseridos no dia a dia de cada um.

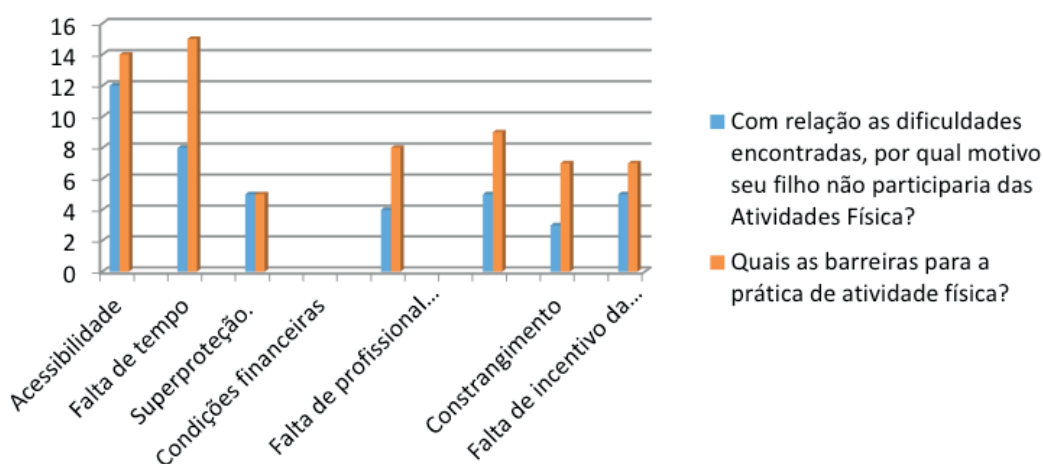


Gráfico 4 — Barreiras encontradas para a prática de atividade física.

Dados da pesquisa com relação as barreiras, podemos destacar que são altos, relacionadas a estas barreiras estão: acessibilidade a programas específicos, falta de tempo, condições financeira, constrangimento, falta de incentivo da família, falta de profissionais interessados em trabalhar com deficientes e até mesmo a superproteção.

Dificuldades apontadas para o acesso de pessoas com deficiência aos programas públicos de AF, sejam pelas barreiras arquitetônicas ou pela falta de capacitação profissional, reduzem ainda mais as oportunidades de participação. Dados não oficiais sobre o assunto apontam que apenas 10% das pessoas com deficiência no Brasil praticam alguma atividade física regularmente (SOLER, 2005; GUTIERRES FILHO et al., 2010).

O preconceito, o desrespeito contra a pessoa com necessidades especiais, vem batendo na porta, mas essa realidade está mudando em termos de ética e sociedade.

“A grande dificuldade da inclusão está no fato de que nossa sociedade, em seus sistemas sociais, não se organiza para incluir, dificultando desta forma, que as pessoas deficientes possam assumir seus papéis na sociedade” (PIRES, 2008, p. 48).

É necessário lutar pela inclusão escolar e social de maneira geral com o objetivo de melhorar a convivência entre as pessoas, de melhorar a vida em sociedade. Desta forma, haverá investimento no potencial dos educandos, contribuindo assim para que estes se formem cidadãos conscientes de seus direitos e de seu papel enquanto tal (SASSAKI, 1997).

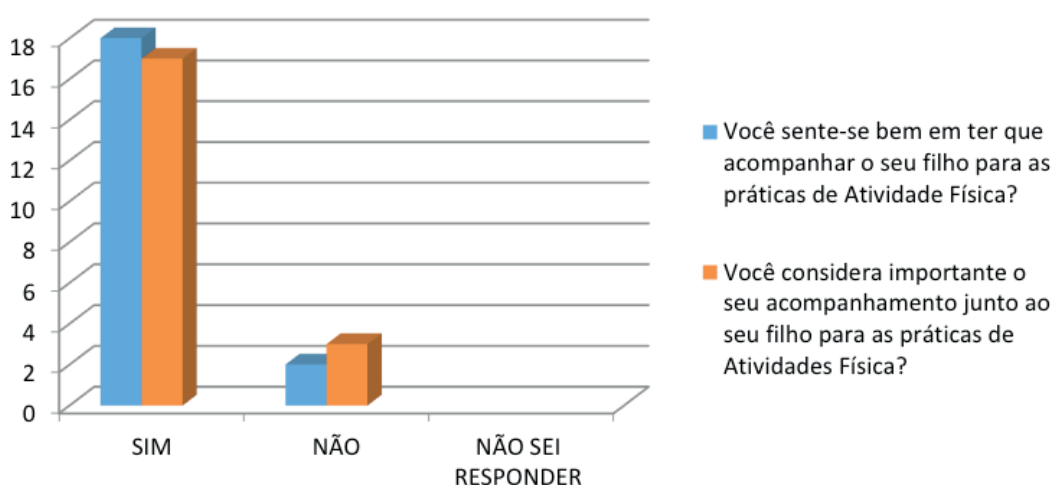


Gráfico 5 — Sentimento ao acompanhar o familiar na prática de atividades físicas.

De acordo com o gráfico 05, quando indagamos aos entrevistados, se sentiam se bem ao ter acompanhar seus filhos ou familiares para as práticas de atividades física 90% afirmaram que sim, apenas 10% afirmaram que não, quando foi perguntado sobre a importância do seu acompanhamento dos mesmo para a prática das atividades 85% afirmaram que sim, enquanto apenas 15% afirmaram que não.

Nesse processo de desenvolvimento a frequência de pessoas com deficiência na AF ainda é considerada baixa, muitas necessitam da presença de familiares devido à falta de autonomia motora ou mesmo de independência, condições referentes as peculiaridades próprias de cada deficiência, cabe aos familiares possibilitar o comparecimento em atividades físicas ou de caráter social.

Para Mantoan (2003, p. 53). Os pais podem ser nossos grandes aliados. Eles são uma força estimuladora e reivindicadora, exigindo o melhor para seus filhos e familiares, com ou sem deficiência, e não se contentando com projetos e programas que continuem batendo nas mesmas teclas e maquinando o que sempre existiu.

Assim, mais do que incentivar a criação de programas específicos para o atendimento a esse público, é preciso que o poder público promova alguns elementos de adaptação nos programas já existentes, no sentido de possibilitar a inclusão de todas as pessoas (RIMMER, 2011).

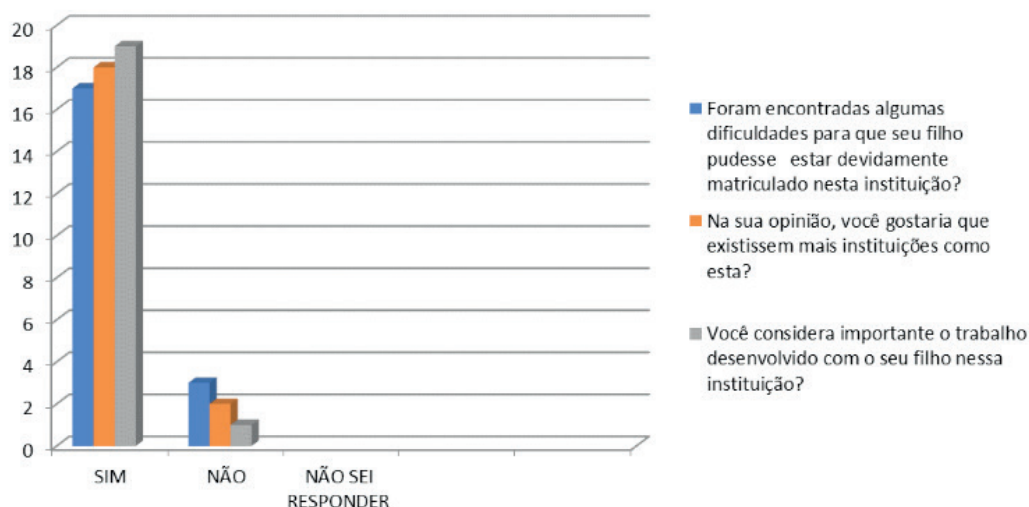


Gráfico 6 -- Dificuldades encontradas para a prática de atividades físicas na instituição a qual participa.

Analisando o gráfico 06, quando perguntado sobre a dificuldade encontradas por seus filhos estarem devidamente matriculados nesta instituição, 85% dos entrevistados responderam que sim, enquanto 15% afirmam que não. Quando indagamos se gostariam que existisse mais instituições como está, 90% disseram que sim, apenas 10% disseram que não. E quando perguntamos sobre o trabalho desenvolvido por esta instituição, 95% consideram importante, 05% afirmam que não.

[...] a UNESCO estabelece que a prática da Educação Física é um direito fundamental de todos e que os programas devem dar prioridade aos grupos menos favorecidos no seio da sociedade (Carta Internacional de Educação Física de Desportos 1978); a Educação Física e o Desporto evidenciam o potencial das pessoas com deficiência, influenciando positivamente no processo de auto-imagem e valorização das mesmas pela sociedade; as pessoas com deficiência têm demandado cada vez mais a participação em atividades de Educação Física, Desportos e Lazer [...] (CARMO, 1991, p. 145)

5 | CONCLUSÃO

Com base na análise de dados e de acordo com o que foi visto, a relevância do profissional de Educação Física e os benefícios da prática regular de AF para deficientes, diante das abordagens sobre as dificuldades encontradas pelos deficientes para prática da Atividade Física e o direito que todos tem da prática da mesma.

Acredita-se que a inclusão desses deficientes nas atividades físicas só será possível no momento em que haja uma conscientização da sociedade da importância dos exercícios físicos, para os deficientes físicos, a usufruírem dos seus direitos, e dos prazeres que a vida possa lhe oferecer. E isso seria fácil se houvesse adaptação em todos os espaços públicos, e fossem oferecidas atividades físicas para toda sociedade ensinando desde a criança até o adulto a movimentar-se melhor. (SALES 1997)

Tendo em vista a importância do profissional de Educação Física e o papel que desempenha para a construção do desenvolvimento do aluno com deficiência, a forma de abordagem e a didática aplicada respeitando o limite na sua individualidade. Diante de todos os desafios encontrados pelos profissionais de Educação Física, frente à inclusão de pessoas com deficiência, observamos observa-se que é necessário que os profissionais procurem, estudem, para se preparar para o processo da Inclusão destas pessoas com deficiência, já que esta é uma realidade e tão presente no nosso cotidiano.

Portanto, considera-se, que a atividade física é importante para pessoas ditas normais, mais em especial para pessoas com deficiências faz necessária. Desta forma ainda com base na esta pesquisa conclui-se que os profissionais de Educação Física podem contribuir de forma significativa para um bom desenvolvimento de forma geral.

Para finalizar, sugere-se que esse estudo seja ampliado para um número maior de profissionais da Educação Física, instituições pedagógicas, instituições ligadas ao esporte, aos governantes para que tenham um olhar voltado para o público em questão, a fim de que os resultados obtidos identifiquem as necessidades das pessoas com deficiência frente ao processo de inclusão, visando sempre uma melhor qualidade de vida para todos.

REFERÊNCIAS

CARMO, Apolônio Abadio do. Deficiência Física: A sociedade brasileira cria, “recupera” e discrimina. Brasília: Secretaria dos Desportos, 1991.

COSTA, A. M.; FREITAS, P. S. (Org.). Educação física e esporte para deficientes: coletânea. Uberlândia: UFU, 2000. p. 39-50.

COSTA, Alberto Martins; SOUSA, Sônia Bertoni. Educação física e esporte adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e Perspectivas para o século XXI. In: Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v. 25, n. 3, p. 7-160, maio 2004. (Temática

CAMARGOS JR, Walter. (Coord.). Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio. Brasília: Ministério da Justiça – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. AMES/ ABIA, 2002. p. 265.

CIDADE, R. E, FREITAS, P, S. Educação Física e Inclusão: considerações para a prática pedagógica na escola. Revista Integração. Ministério da

DIEHL, Rosilene Moraes. Jogando com as diferenças: jogos para crianças e jovens com deficiência. São Paulo: Phorte, 2008.

Educação. Secretaria de Educação Especial. Ano14. Edição especial 2002 pg.26 – 30.

FILUS, J. F, e MARTINS, J. Reflexões sobre a formação em educação física e a sua aplicação no trabalho junto às pessoas com deficiência. Curso de mestrado em educação, Maringá, V.15, p. 79-82, Ano 2004.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZÁLEZ, José Antônio Torres. Educação e Diversidade: Bases Didáticas e organizativas. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GUTIERRES FILHO, P. et al. Revisão sistemática da produção científica relacionada à qualidade de vida e atividade física de pessoas com deficiência visual. Rev. Digital Buenos Aires, v. 14, n. 142, 2010.

JÚNIOR, S. O. M.; MANZINI, J.E. Recursos e estratégias para o ensino do aluno com deficiência visual na atividade física adaptada. Marília: ABPEE, 2008.

LEITE, P. F. Aptidão Física, Esporte e Saúde. 3. Ed. São Paulo: Robe, 2000.

MANOEL, E. J. Aspectos desenvolvimentistas da habilidade nadar. In: FREUDENHEIM, A. M. (Org). Nadar: uma habilidade motora revisitada. São Paulo: CEPEUSP, 1995. p. 11.

MANTOAN, M. T. E. Inclusão Escolar: O que é? Por quê? Como fazer? Editora Moderna 2003.

Marques, U. M., Castro, J. A. M., & Silva, M. A. (2001). Atividade Física Adaptada: uma visão crítica. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 1(1), 73-79.

.NEVES, José Luiz. Pesquisa Qualitativa: Características, Usos Possibilidades. 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cadpesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

PAROLIN, Isabel Cristina Hierro. Aprendendo a incluir e incluindo para aprender. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2006.

LEITE, P. F. Aptidão Física, Esporte e Saúde. 3. Ed. São Paulo: Robe, 2000.

LIBÂNEO, J. C. Metodologia do ensino de educação física. São Paulo: Cortez, 1995.

RIBAS, J. B. C. O que são pessoas deficientes. São Paulo: Brasiliense, 1994. RODRIGUES, David. Atividade Motora Adaptada: A Alegria do Corpo. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

SASSAKI, R. K. Inclusão construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SUASSUNA, Dulce. Técnicas de Investigação Científica Pesquisa em Educação Física. 2005. Disponível em: <http://64.233.169.104/search?q=cache:wCjkomAFIqQJ:www.unb.br/fef/downloads/dulce/tecnicas_de_investigacao_cientifica.ppt+tecnica+de+coleta+de+dados&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2>. Acesso em: 21 jun. 2013.

ZANON, Diego. Personal trainer ou personal training? Disponível em: <<http://www.diegozanon.com.br/?p=245>>. Acesso em 30 jul. 2012. <http://www.efdeportes.com/efd148/atividade-fisica-para-os>

deficientes-fisicos.htm

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 10/out/2005.

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO EM SAÚDE MENTAL: FOCO NAS AÇÕES TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

Data de aceite: 05/12/2019

Data de Submissão: 13/10/2019

Nadja Mara de Sousa Lopes

Universidade Federal do Ceará, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/1336694529963770>

Manoel Ribeiro de Sales Neto

Universidade Federal do Ceará, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/7151637862110114>

Gabriela de Almeida Ricarte Correia

Universidade Federal do Ceará, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/0486136916934361>

Maria Aline Lima Saraiva Praseres

Escola de Saúde Pública do Ceará, Residência
Integrada em Saúde
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/5123387472383851>

Nívia Tavares Pessoa

Universidade Federal do Ceará, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/3137866281471465>

Stiven Alves de Assis

Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Atenção
Primária à Saúde
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/6922023727071974>

Camila Augusta de Oliveira Sá

Universidade Estadual do Ceará, Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/6221458706032253>

Ana Paula Soares Gondim

Universidade Federal do Ceará, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Fortaleza-Ceará

Link currículo: <http://lattes.cnpq.br/3429432950576137>

RESUMO: A reforma psiquiátrica brasileira exigiu mudanças nos serviços farmacêuticos com foco nos usuários, contribuindo com um acesso equitativo e uso racional dos medicamentos. O presente trabalho objetivou descrever as atividades deste profissional, a partir da perspectiva de farmacêuticos que atuam ou atuavam no campo saúde mental. Realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa. Os dados coletados foram ordenados, classificados

e interpretados pela hermenêutica-dialética. Inicialmente os farmacêuticos não se sentiam confortáveis no novo ambiente devido o caráter interdisciplinar do campo. Sua atuação inicial focava-se nas atividades gerenciais, com agregação posterior às atividades técnico-assistenciais e reconhecimento da equipe e população.

PALAVRAS-CHAVE: Farmácia; Saúde Mental; Relações Interprofissionais; Currículo.

PHARMACEUTICAL PERFORMANCE IN MENTAL HEALTH: FOCUS ON TECHNICAL-ASSISTANT ACTIONS

ABSTRACT: The Brazilian psychiatric reform required changes in pharmaceutical services focused on users, contributing to equitable access and rational use of medicines. The present work aimed to describe the activities of this professional, from the perspective of pharmacists who work or worked in the mental health field. A qualitative research was conducted. The collected data were sorted, classified and interpreted by dialectic hermeneutics. Initially pharmacists were not comfortable in the new environment due to the interdisciplinary character of the field. Its initial performance focused on management activities, with subsequent aggregation to technical assistance activities and recognition of staff and population

KEYWORDS: Pharmacy; Mental Health; Interprofessional relations; Curriculum.

1 | INTRODUÇÃO

A reforma sanitária brasileira e a introdução do Sistema Único de Saúde contribuíram para implementação da Lei nº 10.216/2001, que trata da reforma psiquiátrica brasileira, permitindo a incorporação de avanços nos serviços e assistência aos portadores de transtornos mentais, com destaque para ações humanizadas e de respeito aos direitos dos doentes (BRASIL, 2001). A Saúde Mental é um campo interdisciplinar que propõe atividades de integração dos pacientes psiquiátricos à sociedade, através de atendimentos: individual, em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, matriciamento, apoio à família, contemplando iniciativas de autonomia e bom convívio social em rede. Em 2002, a Portaria do Ministério da Saúde, nº 336 incorporou os Centros de Atenção Psicossociais como equipamentos importantes na Política de Saúde Mental, e definiu como equipe mínima para seu funcionamento: o médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, pedagogo, técnico de enfermagem ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

Como o medicamento constitui ferramenta importante na terapia dos usuários, causa no mínimo estranheza, a ausência do farmacêutico na equipe. Logo, a reforma psiquiátrica exigiu modificações nos serviços farmacêuticos conhecidos como o conjunto de ações no sistema de saúde destinadas a garantir atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população, tanto

individual como coletivamente, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para um acesso equitativo e uso racional. Essas ações, desenvolvidas pelo farmacêutico ou sob a sua coordenação, incorporadas a uma equipe de saúde e com a participação da comunidade, visam alcançar resultados concretos na área da saúde, com vista a melhorar a qualidade de vida da população (OPAS/OMS, 2011).

Em 2010, o Conselho Federal de Farmácia orientou a participação dos farmacêuticos na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, propondo que a assistência farmacêutica fosse estruturada em dois eixos principais: ações Técnico-Gerenciais e ações Técnico-Assistenciais (CFF, 2010).

Enquanto as ações Técnico-Gerenciais se ocupam de atividades logísticas e relacionadas diretamente ao medicamento (tais como seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e seu uso), as ações Técnico-Assistenciais focam o usuário. Suas atividades principais concentram atividades educativas, dando a pessoa condições de compreender sua doença ou condição, a importância do seguimento adequado do plano de cuidado, a proposta terapêutica e o uso correto dos medicamentos (ALENCAR, CAVALCANTE e ALENCAR, 2012). Entretanto, o grande desafio é reconhecer tais serviços e as estratégias desenvolvidas pelo farmacêutico no campo da saúde mental para executá-los.

O objetivo deste trabalho é descrever as atividades deste profissional em saúde mental, a partir da perspectiva de farmacêuticos que atuam ou atuavam neste campo.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa com abordagem qualitativa, realizada na Universidade Federal do Ceará (UFC), no Município de Fortaleza, Ceará, Nordeste do Brasil. Para seleção dos agentes envolvidos no estudo foram incluídos farmacêuticos, ex-estudantes da UFC, que atuam ou atuaram em Centros de Atenção Psicossocial no Ceará, com experiência mínima de seis meses, tempo considerado adequado para conhecer minimamente a rotina do serviço. A técnica que prevaleceu na composição do grupo foi a da “bola de neve”, em que os casos de interesse foram identificados com suporte em alguém que conhecesse aquele que pudesse ser um bom candidato para participar (MARTINEZ-SALGADO, 2012).

Os farmacêuticos entrevistados foram submetidos ao seguinte questionamento: “você pode me falar sobre a participação do farmacêutico na saúde mental? O que ele faz?”.

Para organização das informações, seguiram-se três etapas, estabelecidas por Minayo (2008), retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que incluía classificação das falas dos entrevistados,

componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob o parecer nº 33853814.0.0000.5054.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados nove farmacêuticos, com idade média de 35,7 anos, sendo sete mulheres. Todos possuíam pós-graduação, sendo três com especialização em saúde mental. Todos tinham experiência de atuação em outro campo, além da saúde mental. O quadro 1 descreve estas informações:

Farmacêutico	Idade	Pós-graduação	Local de Atuação
1	35	Especialista em Saúde Mental	CAPSi / Farmácia Comunitária
2	35	Especialista em Farmacologia	CAPSi / Farmácia Comunitária
3	28	Mestre em Farmacologia	CAPSi
4	32	Especialista em Saúde Mental	CAPS AD e Geral
5	37	Especialista em Manipulação Magistral/ Especialista em Acupuntura	CAPS Geral / CAF/ Farmácia Hospitalar
6	32	Especialista em Marketing	CAPS Geral
7	36	Especialista em Oncologia/ Especialista em Farmácia Hospitalar / Especialista em Gestão em Saúde	CAPS Geral/ Farmácia Hospitalar
8	43	Especialista em Saúde Mental	CAPS Geral III
9	44	Especialista em Assistência Farmacêutica	CAPS Geral, Infantil e AD/ Fitoterapia/CAF

Quadro 1 – Caracterização dos farmacêuticos

Fonte: Lopes, N.M.S., 2017.

Com a reforma psiquiátrica, passou-se a exigir, pelo menos do ponto de vista teórico, um novo comportamento do farmacêutico, uma reorientação da assistência para o atendimento das políticas de saúde mental, comportamento sugerido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010). As diretrizes propuseram garantir e sustentar o fornecimento de medicamentos gratuitos e com qualidade na rede de serviços do Sistema Único de Saúde e da Saúde Mental. Para isso, mencionou garantir lotação de profissionais em todas as unidades e serviços de saúde/saúde mental, em particular onde é efetivada a dispensação de medicamentos psicofármacos (CNS, 2010).

E antes de descrever sobre sua atuação nos serviços foi necessário apresentar uma reflexão sobre a trajetória do farmacêutico até sua chegada à Saúde Mental,

apresentando elementos que explicavam por que ele foi inserido neste serviço. Ressalta-se que essa abordagem teve origem nos pensamentos dos farmacêuticos, que, em sua maioria, receberam formação com uma concepção tecnicista, anterior às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2002, que prometiam delinear o ensino de Farmácia tanto com qualificação técnica como desempenhando papéis sociais importantes.

Os serviços burocráticos e gerenciais eram o fio de condução de suas atividades e todo o seu tempo era destinado a esse fim. Ao adquirir um pouco mais de experiência e conhecer pessoas do meio farmacêutico, encontrar outras opções de emprego tornou-se algo menos árduo. O baixo salário, contudo, os obrigava a ter mais de uma ocupação.

Outras oportunidades surgiram para os farmacêuticos formados no modelo curricular implantado após as DCN's de 2002. Já poderiam optar por uma pós-graduação, trabalhar em hospital, na farmácia comercial, na farmácia com manipulação, até mesmo iniciando um contato com os usuários.

Até que exigências legais conduziram o farmacêutico para atuar com Saúde Mental, especificamente nos CAPS. A maioria aceitou tais ocupações por necessidade financeira e a sua chegada foi acompanhada de pavor e insegurança. A sua entrada no serviço ocorreu, essencialmente, em decorrência da regulamentação do setor de Farmácia dentro das unidades de saúde, por exigência de órgãos fiscalizadores, como o Conselho Regional de Farmácia (CRF) e Vigilância Sanitária, por obediência à Portaria n. 344/1998, que regulamenta a distribuição de medicamentos sujeitos ao controle especial que também exige atuação de farmacêutico.

“No início fiquei meio perdida, principalmente porque fui inserida no local por causa de uma fiscalização do Conselho Regional de Farmácia, e iam fechar a farmácia. Foi quando eu cheguei.” (Farmacêutico 5).

“Eu cai na saúde mental de paraquedas, eu não escolhi saúde mental, eu não sabia o que o farmacêutico faria na saúde mental. Eu tinha medo da saúde mental, a única coisa que eu sabia é que eu atuaria sobre psicotrópicos e mais nada.” (Farmacêutico 1)

Os CRF's, na sua função fiscalizadora do exercício profissional, devem observar os preceitos legais, normas e regulamentos que envolvem as atividades e os estabelecimentos farmacêuticos para garantir assistência profissional e acesso seguro ao medicamento. A Lei nº 5.991/1973, que dispõe sobre o controle sanitário de medicamentos, e a RDC nº 13.021/2014 são claros quando requerem para o funcionamento desses estabelecimentos o trabalho de profissional qualificado em todo horário de funcionamento (BRASIL, 1973; BRASIL, 2014). Mesmo assim, o que se observa na prática, especialmente no serviço público, é a ausência de farmacêutico, exceto quando exigido por fiscalização. Para evitar pagamento de

multas por causa dessas fiscalizações, as prefeituras convocaram farmacêuticos por meio de seleção ou concurso.

“Eu passei num concurso do município e fui locado no CAPS”. (Farmacêutico 6).

“Eu cheguei no Caps por uma relotação da prefeitura!” (Farmacêutico 3).

Outra situação que permitiu a entrada do farmacêutico no CAPS foi a necessidade de estruturar uma farmácia com psicotrópicos. Essa situação já trouxe um pouco mais de conforto uma vez que já havia recebido treinamento na Faculdade para isso.

“Eu entrei para estruturar a farmácia”. (Farmacêutico 2)

Observou-se que o profissional farmacêutico não foi preparado, tampouco reconhecia os CAPS como *locus* de atuação, inicialmente. Como o currículo de Farmácia da UFC não previa a discussão desse assunto, coube ao profissional buscar outros meios para se apropriar desses conhecimentos, como especialização e cursos de aprofundamento. Assuntos referentes ao ciclo da assistência farmacêutica, entretanto, são debatidos em sala de aula nos diversos ambientes (farmácias comerciais, hospitalares, unidades).

A organização e a gestão do trabalho na saúde são marcadas pela necessidade de cooperação entre os profissionais da equipe multidisciplinar para garantir um atendimento integral dos usuários. Neste âmbito, é fundamental que a equipe conheça o trabalho dos seus pares.

Apesar de mudanças sugeridas pelas DCN de Farmácia em propor uma formação voltada para uma ação integrada ao SUS, ainda se percebeu, no início de suas atuações, um modelo especializado com atuação, no máximo, multidisciplinar do farmacêutico (DCN, 2002).

A organização e a gestão do trabalho na saúde são marcadas pela necessidade de cooperação entre os profissionais da equipe multidisciplinar para garantir um atendimento integral dos usuários. Neste âmbito, é fundamental que a equipe conheça o trabalho dos seus pares.

Apesar de mudanças sugeridas pelas DCN's de Farmácia em propor uma formação voltada para uma ação integrada ao SUS, ainda se percebeu, no início de suas atuações, um modelo especializado com atuação, no máximo, multidisciplinar do farmacêutico.

“Quando eu entrei eu perguntei, (...) cadê minha salinha? (...) você já entra na saúde mental, “cadê meu canto”? No começo foi bem difícil!” (Farmacêutico 2)

“Eu fico mais na parte gerencial mesmo. Entrego medicamentos, cuido do pedido, mapas, falo para os prescritores os medicamentos disponíveis” (Farmacêutico 8)

À medida que o profissional se percebeu num espaço interdisciplinar, ocorreu

uma mudança de paradigma, em que a atuação conjunta, o cuidado com o outro, necessidade de se sentir útil são perceptíveis.

“Pronto! E aí, eu não conseguia ficar ali (na farmácia) trancada. [...] Eu dizia, gente não tem nada pra eu fazer? Pois deixa eu participar de um grupo? E aí eu comecei a participar de grupos, a fazer anamnese, a fazer grupos de família”. (Farmacêutico 1)

Além de todas as atividades de gerenciamento, foram referidos como atribuições: visita domiciliar, participação em grupos (de Educação Física e Tabagismo), sala de espera, discussão de caso clínico, matriciamento, dose supervisionada, Educação em Saúde, contribuição no plano terapêutico dos pacientes e seguimento farmacoterapêutico.

“Então a gente trabalha muito com o modelo de clínica ampliada, que você trata o sujeito ou o usuário com transtorno mental, com sofrimento mental, mas também trabalha o entorno dele que é a família”. (Farmacêutico 8).

A equipe reconhecia seu trabalho.

“Quando eu completei uns dez meses de serviço ouvi algumas pessoas da equipe em uma roda de gestão dizer que não imaginava o quanto que o farmacêutico podia contribuir dentro da equipe, então aquilo para mim foi muito bom, foi o momento que eu vi que realmente eu tinha escolhido a profissão certa, apesar de todos os pesares, de todos desafios e estava traçando um caminho muito bom e que ali eu estava no local certo.” (Farmacêutico 7)

Mesmo com todas as dificuldades, o espaço da saúde mental modificou esses farmacêuticos e estes receberam reconhecimento da equipe. Ao descrever a trajetória do farmacêutico até sua atuação em Saúde Mental, verificou-se um caminho árduo, caracterizado por uma inicial insatisfação, porque encontraram nas farmácias comunitárias suas primeiras oportunidades de atuação, mas com desenvolvimento de atividades desvinculados daquilo que haviam aprendido na Universidade. Com a experiência adquirida nos serviços e a aproximação com o mercado farmacêutico, mais oportunidades de trabalho apareceram entre elas a saúde mental. Este *locus*, jamais abordado em sala de aula, remeteu à insegurança dos primeiros dias de farmacêutico. Como as atividades técnico-gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica consistiram na sua maior vivência nos anos que haviam trabalhado até ali, esses conhecimentos foram aplicados com afinho até que entendessem que aquela circunstância pedia muito mais. Era necessária uma abordagem interdisciplinar, do estabelecimento de vínculos. Necessitava de novas habilidades e comportamentos.

E isso foi observado nos depoimentos dos farmacêuticos fornecidos neste estudo. Na prática, sua maior experiência consistia nas ações técnico-gerenciais, fossem elas no serviço público ou privado, mas que o trabalho multidisciplinar, e as

vezes interdisciplinar modificaram sua forma de agir.

4 | CONCLUSÃO

O farmacêutico não é preparado para atuar em saúde mental. Ao ingressar nesse contexto, devido exigência da legislação brasileira, tende a organizar o serviço assumindo atividades Técnico-Gerenciais. O convívio no ambiente interdisciplinar promove uma mudança na atuação envolvendo em sua rotina atividades humanísticas e reconhecidas no serviço, característicos dos aspectos Técnico-Assistenciais. Sugere-se integração academia - escola e ênfase em disciplinas que discutam a Saúde Mental pelo menos em caráter transversal no currículo de farmácia.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.O.S; CAVALCANTE, E.A.B; ALENCAR, B.R. **Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada, Araraquara, SP, v.33, n.4, pp. 489-495, 2012.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.S; NASCIMENTO, M.A.A. (Orgs). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. pp. 139-159.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2006. p. 100.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1973.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei Nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Cultura; Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº 1.300, de 04 de dezembro de 2001, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPS AD II**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **CFF orienta a participação de farmacêuticos na Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/noticia.php?id=385&titulo=CF F+orienta+a+par ticipa%C3%A7%C3%A3 o+de+farmac%C3%A Auticos+na+Confer%C3%Aancia+Nacional+de+Sa%C3%BAde+Mental](http://www.cff.org.br/noticia.php?id=385&titulo=CF+F+orienta+a+participa%C3%A7%C3%A3o+de+farmac%C3%AAuticos+na+Confer%C3%Aancia+Nacional+de+Sa%C3%BAde+Mental)>, acesso em: 13 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, Brasília, p. 9. 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210p

LOPES, N.M.S. **“A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela”**: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental. 2017. 130f. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Ceará. Ceará, 2017.

LUCCHETTA, R.C; MASTROIANNI, P.C. **Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada, Araraquara, SP, v.33, n.2, pp. 165 – 169, 2012.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MARTINEZ-SALGADO, C. El muestro em investigación cualitativa. Principios básicos e algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, pp. 613-619, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guía para el Desarrollo de los Servicios Farmacéuticos Basados en Atención Primaria de Salud**. Washington: OPAS; OMS. 2011.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 118 p.

AVALIAÇÃO DO PAPEL DO MONITOR NO DESEMPENHO ACADÊMICO DOS ALUNOS DO MÓDULO DE AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE II

Data de aceite: 05/12/2019

Karla Loureto de Oliveira

Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

Taila Furtado Ximenes

Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

Tattieri Alenninne Cardoso Barros

Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

Rayssa Pinheiro Lourenço

Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

Anair Holanda Cavalcante

Universidade de Fortaleza

Fortaleza - Ceará

RESUMO: Para que a educação médica seja mais efetiva e dinamizada, tem ocorrido um maior estímulo à participação dos graduandos por meio das atividades de monitoria. Notou-se que o aluno que participa de atividades feitas durante a monitoria apresenta uma aprendizagem mais ativa. Nesse contexto, este trabalho avalia o papel do monitor no desempenho acadêmico dos alunos. O estudo foi feito através da correlação entre a participação dos alunos em uma revisão feita pelos monitores; o acompanhamento longitudinal dos monitores

nas aulas presenciais; e o rendimento do teste cognitivo. Em nossa experiência, mostramos que provavelmente há um aproveitamento maior por parte dos alunos quando essas estratégias são feitas de forma conjunta, principalmente quando acompanhadas da presença longitudinal do monitor nas aulas práticas.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Educação médica.

MONITOR'S ROLE EVALUATION IN STUDENTS' ACADEMIC PERFORMANCE OF MODULE OF HEALTH INTEGRATED ACTIONS II

ABSTRACT: For medical education to be more effective and streamlined, there has been a greater incentive for undergraduate participation through monitoring activities. It was noted that the student who participates in activities performed during the monitoring presents a more active learning. In this context, this paper evaluates the role of the monitor in the students' academic performance. The study was done by correlating student participation in a review by the monitors; the longitudinal follow-up of the monitors in classroom classes; and the performance of the cognitive test. In our experience, we have shown that there is probably a greater use by students when these strategies are done jointly, especially when

accompanied by the longitudinal presence of the monitor in practical classes.

KEYWORDS: Problem Based Learning (PBL). Medical education.

1 | INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) evidenciou a fratura existente entre o ensino das profissões de saúde e as necessidades de saúde da população. (CONASS, 2003)

Os profissionais formados pelas nossas universidades, em diversas ocasiões, não apresentam um perfil adequado para responder a complexidades dos cuidados em saúde. Dentre as possíveis causas estão a formação predominantemente centrada nos hospitais universitários; a dissociação da formação com os princípios e diretrizes do SUS; a desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da população e a fragmentação dos conteúdos, além de pouca ênfase no trabalho interdisciplinar. (CONASS, 2003)

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), a estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional e utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas do trabalho em equipe multiprofissional, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados.

A aprendizagem baseada na comunidade é um tipo de estratégia para a transformação curricular, na qual o estudante permanece durante sua formação inserido num processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo conhecimento e serviço de saúde para a população. (FERREIRA et al, 2007)

Na busca de aproximar o acadêmico de medicina com a realidade da Atenção Primária à Saúde, os módulos de Ações Integradas em Saúde do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) têm como objetivo possibilitar que o aluno de medicina exercite a prática médica nos mais diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) durante os oito primeiros semestres do curso.

Na tentativa de tornar o ensino médico mais eficaz e dinamizado, tem sido proposto uma participação mais interativa dos alunos de graduação através das atividades de monitoria acadêmica. (CÂMARA, 1997) Sendo assim, os monitores do Módulo de Ações Integradas em Saúde acompanham os alunos nas atividades que ocorrem no NAMI (Núcleo de Atenção Médica Integrada), na UAPS Mattos Dourado, no Projeto 4 varas e nas próprias atividades em sala que ocorrem através de aulas teóricas e, principalmente, dinâmicas em grupo.

Nesse contexto, a monitoria acaba por criar mais um espaço para que o estudante possa esclarecer suas dúvidas e também para que o monitor possa solidificar e adquirir mais conhecimentos através de discussões com seu professor, aprendendo mais sobre o desempenho de sua função como monitor e enriquecendo sua formação acadêmica.

Além disso, percebeu-se que o estudante que participa de atividades realizadas durante a monitoria apresenta uma aprendizagem mais ativa e interativa, além de ter a possibilidade de ter uma avaliação mais próxima por parte do monitor e, assim, o reconhecimento das suas principais dificuldades, facilitando a eficácia de possíveis intervenções. (NATARIO, et al, 2010)

Devido a isso, o presente trabalho tem como objetivo principal avaliar o papel do monitor no desempenho acadêmico dos alunos do módulo de Ações Integradas em Saúde II (AIS II).

2 | METODOLOGIA

O tipo de estudo realizado pela monitoria do AIS II com os alunos do segundo semestre da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) é do tipo quantitativo transversal.

O estudo foi realizado durante o primeiro semestre do ano de 2015 e foi feito através da tabulação do número de questões erradas e corretas do primeiro teste cognitivo aplicado durante o módulo, correlacionando com a respectiva turma que o aluno fazia parte e com o comparecimento em uma atividade de revisão realizada pelos monitores uma semana antes da data em que foi realizado o teste cognitivo.

A revisão continha todo o conteúdo que foi discutido durante o módulo e que estaria contemplado na prova e foi estruturada através de uma apresentação de slides do Microsoft PowerPoint, onde havia um resumo da parte teórica, além de questões que foram respondidas e discutidas juntamente com os alunos na forma presencial.

Para o estudo, participaram 64 alunos do módulo de AIS II, sendo 22 alunos da turma A; 20 alunos da turma B; e 22 alunos da turma C. Sendo que destes 64 estudantes, 32 compareceram à revisão (50%).

O programa utilizado para organizar os dados que foram tabulados foi o Microsoft Excel e a entrada destes dados foi feita através da realização de uma máscara no Software estatístico elaborado pelo Center of Disease Control (CDC), Atlanta, EUA. EpiInfo for Windows. Neste mesmo programa também foi feita a análise dos dados para prosseguimento do estudo.

Em toda a pesquisa, os aspectos éticos foram respeitados, sendo mantido o sigilo das informações, não havendo lucratividade, nem maleficência.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos 64 alunos participantes do módulo AIS II, 32 deles (50%) compareceram à revisão realizada pelos monitores para o primeiro teste cognitivo. Destes que foram à revisão, pode-se ver no gráfico abaixo a estratificação através das turmas.

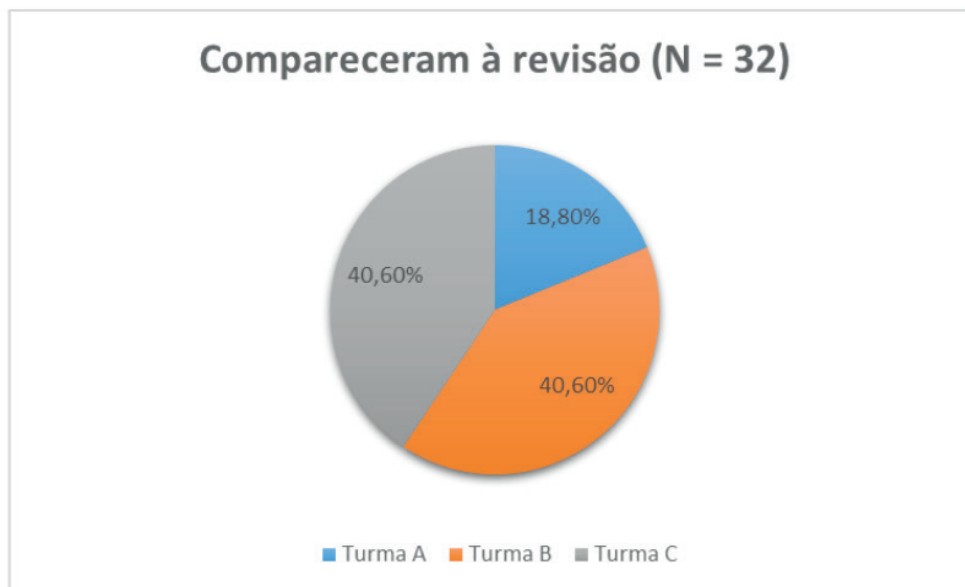


Gráfico 1: Presença dos alunos na revisão por turma correspondente

Analisando-se o gráfico acima, observa-se que a maior parte dos alunos que obtiveram presença na revisão eram da turma B e C, correspondendo a 81,2% dos estudantes e a menor parte era da turma A, sendo 18,80% do total. Através de uma análise crítica, percebe-se que o grupo discente que teve maior presença na revisão foi aquele que não tinha apoio dos monitores em sala de aula e nas atividades práticas devido à distribuição dos monitores nas turmas de acordo com o horário disponível na grade curricular, o que pode refletir que a busca por auxílio para solidificar os conhecimentos aprendidos durante o módulo é maior por parte daqueles que ficaram sem assistência, denotando a importância da presença do monitor de maneira longitudinal e não apenas transversal por meio da realização de revisões e tira-dúvidas em encontros presenciais e pela comunicação nas redes sociais.

Sabendo-se o número de alunos que participaram da revisão, foi realizada uma correlação entre a participação na revisão e o rendimento no teste cognitivo. Através da análise desses dados, viu-se que, daqueles que foram à revisão, 53% tiveram o rendimento maior que 70% na prova; e, dentre os que não compareceram à revisão, aproximadamente 60% teve o rendimento menor que 70% na prova. Isso pode denotar que a revisão, apesar de não ser eficiente quando usada de maneira isolada, sem outras estratégias educacionais ou acompanhamento longitudinal, pode

ajudar no maior aprendizado através da sumarização de conteúdos importantes e como incentivador para a busca ativa de novos conhecimentos.

Além disso, foi feita uma análise para correlacionar o rendimento dos alunos e a respectiva turma que eles faziam parte. A partir disso, observou-se que, na turma A, aproximadamente 54% dos alunos teve um rendimento de pelo menos 70% na prova; enquanto na turma B, 47% deles obteve pelo menos 70% de acertos no teste cognitivo; e, na turma C, aproximadamente 41% teve um rendimento de no mínimo 70%. Por meio de uma análise crítica, percebe-se que os acadêmicos das turmas que tinham monitoras presentes durante as aulas teóricas e práticas tiveram melhor desempenho; enquanto os alunos da turma C, que não tinham monitoras com horários presenciais disponíveis durante as aulas, ou seja, tinham apenas contato por meio das redes sociais e em horários alternativos e de presença facultativa, obtiveram menor desempenho na prova.

Apesar disso, sabe-se que o estudo pode ter um viés, pois o grupo discente que participa das revisões pode contar principalmente com os alunos mais interessados e estudiosos. Ademais, o rendimento em uma prova não deve ser parâmetro único utilizado para medir o grau de aprendizado e conhecimento de um aluno, já que outros fatores podem interferir no desempenho naquele momento.

4 | CONCLUSÃO

As estratégias utilizadas pelos monitores para facilitar a aprendizagem dos alunos, principalmente em instituições de ensino norteadas pela Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), têm sido vistas de forma positiva pelos estudantes de medicina.

Essas estratégias podem ser realizadas através de revisões, comunicação por meio de rede social e acompanhamento longitudinal durante as aulas.

Em nossa experiência, mostramos que provavelmente há um aproveitamento maior por parte dos alunos quando essas estratégias são feitas de forma conjunta, principalmente quando acompanhadas da presença longitudinal do monitor nas aulas práticas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Brasília, 2001.

FERREIRA, R.C; SILVA, R. F; AGUER, C. B. **Formação do Profissional Médico: a aprendizagem**

na atenção básica de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52-59, abril 2007.

FRISON, L.M.B; MORAES, M.A.C. **As práticas de monitoria como possibilitadoras dos processos de autorregulação das aprendizagens discentes.** Poiesis Pedagógica. Rio grande do sul, v. 8, n. 2, p. 144-158, ago/dez. 2010.

NUNES, J.B.C. **Monitoria acadêmica: espaço de formação.** In: SANTOS, M.M; LINS, N.M. (Org.). **A monitoria como espaço de iniciação à docência: possibilidades e trajetórias.** Natal: EDUFRN, . p. 45-58, 2007.

AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DIABETES MELLITUS EM DISCENTES E TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO TECNOLÓGICA DO ESTADO DO CEARÁ

Data de aceite: 05/12/2019

Isadora Marques Barbosa

Universidade Estadual do Ceará

Fortaleza – CE

Damiana Vieira Sampaio

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará

Fortaleza – CE

Lidiane Marha de Sousa Oliveira

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Fortaleza – CE

Sanrrangers Sales Silva

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – PI

Ana Karoline Barros Bezerra

Universidade Estadual do Ceará

Fortaleza – CE

Isabelle Marques Barbosa

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira

Fortaleza – CE

Diane Sousa Sales

Universidade Estadual do Ceará

Fortaleza – CE

RESUMO: O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos ocasionados pela falta ou deficiência da insulina, alterando o metabolismo dos glicídios, proteínas, lipídios,

água e vitaminas. Objetivo: Avaliar o risco para aquisição diabetes mellitus tipo 2 em discentes e trabalhadores do Instituto Federal do Ceará, campus de Acaraú. Método: Estudo descritivo, transversal, a população foi composta por discentes e trabalhadores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, campus de Acaraú. O período de coleta dos dados foi de abril a junho de 2015. Aplicada uma escala que utiliza indicadores. Foi utilizado como critério de exclusão: pessoas que já tenham o diagnóstico de diabetes mellitus, grávidas e menores de dezoito anos de idade. Será utilizada estatística descritiva. Para assegurar os aspectos éticos a pesquisa respeitou a Resolução nº 466 de 2012. Resultados: Os resultados com relação ao nível de riscos para DM tipo 2 nos discentes foi: risco baixo foi de 60,97%; risco sensivelmente elevado de 34,14% e risco alto 4.87%. A avaliação de risco para DM tipo 2 entre os servidores foi apresentou como resultados: risco baixo de 41,7%; sensivelmente elevado 33,3%; moderado 16, 7% e risco alto de 8,3%. O DM revelou ser uma doença que, independente da faixa etária e da etiologia, causa um impacto negativo na vida biopsicossocial, necessitando uma atenção cada vez mais ampla por parte do profissional de enfermagem. Conclusão: Ações de rastreamento de diabetes mellitus contribuem para diagnóstico precoce, consequentemente, redução do risco de complicações ocasionadas

pelo DM.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus. Programas de rastreamento. Cuidados de Enfermagem.

RISK ASSESSMENT FOR DIABETES MELLITUS IN STUDENTS AND WORKERS OF A TECHNOLOGICAL EDUCATION INSTITUTION OF CEARÁ STATE

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) is a group of metabolic disorders caused by lack or deficiency of insulin, altering the metabolism of glycid, proteins, lipids, water and vitamins. Objective: To evaluate the risk of acquiring type 2 diabetes mellitus in students and workers from the Federal Institute of Ceará, Acaraú campus. Method: Descriptive, cross-sectional study, the population was composed of students and workers from the Federal Institute of Education, Science and Technology, campus of Acaraú. Data collection period was from April to June 2015. A scale using indicators was applied. It was used as exclusion criteria: people who are already diagnosed with diabetes mellitus, pregnant and under eighteen years old. Descriptive statistics will be used. To ensure ethical aspects, the research complied with Resolution No. 466 of 2012. Results: The results regarding the risk level for type 2 DM in the students was: low risk was 60.97%; significantly higher risk of 34.14% and high risk 4.87%. The risk assessment for type 2 DM among the servers was as follows: low risk of 41.7%; noticeably high 33.3%; moderate 16, 7% and high risk of 8.3%. DM has been shown to be a disease that, regardless of age and etiology, has a negative impact on biopsychosocial life, requiring more and more attention from the nursing professional. Conclusion: Diabetes mellitus screening actions contribute to early diagnosis, consequently reducing the risk of complications caused by DM.

KEYWORDS: Diabetes mellitus. Tracking Programs. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) a cada ano conseguem números cada vez mais elevados, acometendo a população de países desenvolvidos e os que estão em desenvolvimento. As DCNT não respeitam a distinção de classes sociais e econômicas. Assim vem causando uma preocupação por parte dos governos no que se refere aos programas e políticas públicas voltadas para a redução de seu impacto, visando ao elevado custo de assistência de saúde a pacientes acometidos por essas doenças (DIAS; CAMPOS, 2012).

As doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, e no Brasil representa cerca de 30% do total de óbitos. Elas matam duas vezes mais que todos os tipos de câncer, 2,5 vezes mais que todos os acidentes e mortes por violência e seis vezes mais que todas as infecções, incluída as mortes por síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Mais pessoas morrem anualmente por essas

doenças do que por quaisquer outras causas (ROCHA,2017).

A população mundial portadora de Diabetes Mellitus (DM) é crescente e encontra-se mais evidente nos países em desenvolvimento, a estimativa é que sejam atualmente 387 milhões de pessoas acometidas no mundo. Crescimento e envelhecimento populacional, urbanização, sedentarismo e obesidade são características as quais levam a explosão do surgimento de casos de Diabetes Mellitus na nossa atualidade. Em 2014 estimou-se 11,9 milhões de indivíduos acometidos pelo DM no Brasil (CATHARINA,2017).

O Diabetes Mellitus é um grupo de distúrbios metabólicos ocasionados pela falta ou deficiência da insulina, alterando o metabolismo dos glicídios, proteínas, lipídios, água e vitaminas. A hiperglicemia, a curto ou longo prazo, pode acarretar complicações micro e macrovasculares (SBD, 2009).

A classificação atual do DM se baseia não mais na forma do tratamento, mas na etiologia. Dependendo da causa inicial, o DM pode ser classificado em tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2). O tipo 1 está relacionado a não produção de insulina pelo pâncreas, devido a destruição das células beta pancreáticas. Sua maior incidência é em crianças, adolescentes e adultos jovens. Tem início abrupto dos sintomas, sendo caracterizado, principalmente, pela poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso (SMELTZER; BARE, 2009).

O DM tipo 2 está diretamente relacionado com a resistência insulínica e/ou sua secreção inadequada. Não se sabe ao certo quais os mecanismos reais que levam à resistência insulínica e à secreção inadequada, contudo acredita-se em influência genética. Sabe-se também que a obesidade tem influência nesse processo. Portanto, o tratamento primário é a perda de peso. Fadiga, irritabilidade, poliúria, polidipsia, feridas cutâneas com má cicatrização, infecções vaginais ou turvação visual podem ser alguns dos sintomas experimentados pelas pessoas acometidas por esse tipo de diabetes (SMELTZER; BARE, 2009).

O DM é uma doença de incidência crescente, quando instalada e não tratada adequadamente acarreta repercussões, tanto no que se refere às incapacidades e à mortalidade prematura, quanto aos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento de suas complicações, tais como retinopatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, impacto pessoal, familiar e social (BRASIL, 2006).

Diante desse cenário, tem-se que as comorbidades associadas ao DM podem ser muito debilitantes ao indivíduo, diminuindo seu prognóstico e consequentemente sua qualidade de vida, adicionalmente, o tratamento das complicações crônicas correlacionadas ao DM representa uma significativa carga financeira para o sistema de saúde. Para o Brasil, o custo avaliado em 2015 foi de US\$ 22 bilhões, com projeção para US\$ 29 bilhões para 2040. Diante do exposto se faz necessário estabelecer e desenvolver estratégias pautadas em ações concretas que promovam a prevenção

e o controle do DM. Nesse sentido, considerando que a maior prevalência do DM se atribui ao tipo II consequência de um estilo de vida inadequado e considerando o impacto da mudança de estilos de vida no número de casos de Diabetes e na menor chance de desenvolver complicações, justifica-se que tais estratégias devem ser pautadas na promoção de um estilo de vida saudável e na mudança dos hábitos alimentares (GOMES et al, 2019).

O DM é uma síndrome metabólica com etiologia múltipla que se caracteriza pelo aumento dos níveis glicêmicos no sangue, podendo causar algumas complicações e disfunções em vários órgãos, em especial nos olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A hiperglicemia é devido a dois motivos principais: a não produção de insulina pelo pâncreas ou a resistência à insulina, nas células-alvo (BRASIL, 2006).

Existem alguns fatores que podem deixar uma pessoa mais susceptível a desenvolver o DM, como o fator genético, hipertensão, sedentarismo, obesidade, etilismo, idade ≥ 45 anos, glicemia de jejum prejudicada ou tolerância à glicose prejudicada previamente identificada, história de diabetes gestacional ou parto de neonatos com mais de 4,5kg (ADA, 2004).

Assim, é reconhecida a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção primária que possa permitir a redução dos fatores de risco modificáveis associados ao diabetes mellitus. Nesse intuito tem-se desenvolvido diversas escalas com o intuito de rastrear indivíduos com risco de ter DM tipo 2. São exemplos de escalas: o Diabetes Risk Test, da Associação Americana de Diabetes e o Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), desenvolvido na Finlândia e validado para a língua inglesa.

O FINDRISC demonstra ser um método simples, pouco dispendioso e não invasivo para estimar o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 nos próximos dez anos. O presente estudo apresentou como objetivo avaliar o risco para aquisição diabetes mellitus tipo 2 em discentes e trabalhadores do Instituto Federal do Ceará, campus de Acaraú.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal. Lakatos e Marconi (2010) afirmam que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza.

A população do estudo foi composta por 84, sendo 45 homens e 39 mulheres entre discentes e trabalhadores do Instituto Federal de Acaraú. O estudo foi desenvolvido no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, campus de Acaraú. O período de coleta dos dados foi de abril a junho de 2015.

Foi aplicada uma escala que utiliza indicadores como: idade; Índice de Massa Corporal (IMC); circunferência abdominal (CA); avalia prática de atividade física, por pelo menos 30 minutos diariamente; avalia a regularidade da ingestão de frutas e vegetais; se já houve uso de medicamentos para hipertensão arterial; se em algum momento a glicose plasmática esteve elevada; história familiar de diabetes tipo 1 ou 2. A partir dessas informações foi identificado o escore de risco para diabetes tipo 2.

Diabetes Mellitus do tipo 2 (DM2) em razão de um defeito de secreção de insulina progressiva e resistência à insulina. O DM2 é a forma mais presente caracterizado por defeitos na ação e secreção de insulina. Relaciona a fatores ligados a obesidade, falta de atividade física e hábitos alimentares não saudáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

Foi utilizado como critério de exclusão: pessoas que já tenham o diagnóstico de diabetes mellitus, grávidas e menores de dezoito anos de idade. Será utilizada estatística descritiva. Os dados foram imputados no Excel, onde realizou-se as análises cabíveis. Para assegurar os aspectos éticos a pesquisa respeitou a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre Normas e Diretrizes Regulamentares envolvendo seres humanos. Foi aplicado aos sujeitos do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi explicada aos participantes a importância e o objetivo do estudo, deixando clara a opção de se recusar a participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo à sua assistência, garantido o anonimato e sigilo de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O DM tornou-se um problema de saúde pública, visto que vem aumentando sua prevalência, além das complicações que podem ser geradas, em especial naqueles que não têm acompanhamento por profissionais especializados. Calcula-se que em 2025 possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que significa um aumento de mais de 100% em relação aos 5 milhões de diabéticos, estimados no ano de 2000 (BRASIL, 2002).

A população do estudo foi composta por 84, sendo 45 homens e 39 mulheres entre discentes e trabalhadores do Instituto Federal de Acaraú. Os resultados com relação ao nível de riscos para DM tipo 2 entre os discentes foi: risco baixo foi de 61,0%; risco sensivelmente elevado de 34,1% e risco alto 4,9%. Nenhum discente foi identificado com risco moderado e muito baixo. A avaliação de risco para DM tipo 2 entre os servidores foi apresentada como resultados: risco baixo de 41,7%; sensivelmente elevado 33,3%; moderado 16,7% e risco alto de 8,3%. Nenhum servidor foi identificado com risco muito baixo.

Estima-se que no ano de 2007, cerca de 47.718 pessoas vieram a óbito por conta do DM. Só no Estado do Ceará, foram registrados 1.634 óbitos, destes 952 eram do sexo feminino e 682 do sexo masculino (DATASUS, 2009). O DM revelou ser uma doença que, independente da faixa etária e da etiologia, causa um impacto negativo na vida biopsicossocial, necessitando uma atenção cada vez mais ampla por parte do profissional de enfermagem. Por meio da consulta de enfermagem, o profissional visará capacitar o paciente no autogerenciamento da doença, buscando novas estratégias para melhorar o cuidado de enfermagem, otimizando a melhoria do controle glicêmico (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008).

Em estudos que propuseram rastrear pacientes de risco para DM pela aferição da glicemia capilar de jejum (GCJ), além de peso e altura dos pacientes para verificar o índice de massa corpórea (IMC). Pacientes que apresentaram GCJ maior ou igual a 96mg/dl foram submetidos a testes mais apurados. Os resultados foram promissores, um total de 277 pessoas avaliadas, 187 (67,5%) tiveram GCJ \leq 96mg/dl e 90 (32,5%) GCJ $>$ 96mg/dl, sendo 58 mulheres e 32 homens. Dentre estes, 20 (22,2%) tiveram o diagnóstico de DM tipo 2 confirmado, enquanto em 12 (13,3%) os resultados foram compatíveis com intolerância à glicose e em 5 (5,6%) o diagnóstico foi somente de intolerância de jejum (Glicemia plasmática de jejum - GPJ \geq 110 e $<$ 126mg/dl). Testes rápidos de glicemia têm sido considerados precisos se comparados ao teste laboratorial. O diagnóstico do DM tipo 2 também pode ser feito caso a glicemia capilar casual apresente um valor igual ou acima de 200 mg/dL associadas a sintomas (RAMOS et al, 2014).

O diabetes é uma doença que afeta o metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, sendo a hiperglicemia a principal característica e, como consequências, apresentam sinais clínicos característicos que incluem: polidipsia (sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos), poliúria(aumento do volume urinário); e polifagia (apetite aumentado), Essa tríade clássica dos sintomas do diabetes são consequência da interrupção da homeostase pela alteração no metabolismo da glicose (FIGUEIREDO; TRINDADE, 2011).

São necessárias intervenções relacionadas à promoção da saúde e a prevenção e controle da obesidade e das doenças cardiovasculares. Indivíduos com alteração da homeostase glicêmica representam um grupo-alvo para a definição de ações preventivas em nível individual e populacional devido à maior prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana (RAMOS et al, 2014).

4 | CONCLUSÃO

Ações de rastreamento de diabetes mellitus contribuem para diagnóstico precoce, consequentemente, redução do risco de complicações ocasionadas pelo

DM. A assistência de enfermagem é de extrema importância na prevenção de complicações. Incentiva-se que práticas como essa sejam realizadas nos diferentes espaços, a fim de identificar precocemente casos de DM.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, v. 27, n. 1, p. 5-10, 2004. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/25/suppl_1/s5.full. Acesso em 07 de jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: **Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CATHARINA, C. V. Diabetes e Obesidade. In: ROCHA, (editor); MARTINS, (editor). **Manual de prevenção cardiovascular**. 1ª ed. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado de Rio de Janeiro, 2017.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes Mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002/2007. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, jan. 2012.

FIGUEIREDO, L. M. G.; TRINDADE, S. C. Periodontite versus diabetes mellitus: estado da arte. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, vol.10, n. 3, set/dez, 2011.

GOMES, T. F. *et al.* Desenvolvimento de um Programa de Educação em Diabetes como ferramenta para a promoção da mudança de hábitos de vida: relato de experiência. **Atenas Higeia**, v.1. n.1 jan.-jun. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos De Pesquisa Em Enfermagem: Avaliação De Evidências Para A Prática Da Enfermagem**. 7º Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: tratamento e acompanhamento do diabetes Mellitus**; 2011.

RAMOS, R.T. *et al.* Aferição da glicemia capilar na clínica odontológica - rastreamento de casos de Diabetes tipo II. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 71, n. 1, jun. 2014.

ROCHA, R. M. Epidemiologia das doenças cardiovasculares e fatores de riscos. In: ROCHA, (editor); MARTINS, (editor). **Manual de prevenção cardiovascular**. 1ª ed. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado de Rio de Janeiro, 2017.

CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO CEARÁ: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Data de aceite: 05/12/2019

Jéssica Karen de Oliveira Maia

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza - Ceará

Priscila Nunes Costa Travassos

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza - Ceará

Antônio José Lima de Araújo Júnior

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza - Ceará

Arthur Guilherme Tavares de Castro

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza - Ceará

Cleoneide Paulo de Oliveira

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza - Ceará

Antonia Mayara Torres Costa

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza - Ceará

Monalisa Rodrigues da Cruz

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza – Ceará

Nathaly Bianka Moraes Froes

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – Ceará

Italo Marques Magalhães Rodrigues Vidal

Escola de Saúde Pública do Ceará

Fortaleza - Ceará

RESUMO: As leishmanioses pertencem a esse grupo de enfermidades, sendo considerado um grande problema de saúde pública e representam um complexo de doenças com grande espectro clínico e diversidade epidemiológica. Atualmente, a Leishmaniose Visceral (LV) apresenta média anual de 3.500 casos. É uma doença sistêmica que, se não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90,0% dos casos. Objetivou-se identificar a incidência da Leishmaniose Visceral no Ceará. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal de natureza descritiva. A população do estudo foi composta por todos os casos notificados de Leishmaniose visceral no ano de 2017. Os dados foram extraídos do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com a apresentação da distribuição de frequência simples e percentuais. Por se tratar de dados secundários o estudo não necessita ser submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa. No ano de 2017 foram notificados 389 casos LV no Estado do Ceará. Houveram registros de casos em todas as cinco macrorregiões de saúde do Ceará. Este estudo foi relevante para o conhecimento do perfil e da incidência de leishmaniose visceral no Ceará, pois constitui um instrumento fundamental para embasamento de estratégias de políticas

públicas a serem elaboradas e aprimoradas no território, a fim de se investir na qualidade de vida das pessoas que estão mais vulneráveis a esta infecção.

VISCERAL LEISHMANIASIS CASES IN CEARÁ: AN EPIDEMIOLOGIC ANALYSIS

ABSTRACT: Leishmaniasis belongs to a group of diseases, being considered a major public health problem and represents a complex of diseases with a wide clinical spectrum and epidemiological diversity. Currently, Visceral Leishmaniasis has an annual average of 3,500 new cases. It is a systemic disease that, if untreated, can lead to death over than 90.0% of cases. This study aimed to identify the incidence of Visceral Leishmaniasis (LV) in Ceará. This is a descriptive epidemiological cross-sectional study. The study population consisted of all reported cases of visceral leishmaniasis in 2017. Data were extracted from the database of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Data were analyzed using descriptive statistics, presenting simple frequency distribution and percentages. The study need not be submitted to the Research Ethics Committee, considering being secondary data. In 2017, 389 LV cases were reported in the state of Ceará. There were case records in all five health regions of Ceará. This study was relevant to the knowledge of the profile and incidence of visceral leishmaniasis in Ceará, also it is a fundamental instrument to embasis future public policy strategies to be elaborated and improved within the territory, in order to invest in the quality of life of people who live at these locals and are more vulnerable to this infection.

INTRODUÇÃO

O Brasil, país em desenvolvimento, possui apresentação epidemiológica divergente dos países de primeiro mundo. Dispõe de uma tripla carga de enfermidades, onde as morbimortalidades por infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva não foram solucionadas. Encontra-se, também, ascendência das doenças crônicas, aumento das causas externas e permanência de doenças infecciosas (FRENK, 2006).

As antroponoses tem uma importante influência nas morbimortalidades no Brasil. Essas enfermidades possuem relação direta com a mudança gradativa de edificações uni familiares pelas multifamiliares sobrecarregando a infraestrutura existente, lançamento de esgoto e lixo nos corpos d'água, contribuindo para a poluição hídrica e a disseminação de doenças, entre elas as de caráter zoonótico (COMIS et al, 2005).

Elas são infecções comuns ao homem e a outros animais (BRASIL, 2005). Em decorrência de sua relevância, tanto do ponto de vista social quanto do econômico, torna-se necessário a adoção de medidas capazes de minimizar transtornos através da aplicação de métodos adequados para a prevenção, controle ou erradicação

destas doenças (MIGUEL, 1996).

As leishmanioses pertencem a esse grupo de enfermidades, sendo considerado um grande problema de saúde pública e representam um complexo de doenças com grande espectro clínico e diversidade epidemiológica (BRASIL, 2017). É causada por protozoário eucarioto, unicelular obrigatório do gênero *Leishmania* e afeta primariamente o sistema retículo endotelial do hospedeiro. Os sintomas clínicos produzidos são amplamente variáveis que vão de úlceras cutâneas auto curáveis a doença visceral fatal (ANTHONY, 2015).

A principal forma de transmissão da Leishmaniose é realizada pela inoculação do protozoário por meio da picada de insetos do gênero *Lutzomyia*. Pode ocorrer a propagação também pelo uso de drogas injetáveis. Esse tipo de transmissão é igualmente preocupante, visto que há uma intensa disseminação do seu uso em vários continentes sendo, do ponto de vista epidemiológico, de grande relevância para pessoas vivendo com HIV, transfusões sanguíneas, transmissões congênitas e acidentes de laboratórios apesar. De raros também são formas de transmissão viáveis (NEVES 2010).

Podem ser listados como fatores de risco para o seu desenvolvimento, a desnutrição, o uso de drogas imunossupressoras e a coinfeção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (NEVES, 2010). Por se tratar de um complexo grupo de doenças devido às diferenças e peculiaridades de suas características clínicas e epidemiológicas, foram separadas em dois tipos: Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como calazar, e a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), que recebe este nome por afetar principalmente a estrutura da pele e das mucosas (SOUZA, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 350 milhões de pessoas estejam expostas ao risco, com registro aproximado de dois milhões de novos casos das diferentes formas clínicas ao ano (BRASIL, 2017). Nos últimos 10 anos, foram registrados 42.067 casos. Destes, ocorreram 2.704 óbitos, e a incidência média foi de 1,92 casos por 100.000 habitantes (SINAN, 2012).

Atualmente, a LV apresenta média anual de 3.500 casos. É uma doença sistêmica que, se não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90,0% dos casos. Atinge principalmente populações de baixa renda, sendo considerada emergente devido a sua urbanização e a coinfeção *Leishmania*-HIV (MARCIA et al, 2011). O HIV, e outras condições imunossupressoras aumentam o risco de infecção por LV, à coinfeção e extremamente grave, devido às dificuldades do diagnóstico e tratamento (NEVES, 2010).

Diante do exposto, objetivou-se identificar a incidência da Leishmaniose Visceral no Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal de natureza descritiva. A população do estudo foi composta por todos os casos notificados de Leishmaniose visceral no ano de 2017. Os dados foram extraídos do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis coletadas foram: macrorregião de notificação, faixa etária, escolaridade, coinfeção com HIV, tipo de entrada, critério de confirmação, evolução. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com a apresentação da distribuição de frequência simples e percentuais. Por se tratar de dados secundários obtidos do DATASUS, e por não possuir conflito de interesse, o estudo não necessita ser submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, pois os dados são de uso público e divulgados de forma agregada, não havendo identificação dos indivíduos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2017 foram notificados 389 casos LV no Estado do Ceará. Houveram registros de casos em todas as cinco macrorregiões de saúde do Ceará, Fortaleza se sobressaiu com (180 - 46%) casos, seguida do Cariri, com (124 - 32%). Quase a totalidade destes registros no estado foram casos novos (339 - 87%) seguida por recidiva (20 - 5%).

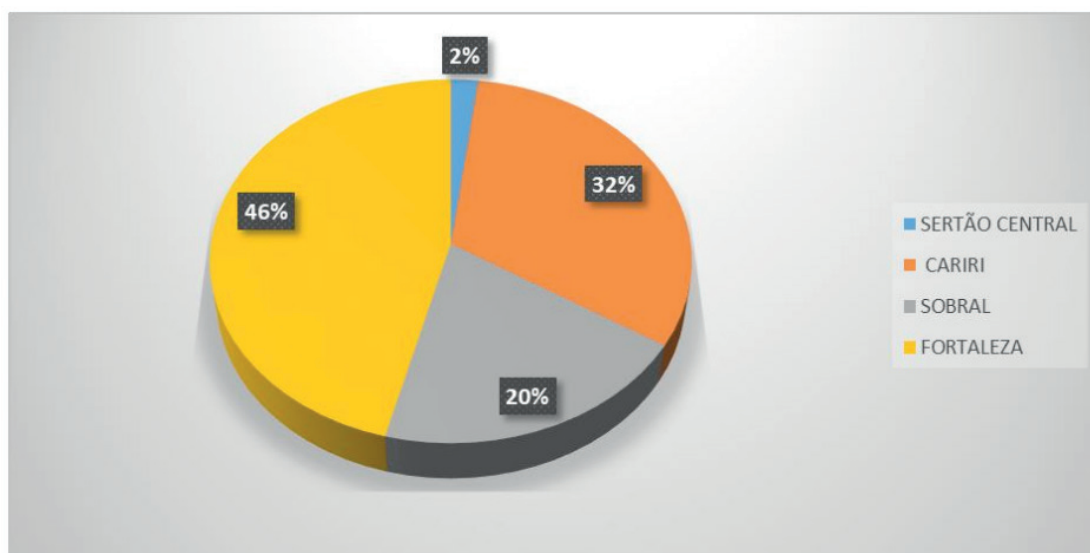


Figura 1 – Incidência de Leishmaniose Visceral nas Macrorregiões de Saúde do Ceará, Ceará, no ano de 2017.

De acordo com o tipo de entrada dos enfermos, a situação de casos novos se repete em uma pesquisa realizada no qual 88% encontram-se nessa classificação (OLIVEIRA; PIMENTA, 2014). Essa elevada taxa de incidência reflete a precariedade das medidas de prevenção e controle da presente enfermidade. Estratégias e

melhorias nas políticas de saúde para o controle da Leishmaniose são essenciais para minimizar a sua propagação.

Os indivíduos mais acometidos possuíam ensino fundamental incompleto (65 - 17%), as faixas etárias mais predominantes variam entre 40 a 59 anos (108 - 31%), 20 a 39 anos (86 - 22%) e de 1 a 4 anos (71 - 20%). A faixa etária com maior número de afetados por LV encontrada na presente pesquisa é reafirmada em um estudo no qual obteve cerca de 74 casos (19%) variando de 40 a 60 anos seguido, também, pela idade de 2 a 5 anos, 62 (16%) (ORTIZ; ANVERSA, 2015).

Casos confirmados segundo Critério confirmação	
	N
Laboratorial	329
Clínico-epidemiológico	60
Casos confirmados segundo Diagnóstico parasitológico	
	N
Ignorado/Branco	5
Positivo	109
Negativo	23
Não realizado	252
Casos confirmados segundo Diagnóstico por imunofluorescência	
	N
Ignorado/Branco	5
Positivo	67
Negativo	37
Não realizado	280

Tabela 1 – Distribuição dos casos notificados da Leishmaniose Visceral, de acordo com classificação do diagnóstico no período de 2017.

O critério confirmatório mais utilizado foi o laboratorial (329 - 85%). O método confirmatório laboratorial é amplamente aplicado, sendo reforçada em outras pesquisas nas quais houve a predominância dessa ferramenta (SILVA et al, 2017). A observação de formas amastigotas do parasito em esfregaço de medula óssea, aspirado esplênico ou de linfonodos e a forma mais comum de diagnóstico da LV, sendo a sensibilidade do aspirado esplênico mais elevada, e menor nos aspirados de linfonodos e medula óssea. Dentre as técnicas sorológicas o Ensaio imunoenzimático (ELISA) e técnicas de imunofluorescência são mais utilizados por apresentarem boa sensibilidade e especificidade.

Encontra-se disponível um teste imunocromatográfico com base na detecção de anticorpos, esse teste tem sensibilidade acima de 90% e seu resultado é obtido em até 15 minutos (SALOMÃO, 2017). Como pode se observar, os testes laboratoriais foram a principal forma de confirmação, atualmente os ensaios de laboratório apresentam uma alta especificidade e sensibilidade, devendo sempre ser utilizados para confirmação da LV.

Em relação aos mecanismos para diagnósticos da LV, exames parasitológicos, imunológicos e moleculares, em pacientes coinfectados LV-HIV, possuem baixa sensibilidade com exames sorológicos, necessitando da avaliação parasitológica com alta especificidade em sua resposta (LINDOSO et al., 2016).

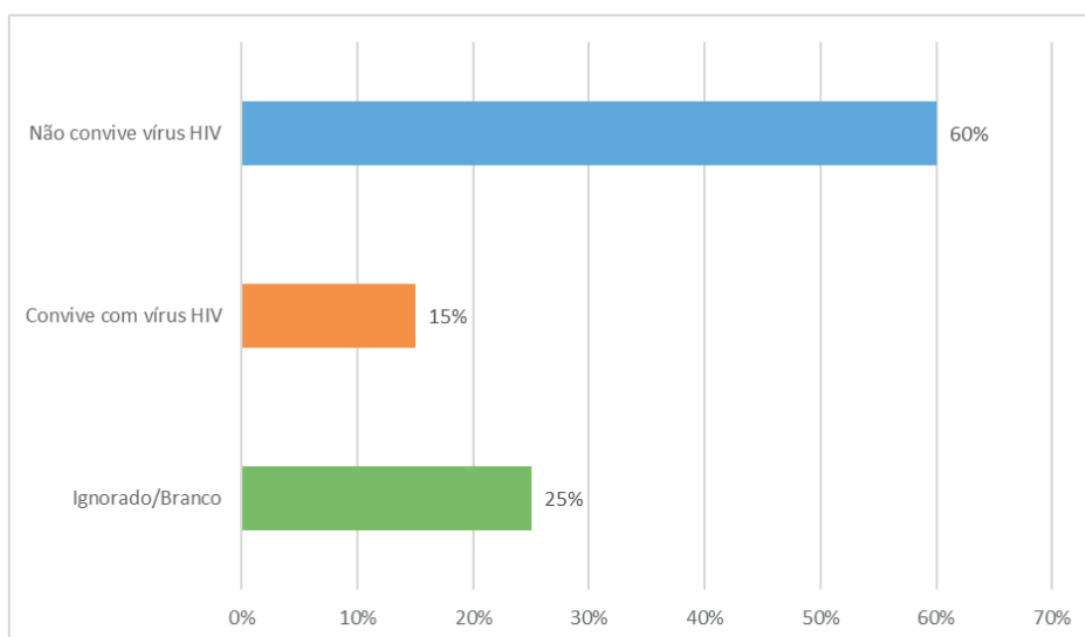


Figura 2 – Incidência de Leishmaniose Visceral com HIV, Ceará, no ano de 2017.

Com relação à coinfecção com HIV, este achado foi relevante (57 - 15%). Conforme levantamento realizado no nordeste brasileiro, foi revelado que a associação entre o HIV e LV se tem elevado ao longo dos anos. Analisando o estado cearense, destacam-se como principais notificadores dessa associação os municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú e Juazeiro do Norte (BARBOSA et al, 2013).

As alterações mais recentes nos perfis da epidemiologia da AIDS e da LV no Brasil, como a interiorização da infecção por HIV e a urbanização da LV, tanto como o aumento de casos na faixa etária entre 20 a 40 anos e a letalidade elevada em maiores de 50 anos, apontam para maior exposição da população as duas infecções (MARCIA et al, 2011). A coinfecção de HIV com LV, e extremamente preocupante devido aos agravos advindos dessa combinação. A idade também é outro fator preocupante visto que maiores idades incluem um maior índice de letalidade.

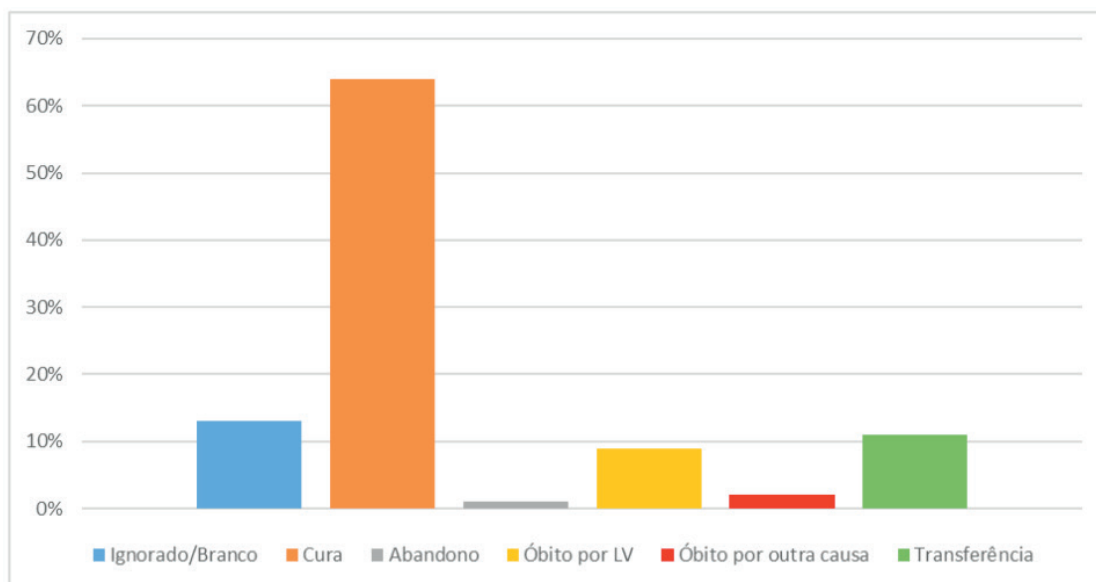


Figura 3 – Desfecho do caso de Leishmaniose Visceral, Ceará, no ano de 2017.

Relacionado a evolução dos casos, houve predominância estatística de evolução para cura (247 - 64%), porém ainda existem registros de óbitos relacionados à leishmaniose visceral no estado (34 - 9%) .

A evolução favorável da LV é constatada em outras análises. Os critérios utilizados para classificar a cura são: ausência da febre, melhora dos estados hematológicos e das proteínas séricas, restabelecimento do apetite e redução do volume do baço e fígado (SILVA et al, 2017).

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou o perfil dos pacientes infectados com leishmaniose visceral no estado do Ceará: a maioria dos casos se concentra em Fortaleza, os pacientes possuem ensino fundamental incompleto e estão na faixa etária entre 40 a 59 anos. A maior parte dos casos registrados no Ceará não possuem coinfeção com HIV, assim como houve predominância de casos novos entre os casos confirmados de Leishmaniose visceral no estado, e este achado evidencia a precariedade das medidas de prevenção da disseminação da doença no Ceará.

O principal critério de confirmação laboratorial aplicado no estado é o laboratorial e há predominância de seguimento para a cura entre os casos confirmados de leishmaniose visceral no estado do Ceará. Neste sentido, este estudo foi relevante para o conhecimento do perfil e da incidência de leishmaniose visceral no Ceará, pois constitui um instrumento fundamental para embasamento de estratégias de políticas públicas a serem elaboradas e aprimoradas no território, a fim de se investir na qualidade de vida das pessoas que estão mais vulneráveis a esta infecção.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, I. R. et al. Aspectos da coinfeção Leishmaniose Visceral e HIV no Nordeste do Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.672-687, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.189 p.: il.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p.: Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- COMIS R, VIEIRA D, PICAVERA JP, QUEROL E, QUEROL MVM. Atividade de EA visando a melhoria da qualidade de vida da população do CEANE, em Uruguaiana, RS – prevenção das zoonoses e doenças transmitidas pela água não tratada. *Educação Ambiental em Ação* 2005; 11.
- FRENK J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: **Commission on Social Determinants of Health**; 2006.
- GOMES L, ELKHOURY A, PELISSARI D, JUNIOR F, SENA J, CECHINEL M. Coinfeção Leishmania-HIV no Brasil: aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**, Brasília, 20(4):519-526,out-dez 2011
- KASPER D, Fauci A. **Doenças Infecciosas de Harrison**, 2nd edição – Porto Alegre; AMGH, 2015.
- LINDOSO, J.A.L. et al. Leishmaniasis-HIV coinfection: Current Challenges. **HIV/AIDS- Research and Palliative Care**, v. 8, p. 147-156, 2016.
- MAIA-ELKHOURY, A. N. S. et al. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2941-2947, Dec. 2008.
- MIGUEL, O. A vigilância sanitária e o controle das principais zoonoses. **Epistème** 1996; 1(1):141-155.
- OLIVEIRA, E. N.; PIMENTA, A. M. Perfil epidemiológico das pessoas portadores de Leishmaniose Visceral no município de Paracatu – MG n período de 2007 a 2010. **Rev Min Enferm.**, n. 18, v.2, p 365-370, 2014.
- ORTIZ, R. C.; ANVERSA, L. Epidemiologia da leishmaniose visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, n. 24, v. 1, p.97-104, 2015.
- SALOMÃO R. **Infectologia – Bases Clínicas e Tratamento**, 1 edição – Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2017.

SILVA, P. L. et al. Epidemiologia da Leishmaniose Visceral em um município da Bahia. **Rev. Saúde. Com**, v. 13, n. 3, p. 933-940, 2017.

SINAN. **Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas**. 1990 a 2012; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: http://portal.saudegov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area/=1561. [acesso em 2017 ago 20].

SOUZA, C. F. **Estudo da urbanização de flebotomíneos e aspectos epidemiológicos de Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Timóteo, Minas Gerais, Brasil** [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2011. 101 p.

CONTEXTO HOSPITALAR: INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM CRIANÇA HOSPITALIZADA

Data de aceite: 05/12/2019

Gisele Brides Prieto Casacio

Docente e supervisora de Estágio da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Clarisse Fidelis dos Santos Custódio

Acadêmica do 6º período da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Raquel Albuquerque de Vasconcelos

Acadêmica do 6º período da Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Docente Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – São Paulo

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi discorrer sobre a atuação terapêutica ocupacional desenvolvida com criança internada em hospital privado, conveniado, universitário, de alta complexidade, de município do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, caracterizado como

relato de experiência, cujas intervenções foram realizadas por acadêmicas do 6º período de graduação em Terapia Ocupacional, residente do Programa Saúde da Criança, docentes supervisoras de estágio de uma Faculdade de Terapia Ocupacional. As observações clínicas, as discussões com a equipe de profissionais e os registros dos atendimentos realizados subsidiaram a análise do processo vivenciado e a elaboração deste estudo. Trata-se do atendimento de uma criança do sexo masculino, de 01 ano e 01 mês de idade, nascido a termo (40 semanas) que deu entrada no referido Hospital, com um quadro de otite média, complicada com mastoidite bilateral e abscesso cerebral, sugerindo meningite e choque séptico. A criança foi avaliada e acompanhada pela Terapia Ocupacional e equipe multidisciplinar, durante o período de hospitalização. As intervenções objetivaram estimular o desenvolvimento neuropsicomotor, minimizar os impactos da hospitalização na rotina da mãe e da criança. Além disso, um dispositivo de Tecnologia Assistiva foi confeccionado com o propósito de viabilizar o processo de reabilitação precoce em leito. Constatou-se que no decorrer do processo terapêutico ocupacional a criança evolui tanto nos aspectos motores quanto cognitivos e psicossociais, evidenciando melhor desempenho ocupacional no brincar. Por fim, ressalta-se a importância da intervenção

terapêutica ocupacional no contexto hospitalar para atender as demandas da criança, família e equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, Assistência Hospitalar, Atividades Cotidianas

HOSPITAL CONTEXT: INTERVENTION OF OCCUPATIONAL THERAPY WITH HOSPITALIZED CHILDREN

ABSTRACT: The objective of this work was to perform an occupational therapeutic action developed with children hospitalized in private, private, university, high complexity hospitals, in the city of São Paulo. This is a descriptive and qualitative study, used as an experience report, which underwent academic examinations of the 6th undergraduate period in Occupational Therapy, resident of the Child Health Program, supervising faculty of an Occupational Therapy college. The clinical recommendations, the discussions with the professional team and the records of the projects carried out support an analysis of the lived process and an analysis of this study. This is a 1 year old and 1 month old male child born at term (40 weeks) who was admitted to the hospital due to otitis media, complicated by bilateral mastoiditis and brain abscess, suggesting meningitis. The child was evaluated and followed up by Occupational Therapy and a multidisciplinary team during the hospitalization period. As they allowed to stimulate neuropsychomotor development, reduce the impacts of hospitalization on the routine of mother and child. In addition, an Assistive Technology device was made for an end of viability or early bed rehabilitation process. It is noted that, during the therapeutic process, the child evolves both in motor, cognitive and psychosocial aspects, showing the best occupational performance in play. Finally, the importance of occupational therapeutic intervention in a hospital context is emphasized to meet the demands of the child, family and staff.

KEYWORDS: Occupational Therapy, Hospital Care, Daily Activities

1 | INTRODUÇÃO

A hospitalização é uma experiência assustadora que na maioria das vezes, suscita sentimentos de medo, incertezas e ansiedade, não somente para o sujeito que a vivencia como também para sua família. Desencadeia diferentes inquietações, as quais podem estar associadas aos procedimentos invasivos necessários ao tratamento, à estranheza do ambiente hospitalar, à ruptura da rotina e das atividades cotidianas e ao afastamento do convívio familiar (MORAIS *et al.*, 2009).

Ao atuar em contextos hospitalares conjuntamente com equipe de profissionais, o terapeuta ocupacional procura minimizar os impactos da hospitalização no cotidiano dos pacientes, possibilitando formas mais adaptativas à rotina e ao ambiente hospitalar, oferecendo cuidado integral, além de orientações ao desenvolvimento de ações de prevenção as limitações funcionais e a familiares, contribuindo com o

trabalho coletivo da equipe de profissionais (DE CARLO *et al.*, 2006; DE CARLO, KUDO, 2018).

Quando o paciente a ser cuidado é uma criança, o núcleo da intervenção terapêutica ocupacional é a interrelação entre a criança, o terapeuta, o brincar/ocupação, a família/cuidador/mãe, a equipe e o ambiente. Todos esses aspectos são merecedores de atenção do profissional, uma vez que na vida da criança, o processo de adoecimento pode trazer prejuízos significativos para o desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2015).

As intervenções terapêuticas ocupacionais com pacientes hospitalizados (crianças, adolescentes, adultos e idosos) buscam proporcionar melhores níveis de independência, funcionalidade e qualidade de vida. Apesar de tais evidências e dos avanços da Terapia Ocupacional obtidos no contexto hospitalar é necessário enfatizar que a produção de conhecimento sobre a efetividade das intervenções terapêuticas ocupacionais em contextos hospitalares é escassa (COFFITO, 2012; SANTOS; DE CARLO, 2013).

Com o propósito de contribuir com as discussões deste campo de especialidade – contextos hospitalares, este relato de experiência tem por objetivo descrever a atuação terapêutica ocupacional desenvolvida com criança internada em hospital universitário de alta complexidade, localizado em município do interior do Estado de São Paulo.

2 | TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um trabalho descritivo, de natureza qualitativa caracterizado como um relato de experiência. Para Shin e Toldrá (2015), os relatos de experiência são importantes, pois contribuem para ampliar o entendimento das técnicas terapêuticas empregadas, bem como fomenta reflexões sobre as especificidades da Terapia Ocupacional.

O relato da experiência aborda as intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas com paciente internado em Enfermaria de pediatria de um Hospital Privado, Conveniado, Universitário, de alta complexidade, avaliado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) com nível máximo da Acreditação (3). Localizado em município do interior do Estado de São Paulo. Este Hospital vem consolidando sua importância no complexo sistema de saúde em que está inserido. Com 40 anos de funcionamento, possui 350 leitos ativos, sendo 250 são destinados ao Sistema Único de Saúde - SUS. Sua estrutura contempla 08 Unidades de internação, distribuídas por blocos, as quais dispõem de uma estrutura própria de recursos humanos, espaço físico e recursos materiais. A unidade de pediatria atende mensalmente em média 150 crianças que ficam internadas por no mínimo uma semana (ESCOBAR *et al.*,

2013).

Os atendimentos ocorreram na Enfermaria de Pediatria, no 2º semestre de 2019, sendo que após a realização de cada atendimento, os mesmos eram registrados em forma de relatórios no prontuário eletrônico “online”.

As observações clínicas, as discussões decorrentes das supervisões conjuntas com os supervisores de estágio e os registros dos atendimentos realizados subsidiaram a elaboração deste trabalho.

3 | SOBRE A CRIANÇA E AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS

O acolhimento de João (nome fictício) e de sua acompanhante/mãe norteou as intervenções iniciais realizadas com ambos e viabilizou coleta de informações sobre suas condições clínicas e de vida.

João, uma criança do sexo masculino, de 01 ano e 01 mês de idade, nascido a termo (40 semanas) deu entrada ao Hospital em que se desenvolveu o estudo, tendo sido encaminhado pela Unidade de Pronto Atendimento - UPA de sua cidade natal. Na admissão apresentava um quadro de otite média complicada com mastoidite bilateral e abscesso cerebral, sugerindo meningite e choque séptico. Foi internado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica UTI – Pediátrica, onde permaneceu durante 07 dias. Apresentou um quadro de isquemia talâmica bilateral e cerebelar, dilatação ventricular em meninge aracnóidea e hidrocefalia. Ressalta-se, entretanto que anteriormente à esta internação, João apresentava desenvolvimento correspondente à sua idade e segundo sua mãe, era uma criança normal, ativa, comunicativa, sorridente e com boa interação e participação social.

Após esse período, João foi transferido para Enfermaria de Pediatria do mesmo hospital, onde a equipe multiprofissional, a qual incluía a Terapia Ocupacional (estagiárias de e residente- R1) passou a atuar. Ressalta-se que na transferência de João da UTI – Pediátrica para a Enfermaria, o mesmo apresentou conjuntivite, otite externa à esquerda diarreia, artrite e nódulos em articulação de mãos e pé direito, além de Síndrome de Abstinência (SA).

A SA é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que variam de gravidade e de forma, tais como: taquicardia, sudorese, agitação, tremores, febre, entre outros. Ocorre quando a administração de sedativos ou analgésicos é retirada abruptamente de um paciente que é fisicamente tolerante (ARAUJO *et al.*, 2019).

O processo de avaliação terapêutico ocupacional ocorreu inicialmente no leito e evidenciou que João encontrava-se em decúbito dorsal, fazendo uso de passagem de cateter central de inserção periférica (PICC) em membro superior direito. Mostrava-se em alerta, frequentemente choroso e sempre acompanhado pela mãe. Ao serem

oferecidos brinquedos, João não demonstrou interesse pelo mesmo (ainda que fossem brinquedos selecionados pela mãe e conhecidos da criança). Observou-se ainda que João apresentava movimentação ativa de membros superiores e inferiores bilateralmente, mas instabilidade postural e falta de controle cervical em sedestação (controle de tronco) com resistência ao posicionamento. Salienta-se que a dieta do paciente manteve-se pela oferta de seio materno.

Os resultados da avaliação terapêutica ocupacional fundamentaram a elaboração do plano de intervenção, o qual foi discutido conjuntamente com a equipe e a mãe da criança. Deste modo, os objetivos, os métodos de intervenção, os recursos e as prioridades foram delineados, considerando-se o contexto em que estávamos inseridos e a singularidade requerida para o oferecimento de cuidado integral a João. Objetivamos proporcionar o mais precocemente possível, sua inserção no processo de reabilitação, ainda no contexto hospitalar. Tal processo, deveria se ocorrer, a partir de estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor, com ênfase no controle de tronco, cervical e postura ortostática, integração sensorial, com aumento do processamento sensorial e cognitiva.

O uso de recursos diversos e de atividades lúdicas foi planejado para atender tanto as demandas de estimulação sensorial como motora, cognitiva e de interação com João. Para Gricolatto *et al.* (2008) o terapeuta ocupacional deve, por meio das atividades lúdicas, possibilitar e favorecer desempenho ocupacional da criança, considerando o desenvolvimento necessário e as habilidades compatíveis adequadas a sua faixa etária, ademais, enfatizamos o uso de atividades lúdicas, já que comumente, no ambiente hospitalar *“A importância dada aos cuidados de saúde, alimentação e higiene acaba por encobrir as demais atividades, sobretudo, as lúdicas e sociais ...”* (SIMONATO, MITRE, GALHEIGO, 2019, p. 7).

3.1 O processo terapêutico ocupacional

João foi atendido aproximadamente três vezes por semana pela equipe de Terapia Ocupacional durante os 21 dias em que ficou internado. Os atendimentos ocorriam no leito e/ou em área externa à Enfermaria de pediatria, sempre com a presença da mãe.

Os primeiros atendimentos evidenciaram dificuldades na interação da criança com a terapeuta ocupacional, pois o mesmo evitava o contato com profissional, não respondia aos estímulos lúdicos e mantinha um comportamento de choro. Após esta intervenção, a equipe de Terapia Ocupacional, avaliou a necessidade de confeccionar dispositivo auxiliar de sedestação a beira-leito infantil (DASBEL – PEDIÁTRICO). Tal dispositivo de Tecnologia Assistiva (TA) poderia viabilizar o trabalho de sedestação em leito, contribuindo para o fortalecimento do tônus postural e cervical, o treino do equilíbrio em posição sedestada e a estimulação sensorial. O dispositivo foi

confeccionado pelos terapeutas ocupacionais com material de baixo custo (tendo sido integralmente adaptado altura, dimensão do tronco adequadas à João (Figura 1).

Nos atendimentos que se seguiram, a terapeuta ocupacional procurou intercalar as intervenções, realizando-as ora no leito e ora em área externa à enfermaria. Durante a transferência de ambiente, João mantinha-se choroso e irritado, porém ao iniciar as atividades em ambiente externo, mostrava-se gradualmente mais atento, apresentando contato visual e voltando atenção para atividade lúdica, ainda apresentava dificuldade de controle de tronco e cervical, assim como de postura ortostática.

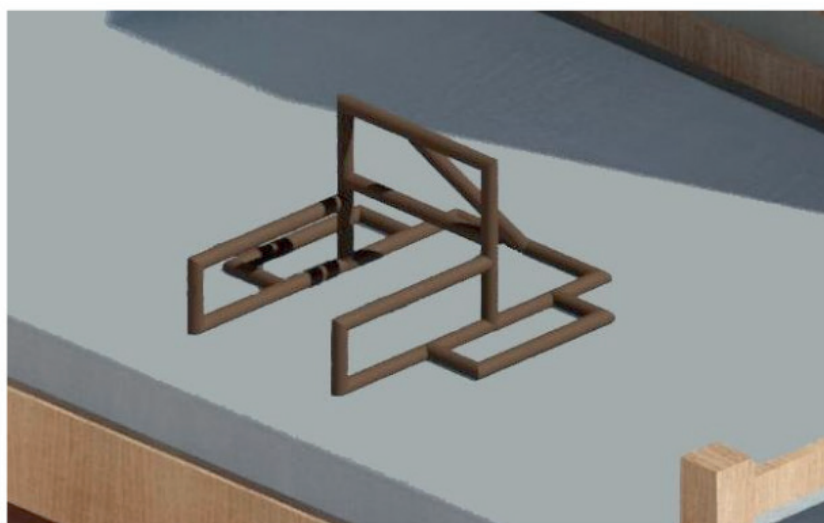


Figura 1. Vista diagonal em 3D – DASBEL – PEDIÁTRICO confeccionado.

O dispositivo DASBEL passou a ser utilizado também nos momentos em que João estava no ambiente externo à enfermaria. Durante a utilização do mesmo, observou-se retificação do tronco e da postura lateral para linha média de forma independente.

João fletia o tronco em alguns momentos, sendo necessário ajudá-lo no retorno para a posição inicial. Foi possível observar a movimentação de tronco e cervical de forma voluntária, ainda que João mostrasse dificuldade em manter-se em nestaposição. Paralelamente as intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas com João, sua mãe também era acolhida e orientada quanto à condição clínica de seu filho, ao uso do dispositivo de sedestação e quanto a necessidade continua de estimular seu filho.

Os atendimentos que se sucederam evidenciaram evolução do controle postural e cervical, tendo sido observado posicionamento permanente na postura em sedestação com apoio dorsal do dispositivo, em cervical e em linha média, ganho de tônus de membro superior e inferior a partir da estimulação em posição ortostática.

Observou-se que João mantinha sua dificuldade para se relacionar com a

terapeuta ocupacional, evitando o toque e as atividades lúdicas propostas como forma de estimulação, aspectos que reforçaram a importância dos objetivos previamente estabelecidos pela Terapia Ocupacional com mãe de João, entretanto, pôde-se observar interação de João com sua mãe, por meio de brincadeiras improvisadas, as quais proporcionavam à criança descontração, levando-o a sorrir.

De fato, Freitas e Agostini (2019) abordam a importância da realização de orientações relacionadas à vida diária, a escola e ao brincar realizadas junto aos familiares/mães de crianças e adolescentes hospitalizadas, do mesmo modo que salientam a necessidade do acolhimento de suas dúvidas e possíveis demandas. Por outro lado, nem sempre o cuidador/familiar tem condições emocionais e/ou física para cuidado, principalmente em ambiente hospitalar, sendo essencial que a equipe de profissionais identifique os limites de cada família no oferecimento do cuidado (MARQUES *et al.*, 2014).

Além disso, para Kudo, Barros e Joaquim (2018) a presença de um familiar, geralmente a mãe, como acompanhante, pode atenuar repercussões negativas deste momento, de hospitalização, proporcionando satisfação e segurança emocional à criança.

Em atendimento conjunto com a Fonoaudióloga, avaliou-se que o mesmo não respondeu aos estímulos auditivos fora de seu campo visual, quando da avaliação auditiva comportamental, aspecto que pode indicar sequela decorrente do quadro clínico inicial. A literatura especializada evidencia que a perda auditiva é um agravante que pode prejudicar o desenvolvimento e evidenciar um cotidiano empobrecido, desta forma os estímulos auditivos figuram estimulações fundamentais, sendo o som necessário à formação da linguagem do pensamento ativo (DESSEN, BRITO, 1997).

Nos últimos atendimentos constatou-se que João havia evoluído significativamente, pois já vocalizava alguns sons, apresentava-se mais sorridente e menos irritado, demonstrava maior controle cervical e de tronco, realizava esboço de marcha, além de apresentar interesse em alguns brinquedos e brincadeiras, com melhora gradual da atenção. Foi possível observar ainda aquisição do vínculo terapêutico.

Em decorrência da alta médica, João foi encaminhado para o serviço de reabilitação, para que possa dar segmento ao seu processo de reabilitação. Enfatiza-se que a mãe de João teve participação ativa ao longo de todo o processo. No processo de alta de João, a mãe foi sistematicamente orientada quanto à necessidade de organização de sua própria rotina em casa, além de receber orientações quanto à importância de se dar continuidade ao processo de estimulação de João, compreendendo aspectos relacionados ao desempenho da criança e ao desenvolvimento infantil. A equipe de profissionais buscou certificar-se que a mãe/cuidadora recebeu e compreendeu as instruções fornecidas de modo detalhado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de hospitalização na infância afeta não somente a criança, mas a família de modo geral. Nesta direção, o relato apresentado expressou a relevância das intervenções realizadas pela equipe de profissionais junto a João e sua mãe, reconhecendo o papel de protagonismo da família/mãe/cuidadora e promovendo sua efetiva participação no processo assistencial.

Revelou também, especificidades pertinentes às intervenções terapêuticas ocupacionais, tais como: elaboração de TA – sedestação beira leito, estimulação sensorial e cognitiva, além de orientações a mãe relacionadas às atividades de vida diária no contexto hospitalar, entre outras.

A experiência mostrou-se enriquecedora no processo de formação e pós-formação do terapeuta ocupacional, na medida em que favoreceu o desenvolvimento do trabalho em equipe e interprofissional, além de intervenções e estratégias que qualificam o cuidado técnico, ético, humanizado e integral. Por fim, enfatiza-se a necessidade contínua e crescente do desenvolvimento de estudos sistemáticos da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar.

5 | AGRADECIMENTO

Agradecemos à Nathalia Abreu dos Santos residente de Terapia Ocupacional

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M.; GOMES, J. L.; RODRIGUES, R. N. V., CRUZ, L. K. L. P. Perfil do uso de sedoanalgesia em crianças sob ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *ResidPediatr.* v. 9, n. 3, p.:1-6, 2019.

COFFITO - CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução nº 418, de 4 de junho de 2012. Fixa e estabelece os parâmetros assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2012.

DE CARLO, M. M. R. P. et al. Terapia Ocupacional em contextos hospitalares. *Prática Hospitalar.* v. 3, n. 43, p.158-164, 2006

DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos. 1ª Edição Editora Payá, 2018.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRITO, Angela Maria Waked de. Reflexões sobre a deficiência auditiva e o atendimento institucional de crianças no Brasil. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, n. 12-13, p. 111-134, Aug. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100009>.

ESCOBAR, E. M. A. et al. O uso de recursos lúdicos na assistência a criança hospitalizada. *Rev. Ciênc. Ext.* v.9, n.2, p.106-119, 2013.

FREITAS, Tainara Brites de; AGOSTINI, Olivia Souza. Impactos da hospitalização parcial recorrente sob a perspectiva de crianças e adolescentes com mucopolissacaridoses em um hospital pediátrico. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 564-573, Sept. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000300564&lng=en&nrm=i so>. access on 30 Oct. 2019. Epub Aug 22, 2019. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1636>.

GRIGOLATTO, T. et al. Intervenção Terapêutica Ocupacional em CTI Pediátrico: um estudo de caso. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 16, n. 1, p. 37-46, 2008.

KUDO, A. M.; BARROS, P. B. M.; JOAQUIM, R. H. V. T. Terapia Ocupacional em Enfermaria pediátrica e brinquedoteca hospitalar In DE CARLO, KUDO, 2018. DE CARLO, M. M. R. P.; KUDO, A. M. *Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos*. 1ª Edição Editora Payá, 2018.

MARQUES, C. D. C.; LIMA, M. F.; MALAQUIAS, T. S. M.; WAIDMAN, M. A. P.; HIGARASHI, I. H. O Cuidador Familiar da Criança Hospitalizada na visão da Equipe de Enfermagem. *CiencCuidSaudev*.13, n 3, p. 541-548, 2014.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009.

]

OLIVEIRA, Ana Claudia dos Santos Silva; CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira. Intervenção da Terapia Ocupacional junto à criança hospitalizada: uma revisão de literatura. *RevPesq Saúde*, v. 16, n. 1, p. 45-49, 2015.

SANTOS, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. P. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 21, n. 1, p. 99-107, 2013.

SHIN, C. G.; TOLDRÁ, R. C. Terapia ocupacional e acidente vascular cerebral: revisão integrativa da literatura. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 843-854, 2015.

SIMONATO, M. P.; MITRE, R. M. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180383 <https://doi.org/10.1590/Interface.180383>

CUIDADOS PALIATIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA

Data de aceite: 05/12/2019

Iaramina Marques Ramos

Bruno Pinheiro Machado

Talita Lima e Silva

Nayara Kelly Rolim Costa

Aécio da Silva Celestino

Júlio César das Chagas

Ismênia de Carvalho Brasileiro

Luciana Feitosa Holanda Queiroz

Sâmia Jardelle Costa de Freitas Maniva

Willian Gomes da Silva

RESUMO: Relatar a inserção desses residentes no Serviço de Cuidados Paliativos de um hospital terciário no Estado do Ceará, descrevendo como se deu a conformação das estratégias de intervenção profissional interdisciplinar com a equipe desse serviço. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, na modalidade de relato de experiência, considerando as vivências dos residentes multiprofissionais inseridos na equipe de Cuidados Paliativos, no período de Março à Junho de 2017. O estudo foi desenvolvido Hospital Geral de Fortaleza (HGF), localizado na cidade de Fortaleza, sendo o único hospital público de referência de Fortaleza para receber pacientes com todos os tipos de doença. A atuação da equipe de Cuidados Paliativos do hospital deu-se da seguinte forma: a equipe

assistencial, responsável por dar assistência direta e intermitente ao paciente, solicitava o parecer da equipe multiprofissional dos cuidados paliativos acerca do quadro de saúde/doença de um determinado paciente. Inicialmente o médico da equipe Cuidados Paliativos realizava a avaliação em conjunto com a equipe assistencial, posteriormente, durante a reunião, de periodicidade semanal, os casos vistos eram repassados e discutidos com toda a equipe. Os demais profissionais, posteriormente, avaliavam, cada um atuando em conformidade com suas atribuições e competências, e então, interprofissionalmente traçavam metas e o melhor plano terapêutico a ser seguido em cada caso. A atuação da equipe multiprofissional é de suma importância em pacientes sob cuidados paliativos. Conclui-se que a sensibilidade da equipe multiprofissional e a humanização no processo de cuidar são de extrema importância na integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Residência Multiprofissional. Humanização da Assistência. Serviço Público de Saúde.

ABSTRACT: To report the inclusion of these residents in the Palliative Care Service of a tertiary hospital in the state of Ceará, describing how the interdisciplinary professional intervention strategies were formulated with the

staff of this service. This is a descriptive study, in the experience reporting modality, considering the experiences of multiprofessional residents enrolled in the Palliative Care team, from March to June 2017. The study was developed General Hospital of Fortaleza (HGF), located in the city of Fortaleza, being the only public reference hospital in Fortaleza to receive patients with all types of disease. The work of the Palliative Care team at the hospital was as follows: the care team, responsible for giving direct and intermittent assistance to the patient, requested the opinion of the multiprofessional palliative care team about the health / patient. Initially the doctor of the Palliative Care team performed the evaluation together with the care team, later during the meeting, of weekly periodicity, the cases were reviewed and discussed with the entire team. The other professionals then evaluated each of them, acting in accordance with their attributions and competencies, and then, interprofessionally, set goals and the best therapeutic plan to be followed in each case. The performance of the multiprofessional team is of paramount importance in patients under palatal care. It is concluded that the sensitivity of the multiprofessional team and the humanization in the caring process are extremely important in the integrality of care.

KEYWORDS: Palliative Care. Multiprofessional Residence. Humanization of Assistance. Public Health Service.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos na medicina devem ser proporcionais à necessidade humana de compaixão para com os pacientes em fase final de vida e seus entes queridos. As técnicas modernas voltadas à recuperação da saúde do paciente são importantes, porém se tornam incompletas se não houver uma observação de diferentes paradigmas, especialmente quando as chances de cura são limitadas (SINGER, BOWMAN; 2002).

Com a proposta de assistir o paciente até seus últimos momentos de vida busca minimizar tanto quanto possível seu desconforto e dar suporte emocional/espiritual a seus parentes e amigos, surgiram os cuidados paliativos (CP) (SCHNEIDER *et al.*; 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007, definiu cuidados paliativos como “uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus parentes diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e problemas de cunho físicos, psicossociais e espirituais”.

Proporcionar qualidade de vida a um paciente fora de possibilidade de cura é uma tarefa complexa, que requer um planejamento interdisciplinar, de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diversas áreas da saúde, dedicados à prestação contínua de cuidados no âmbito mental (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), social (assistente social), biológico (médico, enfermeira,

fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional) e espiritual (padres, pastores, etc.) tanto para o paciente quanto para seus entes queridos (KUMAR, JIM, SISODIA; 2011).

A Residência Multiprofissional em Saúde desenvolve-se em regime de dedicação exclusiva. Constituída por modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado aos graduados em Instituição Ensino Superior, com situação regular nos Conselhos Profissionais de classe, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, duração mínima de 2 (dois) anos (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2013).

O Programa de Residência se apresenta como estratégia de educação permanente, tendo por objetivo formar/ativar lideranças técnicas, científicas e políticas. Embasada na colaboração interprofissional, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) com ênfase em Neurologia e Neurocirurgia, proporciona aos profissionais atuantes num hospital público de rede estadual de referência do Estado do Ceará a vivência ao cuidado integral do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), como também àqueles que se encontram em fase final de vida, necessitando de CP (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2013).

Diante do exposto, a apropriação dos CP como espaço de prática hospitalar durante a residência instigou inúmeros questionamentos, levando a realização do presente trabalho, que objetiva relatar a inserção desses residentes no Serviço de CP de um hospital terciário no Estado do Ceará, descrevendo como se deu a conformação das estratégias de intervenção profissional interdisciplinar com a equipe desse serviço.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, na modalidade de relato de experiência, considerando as vivências dos residentes multiprofissionais inseridos na equipe de CP. Os residentes atuaram em conjunto com a equipe multiprofissional em CP no período de Março à Junho de 2017.

O estudo foi desenvolvido Hospital Geral de Fortaleza (HGF), localizado na cidade de Fortaleza, sendo o único hospital público de referência de Fortaleza para receber pacientes com todos os tipos de doença, dentre estas, as de origem cerebrovasculares em nível terciário e considerado referência em procedimentos de alta complexidade (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA; 2015).

A equipe de CP é composta por médicos especialistas em cuidados paliativos, médicos geriatras, internos e residentes de medicina, profissionais da saúde, dentre

estes, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, e agregada a esta equipe, atua a equipe de residentes multiprofissionais, constituída por 6 categorias (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reconhecido como uma forma inovadora de assistência à saúde, o CP vem ganhando força no Brasil, especialmente na última década. Diferencia-se da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida - conceito que também se aplica a familiares, cuidadores e equipe de saúde e seu entorno, que adoece e sofre junto.

A atuação da equipe de CP do hospital deu-se da seguinte forma: a equipe assistencial, responsável por dar assistência direta e intermitente ao paciente, solicitava o parecer da equipe multiprofissional dos cuidados paliativos acerca do quadro de saúde/doença de um determinado paciente. Inicialmente o médico da equipe CP realizava a avaliação em conjunto com a equipe assistencial, posteriormente, durante a reunião, de periodicidade semanal, os casos vistos eram repassados e discutidos com toda a equipe. Os demais profissionais, posteriormente, avaliavam, cada um atuando em conformidade com suas atribuições e competências, e então, interprofissionalmente traçavam metas e o melhor plano terapêutico a ser seguido em cada caso.

A partir de então, a equipe de CP tornava-se co-responsável pelo cuidado longitudinal prestado ao paciente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral.

Após discussão e consentimento de toda a equipe acerca do quadro clínico de determinado paciente, considerando o reconhecimento da natureza multidimensional do sofrimento vivenciado por todos os envolvidos, a primeira reunião com familiares fez-se essencial para a equipe identificar o familiar responsável por tomar as decisões, frente ao prognóstico inexorável daquele paciente, assim como tomar conhecimento do plano terapêutico e planejar as reuniões subsequentes.

Uma abordagem orientada ao problema, incluindo sua solução, agravamento ou novos eventos, ajuda no entendimento durante as reuniões familiares. Estes eram orientados a considerar qual seria a escolha do paciente caso estivesse plenamente consciente naquelas circunstâncias. A comunicação eficaz é um fator imprescindível para o sucesso nesse tipo de tomada de decisão (KELLEY, MORRISON; 2015).

É importante ressaltar que, em alguns casos, foi possível viabilizar a

desospitalização do paciente, após acionar uma rede de cuidados (por exemplo, PAD e SAD), a fim de fornecer todo o suporte necessário. Aos pacientes em fim de vida, priorizava-se medidas de conforto e redução do sofrimento, em alguns casos, havia a articulação de toda a equipe a fim de conceder ao doente seus últimos desejos.

A Organização Mundial da Saúde (2007) concluiu que entre todos os pacientes do mundo que necessitam de CP, apenas 14% recebem este tipo de atenção, afirma ainda que, muitos deles são tratados em uma Unidade de terapia Intensiva (UTI). Logo, o grande desafio da equipe assistencial é equilibrar medidas paliativas e curativas em condições críticas. (NELSON *et al*, 2011; COOK, ROCKER; 2014; DADALTO, TUPINAMBÁS, GRECO; 2013).

A constituição brasileira afirma que a dignidade humana na morte é um direito primário, a lei assume que ninguém, mesmo em uma situação que ameaça a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirurgia. Na prática observou-se que, em muitos casos, o suporte avançado caracterizava-se como um prolongador do sofrimento (distanásia) no fim de vida, sem fins curativos, quando, na verdade, o processo de morte já estava acontecendo (DADALTO, TUPINAMBÁS, GRECO; 2013).

Outros achados corroboram com o estudo, afirmando que processo do morrer é frequentemente prolongado, acompanhado de intervenções agressivas, sem que as medidas de conforto sejam estabelecidas. Entre os sobreviventes, muitos permanecem em estado crítico crônico, com deficiências funcionais e cognitivas graves (PUNTILLO *et al*, 2010).

A resolução número 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença terminal incurável, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal. Quando se discute com o paciente e a família sobre deixar de fornecer novas terapias ou retirar as que estão em uso, o profissional de saúde deve fazê-lo deixando claro que se continuará a fornecer a eles um tratamento de suporte (BRASIL, 2006).

Priorizam-se os CP, com o objetivo de dar mais qualidade ao tempo de vida, com medidas que promovam o conforto físico, emocional, social e espiritual. Por isso, em se tratando de pacientes graves, mesmo para os já internados na UTI, a integração dos cuidados paliativos é de suma importância e traz inúmeros benefícios. Desse modo, o cuidado deve ser diferenciado, individualizado, não se esquecendo da singularidade e da necessidade de cada pessoa que se encontra em condição de dependência (NELSON *et al.*, 2010; MARK *et al.*; 2015).

A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos CP um trabalho necessariamente de equipe, de caráter

interprofissional.

Considerando o envelhecimento populacional, em particular em um país com perfil demográfico como o Brasil e o consequente aumento da frequência de doenças crônicas, o tema dos cuidados paliativos deve ser melhor aprofundado, afim de desmistificar e quebrar paradigmas (FONSECA, MENDES JUNIOR, FONSECA, 2012).

CONCLUSÃO

Em face ao exposto, pode-se inferir que a atuação da equipe multiprofissional é de suma importância em pacientes sob cuidados paliativos. A vivência, ainda que com dificuldades, sobressaiu-se ao modelo de formação tradicional para profissionais da saúde. A experiência conquistada tornou possível a reflexão sobre práticas e concepções e, assim, ressignificando o cuidado prestado. Conclui-se que a sensibilidade da equipe multiprofissional e a humanização no processo de cuidar são de extrema importância na integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução n.1.805/2006**. Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 2006. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 14.ago.17

COOK, D.; ROCKER, G. **Dying with dignity in the intensive care unit**. N Engl J Med. v.370 n.26 (2506-14). 2014.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS U.; GRECO, D.B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev Bioét. v.21 n.3 (463-76). 2013.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. Secretaria de saúde do estado do ceará. **Regimento interno da residência integrada em saúde – ris-esp/CE**. Comissão de residência multiprofissional em saúde – coremu ris-esp/ce. 40p. 2013.

FONSECA, A.C.; MENDES JUNIOR, W.V.; FONSECA, M.J. **Palliative care of elderly patients in intensive care units: a systematic review**. Rev Bras Ter Intensiva. v.24 n.2 (197-206). 2012.

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA. Governo do Estado do Ceará. **Apresentação**. Uma história, uma trajetória. (2015). Disponível em <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/apresentacao/apresentacao>. Acesso em 09.ago.2017.

KELLEY, A.S.; MORRISON, R.S. **Palliative care for the seriously ill**. N Engl J Med. v. 373 n.8 (747-55). 2015.

KUMAR, SP; JIM, A; SISODIA V. **Effects of palliative care training program on knowledge, attitudes, beliefs and experiences among student physiotherapists: a preliminary quasi-experimental study**. Indian J Palliat Care. v.17 n. 1. 2011. DOI: 10.4103/0973-1075.78449

MARK, N.M.; RAYNER, S.G; LEE, N.J.; CURTIS, J.R. **Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review**. Intensive Care Med. v.41 n.9 (1572-85). 2015.

NELSON, J.E.; CORTEZ, T.B.; CURTIS, J.R.; LUSTBADER, D.R.; MOSENTHAL, A.C.; MULKERIN, C.; RAY, D.E.; BASSETT, R.; BOSS, R.D.; BRASEL, K.J.; CAMPBELL, M.L.; WEISSMAN, D.E.; PUNTILLO, K.A. **Integrating palliative care in the ICU: the nurse in a leading role.** J Hosp Palliat Nurs. The IPAL-ICU Project(tm). V.13 N.2 (89-94). 2011.

NELSON, J.E.; BASSETT, R.; BOSS, R.D.; BRASEL, K.J.; CAMPBELL, M.L.; CORTEZ, T.B.; CURTIS, J.R.; LUSTBADER, D.R.; MULKERIN, C.; PUNTILLO, K.A.; RAY, D.E.; WEISSMAN, D.E.; **Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU).** Crit Care Med. v.38 n.9 (1765-72). 2010.

PUNTILLO, K.A.; ARAI, S.; COHEN, N.H.; GROPPER, M.A.; NEUHAUS, J.; PAUL, S.M. **Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying.** Crit Care Med.v.38 n.11 (2155-60). 2010.

SCHNEIDER, Nils; L LUECKMANN, Sara L.; KUEHNE, Franziska, KLINDTWORTH, Katharina; BEHMANN, Mareike. **Developing targets for public health initiatives to improve palliative care.** BMC Public Health. v.10, n. 222. 2010. ISSN: 1471-2458 Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/222>. Acesso em 09. Ago.2017.

SINGER, Peter A; BOWMAN, Kerry W. **Quality end-of-life care: a global perspective.** BMC Palliative Care. v.1, n.4. 2002. ISSN: 1472-684X Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/1/4>. Acesso em 09.ago.2017

SOARES, M. **Caring for the families of terminally ill patients in the intensive care unit.** Rev Bras Ter Intensiva. V.19 N.4 (481-4). 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control: knowledge intoaction.** WHO guide for effective programmes; module 5. Palliative Care. v.3, n. 6. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em 09.ago.2017.

CURVA DE APRENDIZADO E AVALIAÇÃO DO ENSINO DA VIDEOCIRURGIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Data de aceite: 05/12/2019

Carlos Magno Queiroz da Cunha

Médico graduado pela Universidade de Fortaleza

Giovanni Troiani Neto

Médico graduado pela Universidade de Fortaleza

Victor Andrade de Araújo

Acadêmico de Medicina da Universidade de
Fortaleza

Antônio Aldo Melo-Filho

Professor preceptor do Internato de Cirurgia,
Emergência e Trauma da Universidade de
Fortaleza

José Walter Feitosa Gomes

Preceptor da Residência Médica em Cirurgia
Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano
de Alencar

Francisco Julimar Correia de Menezes

Professor preceptor do Internato de Cirurgia,
Emergência e Trauma da Universidade de
Fortaleza

RESUMO: Na Videocirurgia, o aprendizado da habilidade técnica dá-se por repetição de movimentos com um ganho de proficiência até atingir um platô. Quão antes seja iniciada a prática, maior tende a ser a proficiência. Assim, este trabalho busca avaliar a curva de aprendizado em Videocirurgia a partir de curso teórico-prático para acadêmicos de Medicina.

O curso contou com a presença de 25 alunos

de diferentes semestres, dos quais 52% eram do sexo masculino, e média de idade de 21 anos. Realizado em 16 horas, foi dividido em 4 estações, sendo 1 teórica e 3 práticas, por meio de tutoria acadêmica *peer learning*. Para avaliação, foi respondido pré e pós-teste de 10 questões sobre Videocirurgia além de questionário de percepção. Aspectos éticos foram respeitados. O curso serviu para introduzir conceitos e habilidades básicas, atingindo satisfatoriamente o objetivo de realizar a imersão dos graduandos nesse assunto ainda negligenciado no currículo acadêmico, mas cada vez mais presente na realidade médica atual.

PALAVRAS-CHAVE: Laparoscopia. Curva de aprendizado. Educação Médica.

ABSTRACT: In Video Surgery, the technical skill is learned by repeating movements with a gain of proficiency until reaching a plateau. The earlier the practice begins, the greater the proficiency tends to be. Thus, this paper aims to evaluate the learning curve in Video Surgery from a theoretical-practical course for medical students. The course was attended by 25 students from different semesters, of which 52% were male, and average age of 21 years. Held in 16 hours, it was divided into 4 stations, 1 theoretical and 3 practical, through peer learning academic tutoring. For evaluation, a pre and post-test of 10 questions about Video Surgery

was answered as well as a perception questionnaire. Ethical aspects were respected. The course introduced basic concepts and skills, satisfactorily achieving the goal of immersing undergraduates in this subject still neglected in the academic curriculum, but increasingly present in current medical reality.

KEYWORDS: Laparoscopy. Learning Curve. Education, Medical.

INTRODUÇÃO

A formação em Cirurgia na graduação vem evoluindo e passando por várias adaptações nos últimos anos. Destacamos a Videocirurgia como uma das peças fundamentais para tais mudanças, estabelecendo-se como um dos maiores avanços em Cirurgia das últimas décadas e firmando-se como método de escolha para diversos procedimentos.¹⁻⁴

Dentro das diversas estratégias utilizadas para o ensino da Cirurgia, busca-se superar as limitações impostas pelo curto período disponível para conciliar a teoria e a prática em cirurgia, fatores essenciais para uma adequada contemplação da disciplina.^{3,4}

Em contrapartida, a velocidade e tempo necessários para a adaptação e eficácia técnica em videocirurgia são variáveis e não possuem correlação exata com o aprimoramento em cirurgia convencional, podendo esta ser representada graficamente por uma curva de aprendizado. Tal conceito é definido como o período decorrido para se alcançar o aprimoramento da técnica e habilidade motora em função da prática, no qual o indivíduo sem domínio prévio de determinada habilidade passa a executá-la com proficiência adequada.^{5,6}

Essa habilidade e agilidade, particulares ao cirurgião, podem e devem ser ensinadas no ambiente acadêmico, com o intuito de inteirar o estudante dessa parte procedimental da Cirurgia. Diante disso, nosso estudo objetivou demonstrar a curva de aprendizado de acadêmicos de Medicina em um curso teórico-prático de Videocirurgia.

MÉTODOS

Curso montado com atividades teórico-práticas, totalizando 16 horas (8 horas com atividades teóricas a distância e 8 horas presencial), contando com a presença de 25 alunos de semestres variados, com idade média de 21 anos, onde 52% eram masculinos.

O curso foi dividido em 4 estações, sendo 1 teórica e 3 práticas por meio de tutoria acadêmica *peer learning*. Para avaliação geral, foi respondido pré e pós teste de 10 questões sobre Videocirurgia e questionário de percepção.

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional da Universidade de Fortaleza sob o número CAAE: 64254316.0.0000.5052.

No treinamento foram utilizadas 9 caixas de simulação em Videocirurgia, divididas nas estações conforme atividades descritas na figura 1. Tais caixas podiam ser utilizadas por visualização direta, espelhos ou com câmera acoplada em computador.

Para avaliação geral, foi respondido pré e pós teste de 10 questões sobre Videocirurgia e questionário de percepção. Em cada estação os alunos eram avaliados por check list com nota de 0 a 5.

DIA 1 (4 HORAS)			DIA 2 (4 HORAS)
Aula teórica	Estações Visualização direta:	Estações Visualização por espelhos:	Estações Visualização por vídeo:
	1 - Corte de Elástico 2 - Transporte de Feijão 3 - Posicionamento de Elásticos	1 - Corte de Elástico 2 - Transporte de Feijão 3 - Posicionamento de Elásticos	1 - Corte de Elástico 2 - Transporte de Feijão 3 - Posicionamento de Elásticos




Figura 1 - Esquematização do treinamento em Videocirurgia

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo 100% dos participantes, a abordagem de noções básicas de Videocirurgia é importante na graduação e 96% concordou que sua adequação na grade curricular é viável. Em relação ao curso, 100% afirmou que a metodologia empregada ajudou na evolução técnica pessoal.

Por fim as médias dos pós teste aumentaram 54,16% em relação ao pré teste. Em 8 horas de simulação (com interrupção) foi obtido melhora média de 7,3% no tempo de execução das tarefas, melhora de 70% na tarefa de passagem de trocateres. E 13% no *checklist* das tarefas.

Na tabela 1, pode se observar a mediana, percentil 25 e 75 da pontuação do *check list* das tarefas da figura 1.

Estação	Visualização	Mediana	percentil 25	percentil 75
Corte	Direta	4	4	4
Corte	Espelhos	4	3,5	5
Corte	Vídeo	4	3	5
Transporte	Direta	4	4	4

Transporte	Espelhos	4	3	5
Transporte	Vídeo	5	4	5
Elástico	Direta	4	4	5
Elástico	Espelhos	5	5	5
Elástico	Vídeo	5	5	5

Tabela 1 - Mediana, percentil 25 e 75 da pontuação dos alunos no check list das estações de corte de elástico (corte), transporte de grão de feijão (transporte) e posicionamento de elástico (elástico) sob visualização direta, espelhos ou vídeo.

Os resultado encontrados neste estudo, mesmo que de forma preliminar, apontam para um campo com vastas possibilidades no ensino e na aquisição de habilidades na videocirurgia. Além disso, preenche uma lacuna quanto ao processo de ensino-aprendizagem na formação médica, ao proporcionar ao estudante de Medicina a realização de procedimentos cirúrgicos em um ambiente monitorado, aproximando o acadêmico da Cirurgia, tornando-a igualmente interessante e acessível quanto às demais especialidades.

Com base nesses resultados promissores, mais estudos devem ser realizados, a fim de comprovar a satisfação e o desenvolvimento de habilidades do estudante de Medicina no tocante à realização de procedimentos e sua associação com a tecnologia como a videocirurgia e a robótica, por exemplo.

CONCLUSÃO

O curso foi utilizado para introduzir habilidades teóricas e práticas básicas em Videocirurgia, atingindo satisfatoriamente o objetivo de realizar a imersão dos graduandos nessa área da Cirurgia ainda desvalorizada no currículo acadêmico, mas amplamente difundida na área médica. Assim, observa-se a necessidade de introdução de noções básicas de Videocirurgia na grade curricular para aproximar a graduação das suas inovações e vantagens.

REFERÊNCIAS

1. Purim Kátia Sheylla Malta, Skinovsky James, Fernandes Júlio Wilson. Habilidades básicas para cirurgias ambulatoriais na graduação médica. Rev. Col. Bras. Cir. 2015, Oct; 42(5): 341-344.
2. NÁCUL MP, CAVAZZOLA LT, de MELO MC. Situação atual do treinamento de médicos residentes em videocirurgia no Brasil: uma análise crítica. ABCD Arq Bras Cir Dig 2015;28(1):80-85
3. Cavalini Worens Luiz Pereira, Claus Christiano Marlo Paggi, Dimbarre Daniellson, Cury Filho Antonio Moris, Bonin Eduardo Aimoré, Loureiro Marcelo de Paula et al . Desenvolvimento de habilidades laparoscópicas em estudantes de Medicina sem exposição prévia a treinamento cirúrgico. Einstein (São Paulo). 2014 Dec; 12(4): 467-472.

4. Gawad N, Zevin B, Bonrath EM, Dedy NJ, Louridas M, Grantcharov TP. Introduction of a comprehensive training curriculum in laparoscopic surgery for medical students: a randomized trial. *Surgery*. 2014 Sep;156(3):698-706.
5. Brinkmann C, Fritz M, Pankratius U, Bahde R, Neumann P, Schlueter S, Senninger N, Rijcken E. Box- or Virtual-Reality Trainer: Which Tool Results in Better Transfer of Laparoscopic Basic Skills?-A Prospective Randomized Trial. *J Surg Educ*. 2017 Jan; 74(1): 1-12.
6. Hopper AN1, Jamison MH, Lewis WG. Learning curves in surgical practice. *Postgrad Med J*. 2007 Dec;83(986):777-9.
7. Melo MC. Adaptação Perceptivo-Motora na Cirurgia Laparoscópica. *Braz. J. Video-Sur.*, v. 6 - n. 1 - Jan./Mar. 2013
8. Benjamin Zendejas, Ryan Brydges, Stanley J. Hamstra, David A. Cook. State of the Evidence on Simulation-Based Training for Laparoscopic Surgery: A Systematic Review. *Annals of Surgery* Volume 00, Number 00, 2013
9. Li MM, George J. A systematic review of low-cost laparoscopic simulators. *Surg Endosc* (2017) 31:38–48. DOI: 10.1007/s00464-016-4953-3
10. Sørensen SMD, Konge L, Bjerrum F, 3D vision accelerates laparoscopic proficiency and skills are transferable to 2D conditions: A randomized trial, *The American Journal of Surgery* (2017), doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.03.001.
11. Cunha CMQ, Lima DMF, Menezes FJC. Low-cost simulator assembly for 3-dimensional videosurgery training. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2018;31(3):e1384. DOI: /10.1590/0102-672020180001e138416. Smink DS, Yule SJ, Ashley SW. Realism in Simulation: How Much Is Enough?. *JAMA Surg*. 2017;152(9):825-826. doi:10.1001/jamasurg.2017.1086
12. Yang K, Perez M, Hubert N, Hossu G, Perrenot C, Hubert J. Effectiveness of an Integrated Video Recording and Replaying System in Robotic Surgical Training. *Ann Surg*. 2017 Mar;265(3):521-526. doi: 10.1097/SLA.0000000000001699.

ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS ETIOLÓGICOS, FATORES DE RISCO ASSOCIADOS E OS IMPACTOS NA EDUCAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Data de aceite: 05/12/2019

Patrício Francisco da Silva

Mestrando em Gestão e Desenvolvimento Regional. Universidade de Taubaté – UNITAU Taubaté – SP, Brasil. E-mail: patricio.fsilva@hotmail.com

Hudson Wallença Oliveira e Sousa

Mestrando em Gestão e Desenvolvimento Regional. Universidade de Taubaté – UNITAU Taubaté – SP, Brasil. Email: hwos19@hotmail.com

Larissa Carvalho de Sousa

Mestranda em Educação para Saúde. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - ESTESC. Coimbra, Portugal. E-mail: larissacarvalho.assist@hotmail.com.br

Fabiane Ferraz Silveira Fogaça

Doutora em Psicologia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional da UNITAU. Taubaté – SP, Brasil. E-mail: fabianefs@hotmail.com

RESUMO: A esquizofrenia é um transtorno mental que se manifesta, por meio de pensamentos, emoções, percepções e comportamento inadequados. Ela pode ter início na adolescência ou no início da idade adulta. Período em que os indivíduos estão começando, a estabelecer relacionamentos duradouros e a contribuir produtivamente na sociedade. Objetiva-se com a pesquisa,

investigar os aspectos etiológicos, fatores de risco associados e impactos na educação de ensino superior relacionados à esquizofrenia. Em relação aos procedimentos metodológicos, partiu-se de uma revisão integrativa através de verificação de banco de dados pertencentes ao Scielo, Bireme e LILACS entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Então destaca-se a importância de um olhar mais enfático para acadêmicos com transtornos mentais como a esquizofrenia. é essencial gerar uma relação construída no processo de convivência, acolhendo e valorizando a representação da família no processo de ensino aprendizagem. **PALAVRAS-CHAVE:** Esquizofrenia. Saúde mental. Educação superior.

SCHIZOPHRENIA: ETIOLOGICAL ASPECTS, RISK FACTORS AND IMPACTS ON EDUCATION OF HIGHER EDUCATION

ABSTRACT: Schizophrenia is a mental disorder that manifests itself through thoughts, emotions, perceptions and inappropriate behavior. She can begin in adolescence or early adulthood. Period in which the individuals are starting, to establish long-lasting relationships and to contribute productively in society. The goal is to research, investigate the etiological aspects, risk factors and impact on higher education education related to schizophrenia. In relation to

methodological procedures, left an integrative review through verification of database belonging to the Scielo and LILACS, Bireme between the months of January and February 2019. We highlight the importance of a more emphatic look to academics with mental disorders such as schizophrenia. It is essential to generate a relationship built on the living process, welcoming and valuing family representation in the teaching learning process.

KEYWORDS: Schizophrenia. Mental health. Higher education

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Porto e Viana (2009), a esquizofrenia é um transtorno cerebral que se manifesta, por meio de pensamentos, emoções, percepções e comportamentos inadequados. Ela pode ter início na adolescência ou no início da idade adulta. Que para Hales *et al* (2012), é o período em que os indivíduos estão começando, a estabelecer relacionamentos duradouros e a contribuir produtivamente na sociedade. Segundo Abreu e Vaz (2006), a evolução da doença varia entre a recuperação e a incapacidade completa. Cerca de 15% das pessoas com a doença evolui sem outros episódios, a maioria evolui com períodos de remissão e a exacerbação da doença e 10 a 15% evolui com sintomas psicóticos crônicos graves.

Conforme Hales *et al* (2012), embora a prevalência da doença seja de aproximadamente 1% nos estados unidos, os esquizofrênicos ocupam 25% de todos os leitos dos hospitais e representam 50% de todas as internações hospitalares. Segundo Porto e Viana (2009), no Brasil, estima-se que haja cerca de 1,6 milhão de esquizofrênicos. A doença atinge em igual proporção homens e mulheres, porém, inicia-se mais cedo no homem. É uma doença crônica, que constitui um grave problema de saúde pública, pois trata-se de uma das principais causas de incapacitação de pessoas em todo o mundo.

Para Hales *et al* (2012), a esquizofrenia tem sido historicamente o principal tema de estudo entre as doenças mentais. Ela pode ser considerada o “enigma” da psiquiatria, como a entidade patológica mais obscura e mais destrutiva de forma desproporcional tanto para o indivíduo como para a sociedade. A esse respeito Giraldi e Campolin (2014), relatam que, mesmo, depois de um século estudando a esquizofrenia, suas causas permanecem desconhecidas.

Conforme Hales *et al* (2012), a maior parte dos esquizofrênicos é incapaz de manter uma vida independente ou um emprego após o início da doença. Quando estabelecido o curso crônico, os portadores geralmente apresentam sintomas psicóticos recorrentes. Assim, Louzã (2007) afirma que, os tratamentos medicamentosos, embora eficazes, têm seus efeitos colaterais. Por sua vez as abordagens psicológicas talvez contribuam para reduzir o risco de transição para a psicose. Entretanto, o autor ressalta que, o período inicial da doença é uma janela

de oportunidades para o tratamento e, sendo assim aumentaria as chances de recuperação do indivíduo.

Hoje, para Mogadouro *et al* (2009), apesar dos avanços no diagnóstico, nos tratamentos e humanização do cuidado, pesquisas em diferentes países e amostras de esquizofrênicos confirmam taxas mais elevadas de mortalidade por causas naturais e não naturais. Das causas naturais, destacam-se doenças cardiovasculares, muito mais frequentes do que na população geral. Dentre as causas não-naturais de morte, o suicídio é a mais importante.

Justifica-se o presente estudo sobre a esquizofrenia, por tratar-se de um tema complexo, que causa a desestruturação na vida do indivíduo acometido por essa Síndrome, bem como de sua família. E por acometer pessoas ainda muito jovens, que estão começando a contribuir produtivamente na sociedade.

2 | MÉTODO

Esta pesquisa investigou por meio de revisão bibliométrica, os aspectos etiológicos, fatores de risco associados e impactos na educação de ensino superior relacionados à esquizofrenia. Para isto foram consultados utilizando as bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme e Medline e palavras chaves: esquizofrenia, saúde mental, educação superior.

O levantamento bibliométrico foi realizado entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Materiais científicos nacionais e internacionais foram considerados como critérios de inclusão da pesquisa. Após leitura sistemática desses materiais encontrados pertinentes ao tema, foram encontrados e analisados ao todo 42 estudos na qual foram selecionados 25 pelo fato de contemplarem melhor o tema principal.

Para o melhor andamento do estudo foram utilizadas como etapas: a delimitação do tema, critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos que fizeram parte da amostra, caracterização da pesquisa, análise, interpretação e discussão dos dados.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Esquizofrenia

Segundo Abreu *et al* (2006), a esquizofrenia é uma doença mental que causa um impacto devastador na vida das pessoas por ela acometida e seus familiares. Para Hales *et al* (2012), a doença é caracterizada por uma série de alterações no funcionamento mental, sintomas positivos, incluindo as alucinações e os delírios, representando a ruptura na experiência da realidade. E os sinais negativos, que engloba sinais de empobrecimento do pensamento, da experiência emocional e

do envolvimento social. De acordo com Townsend (2002), o termo esquizofrenia foi criado em 1908 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, onde, a palavra deriva do grego “Skhiz” (dividida) e “fren” (mente).

Conforme Giraldi e Campolin (2014), a esquizofrenia, atinge na maioria das vezes de maneira devastadora, cerca de 1% da população ou 70 milhões de pessoas ao redor do mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificada hoje pela psiquiatria como uma síndrome, com uma série de sintomas e sinais que costumam surgir pela primeira vez, na forma de um surto psicótico, por volta dos 20 anos, nos homens, e 25, nas mulheres.

Ainda, Hales *et al* (2012) relatam que, a esquizofrenia também tem efeitos profundos sobre as famílias dos doentes. O comportamento inexplicável, retraído e, às vezes, antagônico resultante desse transtorno gera grande estresse nas famílias, que tentam compreender o paciente. Onde, Giraldi e Campolin (2014) ressaltam que, uma das principais características da esquizofrenia é a perda do contato com a realidade. Sendo que, recentemente o cineasta e documentarista Eduardo Coutinho junto com sua mulher foram esfaqueados durante um surto do filho Daniel, que é esquizofrênico. A morte do cineasta trouxe à tona os problemas enfrentados pelos portadores da esquizofrenia e suas famílias.

Para Abreu *et al* (2006), a esquizofrenia paranoide, é caracterizada pela presença de delírios, em geral de perseguição e alucinações, particularmente auditivas. Já, Hales *et al* (2012), destaca a forma desorganizada também conhecida como hebefrênica, que inclui fala e comportamento desorganizado e afeto inadequado. Acredita-se que esse subtipo represente uma forma mais grave de esquizofrenia, com início mais precoce, níveis de funcionamento social e ocupacional baixos e prognóstico de longo prazo insatisfatório.

Segundo Porto e Viana (2009), a forma catatônica, apresenta perturbações psicomotoras e pode haver alteração entre extremos como hipercinesia e estupor ou obediência automática, negativismo e mutismo. Conforme Hales *et al* (2012), na esquizofrenia indiferenciada, o quadro clínico não inclui agrupamento de sintomas dos subtipos paranoide, desorganizado ou catatônica. Sendo o subtipo mais encontrado na prática clínica. Por último, Abreu *et al* (2006), destaca, o subtipo residual, onde o estágio crônico da doença, é caracterizado pela presença persistente de sintomas negativo.

De acordo com Louzã (2007), entre os indivíduos que apresentam um “estado mental de risco”, apenas cerca de 40% deles desenvolverão uma psicose. Assim, há o risco, por um lado de se tratar alguém que não terá a doença e, por outro, deixar de tratar alguém que futuramente manifestará a doença.

3.2 Aspectos etiológicos

Segundo Porto e Viana (2009), as causas da esquizofrenia não estão estabelecidas. No entanto, a hereditariedade tem uma importância relativa. Sabe-se que parentes de primeiro grau de indivíduos com esquizofrenia possuem mais chances de desenvolver a doença. Além do fator genético, elementos ambientais e experiências de vida influem nesse processo de forma ainda não conhecida. Assim, Townsend (2002) ressalta que, estudos apontam não haver um fator único responsável por sua etiologia. E sim, de que, a doença decorre de uma combinação de fatores, incluindo fatores biológicos, psicológicos e ambientais.

De acordo com Abreu *et al*, (2006), as teorias propostas são de que fatores genéticos, cerebrais, ambientais e de desenvolvimento estejam implicadas na etiologia da esquizofrenia. Alterações estruturais, como dilatação dos ventrículos cerebrais, e alterações cerebrais focais, embora não tenham influência sobre as características da doença, levantam a hipótese de alterações do neurodesenvolvimento cerebral.

Para Hales *et al* (2012), existem dois conceitos que descrevem o que seria o entendimento da etiologia da esquizofrenia. O primeiro é de que a doença é um transtorno do desenvolvimento neuronal, ou seja, que distúrbios no crescimento e amadurecimento normal de neurônios e de vias neurais produzem tal doença. O outro é o modelo diátese-estresse da esquizofrenia, que postula uma interação dinâmica entre fatores hereditários (diátese) e ambientais (estresse) para determinar se o indivíduo desenvolverá o transtorno.

Ainda segundo Hales *et al* (2012), o fato de que a esquizofrenia tem um forte componente genético é uma noção prontamente aceita. Onde o grau de risco será proporcional ao de genes compartilhados. Uma revisão de estudos com gêmeos mostrou taxas de concordância de 25 a 50%. Estudos de adoção indicaram um risco elevado para esquizofrenia entre filhos de mães esquizofrênicas. Porém, a maneira exata como a esquizofrenia é herdada e a identidade dos genes específicos que podem dar origem ao transtorno, continuam sendo temas de significativos debates e incertezas.

Também, de acordo com Silva (2006), em estudos recentes diversos modelos têm procurado integrar aspectos psicossociais aos aspectos biológicos da etiologia da esquizofrenia. O modelo da vulnerabilidade versus estresse parte do princípio que pacientes esquizofrênicos apresentam uma vulnerabilidade para a doença de caráter biológico, mas reconhecem também que, o deflagrar dos sintomas pode ser diretamente influenciado pelo grau de estresse psicossocial ao qual o indivíduo é submetido.

Contudo, para Hales *et al* (2012), a hipótese da dopamina, é uma das teorias mais influentes sobre a etiologia desse transtorno. Ela postula que os sintomas de tal

doença são subproduto de disfunção da neurotransmissão de dopamina. Uma linha de estudo de Tomografia de Emissão de Positrons (PET) produziu uma hipótese que propõe um estado hiperdopaminérgico no sistema D2 estriatal, que da origem a sistemas positivos e a um estado hipodopaminérgico no sistema D1 pré-frontal associado a déficits cognitivos de ordem superior.

Ainda, Silva (2006) comenta que, constatou-se que a droga psicoestimulante anfetamina, quando administrada em doses altas e repetidas, causa uma psicose tóxica com características muito semelhantes às da esquizofrenia paranoide em fase afetiva. Assim, podendo levar a erros diagnósticos, caso o psiquiatra ignore que o paciente tenha ingerido anfetamina. Essa droga atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de dopamina DA. Assim, é impossível que os sintomas esquizofreniformes, grande agitação psicomotora, alucinações auditivas e ideias delirantes do tipo persecutório, sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica determinada pela anfetamina.

Conforme Moraes, (2006), diversos teóricos afirmam que problemas na dinâmica de interação familiar podem estar na raiz da esquizofrenia. Ou seja, padrões perturbados de comunicação na família podem levar a esquizofrenia ou exacerbar os sintomas. Ainda segundo o autor, outro fator importante nessa doença é o estresse, que provavelmente, desempenha um papel significativo na etiologia da esquizofrenia. Entretanto, o estresse por si só, não explica o surgimento do transtorno e deve-se considerar outros fatores.

Segundo Vallada Filho e Samaia (2000), as complicações de gestação e de parto mais relatados em associação a esquizofrenia são baixo peso ao nascer, prematuridade e pequeno para idade gestacional (PIG), trabalho de parto prolongado, má apresentação do feto, pré-eclâmpsia, ruptura prematura de membranas e complicações pelo cordão umbilical. O que parece ser o denominador comum desses quadros é a hipóxia a que o feto é submetido.

Outra linha de estudos conforme Hales *et al* (2012), foi encontrado associação entre estado nutricional materno e esquizofrenia nos filhos. Onde, o estudo Durtch Famine examinou a prevalência de esquizofrenia entre uma coorte de nascimentos que ocorreu durante o inverno de 1944 a 1945, um período de subnutrição grave para a maioria dos cidadãos em uma região da Holanda. O estudo mostrou um risco duas vezes maior de esquizofrenia associado à subnutrição pré-natal extrema.

A esse respeito Silva (2006) menciona, existir vários estudos sugerindo que eventos de ocorrência precoce, durante a vida intra-uterina ou logo após o nascimento, podem ser importantes na etiologia de casos de esquizofrenia, interferindo no desenvolvimento normal de determinadas estruturas cerebrais e tornando o indivíduo vulnerável ao surgimento mais tardio de sintomas da doença. A má nutrição do feto, envolvendo redução do suplemento de oxigênio, iodo, glicose e

ferro pode levar a prejuízos no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC). O nascimento prematuro, antes de 33 semanas gestacional parece aumentar o risco para esquizofrenia. As complicações durante o parto podem causar danos no hipocampo e córtex cerebral devido à hipóxia e isquemia.

3.3 Fatores de risco associados

Conforme Silva (2006) reforça que, a esquizofrenia é uma desordem hereditária, então, possuir um parente com a doença é o fator de risco mais consistente e significativo para desenvolver o transtorno. Muitos estudos epidemiológicos mostram que indivíduos que possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia tem um risco aumentado para a doença.

A esse respeito, *apud* Hales *et al* (2012) destacaram que, um estudo sobre a adoção de gêmeos, o qual demonstra a possível complexidade de fatores genéticos e não genéticos na esquizofrenia, foram consistentes em relatar uma taxa de concordância em torno de 50% para gêmeos monozigóticos. Assim, esse resultado acentua a importância de fatores tanto genéticos como não genéticos no risco da doença. Porém, um estudo mais recente revelou que tal risco elevado pode ser influenciado tanto pelo componente genético como em parte por um ambiente estressante.

Também, para Amaral (2012), as complicações obstétricas, como incompatibilidade sanguínea materno fetal, pré-eclâmpsia, crescimento fetal anormal e hipóxia podem causar uma duplicação do risco. A diabetes gestacional, descolamento placentário, cesariana e baixo peso ao nascimento podem triplicá-lo. Ainda, a doença hemolítica fetal (DHF), parece aumentar o risco de esquizofrenia, sendo maior no sexo masculino do que no feminino, essencialmente a partir do segundo filho. Como também, o estresse materno durante o primeiro semestre gestacional, causado pela morte de um parente próximo (pai, irmão, marido ou filho) ou gravidez indesejada, provoca um aumento significativo do risco de esquizofrenia nos filhos do sexo masculino.

De acordo com Hales *et al* (2012), um estudo de coorte feito com aproximadamente 12 mil grávidas, identificou a partir de registros médicos e farmacêuticos, casos potenciais de esquizofrenia. Desses casos, avaliações diagnósticas feitas por psiquiatras pesquisadores resultaram na identificação de 71 indivíduos com esquizofrenia. O estudo concluiu que a infecção por influenza no terceiro trimestre está associada a um risco sete vezes maior de esquizofrenia. Outros possíveis patógenos detectados no estudo foram a toxoplasmose e o chumbo.

Para Amaral (2012), a exposição pré-natal ao chumbo, que é uma substância neurotóxica, estar associada à duplicação do risco de esquizofrenia. Ainda segundo

o autor, um estudo baseado na pandemia de 1964 em Nova Iorque, mostrou que 20% dos indivíduos expostos à rubéola antes do nascimento foram diagnosticados com esquizofrenia na idade adulta, evidenciando um risco 10 a 20 vezes superior. Também, convulsões febris entre 15 e 17 meses podem lesar o hipocampo, e que este aparece diminuído quando das primeiras manifestações da doença e em indivíduos de alto risco. Associando a história de convulsões febris a um aumento de 44% do risco para esquizofrenia.

Entretanto Hales *et al* (2012) cita que, a maioria dos estudos epidemiológicos investigando fatores de risco ambientais para esquizofrenia é limitada pela forma retrospectiva da coleta de dados. Por exemplo, no caso da exposição materna à influenza, tal informação é geralmente obtida por meio da lembrança dos participantes da infecção pela gripe durante a gravidez ou então da associação de um surto desta doença que ocorreu em determinada comunidade coincidindo com o período gestacional.

Segundo Amaral (2012), a deficiência de vitamina D parece ser um candidato obvio a fator de risco para esquizofrenia. É citado que, indivíduos nascidos no inverno tem maior risco de desenvolver a doença, como também, aqueles que residem em ambientes urbanos, pois nesses ambientes há maior prevalência de hipovitaminose D, por diminuição da atividade exterior e exposição aos raios UVB. Ainda segundo o autor, num estudo citado por McGraeth e outros, baseado em registros psiquiátricos Dinamarqueses, não só, os níveis de vitamina D reduzidos, mas também aumentados, representariam um fator de risco para esquizofrenia.

Seguindo essa linha, Amaral (2012) destaca que, observando outros fatores nutricionais, os resultados de estudo em homens suecos mostraram que baixo peso e baixo índice de massa corporal, em adultos jovens estão fortemente associados a maior risco de esquizofrenia. A deficiência em micronutrientes como ácido fólico, homocisteína e ferro levam a menor mielinização axonal e aumento dos metabolitos dopaminérgicos. O déficit de folato relaciona-se com alterações epigenéticas no gene RELN, já muito associado à esquizofrenia. Também a obesidade materna previamente a gravidez parece triplicar o risco. Apesar de contrário a teoria dos déficits nutricionais, leva-se em consideração que pessoas obesas frequentemente ingerem quantidades inadequadas de nutrientes, tem diabetes e maior risco de complicações obstétricas.

Para Gutt (2013), o prejuízo na competência social encontrado em crianças e adolescentes com risco para esquizofrenia é visto como um sinal de vulnerabilidade para a doença. De acordo com Gutt (2013), em um estudo realizado na Dinamarca, o nível ou a qualidade de estresse, associado à falta dos pais e a criação em uma instituição, resulta em maior risco para o desenvolvimento da esquizofrenia em crianças com risco genético para a doença. Estudos recentes também apontam para

a ocorrência de interação entre predisposição genética e fatores ambientais como atuantes no risco para o desenvolvimento de esquizofrenia.

Ainda, para Amaral (2012), o trauma infantil tem sido também investigado, incluindo abuso físico, sexual, emocional e psicológico, bem como negligência e bullying, sendo a natureza e altura da vida em que ocorre, bem como a gravidade e duração do abuso, determinantes importantes para a doença. Aqueles que experimentam qualquer espécie de abuso antes dos 16 anos são mais propensos a reportar sintomas psicóticos nos três anos seguintes.

Em um estudo epidemiológico Oliveira e Moreira (2007), apresentaram dados que mostram associação entre o uso de maconha entre adolescentes e psicose posteriormente na vida. Os indivíduos, que usavam maconha aos 15 anos de idade tiveram maior incidência de sintomas da esquizofrenia. Ainda, o diagnóstico foi quatro vezes maior neste grupo. Para Oliveira e Moreira (2007), o uso de maconha é um fator de risco que triplica a chance de aparecimento de esquizofrenia.

De acordo com Amaral (2012), o efeito do nascimento em ambiente urbano tem crescido nas coortes mais recentes, sendo mais pronunciado quando o indivíduo tem também história familiar. Consistentemente, a prevalência da esquizofrenia em áreas urbanas é cerca do dobro das áreas rurais. O que pode ser associado às características da área e não do indivíduo, principalmente, a fragmentação social, desorganização e instabilidade, com ausência de comunicação entre os habitantes. Além disso, a idade paterna avançada parece estar associada à esquizofrenia em mulheres. Em pais com idades entre 45 e 49 anos, o risco duplica, triplicando quando a idade é superior a 50 anos, comparado com pais menores de 25 anos. Devido, provavelmente a mutações na linha germinativa durante a espermatogênese.

3.4 A esquizofrenia e impactos na educação superior

A grande parte dos pacientes com esquizofrenia possui grande problema em trabalhar e estudar, visto que se torna uma atividade complicada devido ao fato de não conseguir viver de forma independente, baixa autoestima e ansiedade. Dessa forma levando para o lado educacional, torna-se evidente ressaltar que esses pacientes terão comprometimento no processo educacional, pois tais fatores em algum momento desse processo propiciarão situações desagradáveis (OLIVEIRA et al., 2012).

A entrada no meio acadêmico é uma fase importante de transição para a vida adulta. Grande parte dos jovens, nesse meio representa o alcance de um nível educacional acima, criação de perspectivas de emprego e o estabelecimento de objetivos pessoais e profissionais. Além dos desafios do ensino superior, os mesmos enfrentam outros problemas, tais como: separação da família, relacionamentos

peçoais, mudança de rotina, etc (TOSEVSKI; MILOVANCEVIC; GAJIC, 2010).

Os estudantes do ensino superior sofrem com o fato de serem motivos de preocupação nos últimos anos no que tange à sua saúde mental, visto que tem sido documentado um grave aumento do número de problemas mentais nos acadêmicos. Vários fatores ajudam para que isso ocorra, entre eles, a maior acessibilidade ao Ensino Superior que tem permitido o crescente número de jovens que ingressam neste nível acadêmico, incluindo alguns com patologia psiquiátrica como a esquizofrenia (MOWBRAY et al., 2006).

Os problemas mentais possuem tendência maior em surgir no início da vida adulta, principalmente no período acadêmico. No entanto, os estudantes universitários encontram-se na faixa etária em que aparecem sintomas clínicos de várias doenças psiquiátricas graves como a esquizofrenia (CARVALHO NEVES; DALGALARRONDO, 2007).

A implicação da doença mental como a esquizofrenia, se não tratada e também não diagnosticada, podem gerar em problemas significativos no alcance da qualidade acadêmica e comportamentos sociais desses estudantes. A colisão desta doença mental, pode afetar o nível econômico, se for pensado que estes universitários representam um valor social valioso para o país, visto sua importância no desenvolvimento da sociedade (ZIVIN et al., 2009).

É importante salientar que desencadeadores de estresse são vistos com frequência dentre as atividades acadêmicas. Quanto a esse fato, Paiva e Saraiva (2005), citam que as fontes de pressão podem levar o indivíduo a manifestar sintomas de estresse, que dependerão de diferenças individuais tanto de personalidade, maturidade e capacidade de respostas, quanto de estrutura física e cultural e do ambiente social. Diversos são os fatores em que se deparam os jovens universitários, segundo Silveira et al (2011) ilustrada na tabela 01.

Deixar a casa dos pais e viver num ambiente novo
Partilhar casa com novas pessoas
Dar resposta às expectativas próprias e às dos pais
Manter relacionamentos à distância com pessoas significativas
Problemas financeiros
Competição entre pares
Problemas relacionais e necessidade de integração no grupo de pares
Dificuldades em organizar o tempo
Preconceito étnico ou subcultural
Maior consciencialização da própria identidade e orientação sexual

Privação do sono
Gerir trabalho/estudo/ responsabilidades domésticas e familiares
Preocupação em terminar o curso e arranjar emprego

Tabela 01: fatores de estresse em estudantes de ensino superior

Fonte: Silveira et al. (2011).

No estudo de Silveira et al (2011) observou-se que a esquizofrenia foi o 7º no ranking dos diagnósticos dos estudantes universitários avaliados, ficando na frente de distúrbios de personalidade, distúrbio bipolar e perturbação do comportamento alimentar. Nesse sentido, os autores citados reforçam que os estudantes universitários com problemas mentais graves se deparam com barreiras que prejudicam seu desempenho acadêmico, como: perda de motivação, memorização, concentração, tomada de decisões, dentre outras.

Na entrada no ensino superior à conclusão do curso, os jovens passam por muitas mudanças, sendo este período conturbado e cheio de incertezas que podem gerar vários transtornos mentais (GONÇALVES, FREITAS; SEQUEIRA, 2011).

Um estudo de Bertolote et al (2004), mostrou que 90% de indivíduos com comportamentos suicidas, 14% apresentaram também esquizofrenia. Então destaca-se a importância de um olhar mais enfático para acadêmicos com transtornos mentais como a esquizofrenia, visto que podem desencadear prejuízos já citados como o suicídio.

Fator primordial no processo do indivíduo com esquizofrenia na academia é a participação familiar nesse processo. Visto a severidade e a complexidade em que esse transtorno pode causar, é essencial gerar uma relação construída no processo de convivência, acolhendo e valorizando a representação da família no processo de ensino aprendizagem (DE PAULA et al., 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é um transtorno psíquico, que sem dúvidas, gera prejuízos irreparáveis na vida do paciente, seja na esfera emocional, social ou familiar. Além de se manifestar em pessoas ainda muito jovens, a doença causa surtos psicóticos recorrentes, em que o paciente não consegue manter contato com a realidade, permanecendo em um “mundo de delírios e alucinações”, ocasionando sofrimento para ele e sua família.

No decorrer do artigo, buscou-se compreender, o que contribui para uma pessoa desenvolver esse transtorno, buscando evidenciar as causas e os fatores de risco associados à patologia e seu impacto no ensino superior. E assim, que possam

ser abordadas formas de tratamento ou prevenção da doença, de maneira eficaz. Observou que, mesmo com os tratamentos eficazes que existem atualmente, as chances de cura são para poucos.

Na trajetória da pesquisa, os autores não deixam claro a etiologia da esquizofrenia. E sim que ela resulta de múltiplos fatores, não de uma única causa. Onde a influência ou combinação de fatores hereditários, psicossociais ou do ambiente contribuem no desenvolvimento do transtorno.

Portanto, a detecção precoce dos sintomas pré-esquizofrênicos, ou seja, quando a doença não se instalou indefinidamente, são de importância significativa na prevenção ou cura do indivíduo. Faz-se então necessário, a observação constante, feita pelos profissionais que lidam diretamente com a população de risco, isto é, com os adolescentes e adultos jovens. Para que assim, possa ser oferecido um tratamento especializado para cada indivíduo, para que a doença em si, não se manifeste, ou pelo menos, que a manifestação da doença seja menos intensa na vida da pessoa por ela acometida.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.N *et al.* **Síndromes psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre, Artmed, 2006.

AMARAL, A.S.D. **Fatores de Risco Ambientais na Esquizofrenia**. Faculdade de Medicina Universidade do Porto-FMUP, 2012. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71921/2/80477.pdf>> . Acesso em 07.fevereiro.2019.

BERTOLETE, J. M., FLEISCHMANN, A., DE LEO, D.; WASSERMAN, D. Psychiatric diagnoses and suicide: **revisiting the evidence**. *Crisis*, 25 (4), pp. 147-155. 2004.

CARVALHO NEVES, M.C; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **J Bras Psiquiatr.** 56,4: 237-244. 2007.

DE PAULA, P.L.D et al. ESQUIZOFRENIA: convivência e representação familiar da doença a partir de um estudo de caso. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 2, 2018.

VALLADA FILHO, H. P.; SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, p. 2-4, 2000.

GERHARDT, T.E. SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIRALDI, A. CAMPOLIM, S. Novas Abordagens Para Esquizofrenia. *Cienc. Cult.* v.66 n.2, 2014.

GONÇALVES, A.M; DE FREITAS, P.P; SEQUEIRA, C.A.C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção. **Millenium**, n. 40, p. 149-159, 2011.

GUTT, E.K. **Crianças e adolescentes em risco para esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar**: um estudo comparativo. 2013. 210p. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

HALES, R. E. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2012.

JOHANN, R.V.O. VAZ, C.E. Condições afetivas e de relacionamento interpessoal em homens portadores de esquizofrenia em tratamento com haloperidol ou clozapina. **Interação em Psicologia**, v.10, n.1, p. 151-156. 2006.

LOUZÃ, M.R. Detecção Precoce: é possível prevenir a esquizofrenia. Revisão da Literatura, Rev. psiquiatr. clín. v.34, n.2, 2007.

MOGADOURO, M.A. *et al.* **Mortalidade e esquizofrenia**. Artigo de Revisão, São Paulo, 2009.

MOWBRAY C. *et al.* Campus Mental Health Services: Recommendations for Change. **American Journal of Orthopsychiatry**. 76, n. 2, 226 – 237, 2006.

MORAIS, G.F. **Etiologia e desenvolvimento da esquizofrenia**: diferentes perspectivas e tendências atuais. 2006. 84p. Monografia (Graduação em Psicologia) Faculdade de Ciências da Saúde.

OLIVEIRA, V.K. MOREIRA, E.G. Maconha: fator desencadeador de esquizofrenia? **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 99-108, 2007.

OLIVEIRA R.M. *et al.* A realidade do viver com esquizofrenia. **Rev. Bras. Enferm.**, 65(2): 309-316. 2012.

PAIVA, K. C. M.; SARAIVA, L. A. S. Estresse ocupacional de docentes de ensino superior. **Revista de Administração**., São Paulo, v.40, n.2, p.145-158, abr./maio/jun. 2005.

PORTO, A. VIANA, D.L. **Curso didático de enfermagem módulo II**. 5ª ed. São Caetano do Sul-SP. Editora Yendis, 2009.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v.17, n.4, p. 263-285, 2006.

SILVEIRA, C. *et al.* Saúde mental em estudantes do ensino superior. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, 2011.

TOSEVSKI, D.L, MILOVANCEVIC, M.P; GAJIC, S.D Personality and psychopathology of university students. **Curr Opin Psychiatry**. 23(1):48-52, 2010.

TOWSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceitos de cuidado. Terceira edição. Rio de Janeiro-RJ, Guanabara Koogan, 2002.

ZIVIN, K. *et al.* Persistence of mental health problems and needs in a college student population. **Journal of Affective Disorders**. 117: 180–185, 2009

LIDERANÇA COMUNITÁRIA: UMA HISTÓRIA DE VIDA

Data de aceite: 05/12/2019

Rute Vieira de Sousa

Nutricionista Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Raiane Melo de Oliveira

Enfermeira pelo Centro universitário Estácio do
Ceará
Fortaleza – Ceará

Maria Juliane Araújo Azevedo

Nutricionista pela Universidade de Fortaleza
Fortaleza – Ceará

Thiago Silva Ferreira

Fisioterapeuta Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Amanda de Moraes Lima

Nutricionista Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Brenda da Silva Bernardino

Nutricionista Residente em Transplante do
Hospital Universitário Walter Cantídio
Fortaleza – Ceará

Isabel Cristina Ferreira Souza de Araújo Diogo

Enfermeira Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Mariana Timbaúba Benício Coelho

Farmacêutica Residente em Cancerologia do

Instituto do Câncer do Ceará
Quixadá – Ceará

Renata Vieira de Sousa

Estudante de Psicologia da Universidade Federal
do Ceará
Fortaleza – Ceará

Francisca Camila de Oliveira Cavalcante

Assistente social Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

RESUMO: O líder aparece como uma necessidade da comunidade, para organização, desenvolvimento de metas, condução e promoção local; norteador, juntamente com a comunidade, que apoia os ideais de progresso, principalmente nos âmbitos de informação, educação, saúde e direitos. O objetivo desse trabalho foi conhecer a história de vida de uma líder comunitária, e o desenvolvimento de ações para melhoria da comunidade carente, a qual a líder presta serviço. A coleta de dados ocorreu por meio de uma história oral, além de ser identificado, na literatura, benefícios para as comunidades das ações realizadas por estes sujeitos. Como resultado, firma-se grandes implementações para o avanço comunitário.

PALAVRAS-CHAVE: Participação comunitária. Assistência à saúde comunitária. Saúde coletiva. Planejamento de instituições de saúde. Liderança.

ABSTRACT: The leader appears as a community need for organization, goal development, leadership, and local promotion; together with the community, which supports the ideals of progress, especially in the fields of information, education, health and rights. The purpose of this work was to know the life story of a community leader, and the development of actions to improve the needy community, which the leader provides service. The data collection occurred through an oral history, besides being identified, in the literature, benefits to the communities of the actions performed by these subjects. As a result, major implementations are made for community advancement.

KEYWORDS: Community participation. Community health care. Public health. Planning of health institutions. Leadership.

1 | INTRODUÇÃO

A prática de liderar uma comunidade tem sido um papel importante como técnica de progresso local. Uma comunidade organizada e administrada por um líder, tem subsídio para desenvolver-se sustentavelmente. O surgimento de uma liderança não irá afanar por completo os males da comunidade, no entanto, é seguro afirmar que a habilidade de pessoas serem geradoras de sua história, empreendedoras, inovadoras, buscando a efetuação de suas necessidades e a colaboração da comunidade, familiarizando-se, flexibilizando-se em redes e em parcerias, buscando princípios e objetivos comuns, vai depender fundamentalmente da conduta desenvolvida na liderança (PINHEIRO, BORGES, 2012).

A efetividade da prática de liderança, no desenvolvimento local, se dá inicialmente pela identificação de problemas, desde as condições dos indicadores de infraestrutura física (água, esgoto, moradia, energia) ao índice de criminalidade e violência. Além de prosseguir com organização em grupos sociais, motivando a conscientização dos problemas comunitários e desenvolvendo a credibilidade de que a ação realizada gera mudanças, causando, assim, o esclarecimento da importância de cada indivíduo na elucidação desses problemas, assim sendo o papel do líder (PINHEIRO, BORGES, 2012; MACIEL et al., 2013).

A análise da liderança vem, cada vez mais, desenvolvendo um grande interesse, mormente quando a preocupação são as comunidades carentes, pelo progresso que tem causado nas comunidades. É visto que uma comunidade não resolve inteiramente seus problemas, devido à falta de uma liderança que consiga juntar em torno de si todas as necessidades e problemas locais, e, através de vários mecanismos, tentar solucionar esses problemas (LUZÓN, STADEL; BORGES, 2003; OBERG, ZAMORA, 2013).

A imagem de um líder tem sido vista como fundamental, nos dias atuais, pela

forma de nortear-se junto às comunidades carentes, com a finalidade de melhoria. Antigamente era afirmado que a liderança era inata do indivíduo que a possui, hoje, tem-se convicção, que a liderança pode e deve ser desenvolvida. Daí, é importante observar os princípios teóricos que podem ser semelhantes entre os líderes, identificando um estilo que seja condizente com as características e a situação vivenciada pela comunidade (LUZÓN, STADEL; BORGES, 2003; OBERG, ZAMORA, 2013).

No cenário comunitário, a liderança tem imprescindível papel na condução de melhorias e reivindicações, em debates, também em impulsionar à comunidade a exercer sua cidadania. As comunidades possuem necessidades, que são focadas diante do Estado, mas que nem sempre são alcançadas soluções. Nota-se que muitas vezes as comunidades não conseguem repassar para as instâncias superiores as suas problemáticas devido à falta de uma liderança que consiga sintetizar as informações. Destaca-se a contribuição da comunidade através do planejamento participativo, buscando encontrar soluções para as problemáticas que enfrentam, contexto em que a capacitação se faz importante, incentivando o desenvolvimento, a consciência crítica da comunidade, a organização, a formulação de estratégias (PINHEIRO, BORGES, 2012).

Neste sentido, o presente estudo, tem por finalidade, conhecer a história de vida de uma líder comunitária, e o desenvolvimento de ações para melhoria da comunidade carente a qual a líder presta serviço, por meio de uma história oral.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo qualitativo e observacional. A pesquisa foi realizada com uma líder comunitária. Obteve-se conhecimento da líder comunitária, para realização do presente trabalho, em uma visita de territorialização de um grupo de estudantes da área da saúde, realizada juntamente com um Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Luís Franklin, localizado na Regional VI, no bairro de Messejana, na cidade de Fortaleza, do estado do Ceará, no dia 07 de março de 2016.

A coleta de dados foi realizada com uma usuária da UBS Luís Franklin, no dia 1 de junho de 2016. Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado a metodologia de história oral. Esta metodologia consiste em realizar entrevistas, um processo de interação entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem o objetivo de obter informações do outro, o entrevistado. As entrevistas são gravadas, e em seguida, transcritas. São realizadas com pessoas que testemunham acontecimentos, conjunturas, modos de vida ou outros aspectos. Faz parte de um conjunto de documentos, memórias e autobiografias, permitindo a compreensão de

acontecimentos, situações e estilos de vida de indivíduos, grupos ou da sociedade em geral, permitindo o estudo da história mais concreta e próxima, proporcionando a compreensão das experiências vividas por outros.

A história oral é produzida a partir de uma incitação, o mais comum é a realização de perguntas. Essa, como qualquer outra metodologia tem obstáculos, como em relação a informação dada, que depende da memória, por exemplo, com a possibilidade do esquecimento, além dos equívocos e da tendência para a lenda e para o mito (HAGUETTE, 2010; FIORUCCI, 2010).

As informações para realização do trabalho foram coletadas via telefonema. Utilizou-se para gravação do áudio o aplicativo de telefone celular: “gravação de Ligação”. A entrevista teve duração de 65 minutos e treze segundos. Após a entrevista, o áudio gravado foi transcrito, sem perda de quaisquer partes, para que a informação repassada fosse a mais íntegra possível.

A entrevista realizada deu-se início com apresentação do entrevistador, contendo as seguintes informações: nome, interesse na pesquisa, local de estudo, objetivo da pesquisa, identificação do caso. E em seguida, foram realizadas perguntas de cunho básico, contendo: nome, idade, escolaridade, data de início de trabalho voluntário, e em seguida, foi realizado o início da entrevista aberta, tendo como impulso “Conte sobre sua história de vida” e no decorrer do relato da líder comunitária surgiu as seguintes questões:

“Como foram recrutadas as pessoas para a reunião geral dos ACS?”; “Quais instituições fundadas?”; “Você foi fundadora de todas essas instituições?”; “Quem auxilia você nos trabalhos desenvolvidos?”; “Você tem auxílio de profissionais da área da saúde nas atividades realizadas?”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em dados de identificação na entrevista, a líder comunitária relata ter 57 anos. É natural de Cascavel – Ce. Formou-se em Teologia, no Rio de Janeiro. Publicou 3 livros: “Pegadas transformadas em flores”, “Contos que edificam” e “Que árvore você é?”. Fala fluentemente e ensina uma língua não natural, Crioulo, língua falada em Guiné Bissau. Dificilmente encontra-se em casa, diz ter várias reuniões nas instituições. Na primeira visita realizada à casa da entrevistada foi identificada a precariedade na moradia. Relata ser pastora, artesã, vendedora de produtos de limpeza, já foi locutora e compositora de músicas gospel.

No desenvolver da entrevista relatou ter feito parte da implantação dos ACS no Ceará, relata que o estado do Ceará, foi um dos primeiros estados a aderir a implantação. Aos 18 anos era servidora pública, na época, desenvolvia um trabalho de assistência social em saúde pública denominado “Movimento Brasileiro de

Alfabetização” que fazia parte do Programa Educativo da Saúde. Desenvolvia, nesse movimento, a educação integral e projetos de saúde na comunidade. Relata ter trabalhado também no Programa de Educação Infantil. Desenvolveu trabalhos muito dinâmicos nesses projetos, que o governador, na época, Tasso Jereissati, se interessou e fez um convite para uma reunião juntamente com a secretaria de saúde de vários municípios do Ceará. “Até então, o programa de assistência comunitária que fazíamos era voluntário, feito à base do amor”.

Já realizava essas atividades educativas em saúde “há muito tempo”, eram filiados ao posto de saúde que contava com o representante de cada distrito. Barro et al. (2010) observa que o ACS nasce num contexto sob acúmulo de influências sociais, ideológicas, políticas e técnicas. Passa a ser visto como uma estratégia política possível para superar o modelo tradicional, dando espaço para um novo modelo de atenção à saúde. É observado, hoje, que o ACS desempenha um papel muito importante dentro da Equipe Saúde da Família (ESF), devido à deveres que envolvem o acompanhamento nas áreas de atenção básica.

Já prestou serviço em diversos lugares, na cidade do Rio de Janeiro, em São Paulo e em algumas cidades do Nordeste. Prestou quatro anos de serviço na África Ocidental, dava apoio e assistência a pessoas carentes. Foi professora na primeira escola de Jabo. Participou da implantação de uma escola em Guiné Bissau. Prestou assistência ao trabalho de desenvolvimento social no Paraguai.

A líder relata, ainda, prestar serviços em uma comunidade de área de risco, violenta, chamada Barreirão. Implantou uma escola de informática, ofertando o curso para crianças, adolescentes e também para idosos, diz: “precisam ter um conhecimento mais vasto do que acontece na sociedade, pois hoje em dia, sem conhecimento no mundo digital, ficamos perdidos no tempo”. Segundo Júnior, Silva e Gobbi (2010), há a promoção da universalização de interação da população com o uso das tecnologias da informatização e da comunicação que ajuda a acabar com o “analfabetismo tecnológico”, pois esta ação colabora com a propagação de conhecimentos, como acesso à informação e à pesquisa.

Está desenvolvendo a implantação da Casa da Criança e do Adolescente, com participação de toda a comunidade engajada, para, assim, promover retirada de todas essas crianças e adolescentes da criminalidade. Tem implantado um centro de recuperação de drogas na cidade de Cascavel. Relata ter outro centro de recuperação em Horizonte, o qual este trabalha mais especificamente a ressocialização do dependente químico recuperado, dentro da família e dentro da sociedade, ainda em Horizonte, está desenvolvendo a implantação de um centro de apoio a crianças abandonadas, chamado Casa de Prevenção Criança Feliz, preparando-se para receber trinta crianças. Relata, também, ter um projeto em Fortim, que tem como objetivo tirar meninas da prostituição infantil. Todas essas instituições tiveram forte

influência da líder comunitária, por estarem dentro do projeto A.M.I.G.A (Agências de Missões Internacional Ganhando Almas) e ela ser a diretora do projeto.

No desenvolvimento do seu trabalho como líder, também trabalha o combate ao preconceito, com o desenvolvimento artístico, utilizando de personagens, como a “Menina Alegria”, que já viajou todo o Brasil desenvolvendo atividades contra o preconceito. Relata também fazer outros personagens, “Vovó das cabaças”, “Seu Baldanha” e “Galinha Lili”.

Apoiar uma criança, um jovem e, até mesmo, um adulto, por meio do oferecimento de cuidados, sejam eles interpessoais ou institucionais, é uma ação que produz mudanças positivas específicas no desenvolvimento individual, e pode levar ao desenvolvimento no âmbito comunitário (JOVCHELOVITCH; PRIEGO-HERNANDEZ, 2015).

As pessoas que desenvolvem atividades junto aos projetos da líder são voluntárias, sendo cinco profissionais, além de duas psicopedagogas e uma assistente social, contando, ainda, com uma professora e uma enfermeira.

4 | CONCLUSÃO

“Se cada um de nós olhasse o próximo, e resolvêssemos carregar dentro de nós os menos favorecidos, eu tenho certeza que faríamos mudanças para o mundo da atualidade. Se levássemos esclarecimento e projeto de prevenção para humanidade, iríamos melhorar em algum aspecto”. Trecho retirado do relato feito pela líder comunitária.

“Para uma comunidade ter voz e vez, é preciso que seja organizada”. (PINHEIRO, BORGES, 2012, pg. 83). Nota-se também o papel da líder comunitária em propiciar espaços para debates e articulações, mediando territórios que possibilitem estratégias de enfrentamento através da construção coletiva e consciência crítica diante das problemáticas que a comunidade enfrenta.

A liderança comunitária teve forte definição ao ser observado no relato prestado pela entrevistada. Pode-se observar as contribuições que a entrevistada tem ofertado para a comunidade, desde ações de entretenimento com personagens fictícios até a implantação de instituições para, de forma contínua, estar desenvolvendo a informação, consequentemente a educação e assim gerando saúde.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Milena; TIMM, Jordana Wruck; KREUTZ, Lúcio. A história oral e suas contribuições para o estudo das culturas escolares. **Cojectura**, Caixas do Sul, v. 2, n. 18, p.28-41, ago. 2013.

BARRO, Daniela França de et al. **O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS**

DE SAÚDE NO BRASIL. Florianópolis, v. 1, n. 19, p.78-84, mar. 2010.

FIORUCCI, Rodolfo. HISTÓRIA ORAL, MEMÓRIA, HISTÓRIA. **História em Reflexão**, Dourados, v. 4, n. 7, p.1-17, dez. 2010.

FREITAS, MFQ. Intervenção psicossocial e compromisso: desafios às políticas públicas. In JACÓVILELA, AM., and SATO, L., orgs. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2012. p. 370-386. ISBN: 978-85-7982-060-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 216 p.

JOVCHELOVITCH, Sandra; PRIEGO-HERNANDEZ, Jacqueline. **Desenvolvimento social de base em favelas do Rio de Janeiro: Um guia prático**. Rio de Janeiro: 2015. 94 p

KLOCK, Maria Josefina; RAMOS, Flávio. Organização e informatização e uma biblioteca comunitária. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Vale do Itajai, v. 1, n. 1, p.43-49, out. 2012.

LUZÓN, José Luis; STADEL, Christoph; BORGES, César. **Transformaciones regionales y urbanas en Europa y América Latina**. 3. ed. Europa: Red Medamérica, 2003. 211 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=fqJBxqBvWqYC&dq=liderança+comunitária&lr;=&hl=pt-BR&source=gbp_navlinks_s>. Acesso em: 7 jun. 2016.

MACIEL, Alessandra Costenaro et al. Responsabilidade social: avaliação dos indicadores de infraestrutura física e serviços públicos pelos líderes comunitários de Marau/Brasil. **Raimed: Revista de Administração IMED**, Marau, v. 2, n. 3, p.132-145, maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas agentes comunitários de saúde: (PACS)**. Brasília: 2001. 38 p.

OBERG, Lurdes Perez; ZAMORA, Maria Helena. A psicologia comunitária e a conquista das políticas públicas. **Emancipacao**, Ponta Grossa, v. 1, n. 13, p.117-129, ago. 2013.

PINHEIRO, Daniel Rodriguez de Carvalho; BORGES, Ricardo Cesar de Oliveira. PINHEIRO, D.R.C.; BORGES, R.C.O. A importância da liderança comunitária no processo de desenvolvimento local. **Geoece**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p.78-94, dez. 2012. Disponível em: <[http://seer.uece.br/?journal=geoece&page=article&op=view&path;\[\]=421&path;\[\]=517](http://seer.uece.br/?journal=geoece&page=article&op=view&path;[]=421&path;[]=517)>. Acesso em: 7 maio 2016.

PIRES, Elizane Medianeira Gomes. VIVER SAUDÁVEL: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELA EQUIPE DE SAÚDE E LÍDERES COMUNITÁRIOS. **Atenção à Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 41, p.65-71, out. 2014

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos; SILVA, Joanna Julia; GOBBI, Marcio de Carvalho. **INCLUSÃO DIGITAL E CIDADANIA: ESTUDO DE CASO DO PROJETO DE EXTENSÃO INFORMATIZAR PARA INCLUIR: CAMPUS MACEIÓ**. Maceió, v. 5, n. 8, p.18-24, set. 2010.

SILVA, JMAP., and SALLES, LMF., orgs. Jovens, violência e escola: um desafio contemporâneo [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: **Cultura Acadêmica**, 2010. 182 p. ISBN 978-857983-109-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MULTIPROFISSIONALISMO, INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: ASPECTOS RELEVANTES DESTACADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Data de aceite: 05/12/2019

Rute Vieira de Sousa

Nutricionista Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Raiane Melo de Oliveira

Enfermeira pelo Centro universitário Estácio do
Ceará
Fortaleza – Ceará

Maria Juliane Araújo Azevedo

Nutricionista pela Universidade de Fortaleza
Fortaleza – Ceará

Thiago Silva Ferreira

Fisioterapeuta Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Amanda de Moraes Lima

Nutricionista Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Brenda da Silva Bernardino

Nutricionista Residente em Transplante do
Hospital Universitário Walter Cantídio
Fortaleza – Ceará

Isabel Cristina Ferreira Souza de Araújo Diogo

Enfermeira Residente em Cancerologia do
Instituto do Câncer do Ceará
Fortaleza – Ceará

Mariana Timbaúba Benício Coelho

Farmacêutica Residente em Cancerologia do

Instituto do Câncer do Ceará
Quixadá – Ceará

Renata Vieira de Sousa

Estudante de Psicologia da Universidade Federal
do Ceará
Fortaleza – Ceará

RESUMO: No ensino superior existem diferentes estratégias metodológicas utilizadas para o desenvolvimento do saber dos graduandos, algumas privilegiam o enfoque multidisciplinar e interdisciplinar na formação do profissional da saúde. Esse enfoque é utilizado principalmente para desenvolver no estudante habilidades e atitudes para trabalho em equipe, mostrando ângulos e formas diferentes de pensar e agir a fim de chegar à resolução de um problema. O objetivo desse estudo é avaliar o impacto do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na perspectiva do discente, para a elaboração de um projeto integrado no módulo Projetos Integrados em Saúde. Foi elaborado e aplicado um questionário a 25 alunos matriculados no semestre letivo 2016.1, após a elaboração e apresentação de um projeto integrado que constituía estratégia de avaliação no módulo. O projeto foi desenvolvido em equipe, com participação de acadêmicos dos cursos de Nutrição, Educação Física, Fonoaudiologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional. Procedeu-se à análise temática

dos resultados. Verificou-se, por parte dos discentes, uma avaliação positiva acerca do desenvolvimento multiprofissional, sendo ressaltada a importância de um olhar mais abrangente, de diversas áreas para resolução de problema. Pode-se concluir, com essa avaliação, que o enfoque multiprofissional e interdisciplinar se baseia em um método prático para desenvolver eficazmente o trabalho em equipe, gerando a necessidade do trabalho com visão diferenciada da área de formação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino superior. Monitoria. Multiprofissionalismo. Interdisciplinaridade. Trabalho em equipe.

MULTIPROFESSIONALISM, INTERDISCIPLINARITY AND HEALTH: RELEVANT ASPECTS HIGHLIGHTED BY HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: In higher education there are different methodological strategies used for the development of knowledge of undergraduates, some favor the multidisciplinary and interdisciplinary approach in the training of health professionals. This approach is mainly used to develop student skills and attitudes for teamwork, showing different angles and ways of thinking and acting in order to arrive at a problem solving. The aim of this study is to evaluate the impact of multiprofessional and interdisciplinary teamwork, from the student's perspective, for the elaboration of a project integrated in the Integrated Health Projects module. A questionnaire was prepared and applied to 25 students enrolled in the semester 2016.1, after the elaboration and presentation of an integrated project that was the evaluation strategy in the module. The project was developed as a team, with the participation of students from the Nutrition, Physical Education, Speech Therapy, Nursing and Occupational Therapy courses. The thematic analysis of the results was carried out. It was verified, by the students, a positive evaluation about the multiprofessional development, emphasizing the importance of a broader look, from several areas for problem solving. It can be concluded from this evaluation that the multiprofessional and interdisciplinary approach is based on a practical method to effectively develop teamwork, generating the need for work with a different view of the professional training area.

KEYWORDS: Higher education. Monitoring. Multiprofessionalism. Interdisciplinarity. Team work.

1 | INTRODUÇÃO

A metodologia de ensino Interprofissional é considerada um estilo de educação que prioriza o trabalho desenvolvido em equipe, a associação e a destreza da força de trabalho que deve ser obtida com um amplo reconhecimento e respeito às diferenças de cada profissão. Busca-se, com isso, a atuação em equipes interprofissionais constituídas por estudantes das diferentes áreas, desde o início da formação. Dentro desta metodologia o principal aspecto positivo da atuação em equipe é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos

e qualificações distintas (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Há diferentes paradigmas disciplinares. O paradigma tradicional é constituído por uma única disciplina. O paradigma multidisciplinar fundamenta-se na justaposição do conhecimento de vários especialistas. No entanto, a interdisciplinaridade procura exceder a mera justaposição de saberes disciplinares, estabelecendo um intercâmbio e um diálogo entre especialistas de diversas áreas, além de uma interdependência entre os variados saberes (OLIVEIRA, 2012).

A interdisciplinaridade não significa negar as especialidades e especificidades de cada profissão. Entende que é necessário respeitar o território de cada área de conhecimento, bem como conhecer os pontos que os vinculam e os singularizam. Busca a superação da racionalidade científica positivista e surge como entendimento de uma nova forma de institucionalizar a produção do conhecimento nos espaços da pesquisa, na articulação de novos paradigmas curriculares e na comunicação do processo de perceber as diversas disciplinas. (SOUSA; BASTOS, 2016). A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre especialistas, e pela integração das disciplinas num projeto e objetivo em comum, estabelecendo uma relação recíproca que permite o diálogo entre os participantes (VELLOSO et al., 2016).

No mundo atual, globalizado e com alto nível de circulação de informações, as diferentes informações se interpenetram e não são redutíveis a apenas um tipo de causa ou interpretação, o que gera uma resolubilidade mais ampla causada pela interdisciplinaridade (IRIART; CAPRARA, 2011). Produz-se, assim, um conjunto de conhecimentos compartilhados entre diferentes atores, incluídos principalmente por pesquisadores acadêmicos, que são também aqueles que devem ser parte da solução (VELLOSO et al., 2016).

A formação do sistema universitário federal brasileiro, fundado em 1968, procurou um conjunto de normas para regulamentar essa metodologia. Uma delas foi a lei Federal nº. 5.540, de 28 de novembro de 1968, que consolidou normas de desenvolvimento do ensino superior e que, dentro deste, edificou em seu artigo 41 a monitoria acadêmica (BRASIL, 1968). Esta passou a ser uma modalidade entendida como ferramenta para o aprimoramento do ensino de graduação, através de técnicas estabelecidas de novas práticas e experiências pedagógicas, que objetivam consolidar a conexão entre teoria e prática e a integração curricular em diferentes dimensões (LINS, 2009).

A proposta desse estudo consiste em avaliar o impacto do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na perspectiva dos discentes, para a elaboração de um projeto integrado em um módulo acadêmico.

2 | METODOLOGIA

Este estudo é do tipo transversal, de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado com base em dados coletados em junho de 2016 em um módulo acadêmico, ofertado por áreas da Saúde.

Foi elaborado e enviado para alunos das 7 (sete) turmas do módulo um questionário *on line* em formulário *Google Form*, contendo 5 questões do tipo múltipla escolha e 2 discursivas. As questões geravam a indagação acerca do multiprofissionalismo e da interdisciplinaridade no módulo para assim gerar uma análise qualitativa e quantitativa dos resultados.

As questões aqui tratadas, procuraram quantificar os estudantes que tiveram interesse em explorar a diversidade do saber de outras áreas, a facilidade no entendimento destes em relação a área de saber dos demais cursos, de interação entre os integrantes do grupo, a praticidade do desenvolvimento de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar e o convívio entre estes voltado para o profissionalismo. As questões discursivas do formulário analisaram a percepção dos estudantes do desenvolvimento multidisciplinar e interdisciplinar no módulo analisado, reconhecendo formas de desenvolvimento de equipe dentro dessa perspectiva de ensino.

O questionário foi aplicado após o término de um projeto integrado de intervenção pelos alunos do módulo, visando a percepção dos discentes em relação ao trabalho em equipe, tendo como ferramentas a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade no desenvolvimento do projeto.

Procedeu-se a análise temática dos resultados (MINAYO, 2010) e observaram-se os princípios éticos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

O estudo é vinculado ao Grupo de Pesquisa Educação nas Profissões da Saúde, especificamente à Linha “Processo ensino e aprendizagem nas profissões da saúde”.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante as afirmações dos 25 acadêmicos informantes, 24% do sexo masculino e 76% do sexo feminino, foi gerado um formulário de respostas.

Conhecimentos requeridos	Percentual
Conhecimentos específicos de um curso relacionado à área do projeto	12%
Diferentes conhecimentos de distintos cursos	80%
Bases de referências diferentes dos cursos dos alunos da equipe	8%

Tabela 1 – Conhecimentos requeridos na elaboração do projeto (n=25)

Observa-se na tabela 1 a maioria dos alunos referiu ter desenvolvido o projeto com diferentes áreas de conhecimento. Para Silva, Scapin e Batista (2011), um aspecto positivo com isso, é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que demonstram conhecimentos e qualificações distintas.

Conhecimentos requeridos	Percentual
Compreensão das diferentes informações	92%
Incompreensão de diferentes teorias	0%
Pouca interatividade teórica	8%

Tabela 2 – Compreensão das teorias usadas na elaboração do projeto (n=25)

A tabela 2 mostra que os consultados percebem a necessidade de intervenções diferentes. Em concordância com Silva, Scapin e Batista (2011) a competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da dificuldade do atendimento das necessidades da saúde, com isso é importante flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação conjunta.

Conhecimentos requeridos	Percentual
Muita interação ao longo do projeto	75%
Pouca comunicação ao longo do projeto	25%
Nenhuma interação ao longo do projeto	0%

Tabela 3 – Facilidade de interação multiprofissional dentro da equipe (n=25)

A alternativa que gerou percentual 25% na tabela 3 indica limitação na troca de informações no decorrer do projeto. Porém, o percentual 75% mostra o interesse dos estudantes na interatividade com os demais. Um bom desenvolvimento visto por Silva, Scapin e Batista (2011), requer principalmente a interação dos agentes envolvidos, sendo esta a mais difícil ação, requerendo um compromisso ético e respeito com o outro, com cada indivíduo e com todos da equipe.

Conhecimentos requeridos	Percentual
Bom desenvolvimento em equipe multidisciplinar	100%
Dificuldade de trabalho em equipe	0%
Desenvolvimento indiferente	0%

Tabela 4 – Desenvolvimento multidisciplinar e interdisciplinar dentro da equipe (n=25)

Jugam-se, os alunos, bons desenvolvedores de trabalhos em equipe, acatando ideias diferentes e debates construtivistas como revela a tabela 4. Bom trabalho em equipe, segundo Velloso (2016), caracteriza-se na interação de especialistas, integração e objetivo semelhante, estabelecendo uma relação igualitária.

Conhecimentos requeridos	Percentual
Boa convivência e almejo do desenvolvimento multiprofissional novamente	80%
Complicações no convívio no decorrer da elaboração do projeto	4%
Convivência íntima, podendo levar para vida	16%

Tabela 5 – Convivência da diversidade na equipe e visualização profissional (n=25)

Os resultados da tabela 5 evidenciam o entusiasmo na troca de saber, e deixa claro o sentimento de reciprocidade que os participantes tinham com os outros integrantes da equipe para além do profissionalismo, segundo Silva, Scapin e Batista (2011), vê-se essa necessidade no trabalho interprofissional, a equipe passa a ter uma importância diferente. Onde torna-se necessário existir a construção de uma visão compartilhada. Pode-se observar também uma pequena minoria insatisfeita com o trabalho em equipe. Também inferindo uma básica relação na vida profissional.

As interrogações discursivas levaram a respostas criteriosas e, em sua grande maioria, satisfatórias. Foi identificado pelos alunos, frente a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade desenvolvido na disciplina, que gerou respostas como essencialidade do multiprofissionalismo interdisciplinar na realização de um bom trabalho dentro da saúde. Mostrou a importância da discussão em equipe, comprovando na prática afirmações de Luz (2009), que diz que a área de Saúde Coletiva é um dos mais produtivos e avançados dentro do vasto conhecimento disciplinar. Este conhecimento advém de seu enredo, tanto em termos de diálogos, como em termos de desenvolvimento das práticas estabelecidas dentro do trabalho coletivo e de diferentes expressões dos seus saberes e práticas.

Foi ressaltado, em algumas considerações, que a multidisciplinaridade é necessária. No entanto, houve pouca diversidade de cursos, estando entre eles apenas a Educação física e Nutrição, mas com um número bem limitado do curso de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Um comentário realizado em uma das respostas discursivas chamou a atenção pelo fato de definir exatamente um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar: “Podemos observar os problemas por diversos ângulos e, em conjunto, chegar a uma solução que vise a melhoria do serviço como um todo”. Também houve respostas que se remetiam à falta de participação de alguns integrantes no grupo, deixando evidente a dificuldade em cooperação mútua.

Em associação ao ponto de vista dos participantes em relação ao trabalho em equipe multidisciplinar, foram obtidos bons argumentos, entendendo-se, com isso, que os estudantes tinham conhecimento da importância do trabalho em equipe multiprofissional. Relataram ter melhor interação com outras áreas, desenvolvendo resoluções de problemas em comum, a partir do trabalho em equipe. Tornam-se

desenvolvedores sociais, cooperando com áreas diferentes, gerando consenso na resolução do assunto abordado, atendendo ao mesmo tempo as necessidades de cada curso. Batista (2012) também obteve resultados semelhantes, mostrando que novas interações no trabalho em equipe interprofissionais, que envolvem a troca de saberes e respeito aos seus diversos, possibilitam a colaboração para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício contínuo do diálogo. Obtendo com isso a necessidade de conhecimentos diversos, buscando a resolutividade dos problemas.

Dentre as principais dificuldades analisadas na pesquisa, foi visto a real integração da diversidade de áreas que envolve um projeto, isto pode ser observado segundo estudos realizados por Batista (2012), mostrando em suas pesquisas, que os principais obstáculos são o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e a necessidade de integração, assumindo ponto de destaque.

4 | CONCLUSÃO

A avaliação mostrou resultados positivos e relevantes em relação ao que os discentes responderam. Comprovando qualificação no método multidisciplinar e interdisciplinar de desenvolvimento de trabalho.

Pôde-se certificar que a maioria concluiu o projeto com satisfação e sentimento de reciprocidade, interagindo com os demais estudantes, envolvendo conhecimentos de áreas diferentes e conquistando as metas por meio da inserção e aperfeiçoamento dos objetivos que abrangiam as áreas que compunham cada equipe.

Como em toda avaliação, deve-se analisar os vieses da pesquisa, sendo estes principalmente a dificuldade de desenvolver um trabalho em equipe, com opiniões diferentes, a dificuldade de lidar com a inatividade de alguns integrantes e pouca reciprocidade de alguns componentes.

A metodologia multidisciplinar e interdisciplinar tratada na avaliação mostra a importância da necessidade multiprofissional em uma equipe de trabalho, desenvolvendo uma resolução visando uma melhoria como um todo, sendo analisado de ângulos diferentes.

REFERÊNCIAS

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno Fnepas**, São Paulo, v. 2, p.25-28, jan. 2012.

BRASIL. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

IRIART, J.A.B; CAPRARA, A. **Novos objetos e novos desafios para a antropologia da**

saúde na contemporaneidade. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1253-1268, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400005>. Acesso em: 2 ago. 2016.

LINS, L.F. *et al.* A importância da Monitoria na Formação Acadêmica do Monitor. 2009. Disponível em <http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/R0147-1.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2016.

LUZ, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soci.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.304-311, 27 out. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.1-2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200001>. Acesso em: 2 ago. 2016.

Senado Federal, **Lei Federal n.º 5540**, de 28 de novembro de 1968.

SILVA, R.H.A; SCAPIN, L.T; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Sorocaba, v. 16, n. 1, p.165-182, mar. 2011.

SOUSA, I.F.; BASTOS, P.H.O. Interdisciplinaridade e formação na área da farmácia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.97-117, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 ago. 2016.

VELLOSO, M.P.*et al.* Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.257-271, jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100257&lng=en&nrm=iso#B5>. Acesso em: 2 ago. 2016.

OCORRENCIA DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Data de aceite: 05/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

Maria Eliana Peixoto Bessa

UNIVERSIDADE ESTATUAL DO CEARÁ - UECE

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/4425537606838926>

Maria Roberta Freitas de Melo

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/9626689878964246>

Priscila Rodrigues de Oliveira

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/2839529881279322>

Aline Rodrigues Feitoza

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/9250018834057004>

Priscila Nunes Costa Travassos

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/5461031531651463>

Tatiana Menezes da Silva

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/3839299883520902>

Bárbara Cavalcante Menezes

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/6643839843183615>

Wesclei Mouzinho Pinheiro de Lima

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/2297912088313232>

Patricia Giselle Freitas Marques

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Fortaleza-Ce

<http://lattes.cnpq.br/0937339606585532>

RESUMO: Estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, que objetivou identificar a ocorrência de quedas em idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Participaram do estudo 51 idosos de uma ILPI do município de Fortaleza (CE), no período de abril e maio de 2014. Os dados foram coletados em entrevistas semiestruturadas e analisados por meio da estatística descritiva. Os resultados apontam faixa etária predominante entre 71-75 anos (n=13; 25,49%), do sexo masculino (n=28; 54,90%). Quanto ao histórico de quedas, 66,67% já haviam caído, no quarto (15,69%) no período da manhã (31,37%). Conclui-se que na ILPI é necessário elaborar um programa de prevenção de quedas de modo a melhorar a qualidade de vida dos residentes da instituição, procurando sempre zelar por sua segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes por quedas; Idoso; Instituição de longa permanência.

ABSTRACT: Exploratory descriptive study with a quantitative approach, which aimed to identify the occurrence of falls in elderly residents in a long-term institution (ILP). The study included 51 elderly ILP in Fortaleza (CE), during April and May 2014. Data were collected in semi-structured interviews and analyzed using descriptive statistics. The results indicate predominant age group between 71-75 years ($n = 13$, 25.49%), male ($n = 28$, 54.90%). As for the history of falls had fallen 66.67% in the fourth (15.69%) during the morning (31.37%). We conclude that, in the ILP is necessary to devise a program to prevent falls, in order to improve the quality of life residents of the institution, always looking seal for your safety.

KEYWORDS: Accidental falls; elderly; Long-stay institutions.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil vem apresentando um crescimento considerado de pessoas idosas, isto é, das pessoas com idade acima de 60 anos. Esse aumento é decorrente das transições epidemiológicas e demográficas observadas pela diminuição da taxa de natalidade e mortalidade (BRASIL, 2009).

Considera-se envelhecimento como um conjunto de modificações que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio fisiológico, dentre outras disfunções, causa diminuição no equilíbrio e no controle postural, aumentando o risco de quedas (NETTO, 2002).

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, devido às várias alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento, tornando o idoso mais frágil e mais propenso a sofrer quedas (BITTAR; BOTTINO; BENTO, 2003).

Para eles, as quedas possuem um significado muito importante, pois podem levá-los a incapacidade e morte, além do declínio da capacidade funcional, limitação na realização de atividade física, diminuição da mobilidade, receio de sofrer novas quedas, isolamento social e perda da autonomia e da independência para execução das atividades da vida diária (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004; FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

As quedas são problemas frequentes na população idosa. O idoso caidor pode ser definido a partir da frequência com que as quedas ocorrem. O idoso caidor único é aquele que sofre uma queda acidental, um evento isolado que dificilmente voltará a se repetir, decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral, como um piso escorregadio, um degrau sem sinalização, etc (SÃO PAULO, 2010). No Brasil, cerca de 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e 13% caem de forma recorrente (Perracini, 2005).

Os idosos institucionalizados têm maior possibilidade de apresentar declínio

funcional mais rapidamente do que os idosos da comunidade, tornando estas instituições, o lugar onde mais ocorrem as quedas (BATISTA et al., 2014).

O interesse por pesquisar sobre ocorrência de quedas em idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILPI) em Fortaleza – CE, foi durante um estágio extracurricular na mesma instituição, pois atentou-se para o grande número de ocorrência de quedas na ILPI e ao pesquisar nos prontuários, observou-se que não havia registros completos sobre as quedas ocorridas e suas informações. Justificando a necessidade de realizar este trabalho na instituição selecionada.

Diante disso, questionou-se: Qual a ocorrência de quedas nos idosos da ILPI em investigação? Tornando esta uma pesquisa bastante relevante, tendo em vista que não foram encontrados artigos referentes a nenhuma pesquisa parecida com a mesma, na instituição a ser estudada, apesar de haver uma vasta literatura sobre quedas em idosos. Esse estudo servirá como instrumento de informação à instituição que após os resultados, poderá traçar as melhores intervenções de enfermagem e medidas preventivas para evitar tais problemas.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi investigar a prevalência de quedas em idosos residentes em uma instituição de longa permanência.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório descritivo com abordagem quantitativa realizado com idosos em uma ILPI do município de Fortaleza. Essa instituição é especializada no tratamento e assistência de idosos independente da enfermidade e grau. Atualmente, esta instituição atende 220 idosos, sendo 135 em quartos e 85 na enfermaria, além dos 100 idosos do projeto convivência.

A população do estudo foi composta por 135 idosos residentes na ILPI. Estes encontravam-se não acamados, tinham capacidade de deambular e realizar as atividades de vida diária (AVD), sem auxílio. Os critérios de exclusão foram: idosos na enfermaria, em virtude da sua restrição ao leito; idosos do projeto convivência, por não residirem na ILPI e idosos com deficiência visual e/ou mental. Assim, a amostra foi composta por 51 idosos.

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2014. Para isso, a ILPI primeiramente forneceu uma lista de todos os idosos residentes, os quais foram identificados que atenderiam aos critérios de inclusão descritos acima. Os dados foram coletados nos locais da instituição que os participantes se sentiram mais a vontade e foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado composto de perguntas relativas à institucionalização, ocorrência de quedas e fatores de risco para as quedas.

As informações coletadas foram organizadas no *Statistical Package for the*

Social Sciences (SPSS versão 18.0) para processamento. A análise exploratória dos dados constatou de testes estatísticos descritivos e de frequências absolutas e relativas e foi descrita por meio de tabelas. Após este processamento, os resultados foram analisados de acordo com a literatura pertinente.

A realização da pesquisa foi efetuada de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, com número de protocolo 625.764.

3 | RESULTADOS

Dos 51 idosos entrevistados, 54,90% eram do sexo masculino; a faixa etária predominante foi de 71 a 75 anos, correspondente a 25,49% dos idosos. Com relação ao tempo de institucionalização, 54,9% residem de 1 a 10 anos na ILPI (TABELA 1).

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	%
SEXO	MASCULINO	28	54,90
	FEMININO	23	45,10
IDADE	60 A 70	20	39,22
	71 A 80	22	43,14
	81 A 90	09	17,64
TEMPO DE ILPI	< 1 ANO	09	17,65
	1 A 5	14	27,45
	6 A 10	14	27,45
	>10	09	17,65
	NÃO SABE	05	9,80

TABELA 1: Distribuição dos idosos residentes na ILPI de acordo com o sexo, idade e tempo de institucionalização. Fortaleza, CE, 2014.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2014.

Quando questionados sobre a ocorrência de quedas, a grande maioria (66,67%) dos idosos relatou já ter caído na ILPI. Dentre os locais de queda, os mais citados foram o quarto (15,69%) e em seguida a quadra (11,76%). Quanto ao horário da queda, os idosos caíram predominantemente no período da manhã (31,37%) (TABELA 2).

Dos idosos que caíram, 35,29% relataram alguma lesão/trauma após a queda, sendo o braço ou a perna o membro mais citado (13,72%). Sobre a necessidade de hospitalização após lesão/trauma ocasionada pela queda, grande maioria (50,98%) não precisou de hospitalização. Quanto alguma limitação após a queda, a maioria (60,78%) não apresentou nenhuma limitação (TABELA 2).

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	%
QUEDA	SIM NÃO	34 17	66,7 33,3
LOCAL DA QUEDA	BANHEIRO CORREDOR JARDIM PÁTIO QUADRA QUARTO REFEITÓRIO RUA NÃO LEMBRA	02 05 02 04 06 08 03 01 03	3,92 9,80 3,92 7,84 11,76 15,69 5,88 1,96 5,88
HORÁRIO	MANHÃ TARDE NOITE	16 15 03	31,37 29,41 5,88
LESÃO/TRAUMA	SIM NÃO	15 18	29,42 35,29
LOCAL DA LESÃO/ TRAUMA	BOCA BRAÇO CABEÇA CLAVÍCULA COLUNA FÊMUR JOELHO MÃO PERNA	01 04 02 01 01 02 01 01 03	1,96 7,84 3,92 1,96 1,96 3,92 1,96 1,96 5,88
HOSPITALIZAÇÃO	SIM NÃO	08 26	15,69 50,98
LIMITAÇÃO após a queda	SIM NÃO	03 31	5,88 60,78

TABELA 2: Distribuição dos idosos residentes na ILPI de acordo com o índice, local e horário das quedas, lesão/trauma, hospitalização, limitação, tontura e dificuldades. Fortaleza, CE, 2014.

Fonte: próprio autor, 2014

A tabela 3 refere-se aos fatores de risco para quedas em idosos. Quando questionados a cerca de síncope, a grande maioria (62,75%) negou alguma tontura. Dentre os que se sentiram tontos, apenas 13,73% eram relacionadas a medicações.

Mais da metade dos idosos (58,82%) negou alguma dificuldade para segurar urina; a maioria (70,59%) não havia urinado a caminho do banheiro; um grande número (82,35%) afirmou ter o banheiro perto da cama. A maior parte (54,90%) não possuía dificuldade para subir degraus; 56,86% tinham alguma dificuldade visual e 52,95% negou ter dificuldade para deambular.

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA	%
TONTURA	SIM NÃO	19 32	37,25 62,75
TONTURA POR MEDICAÇÃO	SIM NÃO	07 44	13,73 86,27
DIFICULDADE DE SEGURAR URINA	SIM NÃO	21 30	41,18 58,82
URINOU INDO AO BANHEIRO	SIM NÃO	15 36	29,41 70,59
BANHEIRO LONGE DA CAMA	SIM NÃO	09 42	17,65 82,35
DIFICULDADE DE SUBIR DEGRAUS	SIM NÃO	23 28	45,10 54,90
DIFICULDADE VISUAL	SIM NÃO	22 29	43,14 56,86
DIFICULDADE PARA DEAMBULAR	SIM NÃO	24 27	47,05 52,95
TOTAL		51	100

TABELA 3: Distribuição dos fatores de risco para quedas em idosos residentes na ILPI. Fortaleza (CE), 2014.

4 | DISCUSSÃO

De acordo com os dados do estudo, a prevalência de quedas encontrada foi de 66,67%. Este valor diverge com outros valores encontrados em estudos sobre idosos institucionalizados: 37,2% (FERREIRA; YOSHITOME, 2010), 52,77% (BATISTA et al., 2014) e 54,2% (MENEZES; BACHION, 2012).

O tempo de institucionalização influencia no aumento do risco para o idoso sofrer quedas devido o declínio funcional que acomete o idoso institucionalizado (ÁLVARES; SILVA; LIMA, 2010) e de acordo com o estudo realizado, a maioria dos

idosos 54,9% residiam na instituição entre 1 a 10 anos, tornando-se mais vulneráveis a quedas.

O local mais citado para a ocorrência das quedas foi o quarto (15,69%), este dado é similar aos encontrados em outras pesquisas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; (WHO, 2005). O ambiente que cerca o idoso é considerado um fator de risco ambiental, muitos dos riscos neste ambiente interagem com outros fatores de risco como menor acuidade visual ou equilíbrio mais precário, contribuindo para quedas e lesões relacionadas a elas. Além disso, degraus estreitos, tapetes soltos e iluminação insuficiente, pisos escorregadios, calçadas quebradas ou irregulares são os fatores que contribuem para as quedas responsáveis por lesões (SÃO PAULO, 2010).

O maior índice de quedas predominou no horário da manhã (31,37%), este dado coincide com os dados de outra pesquisa. Este fato se dá por este horário ser o período onde os idosos ficam mais ativos aumentando o risco para a ocorrência de quedas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

A maioria dos idosos que sofreu quedas não teve nenhuma lesão ou trauma (35,29%). Porém a literatura se apresentou dividida, onde duas pesquisas corresponderam aos dados deste estudo (SIMOCELI *et al.*, 2003; (FERREIRA, YOSHITOME, 2010) e outra apresentou dados contrários (ÁLVARES; SILVA; LIMA, 2010). Apesar da maioria dos idosos ter relatado ausência de lesões ou trauma, 7,84% sofreu lesão/trauma no braço tornando a independência funcional deste idoso restrita e aumentando o risco para novos acidentes como outra queda.

Segundo estudo, 60,78% não sofreram nenhuma limitação física após a queda, mas este dado necessita de maior atenção, pois, a perda da independência também pode acontecer de maneira intrínseca pelo medo de voltar a cair (síndrome pós-queda), onde o idoso autoimpõe uma limitação funcional causada pela perda da confiança em deambular sozinho com segurança (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Na instituição em estudo havia profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que de acordo com a gravidade, determinavam a necessidade ou não de dirigir o idoso vítima de queda ao hospital e poucos idosos necessitaram de hospitalização, assim como foi citado em outro estudo (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Dentre os fatores relacionados ao risco para quedas em idosos, a tontura esteve presente em apenas 37,25% dos idosos e destes, 13,73% relacionou a tontura ao uso de medicamentos, o que é considerado um risco para acidentes como a queda. O uso descontrolado de medicamentos e a polifarmácia podem provocar ou produzir alterações ao desempenho funcional do idoso como alterações do estado de alerta, do julgamento e da coordenação; tonturas; alteração dos mecanismos de equilíbrio e da capacidade de reconhecer e adaptar-se a obstáculos e aumento da rigidez

ou da fraqueza das articulações (SILVA et al., 2013). Outros autores (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; ÁLVARES; SILVA; LIMA, 2010; (LOJUDICE et al., 2010)) apresentaram o uso de medicamentos e suas alterações e interações um importante fator de risco para as quedas que ocorreram com os idosos entrevistados, porém neste estudo realizado, o uso de medicamentos não foi fator determinante para a maioria das quedas.

O distúrbio geniturinário, também considerado um importante fator de risco (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; LOJUDICE et al., 2010), porém, neste estudo, 41,18% dos idosos tinham dificuldade de segurar a urina, 29,41% urinou indo ao banheiro e apenas 17,65% tinha o banheiro longe da cama, o que mostra que não era a grande maioria.

Na diminuição da acuidade visual, a maioria não apresentou dificuldade, apesar de este também ser um fator de risco segundo outros autores (SIMOCELI et al., 2003; BATISTA et al., 2014). Porém, este dado vai de encontro com os de outros autores onde a diminuição da acuidade visual foi considerada relevante para o risco de quedas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; WHO, 2005).

Os dados referentes à dificuldade para deambular e subir degraus, não vão de acordo com alguns autores, pois, na instituição em estudo a maioria dos idosos não apresentavam dificuldades e outros autores, relataram o contrário (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; (WHO, 2005). A perda da massa, força e qualidade do músculo esquelético contribui para as alterações da marcha e do equilíbrio, aumentando o risco de quedas e a perda da independência física (LOJUDICE et al., 2010).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o avançar da idade, há prevalência de quedas em idosos, em especial os institucionalizados, se tornam elevadas devido a fatores como diminuição da cognição, doenças crônicas, declínio fisiológico, dificuldade de se equilibrar, que se tornam o idoso cada vez mais dependente para realizar suas atividades diárias.

Diante do presente estudo, verificou-se que as quedas ocorridas com os idosos entrevistados, poderiam ter sido evitadas mediante as ações preventivas, na sua maioria. Através da adaptação de planos de cuidados, de maneira rigorosa, para prevenção das mesmas.

É de fundamental relevância que os profissionais da instituição em estudo, saibam reconhecer aqueles idosos mais predispostos a quedas e ter uma atenção mais acentuada não desprezando idosos de menor risco. Devendo ficar atentos também ao uso de determinados medicamentos que podem trazer reações adversas

como tonturas, vertigem, que trazem risco para o idoso em relação à queda. No entanto, faz-se necessário, conscientizar o próprio idoso para evitar alterações e/ou interações, explicando-o que essa atitude pode colocar seu equilíbrio em risco.

A estrutura física da instituição também precisa adaptar-se com mais rigor as necessidades dos idosos, tornando o ambiente o mais seguro e adequado possível, utilizando piso antiderrapante e plano, corrimão nos ambientes, iluminação adequada, espaços amplos entre as camas, para que o idoso possa circular com mais segurança, trazendo assim um ambiente menos propício a queda, melhorando dessa forma a qualidade de vida dos residentes.

Trabalhar com a prevenção de quedas ainda é o essencial para se evitar danos maiores aos idosos, danos esses que podem ser irreversíveis ao idoso caidor. Os profissionais multidisciplinares devem trabalhar em comum benefício que é a qualidade de vida do idoso, no sentido físico, psicológico e social.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, Liege Mata; SILVA, Ricardo Azevedo da; LIMA, Rosângela da Costa. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.31-40, 2010

BATISTA, Wagner Oliveira et al. Influence of the length of institutionalization on older adults' postural balance and risk of falls: a transversal study. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.645-653, ago. 2014.

BITTAR, Roseli Moreira Saraiva; BOTTINO, Marco Aurélio; BENTO, Ricardo Ferreira. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 69, n. 6, p.772-777, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 70 p. (Série E. Legislação de Saúde).

FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.93-99, 2004.

FERREIRA, Denise Cristina de Oliveira; YOSHITOME, Aparecida Yoshie. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 6, p.991-997, 2010.

GONÇALVES, Lillian Gatto et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p.938-945, 2008.

LOJUDICE, Daniela Cristina et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.403-412, 2010.

MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 14, n. 3, p.550-558, 2012.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 524 p.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo, 2010. 89 p.

SILVA, José Mário Nunes da et al. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.337-346, 2013.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005. 60 p

OPINIÃO DE ESTUDANTES DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO DA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA SOBRE O ABORTO NO BRASIL

Data de aceite: 05/12/2019

Henrique Garbellotto Brites

Universidade de Sul de Santa Catarina – Curso de Medicina

Tubarão – Santa Catarina

Vilson Leonel

Universidade de Sul de Santa Catarina – Curso de Filosofia

Tubarão – Santa Catarina

RESUMO: Objetivo: Comparar as percepções de estudantes de direito e medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Campus Sul, sobre o aborto no Brasil. Métodos: Foi realizado um estudo transversal com 174 estudantes concluintes do curso de direito e 75 estudantes concluintes do curso de medicina que responderam um questionário de autopreenchimento no ano de 2019. Resultados: A maioria dos estudantes de ambos os cursos demonstraram ter opiniões semelhantes quando questionados acerca das leis e eventualidades em que o aborto é admitido, a não ser em casos de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, no qual 73% dos acadêmicos de medicina afirmaram que a interrupção da gestação sempre se justifica, contra apenas 47% dos acadêmicos de direito. Em caso de risco à saúde da gestante foram obtidos

elevados percentuais de opiniões favoráveis ao abortamento, sendo 91% dos alunos de direito e 99% dos alunos de medicina. Além disso, 38% dos acadêmicos de direito e 39% dos acadêmicos de medicina declararam que as leis brasileiras deveriam ampliar as circunstâncias em que o aborto não é punido. Apenas 3 dos entrevistados mostraram-se totalmente contrários ao aborto, tendo como justificativa a religião. Conclusões: Com base nos resultados foi possível concluir que um significativo número de estudantes expressou opinião favorável à ampliação do permissivo legal do abortamento quando comparados a estudos anteriores. Também se observou relação entre a religiosidade e a opinião acerca do aborto, sendo mais favoráveis a interrupção da gestação os acadêmicos que se consideram sem religião.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto; estudantes; medicina; direito.

OPINION OF MEDICAL AND LAW STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF SOUTHERN SANTA CATARINA ON ABORTION IN BRAZIL

ABSTRACT: Objective: To compare the perceptions of law and medical students at the University of Southern Santa Catarina, South Campus, about abortion in Brazil. Methods: A cross-sectional study was conducted with 174

undergraduate law students and 75 undergraduate medical students who completed a self-completed questionnaire in 2019. Results: Most students from both majors showed similar views when asked about the laws and eventualities in which abortion is admitted, except in cases of fetal malformation incompatible with extra uterine life, in which 73% of medical students pointed out that interruption of pregnancy is always justified, against only 47% of law students. In case of risk to the pregnant woman's health, high percentages of opinions favorable to abortion were obtained: 91% of law students and 99% of medical students. In addition, 38% of law students and 39% of medical students stated that Brazilian laws should extend the circumstances in which abortion is not punished. Only 3 of the interviewees were totally opposed to abortion, having as justification the religion. Conclusions: Based on the results, it was possible to conclude that a significant number of students expressed a favorable opinion on the extension of permissible legal abortion when compared to previous studies. There was also a relationship between religiosity and opinion about abortion, being more favorable to interruption of pregnancy students who consider themselves without religion.

KEYWORDS: Abortion; students; medicine; law.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme Rocha (2005), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o aborto como a interrupção da gestação antes de 20-22 semanas ou com peso inferior a 500 gramas e faz a subclassificação, ainda precoce, quando ocorre até 12 semanas e tardio quando entre 12 e 20-22 semanas. Segundo o código penal brasileiro, o aborto consiste, em essência, na morte do conceito antes de sua viabilidade, sendo considerado crime segundo os artigos 124 e 126. (BRASIL, 1940). Neste, existe ainda a possibilidade de ser considerado permitido ou não. São exemplos legais da prática e defendidos pelo artigo 128 do Código Penal, o aborto necessário e o sentimental. Casos ilegais, previstos nos artigos 123, 124, 125 e 126, possuem subespécies como o autoaborto ou aborto consentido, aborto provocado por terceiro e aborto qualificado pelo resultado (BRASIL, 1940). O aborto eugênico, nos casos de anencefalia, foi permitido a partir de 2012 a partir do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) (BRASIL, 2012).

Atualmente, está em pauta no STF a ADPF 442, interposto pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), na qual afirma que a proibição do aborto afronta preceitos fundamentais da Constituição Federal, como o direito das mulheres à vida, à dignidade, à cidadania, à não-discriminação, à liberdade, à igualdade, à saúde e ao planejamento familiar, entre outros. Tendo como reivindicação principal a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). Por ser um tema polêmico, a problemática do aborto, torna-se objeto de

debate em várias instâncias: poder legislativo, poder judiciário, ONGS, religiões, sociedades médicas, sociedades científicas, etc. Daí, a importância de realização de novas pesquisas a fim de aumentar o conhecimento sobre as opiniões de estudantes da área de Medicina e Direito acerca da prática do aborto no Brasil, visto que esses futuros profissionais serão constantemente abordados quanto a esse tema.

Em meados de 1948, foi aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que visa resguardar a integridade física e psicológica dos homens perante seus semelhantes e perante o Estado em geral. De forma a limitar os poderes das autoridades, garantindo, assim, o bem-estar social através da igualdade, fraternidade e da proibição de qualquer espécie de discriminação (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Além disso, o parágrafo 7, do artigo 226 da Constituição da República Federativa do Brasil, estabelece que o planejamento familiar é de livre decisão do casal e funda-se nos princípios de dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

Existem muitos estudos sobre a temática do aborto os quais visam demonstrar as consequências da liberação do ato, os direitos fundamentais do nascituro, os problemas decorrentes da clandestinidade de sua prática, bem como levantamento de opinião de magistrados e promotores sobre sua legalidade (AZEVEDO, 2017; DUARTE et al, 2010; MEDEIROS et al, 2012; MEIRA; FERRAZ, 1989). Em contrapartida, pouco se leem pesquisas as quais envolvam os acadêmicos das áreas de medicina e direito, futuros profissionais que pela natureza de seu campo de atuação, trabalharão com a questão relativa ao aborto, quer na esfera médica quer na esfera jurídica. Desse modo, a realização da presente pesquisa justifica-se devido ao fato de ser um tema atual, de grande relevância e por ser inédita na Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Sul.

2 | MÉTODOS

O presente estudo apresentou um delineamento do tipo transversal. Eram participantes dessa pesquisa alunos de ambos os sexos, matriculados na nona e décima fase dos cursos de direito e medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão, no período de março a julho de 2019. O estudo contou com 174 alunos do curso de direito e 75 alunos do curso de medicina. Eles foram convidados a responder o questionário pelos pesquisadores em sala de aula após a explanação dos objetivos e métodos da pesquisa. Em seguida, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sucederam-se questionamentos de acordo com os dados contidos nos questionários. A comparação da opinião sobre o aborto no Brasil entre estudantes de medicina e direito ocorreu mediante a utilização dos parâmetros da estatística descritiva. Os dados foram

digitados e tabulados no programa Excel e em seguida analisados. As variáveis qualitativas foram descritas em números absolutos e relativos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário decorrido das respostas de 249 estudantes da Universidade do Sul de Santa Catarina, campus Tubarão. A tabela 1 demonstra os dados sociodemográficos e confronta as opiniões dos estudantes de direito e medicina acerca do aborto.

Tabela 1 - Relação entre a opinião sobre o aborto e dados sociodemográficos de estudantes de direito e medicina da Unisul - 2019												
	CURSO											
	DIREITO n = 174						MEDICINA n = 75					
	FAVORÁVEL EM QUALQUER HIPÓTESE	%	FAVORÁVEL EM ALGUMAS HIPÓTESES	%	CONTRÁRIO EM QUALQUER HIPÓTESE	%	FAVORÁVEL EM QUALQUER HIPÓTESE	%	FAVORÁVEL EM ALGUMAS HIPÓTESES	%	CONTRÁRIO EM QUALQUER HIPÓTESE	%
IDADE												
20 a 25 anos	62	36%	75	43%	2	1%	25	33%	32	43%	0	0%
26 a 30 anos	7	4%	10	5%	0	0%	2	3%	12	16%	0	0%
31 a 35 anos	1	1%	6	3%	1	1%	1	1%	3	4%	0	0%
Acima de 35 anos	1	1%	9	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
SEXO												
Feminino	50	45%	60	55%	0	0%	16	39%	25	61%	0	0%
Masculino	21	33%	40	63%	3	5%	12	35%	22	65%	0	0%
COR/RAÇA												
Branca	70	40%	87	50%	2	1%	27	36%	45	60%	0	0%
Parda	1	1%	9	5%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Preta	0	0%	4	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Amarela	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	2	3%	0	0%
Indígena	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sem declaração	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
RELIGIÃO												
Católica	43	24%	59	33%	2	1%	10	13%	32	43%	0	0%
Religiões Orientais	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Evangélica	5	3%	17	9%	1	1%	2	3%	2	3%	0	0%
Espírita												
Kardecista	6	3%	4	2%	0	0%	4	5%	5	7%	0	0%
Outra	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	2	3%	0	0%
Protestante	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
Umbanda/Candomblé	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Judaica Israelita	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Nenhuma	17	9%	15	9%	0	0%	12	16%	5	7%	0	0%

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2019.

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2019

Conforme a tabela 1, a distribuição quanto à idade mostrou que 196 (78,7%) entrevistados estavam na faixa etária de 20 a 25 anos e desses, 32 (16,3%) alunos de medicina e 75 (38,2%) alunos de direito se mostraram favoráveis ao aborto em algumas hipóteses, estando nessa categoria quem opinou admitir o aborto em casos como gravidez resultante de estupro e/ou gravidez de menores de 14 anos e/ou gravidez que apresente risco à saúde da gestante e/ou malformação fetal incompatível com a vida extrauterina. Nessa mesma faixa etária, predominante, apenas dois (1%) entrevistados foram contrários ao aborto em qualquer hipótese, sendo ambos do curso de direito. A distribuição quanto ao gênero foi de 151 (60,7%) mulheres e 98 (39,3%) homens, sendo que 66 (43,7%) mulheres foram favoráveis ao aborto em qualquer hipótese, representando um percentual de 10% acima comparando com a mesma opinião entre os homens.

Quando interrogados acerca da religião praticada, 104 (59,77%) alunos de direito e 42 (56%) alunos de medicina declararam serem católicos, 23 (13,2%) alunos de direito e quatro (5,3%) alunos de medicina declararam ser evangélicos e ainda 32 (18,3%) alunos de direito e 17 (22,6%) alunos de medicina declararam não praticar nenhuma religião. Observou-se, que o índice de católicos e evangélicos os quais são favoráveis ao aborto em qualquer situação é próximo, sendo o primeiro 36,3% e o último 25,9%, enquanto os que afirmaram praticar nenhuma religião obtiveram o maior percentual de 59,1%, demonstrando, nesse estudo, que pessoas sem religião estão mais propensas à liberação do aborto. Tal fato, também, pôde ser notado em um artigo feito por Madeiro *et al* (2016), no qual houve associação significativa entre os estudantes de medicina que manifestaram recusa para realização do aborto e a filiação religiosa.

A tabela 2 diz respeito à opinião dos estudantes de direito e medicina sobre a interrupção da gestação em casos de risco à saúde da gestante e em caso de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina.

Tabela 2- Opinião sobre o aborto em caso de risco à saúde da gestante e em caso de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina				
Opinião	Direito		Medicina	
	Fi	%	Fi	%
RISCO À SAÚDE DA GESTANTE				
Sim	158	91%	74	99%
Não	7	4%	0	0%
Sem opinião	8	5%	1	1%
MALFORMAÇÃO FETAL				
Nunca se justifica	10	5%	1	1%
Se justifica dependendo da malformação	67	39%	15	20%
Se justifica sempre	81	47%	55	74%
Não tenho opinião formada	15	9%	3	4%
Outra	0	0%	1	1%
Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2019				

No momento em que foram questionados acerca da opinião sobre o aborto em caso de risco à saúde da gestante, 158 (91%) estudantes de direito e 74 (99%) estudantes de medicina foram favoráveis à interrupção da gestação, o que entra em consonância com um estudo feito por Medeiros *et al* (2012), em que 75% dos estudantes de medicina e 69,9% dos estudantes de direito entrevistados também foram favoráveis a este quesito.

A tabela 3 demonstra a opinião dos estudantes sobre as leis brasileiras acerca do aborto e questiona se o aborto poderia ser realizado sem restrições legais.

Tabela 1 - Relação entre a opinião sobre o aborto e dados sociodemográficos de estudantes de direito e medicina da Unisul - 2019												
	CURSO											
	DIREITO n = 174						MEDICINA n = 75					
	FAVORÁVEL EM QUALQUER HIPÓTESE	%	FAVORÁVEL EM ALGUMAS HIPÓTESES	%	CONTRÁRIO EM QUALQUER HIPÓTESE	%	FAVORÁVEL EM QUALQUER HIPÓTESE	%	FAVORÁVEL EM ALGUMAS HIPÓTESES	%	CONTRÁRIO EM QUALQUER HIPÓTESE	%
IDADE												
20 a 25 anos	62	36%	75	43%	2	1%	25	33%	32	43%	0	0%
26 a 30 anos	7	4%	10	5%	0	0%	2	3%	12	16%	0	0%
31 a 35 anos	1	1%	6	3%	1	1%	1	1%	3	4%	0	0%
Acima de 35 anos	1	1%	9	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
SEXO												
Feminino	50	45%	60	55%	0	0%	16	39%	25	61%	0	0%
Masculino	21	33%	40	63%	3	5%	12	35%	22	65%	0	0%
COR/RAÇA												
Branca	70	40%	87	50%	2	1%	27	36%	45	60%	0	0%
Parda	1	1%	9	5%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Preta	0	0%	4	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Amarela	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	2	3%	0	0%
Indígena	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sem declaração	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
RELIGIÃO												
Católica	43	24%	59	33%	2	1%	10	13%	32	43%	0	0%
Religiões Orientais	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Evangélica	5	3%	17	9%	1	1%	2	3%	2	3%	0	0%
Espírita												
Kardecista	6	3%	4	2%	0	0%	4	5%	5	7%	0	0%
Outra	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	2	3%	0	0%
Protestante	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
Umbanda/Candomblé	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Judaica Israelita	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Nenhuma	17	9%	15	9%	0	0%	12	16%	5	7%	0	0%

Fonte: Pesquisa elaborada pelo autor, 2019

Ao serem indagados sobre a legislação, 66 (38%) alunos de direito e 29 (39%) alunos de medicina assinalaram que deveriam ampliar as circunstâncias em que o aborto não é punido, demonstrando concordância entre os dois grupos questionados. Além disso, outro estudo realizado por Darze e Azevedo (2014) constatou que 150 (86%) estudantes de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública foram favoráveis à ampliação do permissivo legal do abortamento, ambos os resultados podem expressar uma nova percepção acerca desse conteúdo. Logo em seguida, foi questionado se o aborto poderia ser realizado sem restrição legal, 110 (63%) estudantes de direito e 44 (59%) estudantes de medicina marcaram a resposta NÃO, revelando que apesar dos acadêmicos expressarem vontade de ampliação das circunstâncias nas quais o aborto não é punido, essa ampliação deve ser acompanhada de restrições legais.

No presente estudo, ainda, foram questionados a opinião dos estudantes sobre a ADPF 442 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 442), que garante à mulher o direito para interromper a gestação sem necessidade de permissão específica do Estado. Nessa questão, 97 (56%) estudantes de direito e 48 (64%) estudantes de medicina foram favoráveis à proposta da ADPF 442, demonstrando um possível aumento no desejo na ampliação das circunstâncias em que o aborto possa ser realizado.

Segundo pesquisa realizada pelo Datafolha, publicado pelo jornal Folha de São

Paulo, em janeiro de 2019, 16% dos entrevistados foram favoráveis a ampliação do permissivo legal do abortamento, todavia, estão em desacordo com a presente pesquisa que apontam um percentual de 38% entre estudantes de direito e 39% de estudantes de medicina respectivamente.

4 | CONCLUSÕES

A realização do trabalho permitiu concluir que as opiniões dos estudantes de direito e medicina se encontram em diversas questões, tanto em relação às leis, quanto pessoais. No entanto, foi possível observar uma variação maior no que diz respeito à interrupção da gestação em casos de anencefalia e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina.

Percebe-se, ainda, a existência de relação entre a opinião acerca do aborto e a religiosidade do entrevistado, sendo mais favoráveis ao aborto àqueles que não possuem religião. Observou-se que, mais da metade dos entrevistados, concordaram com o texto base para o pedido da aprovação da ADPF 442 a qual dita o direito constitucional das mulheres para interromper a gestação, de acordo com a autonomia delas. Tal fato pode ser comprovado na questão aberta, em que a maioria das justificativas favoráveis ao abortamento defendeu o poder de decisão da mulher sobre seu próprio corpo.

São necessárias novas pesquisas envolvendo diferentes extratos da população, visto que os resultados desta investigação, corroborados pela literatura científica, divergem dos anunciados pelos institutos de pesquisas de opinião.

REFERÊNCIAS

41% DOS BRASILEIROS são contra qualquer tipo de aborto, diz Datafolha. **Globo.com**, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/01/11/41-dos-brasileiros-sao-contra-qualquer-tipo-de-aborto-diz-datafolha.ghtml>. Acesso em: 17 ago. 2019.

AZEVEDO, André Freire. Direito ao aborto, gênero e a pesquisa jurídica em direitos fundamentais. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 236-261, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872017000200236&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 17 ago. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental Nº442**. Brasília, DF. Relator: Min^a. Rosa Weber. Brasília, DF. 2017 Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/adpf_442_-_federal_-_codigo_penal_-_aborto_-_legislador_positivo_-_direito_comparado_-_ausencia_direito_fundamental_ao_aborto_vf__1_.pdf. Acesso em: 17 ago. 2019.

DARZE, Omar Ismail Santos Pereira; AZEVEDO, Barbara Kelly Goncalves. Competencias adquiridas durante a formacao medica e as opinioes e atitudes sobre o aborto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 5-9, jan. 2014. Disponível em: <http://www.>

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2019.

MADEIRO, Alberto *et al.* Objeção de Consciência e Aborto Legal: Atitudes de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000100086&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

MEDEIROS, Robinson Dias de *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 16-21, jan. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

ROCHA, Wesley Braga da *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 387-399, ago. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200387&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2019.

OS ASPECTOS ÉTICOS NO CUIDADO DO PACIENTE COMATOSO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 05/12/2019

Waldemar Antônio das Neves Júnior

Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de
Medicina
Maceió – Alagoas

Clarissa Pereira de Oliveira

Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de
Medicina
Maceió – Alagoas

Pedro Hélio Pontes Dantas

Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de
Medicina
Maceió – Alagoas

RESUMO: **Introdução:** Nas últimas três décadas, os desenvolvimentos dos avanços tecnológicos, de novas técnicas e métodos de tratamento, estão propiciando à humanidade uma maior perspectiva de vida, principalmente para os pacientes dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's). E ao mesmo tempo em que esses avanços nos trazem esperança, geram preocupações éticas quanto à qualidade de vida dessas pessoas. **Objetivos:** Investigar a visão dos profissionais de saúde quanto à conduta ética diante de pacientes em estado de coma, tentando-se estabelecer uma reflexão a respeito dos procedimentos realizados durante o tratamento

desses pacientes nas UTI's. **Métodos:** Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado em cinco Unidades de Terapia Intensiva na cidade de Maceió, sendo compostas por quatro UTI's gerais e uma UTI cardíaca. Foi aplicado um questionário para os profissionais de saúde que trabalham nessas UTIs, com 8 perguntas (7 objetivas e uma subjetiva) a respeito de sua conduta frente aos pacientes comatosos. **Resultados:** A maioria dos entrevistados (86%) respondeu que devem ser explicados aos pacientes os procedimentos que serão realizados, porém, apenas 54,5% dos profissionais opinaram que existe esta preocupação por parte da equipe profissional. Apesar disto, todos eles afirmaram realizar procedimentos para que os pacientes comatosos sintam menos incômodo. **Conclusão:** Verificamos que a metade dos participantes da pesquisa acredita que a equipe não explica os procedimentos aos pacientes, e que os profissionais entrevistados têm a percepção da necessidade de se explicar os procedimentos aos pacientes comatosos, porém isso não ocorre dentro de sua prática diária. Percebemos que, se essa prática fosse aplicada pelos profissionais, além de serem éticos, eles estariam maximizando os benefícios aos pacientes, salvaguardando a sua autonomia, e preservando sua integridade moral, física e mental.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva, Bioética, Coma, Autonomia, Beneficência e Juramento Hipocrático.

ABSTRACT: Introduction: Over the past three decades, developments in technological advances, new techniques and treatment methods have provided humanity with a greater perspective on life, especially for patients within Intensive Care Units (ICUs). And while these advances bring us hope, they raise ethical concerns about their quality of life. **Objectives:** To investigate the view of health professionals regarding ethical conduct in patients with coma, trying to establish a reflection on the procedures performed during the treatment of these patients in ICUs. **Methods:** This research is a descriptive cross-sectional study conducted in five intensive care units in the city of Maceio, consisting of four general ICUs and one cardiac ICU. A questionnaire was applied to health professionals working in these ICUs, with 8 questions (7 objective and one subjective) about their conduct towards comatose patients. **Results:** Most respondents (86%) answered that patients should be explained the procedures that will be performed, but only 54.5% of professionals felt that there is this concern on the part of the professional team. Despite this, they all stated that they performed procedures to make comatose patients feel less uncomfortable. **Conclusion:** We found that half of the research participants believe that the team does not explain the procedures to patients, and that the interviewed professionals have the perception of the need to explain the procedures to comatose patients, but this does not occur within their daily practice. We realize that if this practice were applied by professionals, in addition to being ethical, they would be maximizing the benefits to patients, safeguarding their autonomy, and preserving their moral, physical and mental integrity.

KEYWORDS: Intensive Care Units, Bioethics, Coma, Autonomy, Charity and Hippocratic Oath.

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas o desenvolvimento dos avanços tecnológicos, de novas técnicas e métodos de tratamento estão propiciando à humanidade uma maior perspectiva de vida, principalmente para os pacientes dentro das Unidades e Centros de Terapia Intensiva. E, ao mesmo tempo em que esses avanços nos trazem longevidade, geram preocupações éticas quanto à qualidade de vida dessas pessoas.

No Brasil, de acordo com dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) existe um total de 476 hospitais em todo território nacional (AMIB, 2019). Nestes, encontram-se distribuídas ao longo das regiões de nosso país, um montante de 889 UTI's em diversos tipos de atendimento como: mistas, adultas, neurológicas, cardíacas, pediátrica, oncológica, etc. (AMIB, 2019).

Entende-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como uma área crítica

destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, utilizando materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010). São nas UTI's onde vários desses recursos são utilizados para tentar salvar a vida de pacientes críticos, graves e em risco de morte, fundamentado na tradição hipocrática na qual se baseia o princípio da Beneficência (maximizar os benefícios) (CLOTET, 1998).

Está nela fundamentada a imagem do médico que perdurou ao longo da história, rege a tradição hipocrática de que: usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo minha capacidade e juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça (HIPOCRATES, 1984a); e no que diz respeito às doenças, criar o hábito de duas coisas: socorrer ou, ao menos, não causar danos (HIPOCRATES, 1984b).

Segundo Beauchamp e Childress, a palavra “beneficência” pode ser caracterizada por atos de compaixão, bondade e caridade (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002). Ainda segundo os autores, este princípio “refere-se à obrigação moral de agir em benefício dos outros” e, “[...] afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes.” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.282).

Os profissionais que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), enfrentam diariamente uma série de conflitos éticos, principalmente, na aplicação dos princípios bioéticos dentro das UTI's, sendo estes: a) autonomia - competência e capacidade de tomada de decisão do paciente; b) beneficência - da maximização dos benefícios dos métodos, técnicas e terapêuticas que serão aplicadas; c) não maleficência - compreensão de quais medidas não causarão mais danos, ou seja, as que são ou não serão fúteis ao paciente; e d) justiça - à necessidade de alocação de recursos aos que dela mais necessitam.

Estes profissionais que estão diretamente ligados aos cuidados dos pacientes críticos devem ser capazes de resolver e tomar decisões àqueles que estão entre a vida e a morte (MARIÑO et al, 2014). A partir desse ponto parece que ficou esquecida a arte médica que se baseava em aspectos científicos e humanos, que fazia o médico perceber que uma pessoa, mesmo fragilizada pela enfermidade, espera atenção e carinho no seu tratamento e, não somente por medicamentos e sondas (RODRIGUEZ; AMARAL, 2001).

Segundo Fogaça (2008), trabalhar em UTI's pode provocar estresse ocupacional e a síndrome de *burnout* nos médicos e enfermeiros intensivistas. Contudo, não há um consenso sobre quais os fatores que precipitam estes fenômenos e como se expressam (FOGAÇA et al., 2008).

A definição mais aceita sobre a síndrome considera-a como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas. É um construto formado por três dimensões relacionadas, mas independentes: (a) exaustão

emocional: falta de energia e entusiasmo, sentimento de frustração e tensão nos profissionais, por perceberem que já não têm condições de atender seus pacientes ou demais pessoas, como faziam antes; (b) despersonalização: desenvolvimento de uma insensibilidade emocional, que faz com que o profissional trate os pacientes, colegas e a organização de maneira desumanizada; e (c) diminuição da realização pessoal no trabalho: tendência a avaliar-se de forma negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, como também, interferindo em sua capacidade de interagir com os demais (MALACH et al., 2001).

De acordo com a pesquisa realizada por Barros et al (2008), os plantonistas avaliados apontaram os ruídos excessivos e a possibilidade de complicações no atendimento dos pacientes internados como os principais fatores estressantes do ambiente de UTI. O mesmo estudo encontrou uma prevalência de síndrome de *burnout* de 63,3% entre os médicos. A síndrome foi mais prevalente entre aqueles que apresentavam plantões ininterruptos por mais de 24 horas e mais de 10 pacientes por plantão (BARROS et al., 2008). Já estudo de Marques et al (2018), revelou a prevalência do burnout com níveis elevados, obtendo 35% de exaustão emocional, 25% com relação a baixa realização profissional e 6,7% na despersonalização presentes no total da amostra (MARQUES et al., 2018). Ainda neste estudo se verificou que o burnout foi mais frequente nas mulheres, que trabalham na UTI adulto, em dois ou mais hospitais e que acompanhavam mais de dez pacientes por plantão (MARQUES et al., 2018).

No ambiente das UTI's, o processo de desgaste físico e mental, advindo da sobrecarga de trabalho, pode ser fonte geradora de estresse, prejudicando as condições de trabalho e as relações organizacionais (FOGAÇA et al., 2009). Este fato pode explicar, parcialmente, a crescente falta de empatia dos profissionais de saúde.

A Resolução da ANVISA, em seu artigo 24, preconiza que todos os profissionais de saúde devam assegurar um ambiente de respeito e dignidade, além do fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada **desde a admissão até a alta (grifo nosso)** (BRASIL, 2010). Ainda em seu artigo 26, cita que o paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução destes. Nada é referido, porém, em relação aos pacientes comatosos, especificamente, quando em sua totalidade são esses pacientes que compõem as UTI's (BRASIL, 2010).

O termo “coma” vem do grego *kôma* - sono profundo – sendo este usado inicialmente por Hipócrates e mantido até os dias atuais. Entretanto, existem inúmeras definições para esse estado (COELHO, 1999). Andrade et al (2007, p.124) apud Berger (2004) descreve o coma como: “o estado de inconsciência de si próprio

e do ambiente, mesmo após estímulos de diversas modalidades e intensidades, em que o paciente permanece de olhos fechados”. Neste, ocorre comprometimento dos dois componentes da consciência (vigília e conteúdo), havendo diminuição ou ausência de resposta a estímulos exógenos (SANTOS, 2006).

Algumas pesquisas demonstram a permanência de algum grau de percepção sensorial nos indivíduos comatosos, apesar da diminuição ou mesmo ausência de respostas dos mesmos a diversos estímulos endógenos ou exógenos (SANTOS, 2006). Com isso, fica evidente a necessidade de se estabelecer uma abordagem adequada e especial para esses pacientes, tanto para a manutenção da ideal relação profissional-paciente como pela importância em estimulá-los durante esse período, para que seu nível de consciência não seja ainda mais prejudicado, visando um melhor prognóstico (CABRAL et al., 2008). No entanto, os estudos em relação a este tema são ainda escassos e nem sempre fidedignos, devido ao pequeno espaço amostral ou à extrema subjetividade da abordagem (CABRAL et al., 2008; SANTOS, 2001).

Muitos dos pacientes que sobrevivem ao coma tem seu prognóstico funcional reservado por redução no nível de estimulação no período de hospitalização, elevado tempo de imobilização e restrição ao contato social, levando à diminuição na percepção e consequente prejuízo motor (OH; SEO, 2003). Este fato pode levar a discussões bioéticas muito mais complexas: os cuidados dos profissionais de saúde com os pacientes em coma se desenvolvem de forma adequada? Como acontece essa relação?

Em um estudo transversal, avaliando médicos que trabalham em unidades de terapia intensiva de adultos em Salvador – BA, detectou-se que parte destes (55,3%), nunca ou apenas esporadicamente, passam mais do que cinco minutos conversando com seus pacientes em ventilação espontânea na UTI (BARROS et al., 2008). O que se pode esperar então de sua relação com os pacientes comatosos?

A necessidade de uma investigação mais minuciosa e objetiva do tema, levou o presente estudo a investigar a visão dos profissionais de saúde quanto à conduta ética diante de pacientes em estado de coma, tentando-se estabelecer uma reflexão a respeito dos procedimentos realizados durante o tratamento desses pacientes nas UTI's.

MATERIAIS E MÉTODOS

Toda e qualquer pesquisa, conduzida em qualquer área do conhecimento e que envolva seres humanos como objetos da investigação, deve necessariamente ser revisada, em seus aspectos científicos e éticos, por uma instância que tenha competência adequada e reconhecida em âmbito epistemológico, metodológico e

ético por seus pares e a sociedade como um todo (SCHRAMM, 2004). Desta forma, todas as pesquisas que envolvam seres humanos no Brasil devem ser aprovadas de acordo com a Resolução vigente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12.

Este trabalho teve seu protocolo de pesquisa de nº. 049/2009 aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Alagoas, e a pesquisa só teve seu início após a sua aprovação. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado em cinco unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió, sendo compostas por quatro UTI's gerais e uma UTI cardíaca.

Como desenho da pesquisa e, ainda, dentro dos critérios de inclusão foram considerados como sujeitos da pesquisa os profissionais que trabalham diretamente com os pacientes comatosos: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem.

Inicialmente foram-lhes explicados e entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia com os participantes da pesquisa e outra com os pesquisadores, como preconizava ainda na época a resolução do CNS nº196/96. Em seguida, foi entregue o instrumento utilizado para a coleta de dados, contendo um questionário misto (com questões fechadas e abertas) e dividido em duas partes: a primeira abordava um perfil pessoal e demográfico (profissão, sexo, faixa etária e religião) e a segunda, continha perguntas a respeito de atitudes e opiniões quanto aos cuidados no tratamento dos pacientes comatosos. As perguntas utilizadas na pesquisa foram as seguintes:

- (1) Você acha que devem ser explicados ao paciente em estado de coma, induzido ou não, o tratamento (manobras, procedimentos, etc.) que será realizado?
- (2) Você acha que a equipe profissional se preocupa com o que o paciente comatoso sente dentro da UTI? (Sim / Não)
- (3) Você acha que é necessário para o paciente comatoso saber acerca de seu tratamento? (Sim / Não)
- (4) Em caso de Negativo, você acha que: (Não é necessário / O paciente não deve saber / O paciente não se importa / O paciente não ouve);
- (5) Você acha que os pacientes comatosos sentem incômodo durante a realização de procedimentos invasivos? (Sim / Não);
- (6) Você acha que os pacientes comatosos sentem os estímulos desencadeados no ambiente da UTI (p.ex.: sons, luminosidade, estímulos táteis)? (Sim / Não);
- (7) Você se preocupa em realizar procedimentos para que o paciente comatoso sinta menos incômodo? (Sim / Não);
- (8) Em caso Afirmativo, cite quais: (Pergunta aberta).

Por fim, foram utilizados para a análise dos resultados desta pesquisa um

modelo híbrido (qualitativo e quantitativo), sendo utilizados os estudos de explanação interpretativa. A análise dos resultados obtidos foi realizada pela quantificação dos questionários e pela interpretação dos dados colhidos.

Após a coleta total dos dados, estes foram analisados mediante a análise quantitativa e qualitativa de cada resposta isoladamente, de modo a subsidiar os resultados obtidos e suas conclusões.

RESULTADOS

Na primeira parte do questionário foi realizado um levantamento do perfil dos participantes. Após a realização da coleta de dados, obtivemos um total de 64 questionários (n=64), onde foi encontrada uma predominância de profissionais de saúde do sexo feminino (62%). Com relação à faixa etária, verificou-se que 72% da amostra apresenta um perfil mais jovem, abaixo dos 39 anos (Gráfico 1).

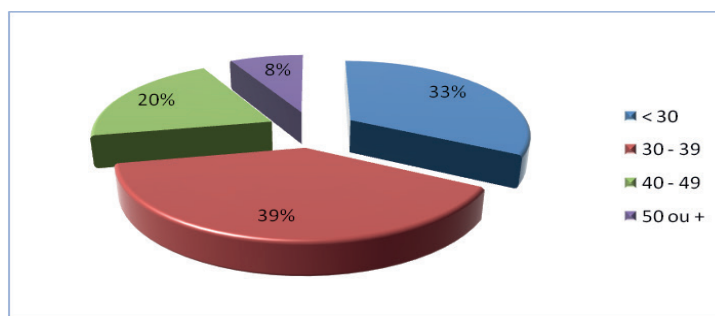


Gráfico 1. Distribuição da faixa etária em anos.

De acordo com os resultados obtidos, encontramos que há uma predominância de profissionais do sexo feminino atuando nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), resultados estes também encontrados em estudos semelhantes com o de Barros et al. (2008). Outro fator comprobatório é que existe um predomínio do sexo masculino com relação aos médicos intensivistas, quando nesta pesquisa, 63,6% dos médicos foram homens, evidenciando a representação das mulheres nas demais profissões atuantes nas UTI's (BARROS et al., 2008). Já em relação à faixa etária, a maioria dos profissionais encontra-se abaixo dos 40 anos de idade, dados esses também evidenciados em outros estudos brasileiros (BARROS et al., 2008; FOGAÇA et al, 2008; EMBRIACO et al, 2009).

Na distribuição quanto à herança religiosa familiar, houve maior predominância de católicos (64%), e uma pequena parcela afirmou não possuir nenhuma religião (4,5%). Evangélicos e protestantes perfizeram um percentual de 25% e outras religiões, 6,5%.

Algumas pesquisas apontam que, com relação à religião ou crenças religiosas, existe uma expressão significativa de ateus e agnósticos, sugerindo a hipótese de

que aqueles que trabalham em UTI's são mais céticos (EMBRIACO et al, 2009). Constatamos nessa pesquisa que apenas 4,5% afirmaram não possuir nenhuma religião, demonstrando uma prevalência significativamente inferior à encontrada na literatura.

De acordo com o Gráfico 2, na distribuição das profissões, houve clara predominância dos técnicos de enfermagem, com 58%; médicos com 17%; fisioterapeutas com 16% e enfermeiros(as) com 9%.

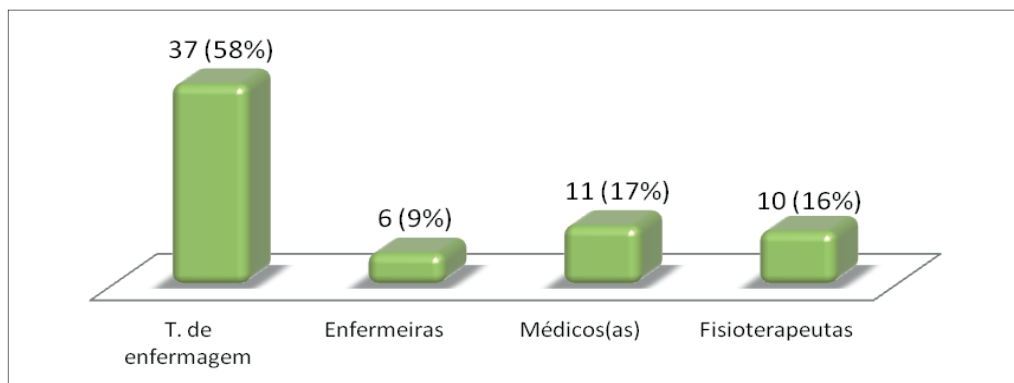


Gráfico 2. Distribuição da amostra quanto à profissão.

Após o levantamento dos dados, ficou evidente a hegemonia dos técnicos de enfermagem, que totalizaram 58% dos profissionais participantes da pesquisa. Esta já era uma proporção esperada, pois segundo as regulamentações da ANVISA para as UTI's, deve haver no mínimo um técnico para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; enquanto que, tanto para médicos plantonistas quanto para fisioterapeutas, deve haver apenas um para cada 10 leitos; e com relação aos enfermeiros assistenciais, um para cada oito leitos (BRASIL, 2010).

As UTI's são constituídas por equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem), treinadas para avaliar e reconhecer eventuais problemas à saúde dos pacientes, de modo que estes possam ser prontamente corrigidos antes de haver alterações irreversíveis e incompatíveis com a vida (MORITZ, 2010).

Nas UTI's, as principais questões éticas que podemos encontrar são: dificuldades na concretização dos direitos dos pacientes; organização interna da equipe para a tomada de decisões; o estabelecimento de vias de comunicação com os pacientes e com as pessoas que o rodeiam; e o reconhecimento dos desejos e dos valores dos pacientes de acordo com a sua situação e com as probabilidades de evolução da doença (MORITZ, 2010).

Deste modo, na segunda parte do questionário foram investigadas algumas questões éticas, principalmente, sobre as atitudes e opiniões dos profissionais de

saúde quanto aos cuidados no tratamento dos pacientes comatosos.

Na pergunta 1, você acha que devem ser explicados ao paciente em estado de coma, induzido ou não, o tratamento (manobras, procedimentos, etc.) que será realizado?, de acordo com o Gráfico 3.

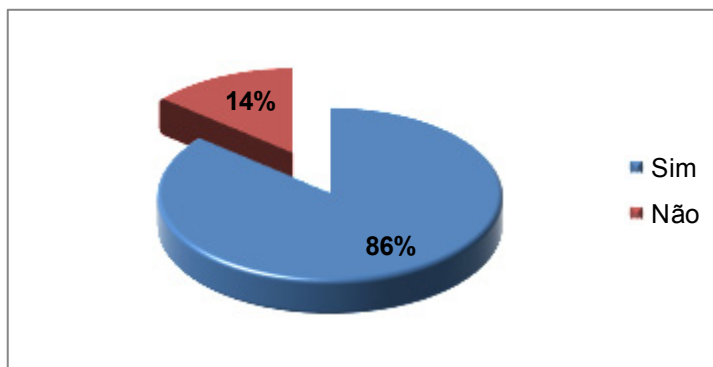


Gráfico 3. “Você acha que devem ser explicados ao paciente em estado de coma, induzido ou não, o tratamento (manobras, procedimentos, etc.) que será realizado?”.

Pode-se verificar que 86% dos profissionais afirmaram que o tratamento deve ser explicado aos pacientes, revelando o comportamento destes frente aos cuidados com o paciente comatoso. No entanto, essa interação da equipe com o/a paciente está, em geral, diretamente vinculada à execução de procedimentos técnicos e clínicos e, raramente, direcionada à transmissão de informação, segurança e afeto. Para aqueles/as pacientes sob o efeito de sedativos, ou com prognóstico negativo, a comunicação pode ser mesmo nula (SANTOS, 2001).

Quando confrontados com a pergunta 3: Você acha que é necessário para o paciente comatoso saber acerca de seu tratamento?, obteve-se um total de 73% que responderam “sim”. Aos 27% que responderam negativamente, foram dadas algumas alternativas na questão de número 4: a) não é necessário; b) o paciente não deve saber; c) o paciente não se importa; e d) o paciente não ouve. Nestas, 50% justificaram sua resposta afirmando que o paciente não ouve; 33% que não é necessário; e 17% que o paciente não deve saber. Nenhum dos participantes respondeu que o paciente não se importa (Gráficos 4 e 5).

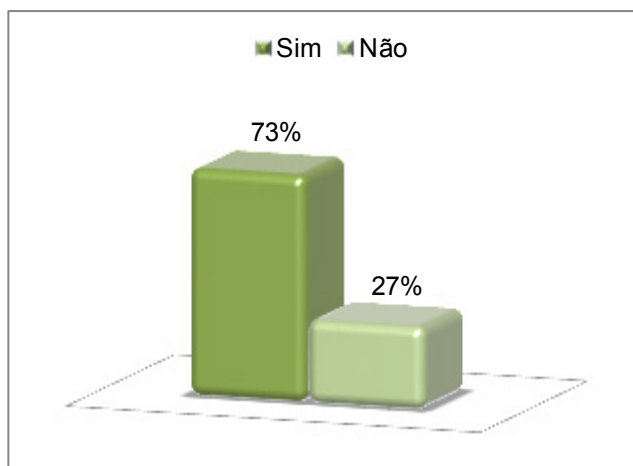


Gráfico 4. “Você acha que é necessário para o paciente comatoso saber acerca de seu tratamento?”.

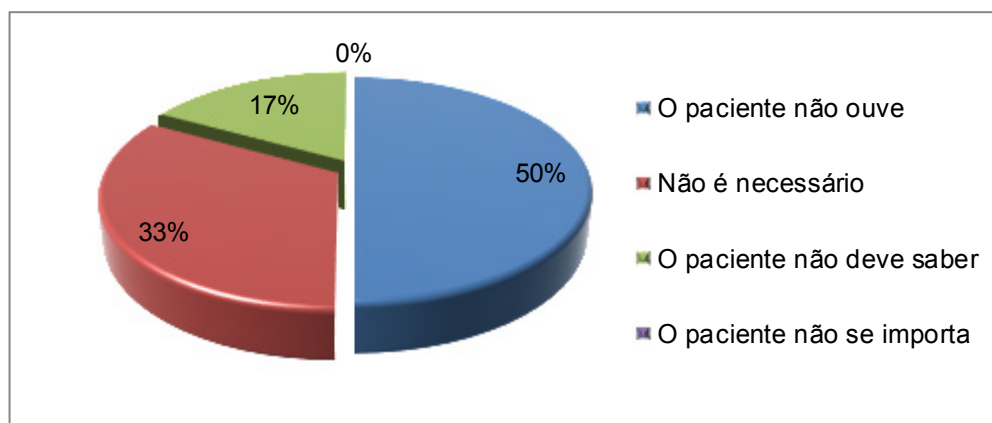


Gráfico 5. Relativo à pergunta apresentada no gráfico 4. “em caso negativo, você acha que...”

Os dados encontrados nestes dois itens se mostram contraditórios: era de se esperar que aquele profissional que respondesse ser necessário explicar os procedimentos ao paciente em coma, também acreditasse ser necessário que o paciente soubesse à cerca do tratamento. Não somente por suas convicções pessoais, mas pelo respeito da autonomia de indivíduos que estão vulneráveis, no que tange a sua tomada de decisão e consciência.

Um dos preceitos éticos na relação profissional/paciente é o respeito à autonomia, pois o paciente possui o direito à participação nas decisões tanto com relação à sua pessoa quanto à sua doença, principalmente, nas questões fundamentais acerca dos objetivos das intervenções terapêuticas e das medidas que resultem em riscos ou sofrimentos. Apesar da prerrogativa desse princípio ser a consciência e a lucidez do paciente, percebe-se o conflito com a conduta paternalista, independentemente deste estar em coma ou não, pois o paciente tem o direito de que lhe sejam explicados os procedimentos que serão realizados (COHEN; MARCOLINO, 1995).

Esses dados tendem a corroborar a ideia de que o profissional de saúde dos

últimos tempos vem de uma escola que o ensina apenas a lidar com a dimensão racional do ser humano e com o lado técnico desta relação. A comunicação com o/a paciente requer outras capacidades que passam, inclusive, pelo desenvolvimento da sensibilidade (SANTOS, 2001).

Quando questionados na pergunta se “você acha que os pacientes comatosos sentem incômodo durante a realização de procedimentos invasivos?”, um total de 76,5% dos profissionais respondeu que sim. Em 15,5%, afirmou que depende do grau do coma, e apenas 8% alegou que os pacientes não sentem incômodo algum. Questionados acerca da sensibilidade dos pacientes aos estímulos externos da UTI (luminosidade, sons, estímulos táteis, etc.) – pergunta (6) – obteve-se as mesmas proporções que na pergunta anterior, como mostra o Gráfico 6.

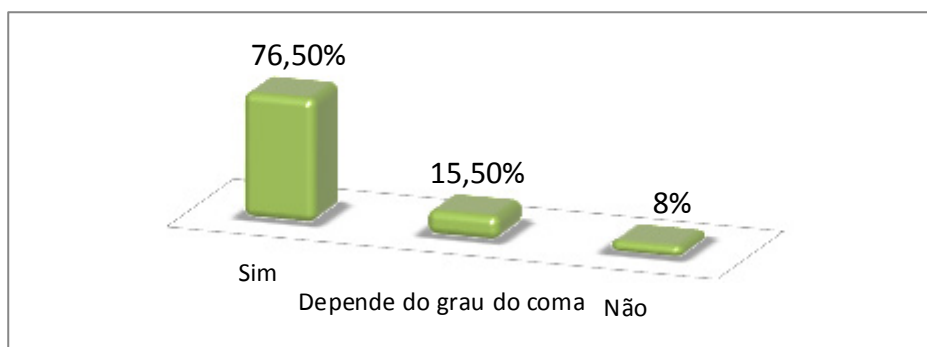


Gráfico 6. Quanto às perguntas: “Você acha que os pacientes comatosos sentem incômodo durante a realização de procedimentos invasivos?” e “Você acha que os pacientes comatosos sentem estímulos desencadeados no ambiente da UTI (sons, luminosidade, estímulos táteis)?”.

Apesar da maioria dos profissionais (76,5%) terem respondido que os pacientes sentem estímulos externos, e em outra pergunta, 76,5% terem afirmado que os mesmos sentem incômodo durante os procedimentos invasivos, um dos dados nos chamou atenção em nossa pesquisa: o de que 8% dos profissionais disseram que os pacientes não sentem qualquer estímulo externo ou qualquer incômodo na realização de procedimentos invasivos. Um total de 15,5% desses profissionais mostrou-se mais flexível, negando-se a responder sim ou não nesta questão. Limitaram-se, sem que houvesse nenhuma sugestão por parte dos pesquisadores, a escrever que a presença ou não de percepção sensorial iria depender do grau de coma. Isto sugere certa desinformação por parte dos profissionais de saúde quanto às peculiaridades do estado comatoso e quanto às informações mais atuais relativas a estes pacientes. Percebeu-se tal fato, também, quando metade dos profissionais que afirmaram não ser necessário para os pacientes saber acerca do seu tratamento, justificarem respondendo que estes não ouvem.

Estudos atuais demonstram que os pacientes comatosos permanecem com algum grau de percepção sensorial, e que estímulos externos, como sons e músicas, por exemplo, podem modificar significativamente sinais vitais como temperatura,

pressão arterial, saturação de oxigênio e frequência respiratória (SILVA, 2001; PUGGINA et al, 2005). A audição parece ser o último sentido que é perdido durante a estadia do paciente na UTI, e tal afirmação pode ser sustentada através dos relatos de pessoas que retornaram desse estado (SILVA, 2001; PUGGINA et al, 2005).

A maioria relata dados sensoriais auditivos como sons, palavras, frases, vozes familiares etc. (SILVA, 2001; PUGGINA et al, 2005). Outro estudo, com 111 pacientes que vivenciaram o coma, descreveu que 27% destes tiveram a inconsciência percebida, estado modificado de consciência no qual a pessoa está incapacitada de responder a estímulos verbais e físicos, sendo considerada inconsciente e, no entanto, esta pessoa vivencia uma consciência interna e/ou externa (PUGGINA et al, 2009).

Quanto ao que foi exposto, associa-se o fato de que os profissionais adotam a conduta paternalista e decidem pelo paciente (LAWRENCE, 1997). Estes profissionais acreditam que o paciente, por ser leigo, não tem condições de tomar a melhor decisão e, por estar em coma, não tem necessidade de saber o que vai acontecer com seu corpo. A questão é delimitar o que se venha a ser beneficência e para que está sendo beneficente (ARAÚJO; NEVES JUNIOR, 2003). Essa conduta paternalista justifica e se fundamenta no princípio da beneficência e no da não maleficência, ou seja, maximizando os benefícios e minimizando os danos, sem levar em conta as necessidades do paciente. Apesar do respeito à autonomia, para alguns autores, o princípio em questão não poder ser aplicado a pessoas que não tem condições de agir de maneira suficientemente autônoma; no entanto, os pacientes comatosos são seres humanos e precisam ser respeitados, mesmo que não possam expressar seus desejos e suas vontades.

Na perspectiva dos cuidados, foi perguntado aos profissionais se estes se preocupam em realizar procedimentos para que o paciente comatoso sinta menos incômodo, e todos, por unanimidade, afirmaram que sim. Em caso de resposta afirmativa, foram solicitados, na única questão aberta desta pesquisa (para evitar indução nas respostas), que fossem citados quais os procedimentos.

Identificou-se como maior prevalência a mudança de decúbito, descrita por 47% dos profissionais, seguida de cuidados com o ambiente hospitalar (20%), cuidados no manuseio do paciente (18,7%), aspiração traqueal e higiene oral, ambos com 12,5% (Tabela 01). Outros menos citados foram: administração de medicação, intubação orotraqueal, gasometria arterial, massagem de conforto, punção venosa, troca de curativos, dentre outros.

Procedimento	Porcentagem
Mudança de decúbito	47%
Cuidados com o ambiente	20%
Cuidados no manuseio do paciente	18,75%
Aspiração traqueal	12,5%
Higiene oral	12,5%

Tabela 1. Procedimentos mais realizados para reduzir o incômodo dos pacientes comatosos nas unidades de terapia intensiva.

A grande maioria dos procedimentos relatados, porém, não passavam de uma obrigação profissional diante do paciente internado. Por exemplo, cinco profissionais listaram, nesta questão, a coleta de sangue para gasometria arterial. Esta, porém, deve ser feita não para diminuir o incômodo, mas para o devido acompanhamento clínico do doente, até porque trata-se de um procedimento, por si só, incômodo. Outras respostas que seguiram o mesmo padrão foram: administração de medicação, aspiração traqueal, mudança de decúbito, banho, intubação, instalação de cateteres, passagem de sonda, punção venosa central, punção venosa periférica, troca de curativo, toracocentese e traqueostomia.

É importante, ainda neste mérito, entender que os familiares e profissionais acreditam que alguns fatores são mais estressantes para o paciente do que ele próprio refere. Um estudo evidenciou que os profissionais acreditam ser a dor o principal incômodo dos pacientes, quando estes, por sua vez, relataram que os tubos no nariz e na boca, as sondas, as picadas de agulha, a privação de sono e até a máscara de oxigênio são os fatores estressantes mais importantes (BITENCOURT, 2007). Daí a relevância em se respeitar a autonomia do paciente e ouvi-los para se ter a real noção do que mais lhes aflige, e poder de fato reduzir-lhes o sofrimento, enquanto estão internados.

Vários fatores desencadeiam o estresse nos profissionais que trabalham em UTI: ambiente fechado, condições e ritmo de trabalho extenuantes, rotinas exigentes, imprevisibilidade, carga horária de trabalho excessivo e, principalmente, as questões éticas acerca das frequentes e difíceis decisões que esses profissionais tem que lidar todos os dias, num convívio com o sofrimento e a morte (MARQUES et al., 2018).

Na Tabela 2, identificou-se esta tendência em nossa pesquisa, quando observamos que, daqueles profissionais que afirmaram não explicar os procedimentos aos pacientes comatosos, 67% foram médicos, perfazendo mais da metade deles (54% desta categoria). Enquanto isso, apenas 20% dos fisioterapeutas e 3% dos técnicos de enfermagem opinaram desta forma. Nenhum(a) enfermeiro(a) o fez.

Profissional	% do total	% da sua categoria
Médicos	67%	54%
Fisioterapeutas	22%	20%
T. de enfermagem	11%	3%
Enfermeiras	0%	0%

Tabela 2. Proporção de profissionais que afirmaram não explicar os procedimentos realizados aos pacientes comatosos.

Na tentativa de se prolongar e evitar a morte, utilizando para isso a tecnologia, os médicos intensivistas sentem-se angustiados diante da dúvida de estarem praticando a distanásia (MORITZ, 2003).

No caso dos médicos, então, soma-se a todos os fatores estressantes a responsabilidade de decisão, o que torna este processo ainda mais crítico. Cada vez mais surgem processos legais contra os médicos, e esses, treinados para curar e tratar, custam a aceitar a morte dos seus pacientes (MORITZ, 2003), deixando clara a obstinação terapêutica que é baseada no juramento hipocrático e no princípio da beneficência. Pode-se supor, baseando-se neste contexto, que esse seja um dos principais fatores que fazem com que os pacientes comatosos não sejam informados acerca de seu tratamento, principalmente, pelos médicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se com esta pesquisa, que os profissionais que exercem suas atividades nas UTI's vivenciam diversas situações, e que alguns fatores irão influenciar na sua tomada de decisões morais junto aos pacientes. Constatou-se também que a metade dos profissionais percebe que a equipe não explica os procedimentos aos pacientes e que, dentre os que não explicam, encontram-se os médicos e fisioterapeutas; que os participantes da pesquisa tem essa percepção da necessidade de explicar os procedimentos aos pacientes comatosos, porém, isso não ocorre dentro de sua prática diária. Entende-se que, apesar dos profissionais não terem esse tipo de comportamento dentro das UTI's, essa prática deveria fazer parte de sua rotina laboral.

E, por fim, tem-se a certeza de que com essa prática, além de serem éticos, estariam maximizando os benefícios, salvaguardando a autonomia e protegendo e preservando a integridade física, mental e moral de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

AMIB. **Associação de Medicina Intensiva Brasileira**. Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com>.

ANDRADE, A.F.; CARVALHO, R.C.; AMORIM, R.L.O.; PAIVA, W.S.; FIGUEIREDO, E.G.; TEIXEIRA, M.J. **Coma e outros estados de consciência**. Rev Med (São Paulo). 2007 jul.-set.;86(3):123-31. Disponível em: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_101_123-131%20863.pdf

ARAÚJO, L.Z.S.; NEVES JÚNIOR, W.A.N. **A Bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva**. Rev. fisioter. Univ. São Paulo. 2003;10(2):52-60.

BARROS, D.S.; TIRONI, M.O.S.; SOBRINHO, C.L.N.; NEVES, F.S.; BITENCOURT, A.G.V.; ALMEIDA, A.M. **Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sociodemográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2008 [citado 2010 Jul 13];20(3):235-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n3/v20n3a05.pdf>.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BITENCOURT, A.G.V.; NEVES, F.B.C.S.; DANTAS, M.P.; ALBUQUERQUE, L.C.; MELO, R.M.V.; ALMEIDA, A.M. **Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2007 [citado 2010 Dec 14]; 19(1):53-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Requisitos mínimos para funcionamentos das Unidades de Terapia Intensiva**. Resolução da Diretoria Colegiada nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>.

CABRAL, F.A.; APOLINÁRIO, A.; POMPEU, S.M.A.A.; POMPEU, J.E. **Estimulação multissensorial em pacientes comatosos: uma revisão de literatura**. Mundo saúde [Internet]. 2008[citado 2009 Dez 10; 32(1): 64-69. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/64a69.pdf.

CLOTET, J. **Por que Bioética?** In: Bioética uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. pp 24-25.

COELHO, L.M.E. **A escuta do silêncio: atendimento de um paciente em coma**. In: Anais do I Fórum Paulista de Musicoterapia de São Paulo. 1999. p.72.

COHEN, C.; MARCOLINO, J.A.M. **Relação médico-paciente: autonomia & paternalismo**. In: Segre, M; Cohen, C. (org). Bioética. São Paulo: Edusp, 1995. p 51-62.

EMBRIACO, N.; AZOULAY, E.; BARRAU, K.; KENTISH, N.; POCHARD, F.; LOUNDOU, A. **High Level of Burnout in Intensivists: Prevalence and Associated Factors**. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* [Internet]. 2007 [citado 2010 Ago 21];175 (7): 686. Disponível em: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/175/7/686>.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; CÍCERO, V.A.; MARTINS, L.A.N. **Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2008 [citado 2010 Jul 11]; 20(3):261-266. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n3/v20n3a09.pdf>.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; NOGUEIRA, P.C.K.; MARTINS, L.A.N. **Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2009 [citado 2010 Jun 02];21(3):299-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a10v21n3.pdf>.

HIPOCRATES. **Hippocrates I: Epidemics**. Cambridge: Havard University Press; London: William Heinemann, 1984. p 164-165.

HIPOCRATES. **Hippocrates I: the oalt**. Cambridge: Havard University Press; London: William Heinemann, 1984. p 298-299.

LAWRENCE, M. **In a world of their own: experiencing unconsciousness**. Westport, Connecticut: Praeger, 1997.

- MALACH, C.; SCHAUFELI, W.B; LEITER, M.P. **Job burnout**. Annu Ver Psychol. 2001; 52:397-422.
- MARIÑO, A.L.A; MARIÑO, O.L.A; RODRÍGUEZ, E.F.L. **Dilemas éticos de las decisiones médicas en cuidados intensivos**. Acta Médica del Centro. 2014. 8(1): 37-45. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2014/mec141f.pdf>.
- MARQUES, G.L.C, CARVALHO, F.L, FORTES, S, FILHO, H.R.M, ALVES, G.S. **Síndrome de burnout entre médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2018 [citado 2019 Abr 20]; J Bras Psiquiatr 2018; 67(3):186-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n3/1982-0208-jbpsiq-67-03-0186.pdf>.
- MORITZ, R.D, DEICAS, A, ROSSINI, J.P, SILVA, N.B, LAGO, P.M, MACHADO, F.O. **Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2010 [citado 2010 Dez 06];22(2):125-132. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a05v22n2.pdf>.
- MORITZ, R.D. **Dilemas Éticos Sobre o Fim da Vida**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2003 [citado 2010 Dec 14];15(1):3-4. Disponível em: http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_2010629165728.pdf.
- OH, H; SEO, W. **Sensory stimulation programme to improve recovery in comatose patients**. J Clin Nurs. 2003;12:394-404.
- PUGGINA, A.C.G.; SILVA, M.J.P.; GATTI, M.F.Z.; GRAZIANO, K.U.; KIMURA, M. **A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica**. Acta paul. enferm. [Internet]. 2005 [Citado 2010 Dez 14]; 18(3): 313-319. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300013&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002005000300013.
- PUGGINA, A.C.G.; SILVA, M.J.P. **Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma**. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2009 [citado 2010 Dec 14];62(3): 435-441. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300016&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672009000300016.
- RODRIGUEZ, G.R.; AMARAL, J.L.G. **Impacto Psicológico da Internação na Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2001 [citado 2010 Ago 21];13(4):92-98. Disponível em: http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_2010712174551.pdf.
- SANTOS, E.C. **Coma**. In: Pires, MTB, Starling, SV. Erazo, Manual de Urgências em Pronto-Socorro. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 795-807.
- SANTOS, A.L. **Ética nas Unidades de Cuidados Intensivos**. In: **Novos desafios à Bioética**. Porto Editora; 2001. p. 244-245. Silva, 2001; Puggina et al, 2005.
- SCHRAMM, F.R. **A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. ano 9, vol. 3, São Paulo, 2004.
- SILVA, A.L.; SCHLICKNANN, C.G.; FARIA, J.G. **O coma e seu impacto no processo de ser e viver: implicações para o cuidado de enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2002 [Citado 2010 Ago 21];23(2):81-107. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4450/2375>.
- SIMONS, D.J. **Obnubilations, comas et stupeurs: Etudes Electroencephiques**. AMA Arch Neurol [Internet].1960 [citado 2009 Dez 10]; 2(1):113-114. Disponível em: <http://archneur.ama-assn.org/cgi/content/summary/2/1/113-b>.

PERCEPCAO DOS ALUNOS A RESPEITO DE AULAS DE REVISAO NO DIA ANTERIOR A PROVA PRÁTICA DE ANATOMIA HUMANA

Data de aceite: 05/12/2019

Yuri Ribeiro Carneiro
Alisson Fernando Almeida e Silva
Kenit Di Dio Aragão Minor
Matheus Torres Muniz
Sidney Nogueira Carvão Aguiar Valle

RESUMO: As aulas práticas de revisão são rotina na disciplina de Anatomia Humana antes da prova prática ser realizada pela equipe de professores e monitores. Essas aulas ocorrem um dia antes do teste ser aplicado aos alunos e têm como objetivo tirar as dúvidas quanto ao assunto que será abordado. O objetivo desse trabalho está em avaliar o grau de importância que os alunos dão para as aulas de revisão. Durante toda a pesquisa os questionários aplicados abordaram a importância das aulas de revisão como ferramenta de estudo prévio para os acadêmicos de medicina. Assim, a percepção dos alunos quanto às aulas de revisão como forma de estudo para as provas práticas é positiva, observado na análise dos dados obtidos. A grande maioria dos alunos entrevistados apoiou a iniciativa dos monitores e professores, concordando que essa metodologia deve ser mantida e estendida às outras matérias que possuem aulas práticas. Quanto aos outros quesitos, 93,51% afirmaram

que as aulas de revisão no dia anterior contribuíram para analisar seus conhecimentos para a prova prática do dia seguinte, e 94,44% achou que o método das aulas ajudou na confiança dos alunos quanto ao domínio do conteúdo da prova.

PALAVRAS-CHAVE: Anatomia. Vídeos. Revisão. Medicina

INTRODUÇÃO

O estudo da Anatomia Humana é um dos principais pontos de aprendizado do acadêmico de Medicina, visto que, nessa disciplina, o acadêmico terá seu primeiro contato com o estudo do corpo humano, bem como de suas estruturas e variações anatômicas. Dessa forma, o auxílio dos monitores é de suma importância para guiar o desenvolvimento de aprendizado teórico e prático dos alunos.

Para Soares (2009) o projeto de monitoria objetiva propiciar a interdisciplinaridade e unir teoria e prática durante as atividades desenvolvidas, auxiliando o docente, facilitando e maximizando o aprendizado dos alunos, e despertando o interesse para disciplina acadêmica. Sendo assim, os monitores atuam como um moderador desse processo de aprendizagem. As aulas de revisão um dia

antes da prova prática têm como objetivo facilitar a compreensão do aluno quanto aos assuntos que serão abordados na prova, bem como deixá-los mais confiantes a respeito do conteúdo.

O objetivo desse trabalho é avaliar o quão essas revisões são relevantes para os alunos.

METODOLOGIA

Para catalogar as informações necessárias para a realização desse estudo foi usado como instrumento de coleta de dados um questionário com perguntas objetivas (na quantidade de 05), logo sendo um trabalho quantitativo, aplicado aos discentes que cursaram Anatomia Humana no período de 2015 e 2016 na Universidade Nilton Lins. Os questionários foram aplicados no mês de agosto de 2017 para 174 alunos, foram respondidos 108 questionários (62%) e os outros 66 (37,9%) que não responderam foi por motivos de ausência durante o dia de aplicação do teste. Foram confeccionadas tabelas para melhor visualização dos resultados.

O estudo manteve o anonimato e seguiu as recomendações da portaria do conselho nacional de saúde/MS–CNS, Resolução 466/12, adotando os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 aborda se a avaliação do monitor em fazer aulas de revisão um dia antes da prova prática de anatomia foi válida. É possível observar que 96,29% dos alunos afirmam que a atitude dos monitores em fazer revisão um dia antes foi positiva.

	Sim	Não	Parcialmente
A iniciativa do monitor foi positiva?	104	0	4
	96,29%	0%	3,70%

Tabela 1 – Iniciativa do monitor em fazer aulas de revisão um dia antes da prova prática de anatomia

Agrada muito os alunos a iniciativa dos monitores de dispor tempo para ajudar numa revisão em laboratório para as provas práticas. Assis F (2006) argumenta que a monitoria se configura como uma iniciativa relevante no ambiente universitário, pois tais atividades envolvem o desenvolvimento de ações que fortalecem a formação do aluno em diferentes dimensões, ao mesmo tempo em que lhe proporciona a possibilidade de ampliar o conhecimento, desenvolvendo suas habilidades e aptidões para o campo do ensino

A Tabela 2 mostra que as aulas de revisão um dia antes da prova prática contribui para o aluno ficar mais confiante durante a aplicação do teste. É notório como quase a totalidade dos alunos concordam que a prática dos monitores em aplicar aulas com objetivo de revisar o assunto da prova é de suma importância para o ganho de confiança no domínio do conteúdo.

	Sim	Não	Parcialmente
Contribuiu para se sentir mais seguro?	102	1	5
	94,44%	0,92%	4,62%

Tabela 2 – Contribuição do ganho de confiança dos alunos, durante a aula prática de revisão, em relação aos assuntos que serão abordados na prova prática.

Assim, os alunos sentem-se mais seguros para a prova prática do dia seguinte após terem revisado o conteúdo com os monitores no dia anterior.

A Tabela 3 avalia se a aula prática de revisão no dia anterior contribuiu para a análise do conhecimento dos discentes para a prova do dia seguinte. Nesses dados, pode-se notar que 93,51% dos acadêmicos concordam que a aula de revisão é importante para medir o grau de conhecimento prévio antes da prova, servindo para o aluno focar nos assuntos que ele sentiu deficiência durante a revisão.

	Sim	Não	Parcialmente
Contribuiu para fazer uma autoanálise do domínio do assunto?	101	0	7
	93,51%	0,0%	6,48%

Tabela 3 – Contribuição da aula de revisão para analisar o conhecimento prévio do assunto do teste do dia seguinte.

Desse modo, a aula de revisão foi fundamental para fixação do conteúdo da prova, bem como para os alunos terem noção de qual assunto deveriam revisar por conta própria em casa nas horas antes da aplicação do teste. A atuação dos monitores nessa aula de revisão é de suma importância, uma vez que as turmas são numerosas e os professores sozinhos não teriam como ajudar todos os alunos dando atenção de forma igual a maioria. Sendo assim, o ensino decorrente da monitoria é considerado, por Heward (1982), o mais intenso e personalizado de todos os processos de ensino-aprendizagem já estudados. O autor salienta que um professor não conseguiria ensinar classes numerosas ou heterogêneas dentro da proposta de atendimento individualizado sem um trabalho integrado com o monitor.

A Tabela 4 revela a concepção dos acadêmicos quanto a manutenção da revisão do assunto antes da aplicação de provas práticas nos laboratórios. É possível perceber que grande parte dos alunos concordam que as aulas de revisão devem continuar, visto que há real ajuda no preparo deles para o teste.

	Sim	Não	Parcialmente
A prática das revisões deve ser mantida?	101	1	6
	93,51%	0,92%	5,55%

Tabela 4 – Concepção dos acadêmicos quanto a manutenção da revisão do assunto antes da aplicação de provas práticas nos laboratórios

Os alunos concordam que o uso das aulas práticas de revisão válida como ferramenta de fixação do conteúdo e deve ser mantida nas próximas turmas de anatomia pelos futuros monitores.

A Tabela 5 demonstra muitos concordam que aulas de revisão devem ser aplicadas em outras disciplinas do curso de Medicina. Deve partir do professor a criatividade de abordar o assunto do conteúdo programático de maneira criativa para o ganho de conhecimento dos alunos. Segundo Ribas (2008), o professor deve ser alguém criativo, competente e comprometido com o advento das novas tecnologias, interagindo em meio à sociedade do conhecimento, repensando a educação e buscando os fundamentos para o uso dessas novas tecnologias, que causam grande impacto na educação e determinam uma nova cultura e novos valores na sociedade.

	Sim	Não	Parcialmente
As aulas de revisão deveriam ser aplicadas em outras matérias?	93	3	6
	86,11%	2,77%	11,11%

Tabela 5 – Concepção do aluno sobre a aplicação de aulas de revisão em outras disciplinas.

Dessa forma, além de concordarem na manutenção das aulas de revisão um dia antes da aplicação da prova prática, mais da metade dos alunos assentem que esse tipo de abordagem deve ser expandida para outras matérias do curso, visto que, quando feito da maneira correta, a revisão ajuda o aluno a consolidar o assunto do conteúdo programático do teste.

CONCLUSÃO

Sendo assim, pode-se perceber que o uso de aulas de revisão um dia antes da aplicação da prova prática de Anatomia Humana no curso de Medicina é de grande valia para firmar o conhecimento prévio dos acadêmicos que irão para a prova. Dessa forma, cabe aos professores incentivar os monitores a continuar a realização dessas aulas, uma vez que é benéfica para todos.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos discentes de medicina que cursaram Anatomia em 2015

e 2016 e se prontificaram a responder o questionários, possibilitando a realização dessa pesquisa, ao nosso professor orientador Márcio Ribeiro Kzam, que por muitos anos enriquece o ganho do conhecimento anatômico no estado do Amazonas para diversos médicos e acadêmico.

REFERÊNCIAS

SOARES ,M. A. A. et al. **A monitoria como subsídio ao processo de ensino-aprendizagem :o caso da disciplina administração financeira no CCHSA-UEPB.** XI Encontro de Iniciação à Docência Paraíba, p.2 ,2009

ASSIS, F. et al. Programa de Monitoria Acadêmica: percepções de monitores e orientadores. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 14, n. 3, p. 391-397, 2006.

Heward, W. L. (1982). Tutor Huddle: key element in a classwide peer tutoring. The system. *Elementary School Journal*, 83 (2), 114-123

RIBAS, D. A docência no Ensino Superior e as novas tecnologias. **Revista Eletrônica Latu Sensu**, ano 3, n. 1, mar. 2008.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/12/2019

Data de submissão: 21/10/2019

Thaís Rogério dos Santos

Enfermeira

Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação
em Enfermagem

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6641310546954860>

Simone Clésia Lopes Melo

Nutricionista Hospital Geral Dr. Waldemar
Alcântara Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3021843860797307>

Carolina Drummond Barboza

Nutricionista Hospital Geral Dr. Waldemar
Alcântara Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3472707331663600>

Antônio Emmanuel Paiva de Araújo

Farmacêutico Hospital Geral Dr. Waldemar
Alcântara Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9496516290252099>

Geise Moreira Sales de Oliveira

Enfermeira

Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação
em Enfermagem

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9527258180014620>

Grazielle Mara da Mata Freire

Enfermeira

Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação
em Enfermagem

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4024744467354259>

Léa Maria Moura Barroso Diógenes

Enfermeira

Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia
e Inovação em Enfermagem

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1353500246237902>

Fernanda Fernandes de Oliveira Silva

Nutricionista

Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1334185670850955>

Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral

Enfermeira

Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação
em Enfermagem

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1342734586269154>

Luciana Pacheco Soares Guedes

Enfermeira Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0344001051232373>

Luciana Veras de Almeida

Enfermeira

Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara

Fortaleza – Ceará

RESUMO: O planejamento de intervenções multidisciplinares busca contemplar a integração das ações dos profissionais de saúde e a visão holística do ser humano. Nesse contexto, destaca-se a atuação dos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN). Sabendo-se da importância de um bom planejamento para a execução de um projeto e visando ao desenvolvimento deste estudo, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O objetivo é apresentar a experiência da utilização do PES para o planejamento das atividades da EMTN de uma instituição hospitalar pública da cidade de Fortaleza/CE. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado nos quatro momentos do PES (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional). O primeiro momento refere-se à explicação da realidade e reflexão sobre as variáveis do problema de obstrução de sondas. O segundo momento descreve as intervenções propostas pelo grupo, responsáveis e participantes das atividades, o prazo de execução e os recursos necessários. A viabilidade do plano de ação, inserido no terceiro momento, envolve ações prioritárias para a garantia das ações planejadas. O quarto momento corresponde à implementação das propostas da EMTN. Após a análise, concluiu-se que o planejamento estratégico foi essencial para o gerenciamento das atividades da equipe, pois possibilitou a discussão do problema levantado e o envolvimento dos profissionais de saúde para uma melhor assistência ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento estratégico. Serviço Hospitalar de Nutrição. Equipe de assistência ao paciente. Nutrição enteral.

SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING OF A MULTIDISCIPLINARY NUTRITIONAL THERAPY TEAM: REPORT OF AN EXPERIENCE

ABSTRACT: The planning of multidisciplinary interventions seeks to contemplate the integration of the actions of health professionals and the holistic view of the human being. In this context highlight the action of the professionals of the Multidisciplinary Nutritional Therapy Team (EMTN). Knowing the importance of good planning for the execution of a project and aiming at the development of this study, was used the Situational Strategic Planning (PES). The objective is to present the experience of using PES to planning the activities of EMTN of a public hospital in the city of Fortaleza (CE). This is a descriptive study, of the experience report type, based on the four moments of the PES (explanatory, normative, strategic and tactical-operational). The first moment refers to the explanation of reality and reflection on the variables of the problem of probes obstruction. The second stage describes the interventions proposed by the group, those responsible and participants of the activities, the execution time and the necessary resources. The feasibility of the action plan, inserted in the third moment, involves priority actions to guarantee the planned actions. The fourth moment corresponds to the implementation of the proposals of the EMTN. After the analysis, it was concluded that the strategic planning was essential for the management of the activities form team, as it allowed the discussion of the problem raised and the involvement of health professionals for better patient care.

KEYWORDS: Strategic planning. Hospital Nutrition Service. Patient care team. Enteral nutrition.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe nas instituições hospitalares é uma das estratégias utilizadas para o enfrentamento do processo de especialização na área da saúde, que tende a aprofundar as intervenções em aspectos individualizados das necessidades de saúde. Cada vez mais profissionais entendem que o atendimento aos usuários com potencial para complicação de seu estado de saúde requer uma assistência contínua e ações multiprofissionais e interdisciplinares bem planejadas (ALVES *et al.*, 2016).

O planejamento é uma ferramenta que contribui nos resultados futuros de determinadas ações, no qual, este nos ensina a pensar antes de agir. Para aqueles que não o fazem, as ações são improvisadas e correm o risco de não atingir os resultados pretendidos (SILVA, 2000).

O planejamento de intervenções multidisciplinares busca contemplar a integração das ações dos profissionais de saúde e a visão holística do ser humano, atendendo ao princípio da integralidade, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES *et al.*, 2016).

O planejamento em saúde tem-se fundamentado em três vertentes, são elas: o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP) e o Planejamento por Projetos Orientado por Objetivo (*Zielorientierte Projektplanung*, sigla em alemão, ZOPP). Os métodos PES e MAPP são criações do autor chileno Carlos Matus, que investigou profundamente sobre os enfoques e métodos de planejamento utilizados em sua experiência como ministro da Economia do governo Allende, no período de 1970 a 1973 (ARTMANN, 1993).

Para este trabalho, foi utilizado o PES, importante método de planejamento para transformar uma realidade, com grande aplicabilidade na gestão em saúde, facilitando o enfrentamento de problemas complexos e considerando a interpretação da realidade pelos próprios atores sociais e sua criatividade para a resolução dos problemas levantados (MATUS, 1996).

Nesse contexto, destaca-se a atuação dos profissionais que se dedicam ao acompanhamento de pacientes com risco nutricional ou desnutridos, em uma instituição hospitalar pública. Por meio da Portaria n. 272, de 8 de abril de 1998, que trata do regulamento técnico para a Terapia Nutricional Parenteral, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) como sendo um “[...] grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos um profissional

médico, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional (TN)” (BRASIL, 1999, p. 78).

Dentre as atribuições da EMTN, ressalta-se que esta deve assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico/laboratorial e avaliação final da TN, bem como capacitar os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no processo (BRASIL, 1999). Deste modo, estes profissionais devem ser capazes de identificar possíveis problemas ou situações reais que ponham em risco a continuidade do suporte nutricional, assim como planejar e executar ações direcionadas à manutenção da segurança do paciente em TN.

O objetivo deste estudo é apresentar a experiência da utilização do PES para o planejamento das atividades da EMTN de uma instituição hospitalar pública da cidade de Fortaleza/CE.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que utilizou o PES como método de planejamento das atividades da EMTN de um hospital público de nível de assistência secundário, referência no atendimento ao paciente crônico de alta dependência, situado na cidade de Fortaleza/CE.

Este trabalho foi motivado pela ocorrência de nove casos de obstrução de sondas enterais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do eixo adulto da instituição, alterando o perfil do indicador de qualidade Saída inadvertida de sonda enteral em pacientes em Terapia Nutricional Enteral (TNE), gerenciado pela EMTN.

De acordo com Matus (1996), o PES é composto por quatro momentos contínuos e interdependentes, são eles: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico e momento tático-operacional.

As atividades de planejamento envolveram quatro membros da EMTN, com a colaboração da coordenadora de Enfermagem das UTIs do eixo adulto. A etapa de implementação das ações contou com a participação de 48 profissionais de enfermagem destas UTIs, sendo 15 enfermeiros e 33 técnicos de enfermagem. O estudo foi realizado no período de julho a setembro de 2016.

Este trabalho foi submetido à apreciação da Comissão Interna de Pesquisa (CIP) do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA), obtendo parecer favorável sob número de protocolo 0.44/2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a ocorrência dos nove casos de obstrução de sondas enterais nas UTIs,

identificados em um espaço de tempo de três dias, a coordenação de Enfermagem da unidade contatou a EMTN para reportar a problemática.

Na ocasião, estiveram reunidos a enfermeira, o farmacêutico e a nutricionista assistencial e a coordenadora técnica da EMTN, totalizando quatro membros da equipe, assim como a coordenadora das UTIs e a representante da empresa fornecedora das dietas enterais no hospital. Este grupo passou, então, a analisar o problema, buscando identificar possíveis causas dos eventos e estratégias para a solução destas. O planejamento estratégico situacional foi estruturado conforme os quatro momentos citados por Matus (1996).

Momento explicativo: explicando a realidade

Neste primeiro momento, o ator busca explicar a realidade, refletir sobre o relevante problema que tem interesse em intervir, em conjunto com os demais atores sociais. Quando inserido em uma realidade, o ator é capaz de ser criativo, possibilitando a construção de projetos (MATUS, 1996).

Para esta etapa do planejamento, utilizou-se o fluxograma de governabilidade, de Carlos Matus (1996), levantando as variáveis para o problema de obstrução de sonda.

Identificou-se que, dos nove pacientes que tiveram sondas obstruídas, oito estavam utilizando sistema de nutrição enteral fechado. O sistema fechado constitui-se de nutrição “[...] industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão de equipo de administração” (BRASIL, 2000, p. 89). Nessa modalidade, o paciente recebe a dieta em frascos de 500 a 1.000 ml, com administração controlada por bomba de infusão contínua.

Foi também questionada por este grupo a qualidade da sonda enteral utilizada no hospital, assim como os medicamentos que estavam sendo administrados por intermédio dela, sua diluição e a lavagem da sonda, realizada pela equipe de enfermagem, após a administração dos medicamentos e troca dos frascos de dieta por sistema fechado.

Momento normativo: como deve ser o plano?

Trata-se do momento de desenhar o conjunto de ações necessárias e suficientes para combater as causas do problema. É importante a definição de prazos, metas e os atores envolvidos em cada ação (MATUS, 1996).

Após o levantamento das possíveis causas para o efeito de obstrução de sonda, os quatro membros da EMTN partiram para a elaboração do plano de intervenção multiprofissional. Para isso, preferiu-se utilizar a ferramenta de gestão 5W2H. Sua metodologia tem origem nos termos *What* (o que), *Who* (quem), *Why* (por quê),

Where (onde), *When* (quando), *How* (como), *How much* (quanto), que consistem em perguntas para apoio ao planejamento das atividades.

Foram descritos o problema, as propostas de intervenções para sua solução e seus participantes, os responsáveis pela execução das atividades e os prazos para início e término das intervenções.

Momento estratégico: viabilizando o plano

A estratégia, conforme Matus (1996), refere-se aos procedimentos para a construção da viabilidade do plano, a partir da negociação e do gerenciamento de conflitos.

Com a finalidade de alcançar a viabilidade do plano, registrou-se queixa técnica contra a sonda enteral disponível no hospital, destacando a baixa qualidade do produto e o potencial para obstrução por medicamentos e dieta. Além disso, foi solicitada sua substituição por uma sonda adequada. A equipe ainda pactuou com a coordenação de Enfermagem das UTIs a lavagem das sondas enterais com 40 ml de água potável a cada 6 horas de dieta por sistema fechado em curso, como também após a administração de medicamentos por via enteral nestes pacientes.

Por fim, realizou-se levantamento da literatura pertinente e consulta aos protocolos institucionais para a preparação do conteúdo das capacitações referentes ao manuseio de dietas enterais por sistema aberto e fechado, aos cuidados de enfermagem com sondas gástricas e enterais e ao preparo, diluição e administração de medicamentos por sondas.

Momento tático-operacional: como fazer

A última etapa do planejamento estratégico consiste no momento de implementação das propostas de intervenção. Sendo assim, o plano torna-se um compromisso de ações que gerem resultados, podendo ser traduzidos em situações mais favoráveis que a inicial (MATUS, 1996).

As capacitações ocorreram em momentos distintos, conforme programação e disponibilidade dos profissionais da EMTN, não implicando negativamente no objetivo em razão das interseções dos conteúdos abordados nos treinamentos. Optou-se pela organização de pequenos grupos compostos por enfermeiros e técnicos de enfermagem das UTIs do eixo adulto, para a realização das capacitações no próprio setor, visando à utilização do ambiente para uma instrução prática, semelhante ao que ocorre diariamente nas unidades.

Foram abordados: a técnica de homogeneização das dietas nos frascos antes da instalação; a importância da vigilância do gotejamento e lavagem da sonda, com

jatos de água pela seringa, a cada 6 horas para dieta por sistema fechado, após o término da infusão do volume do frasco de dieta e também após a administração de medicamentos; as medidas para a prevenção de obstrução de sonda; o preparo e a diluição correta de medicamentos possíveis de serem administrados por estes dispositivos; e a divulgação de lista de medicamentos potencialmente obstrutores de sondas.

Após a substituição da sonda enteral na instituição e finalizado este ciclo de capacitações, foi possível observar a redução da incidência de obstruções de sondas nas UTIs, demonstrando o impacto positivo do planejamento estratégico para as atividades da EMTN.

4 | CONCLUSÃO

A EMTN vivencia diariamente situações que requerem ações planejadas. Nesse contexto, o planejamento estratégico foi essencial para o gerenciamento das atividades da equipe, pois possibilitou a discussão do problema levantado e o envolvimento dos profissionais de saúde, das UTIs e das EMTNs, contribuindo para o alcance dos objetivos das equipes e da instituição e refletindo em uma melhor assistência ao paciente em TNE.

Torna-se, então, fundamental o desenvolvimento de novos estudos como este, que utilizem métodos de organização de planejamento das atividades das EMTNs e reforcem nossa experiência, certificando que o planejamento estratégico integra e orienta as intervenções desses profissionais em outras instituições.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. R. et al. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, MT, v. 1, n. 2, p. 246-262, dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1592>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional**: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). 1993. 280 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 130-E, p. 89, 7 jul. 2000. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/07/2000&jornal=1&pagina=82>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998. Dispõe os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 71-E, p. 78-90, 15 abr. 1999. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data>>

=15/04/1999&jornal=1&pagina=78>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

SILVA, S. F. Planejamento em unidades básicas de saúde: noções de planejamento, estratégia e modelo assistencial. **Espaço para a saúde**: Revista de Saúde Pública do Paraná, Londrina, v. 1, n. 2, p. 65-74, jun. 2000. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/72487957/PLANEJAMENTO-EM-UNIDADES-BASICAS-DE-SAUDE>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

PRÁTICA EDUCATIVA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: MITOS E VERDADES SOBRE AMAMENTAÇÃO

Data de aceite: 05/12/2019

Ana Ligia da Silva Bandeira

Escola Estadual de Educação Profissional Dom
Walfrido Teixeira Vieira, Sobral-CE;

José Iran Oliveira das Chagas Júnior

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará- SESA-
Fortaleza-CE;

Paulo Ayslen Nascimento de Macêdo

Escola Estadual de Educação Profissional,
Leopoldina Gonçalves Quezado, Aurora-CE;

Priscila Alencar Mendes Reis

Unigrande- Universidade da Grande Fortaleza,
Fortaleza-CE;

Wanderson Alves Martins

Uniateneu- Universidade Ateneu, Fortaleza-CE;
Email: analigiabandeira@yahoo.com.br

RESUMO: Este estudo trata de um relato de experiência do processo de construção da formação profissional de nível técnico em enfermagem para adolescentes com faixa etária entre 14 e 18 anos dentro da modalidade de ensino médio integrado de uma EEEP- Escola Estadual de Educação Profissional Professora Luíza de Teodoro Vieira. A justificativa em abordar sobre mitos e verdades do Aleitamento Materno deve-se aos benefícios proporcionados pelo aleitamento materno para a mãe e o recém-nascido e por conta da semana do bebê do

Hospital João Elísio de Holanda em Maracanaú-Ceará. Na unidade hospitalar estagiários da EEEP Professora Luíza de Teodoro Vieira realizam educação em saúde no Setor Canguru e Alojamento Conjunto sobre várias temáticas, dentre elas: Aleitamento Materno, Prevenção de Quedas em recém-nascidos e Cuidados Gerais com os recém-nascidos, tendo-se como público alvo as mães dos recém-nascidos. Realizaram da Prática Educativa 06 (seis) estagiários com idades entre 16 e 18 anos, sob orientação da enfermeira docente, participaram da Prática Educativa 40 (quarenta) gestantes com idades entre 17 e 39 anos. Critério de Inclusão: Usuárias gestantes que quisessem participar da ação e critério de exclusão: Usuárias gestantes que não quisessem participar. Conclui-se que Educação em Saúde deve acontecer também na atenção secundária, com isso os orientadores de estágio devem ter sensibilidade para perceber as devidas necessidades do serviço contribuindo para o processo de cuidar, melhorando a qualidade da assistência prestada e colocando os usuários como protagonista do seu cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Amamentação.
Prevenção. Atenção secundária. Estágio

EDUCATIONAL PRACTICE IN SECONDARY
CARE: BREASTFEEDING MYTHS AND
TRUTHS

ABSTRACT: This study is an experience report of the process of construction of technical level professional education in nursing for adolescents aged 14 to 18 years within the integrated high school modality of an EEEP- State School of Professional Education Professor Luíza de Teodoro Scallop. The justification for addressing breastfeeding myths and truths is due to the benefits provided by breastfeeding for the mother and newborn and because of the baby week of João Elísio de Holanda Hospital in Maracanaú-Ceará. At the EEEP trainee hospital, Professor Luíza de Teodoro Vieira provides health education in the Kangaroo Sector and Joint Accommodation on various topics, including: Breastfeeding, Prevention of Falling in newborns and General Care with newborns. target audience are the mothers of newborns. Six (6) trainees aged 16 to 18 years under the Educational Practice, under the guidance of the teaching nurse, participated in the Educational Practice 40 (forty) pregnant women aged 17 to 39 years. Inclusion Criteria: Pregnant users who wanted to participate in the action and exclusion criteria: Pregnant users who did not want to participate. It is concluded that Health Education should also happen in secondary care, so the internship counselors must be sensitive to understand the proper needs of the service contributing to the care process, improving the quality of care provided and placing users as protagonist of the service. your take care.

KEYWORDS: Breastfeeding. Prevention. Secondary attention. Internship

INTRODUÇÃO

O incentivo à amamentação através da Educação em Saúde na atenção primária e secundária pode contribuir de forma significativa para a excelência na adesão e qualidade do processo de amamentação. A utilização de dinâmicas potencializa a construção de novas formas de aprendizagens e atitudes positivas frente ao tema a ser trabalhado.

Ínúmeros fatores podem contribuir para a baixa frequência da prática do aleitamento materno, e acredita-se que a falta de informação é grande responsável pela interrupção do aleitamento materno exclusivo.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que, até os seis meses de vida, o único alimento a ser ofertado ao bebê seja o leite materno. Esse alimento já tem todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento e a hidratação do bebê, portanto, não é preciso nem ao menos oferecer água à criança.

Santos, 2018 cita as vantagens do aleitamento materno: -Protege o bebê de infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; -Protege a criança contra alergias; -Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes a longo prazo; -Melhora o desenvolvimento da cavidade bucal; -Ajuda o útero da mulher a voltar mais rápido para o tamanho natural; -Reduz o risco de hemorragias após o parto; -Ajuda na perda de peso da mulher após a gestação; -Diminui o risco de câncer de ovário e mama; -Diminui os riscos de gravidez nos primeiros seis meses e estreita

os laços entre mãe e filho.

De acordo com o Ministério da Saúde, 2017, os Mitos que cercam o aleitamento materno e podem confundir a mãe em relação à amamentação. A seguir, confira algumas informações importantes sobre a amamentação: - não existe mulher com leite fraco; -quanto mais o bebê mamar, mais leite a mãe produzirá; - o leite materno está na temperatura ideal; - mamadeiras e chupetas podem interferir no aleitamento; - O estresse pode influenciar na produção de leite; - até o sexto mês de vida, não é necessário fornecer outro alimento ao bebê; - não se deve utilizar medicamentos sem antes consultar o médico; - o leite materno pode ser armazenado congelado.

OBJETIVO

Relatar a prática educativa trabalhada na atenção secundária sobre mitos e verdades do aleitamento materno, direcionada às gestantes em sala de espera para consulta com o médico obstetra.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante experiências práticas da educação em saúde sobre mitos e verdades da amamentação no Hospital João Elísio de Holanda- Maracanaú- Ceará.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica. (CAVALCANTE, 2012, p. 96).

O estudo foi realizado no período de 02 a 20 de agosto de 2018 em Maracanaú- Ceará. Participaram do estudo, gestantes que aguardavam por consulta agendada com médico obstetra. A operacionalização da prática educativa foi dividida em três etapas: na primeira, houve planejamento da atividade educativa; na segunda, realização da oficina educativa com a realização de dinâmica com perguntas relacionadas aos mitos e verdades sobre amamentação; e na terceira, encerramento da atividade educativa com entrega de brindes, certificação e foram parabenizadas as participações das gestantes.

Realizaram da Prática Educativa 06 (seis) estagiários com idades entre 16 e 18 anos, sob orientação da enfermeira docente, participaram da Prática Educativa 40 (quarenta) gestantes com idades entre 17 e 39 anos. Critério de Inclusão: Usuárias gestantes que quisessem participar da ação e critério de exclusão: Usuárias não gestantes ou gestantes que não quisessem participar. As informações foram coletadas mediante registro das experiências docentes com uso de um diário de

campo da orientadora de estágio e comentários das usuárias do serviço. Essas informações foram analisadas de forma qualitativa, com a descrição do relato da enfermeira supervisora de estágio.

Seguimos os princípios éticos através da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebe-se que a prática do aleitamento materno está permeada por mitos e que uma forma de reduzi-los é através da informação. Com isso realizamos práticas educativas com o intuito de colaborar com os usuários do serviço. Descreveremos as etapas do processo.

Na primeira etapa, definiu-se como atividade a realização de oficina educativa sobre a temática amamentação com a dinâmica de mitos e verdades sobre amamentação. Além disso, definiu-se como público-alvo, gestantes e puérperas que aguardavam por atendimento do médico obstetra. A justificativa em abordar esse assunto deve-se aos benefícios proporcionados pelo aleitamento materno para a mãe e o recém-nascido e por conta da semana do bebê do hospital municipal de Maracanaú-Ceará. Além disso, na unidade hospitalar estagiários da EEEP Professora Luíza de Teodoro Vieira realizam educação em saúde no Setor Canguru e Alojamento Conjunto sobre várias temáticas, dentre elas: Aleitamento Materno, Prevenção de Quedas em recém-nascidos e Cuidados Gerais com os recém-nascidos, tendo-se como público alvo as mães dos recém-nascidos. Acreditamos na necessidade de sensibilizar essas mulheres quanto à importância da prática da amamentação. Na segunda etapa de aplicação da dinâmica de mitos e verdades, fazíamos as afirmativas sobre amamentação e as mães deveriam dizer se era mito ou verdade. Durante essa etapa, estagiários interagiram com o público, por meio de perguntas norteadoras. Foram salientadas informações pertinentes à temática amamentação. Falou-se da importância da amamentação, dos seus benefícios, o não uso de chupetas e mamadeiras e sobre a pega correta. Observou-se, como resultado relevante, que as participantes demonstraram conhecimento insatisfatório quanto à temática amamentação. A terceira etapa caracterizou-se pelo encerramento da atividade educativa. Nesse momento, participantes verbalizaram sobre o aprendizado adquirido, dizendo que gostaram da estratégia educativa, relatando que a vivência foi divertida. Relataram, ainda, que a atividade foi importante, pois permitiu troca de conhecimento, reflexão e discussões sobre o assunto, além de possibilitar aproveitamento do tempo ocioso devido ao aguardo pela consulta na unidade de saúde, já que a atividade educativa foi realizada na sala de espera.

CONCLUSÃO

A prática educativa possibilitou que gestantes tornem-se parte central em seu processo de aprendizagem, pois a partir da construção do saber, as mesmas puderam adquirir autonomia capaz de gerar mudanças de comportamento, mesmo que estas não fossem imediatas, mas que podiam gerar reflexões sobre práticas e atitudes futuras quanto às questões inerentes à amamentação. Acredita-se que a sala de espera seja espaço dinâmico, potente e significativo para o desenvolvimento outros tipos de atividades educativas.

Conclui-se que Educação em Saúde deve acontecer também na atenção secundária, com isso os orientadores de estágio devem ter sensibilidade para perceber as devidas necessidades do serviço contribuindo para o processo de cuidar, melhorando a qualidade da assistência prestada e colocando os usuários como protagonista do seu cuidar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <https://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno> Acessado em: 02 de agosto de 2018.

CAVALCANTE, B. L. L, LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health, Pelotas (RS). v. 1, n. 2, p. 94-103, jan/jun, 2012.

SANTOS, V. S. "Aleitamento materno exclusivo"; Brasil Escola. 2018. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/biologia/aleitamento-materno-exclusivo.htm>>. Acesso em: 02 de agosto de 2018.

CAPÍTULO 21

PREVALÊNCIA E PERFIL DE USUÁRIOS DE ESTERÓIDES ANABOLIZANTES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS EM ACADEMIAS DO MUNICÍPIO DE PARAMBU-CEARÁ

Data de aceite: 05/12/2019

José Ytalo Gomes da Silva

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Luiza Michelly Gonçalves Lima

Grupo de Pesquisa Biotecnologia em Recursos
Naturais (BIOREN), Universidade Estadual do
Ceará, CECITEC-Tauá-CE

Arnaldo Solheiro Bezerra

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Luiz Francisco Wemmenson Gonçalves Moura

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Carla Laine Silva Lima

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Marcelo Oliveira Holanda

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Sandra Machado Lira

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Chayane Gomes Marques

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Joana Talita Galdino Costa

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

João Xavier da Silva Neto

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Ana Paula Apolinário da Silva

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Maria Izabel Florindo Guedes

Laboratório de Biotecnologia e Biologia Molecular
– Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

RESUMO: O consumo de esteróides andrógenos anabolizantes (EAAs) vem aumentando entre os praticantes de exercícios de resistência nas academias no Município de Parambu-Ce. O presente trabalho objetivou elucidar os efeitos nocivos e os principais anabolizantes utilizados pelas pessoas que buscam ganho rápido de massa magra, melhora de performance ou aparência física. O estudo foi realizado por meio de aplicação de um questionário (n=100), no

qual 83 foram respondidos. Com os dados obtidos, foi possível traçar o perfil de idade dos praticantes de musculação, assim como o uso de esteróides anabolizantes pelos mesmos na região. A principal faixa etária onde foi encontrado um maior número de usuários de anabolizantes correspondeu a jovens com idades entre 21 e 25 anos, do gênero masculino e que buscava melhorias estéticas na busca por um corpo perfeito. Os EAAs foram adquiridos em farmácias sem receita médica (40%), outros 40% com amigos e, apenas, 20% relataram ter obtido os anabolizantes com receita médica. Apesar do alto consumo, 86,8% dos usuários afirmaram ter conhecimento sobre os efeitos colaterais proporcionados pelo uso irresponsável de anabolizantes, e destes, 40% relataram ter feito acompanhamento médico durante o uso de substâncias anabólicas. Outro dado relevante encontrado foi que 92,8% dos participantes acreditam que o uso de EAAs associado com outros medicamentos poderia reduzir os efeitos adversos relatados em diversas pesquisas. Este estudo ressalta a necessidade de ações preventivas e educativas junto à população jovem, uma vez que o uso dos EAAs chega aos indivíduos mais jovens como a saída mais fácil para atingir o corpo desejado.

PALAVRAS-CHAVE: Anabolizantes. Musculação. Estética.

PREVALENCE AND PROFILE OF ANABOLIC STEROID USERS OF PHYSICAL ACTIVITY PRACTITIONERS IN GYMS IN THE CITY OF PARAMBU-CEARA

ABSTRACT: Consumption of anabolic androgenic steroids (AAS) has been increasing among resistance exercise practitioners in gyms in Parambu-Ce. The present work aimed to elucidate the harmful effects and the main anabolic effects used by people seeking fast gain of lean mass, performance improvement or physical appearance. The study was conducted by applying a questionnaire (n = 100), in which 83 were answered. With the data obtained, it was possible to trace the age profile of bodybuilders, as well as the use of anabolic steroids by them in the region. The main age group where a higher number of anabolic users were found corresponded to young people aged between 21 and 25 years, male and seeking aesthetic improvements in the search for a perfect body. AASs were purchased from over-the-counter pharmacies (40%), 40% from friends, and only 20% reported having anabolic prescription drugs. Despite the high consumption, 86.8% of users said they were aware of the side effects caused by the irresponsible use of anabolic steroids, and of these, 40% reported having medical follow-up while using anabolic substances. Another relevant finding was that 92.8% of participants believe that the use of EAAs associated with other medications could reduce the adverse effects reported in several studies. This study underscores the need for preventive and educational actions for the young population, since the use of AAS reaches younger individuals as the easiest way to achieve the desired body.

KEYWORDS: Anabolic. Bodybuilding. Aesthetics.

1 | INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos, a necessidade de ser superior ao seu semelhante e garantir uma posição de respeito dentro do convívio social fez o homem valorizar de forma extrema a aparência e o tamanho corporal. Quem alcançasse determinado perfil antropométrico, ditado pela sociedade, seria visto como um exemplo de vigor, poder, beleza e sexualidade (BARBOSA NETO, 2010).

Depois das chamadas drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack e tantas outras) e das lícitas (fumo, álcool, sedativos), uma nova droga começa a preocupar autoridades e profissionais da saúde em todo o mundo: os esteróides anabolizantes (RIBEIRO, 2001). Com o intuito de adquirir o corpo perfeito, muitas pessoas praticantes de exercícios físicos em academias, usam anabolizantes, suplementos e/ou complementos alimentares de forma isolada ou concomitante às práticas. Isto constitui um problema grave de saúde pública, acarretando altos índices de morbidade e até mesmo mortalidade (CRUZ *et al.*, 2004).

Os EAAs, popularizados como anabolizantes ou “bombas”, compreendem esteróides derivados da metabolização do colesterol, dentre eles a testosterona. A testosterona é produzida nos testículos e no córtex adrenal (SANTOS *et al.*, 2006). Eles têm tanto propriedades androgênicas (aumento das características masculinas), como anabólicas (provoca o crescimento muscular). Os indivíduos que os utilizam visam especialmente o aumento da massa muscular com o objetivo de obter um melhor desempenho nos esportes e uma melhor aparência. As propriedades androgênicas são responsáveis por muitos dos efeitos colaterais indesejados (ARAÚJO, 2003).

Os anabolizantes podem trazer a curto e/ou longo prazo, efeitos colaterais indesejáveis e devastadores, alguns que se resolverão com o término do uso, outros somente com intervenção cirúrgica e outros levando até a morte (BRUM FILHO; PEDRALLI, 2010). A utilização dos anabolizantes pode ser feita por meio da ingestão oral ou aplicação intramuscular (SANTOS *et al.*, 2006). A administração transdérmica via creme, gel ou atadura transdérmica têm se tornado popular nos últimos anos (LIMA; SANTOS, 2009).

O abuso de EAA para aumentar o desempenho começou nos anos de 1950, teve seu uso acentuado nos anos de 1970 e até hoje tem sido um dos grandes problemas na área esportiva. Devido a razões de ordem ética e aos efeitos nocivos à saúde, essas substâncias tiveram o uso proibido pelo Comitê Olímpico Internacional (COI) a partir de 1976, na Olimpíada de Montreal, onde foi realizado pela primeira vez o controle de anabolizantes. No meio esportivo, como agentes de dopagem, os EAA são administrados em doses elevadas, por livre iniciativa ou mesmo por prescrição médica (FRIZON; MACEDO; YONAMINE, 2006).

A situação real do uso dos anabolizantes no Brasil, juntamente com suas

consequências físicas e psíquicas, ainda não é bem documentada. Embora não se tenham estatísticas específicas para a realidade nacional, acredita-se que vem crescendo o número de consumidores dessas drogas e estes são na maioria do sexo masculino, prevalecendo às idades entre 18 e 34 anos. O maior problema percebido atualmente é a adesão às drogas nas farmácias e sua crescente popularização entre as pessoas que frequentam academias de ginástica e/ou musculação (SANTOS *et al.*, 2006).

No Brasil, a facilidade de obtenção dos anabolizantes favorece sua disseminação junto aos atletas e não atletas (LIMA; SANTOS, 2009), são escassos os estudos que abordem o uso de anabolizantes, não existindo dados epidemiológicos que indiquem a extensão do consumo dessas substâncias (IRIART; ANDRADE, 2002). Portanto, se faz necessário o desenvolvimento de novos estudos, pois, no Brasil, vários casos de danos à saúde causados pelo consumo de anabolizantes têm sido relatados, mas pouco tem sido feito para prevenção do uso dessas substâncias entre os jovens (IRIART; CHAVES; ORLEANS, 2009).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo realizar um estudo de caso para investigar e traçar um perfil dos consumidores de anabolizantes entre praticantes de atividades físicas em academias no município de Parambu - CE.

2 | METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada baseando-se em metodologias propostas por Kyselovicova, Antala e Michalak (2008), Frizon, Macedo e Yonamine (2006). Este trabalho foi realizado através da aplicação de um questionário confidencial e autoaplicável à 83 praticantes de exercícios físicos em academias do município de Parambu-CE. A amostra da presente pesquisa foi constituída por 83 indivíduos de ambos os sexos, sendo 53 mulheres e 30 homens que praticavam exercícios físicos em academias.

Os questionários ficaram disponíveis nas academias, durante três meses, onde os professores das academias colaboraram incentivando seus alunos a participarem do estudo. O questionário foi constituído por 14 perguntas objetivas. A análise das respostas permitiu verificar o índice de uso não-médico dos EAAs no município. Outros aspectos também foram considerados, como a finalidade de uso, efeitos adversos, formas de obtenção, uso de outras substâncias em associação com os mesmos, entre outros. Após o levantamento dos dados, os resultados foram expressos em tabelas e gráficos.

Os questionários foram administrados sob condição completamente anônima e voluntária. Não houve necessidade de identificação do participante e só respondia aqueles que se sentiram à vontade. Como as informações seriam únicas e

exclusivas, destinadas à pesquisa, e não havia nenhuma finalidade de punição; a preocupação maior foi com o fato de que os participantes poderiam não relatar o uso de anabolizantes por medo, vergonha ou pela possibilidade de punição. Portanto, pode-se ter um certo grau de confiança de que os participantes responderam com sinceridade.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados, correlacionando as variáveis encontradas nos questionários, forneceu resultados que traçaram um perfil fidedigno do público alvo. Ao todo foram respondidos 83 questionários dos 100 disponibilizados nas principais academias em Parambu-CE. A população em estudo foi composta, em sua maioria, por mulheres 53, correspondendo a 63,9% dos participantes da coleta de dados.

Quanto ao nível de escolaridade, 19 participantes (22,9%) relataram estar cursando ou terem concluído o nível superior, 31 (37,4%) declararam estar cursando ou terem concluído o ensino médio, 27 (32,5%) o nível fundamental. Dos participantes, 32,5% relataram realizar atividade física até 6 meses, o mesmo número foi encontrado para mais de 12 meses.

Foram citados dois EAAs pelos usuários, o Oxandrin (oxandrolona) (60%) e o Durateston (fenilpropionato, isocaproato, propionato e decanoato de testosterona) (40%). Somente 20% dos usuários relataram terem obtido os andrógenos anabólicos em farmácias com receita médica, 40% em farmácias sem a apresentação da prescrição médica e outros 40%, com os amigos.

Dos participantes, apenas 5 (6%) tem conhecimento sobre os efeitos colaterais, e 40% relatam ter feito acompanhamento médico durante o uso de EAA. Cerca de 92,8% dos participantes acreditam que o uso em associação com outros medicamentos poderia reduzir os efeitos adversos dos EAAs.

Quanto ao período de uso, a distribuição foi relativamente uniforme. Havia desde pessoas que faziam uso recente (menos de um mês), até aquelas que utilizavam EAA há (mais de um ano). Foi observado, ainda, que os 96,7% relatam que o acompanhamento médico ajuda a prevenir doenças futuras.

A percentagem de pessoas que reportaram uso de EAA no presente estudo (38,33%) foi maior do que o índice obtido em estudos realizados nas academias de Aracajú/SE (31%) (SANTOS, *et al.*, 2006), e menor que o índice obtido em estudos realizados em Campina Grande/PR (46,1%) (CRUZ, *et al.*, 2004). E representou, em sua maioria, pessoas com idade entre 21 e 25 anos. Vale ressaltar que, embora os dados tenham sido obtidos de forma confidencial, o índice de uso pode estar subestimado, uma vez que a tendência é que usuários de EAAs, por reconhecerem a atividade ilegal, se sintam mais inibidos a preencherem o questionário de forma

voluntária.

Frizon, Macedo e Yonamine (2006) realizaram um trabalho com praticantes de atividades física das academias de Erechim e Passos Fundo/RS. Responderam aos questionários 418 praticantes de atividade física, de um total de 700 questionários distribuídos. Os resultados mostraram que a percentagem de uso foi de 6,5%; todos usuários do sexo masculino, de uma população de 83% de homens. O EAA mais utilizado foi o Decanoato de nandrolona (35,29%). Os EAA foram adquiridos em farmácias com receita médica (37,04%). O perfil dos praticantes pode ser assim delineado: idade entre 21 e 25 anos, homens, estudantes universitários (62,67%) e motivados por estética e ganho de força. Este estudo ressalta a necessidade de ações preventivas e educativas junto à população jovem, corroborando, assim, com os resultados encontrados neste estudo.

Mota e Nunes (2009) realizaram um estudo entre praticantes físicos, na cidade de Araxá – MG e objetivou analisar a prevalência do uso ilícito de esteróides anabolizantes em homens treinados fisicamente. Para desenvolvimento deste estudo os voluntários foram submetidos a um questionário respondendo sobre nível de atividade física e consumo de recursos ergogênicos. Dos resultados obtidos observaram – se que os 32 voluntários da pesquisa apresentavam na faixa etária entre 19 e 52 anos, sendo todos do sexo masculino. Quanto ao tempo de treino, a grande maioria já treina a mais de um ano (65,62%); (6,25%) dos voluntários praticam entre 2 e 4 meses, (9,37%), entre 8 e 12 meses e (18,75%) entraram na academia a menos de 3 meses. Os resultados também mostraram que (94,73%) utilizaram com a intenção de aumentar a massa muscular e (5,2%) usaram por curiosidade. Neste estudo, não foi encontrado nenhum usuário do sexo feminino, o que pode ser explicado por ser um público mais consciente dos efeitos colaterais e por esses serem mais proeminentes, já que um aumento da testosterona exógena pode levar a masculinização, ocorrendo queixas como atrofia mamária, engrossamento da voz, diminuição das gorduras corporais, hirsutismo, hipertrofia do clitóris e irregularidades menstruais (CRUZ *et al.*, 2004).

Nesta pesquisa, o Durateston (fenilpropionato, isocaproato, propionato e decanoato de testosterona) foi um dos esteroides mais utilizados. Fato que pode ser simplesmente explicado pelo baixo custo do medicamento em relação aos demais. Outro dado que chamou a atenção foi o relato feito por um usuário do uso de Equipoise (undecilenato de boldenona), um produto de aplicação veterinária juntamente com outro esteróide o Winstrol.

Traçando-se o perfil dos usuários, verificou-se que são homens jovens, estudantes do ensino médio e motivados simplesmente pela estética. O fato de não terem um maior conhecimento dos riscos associados ao uso de anabolizantes, não evitaram o uso dos mesmos. Nos últimos anos, o padrão de beleza explorado pela

mídia e o culto exagerado ao corpo têm feito com que muitos jovens busquem nos EAA a realização de seus anseios.

4 | CONCLUSÃO

Pôde-se constatar que a falta de esclarecimento sobre o assunto é o que torna possível o convencimento do uso de EAAs daqueles indivíduos que buscam a estética moderna, corpos atléticos como prevalência sobre os outros, sob influência da mídia ou de pessoas próximas. Constatou-se, também, que os professores das academias não têm uma preparação adequada para lidar com esses indivíduos consumidores de anabolizantes, pois os mesmos desconhecem a existência desses problemas nas academias, e não utilizam nenhum método preventivo e educativo esclarecendo os indivíduos sobre os malefícios causados pelo uso desses produtos.

São poucos os estudos de prevalência ao uso de EAAs realizados no Brasil e sabe-se que a desinformação sobre o assunto, faz com que os EAAs cheguem aos indivíduos como a saída mais fácil para atingir o corpo desejado. Devido a esses fatores expostos, podemos considerar a prática do uso de EAA assunto preocupante, considerá-lo assunto de grandeza epidemiológica, pois a falta de informação está transformando a conduta cada vez mais comum nas academias do Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. (2003). O uso de esteroides androgênicos anabolizantes entre estudantes do ensino médio no Distrito Federal. Monografia de Graduação, Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física, Brasília, DF, Brasil.

BARBOSA NETO, O. (2010) **Modulação autonômica e características morfofuncionais cardíacas de atletas fisiculturistas em uso de esteróides anabólicos androgênicos**. *Tese de Doutorado*, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

BRUM FILHO, A. F.; PEDRALLI, M. L.; Uso de esteroides anabólicos androgênicos por praticantes de musculação nas academias brasileiras. **Revista Digital**, ano 15, n. 149, 2010.

CRUZ, J. B.; NETO, A. C. Q.; BARBOSA, D. A.; CABRAL, L. C.; WANDERLEY, M. C.; Combate ao uso de anabolizantes em academias de ginástica. **III Encontro de Extensão da UFCG**, 2004.

FRIZON, F.; MACEDO, S. M.D.; YONAMINE, M.; Uso de esteróides andrógenos anabolizantes por praticantes de atividade física das principais academias de Erechim e Passo Fundo/RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.26, n.3 p.227-232, 2006.

IRIART, J. A. B.; ANDRADE, T. M.; Musculação, uso de esteróides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1379-1387, 2002.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G.; Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 773-782, 2009.

KYSELOVICOVA, O.; ANTALA, B.; MICHALAK, K.; O uso de esteróides anabolizantes em esportistas recreativos. **Fitness & Performance Journal**. v. 7, n. 2, p. 65-8, 2008.

LIMA, O. D. M.; SANTOS, A. M.; Importância da informação sobre o abuso do uso de esteroides anabolizantes andrógenos na adolescência. **Revista Digital**, ano 14, n. 134, 2009.

MOTA, T.; NUNES, L. G. Prevalência do uso ilícito de esteróides anabolizantes em homens treinados fisicamente. **Revista Digital**, v. 14, n. 138, 2009.

RIBEIRO, P. C. P.; O uso indevido de substancias: Esteróides Anabolizantes e Energéticos. **Adolescência Latinoamericana**, v.2, n.2, Porto Alegre, 2001.

SANTOS, A. F.; MENDONÇA, P. M. H.; SANTOS, L. A.; SILVA, N. F.;

TAVARES, J. K. L.; Anabolizantes: conceitos segundo praticantes de musculação em Aracaju (Se). **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.2, p.371-380, 2006.

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO ENSINO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 05/12/2019

Jennifer Ferreira Figueiredo Cabral

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Luís Rafael Leite Sampaio

Doutor em Farmacologia, Docente da Universidade Regional do Cariri, Crato – Ceará.

Saionara Leal Ferreira

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Geise Moreira Sales

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Cybelly Teixeira Vidal

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Laysa Minnelle Távora de Brito

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Thais Rogério dos Santos

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Aline Rodrigues Feitoza

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Julyana Gomes Freitas

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Islene Victor Barbosa

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Zélia Maria de Sousa Araújo dos Santos

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

Raimunda Magalhães Silva

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE.

RESUMO: A utilização de tecnologias educacionais na enfermagem tem aperfeiçoado sua prática no cuidado, tanto em atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas, como nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos. O presente estudo objetivou sintetizar na literatura científica as tecnologias educacionais utilizadas para o processo de ensino e aprendizagem da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa com coleta de dados realizada em agosto 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); ScientificElectronic Library Online (SciELO) com os descritores Decs: tecnologia educacional; educação em enfermagem; ensino. A busca resultou em 37 artigos, sendo 17 na LILACS e

20 na SciELO, sendo que após a leitura minuciosa do título e resumo, 25 estudos foram excluídos por não atenderem ao objetivo, compondo a amostra final desta revisão de 12 artigos. Os resultados evidenciaram que em todos os estudos a experiência foi satisfatória desde a construção da tecnologia como também nas avaliações e usabilidade das mesmas na prática de enfermagem. Conclui-se que as tecnologias educacionais sejam ferramentas importantes que podem contribuir com o processo ensino–aprendizagem, desde que usadas de forma apropriada e para a assistência do paciente de forma integral.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado. Ensino. Enfermagem. Tecnologia.

EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN NURSING TEACHING

ABSTRACT: The use of educational technologies in nursing has improved its practice in care, both in technical assistance and bureaucratic-administrative activities, as well as in interpersonal relationships established between the different subjects involved. The present study aimed to synthesize in the scientific literature the educational technologies used for the teaching and learning process of nursing. This is an integrative review with data collection performed in August 2018, in the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO) with descriptors Decs: educational technology; nursing education; teaching. The search resulted in 37 articles, 17 in LILACS and 20 in SciELO, and after thorough reading of the title and abstract, 25 studies were excluded for not meeting the objective, making up the final sample of this review of 12 articles. The results showed that in all studies the experience was satisfactory since the construction of the technology, as well as in their evaluations and usability in nursing practice. It is concluded that educational technologies are important tools that can contribute to the teaching-learning process, as long as they are used properly and for patient care in its entirety.

KEYWORDS: Caution. Teaching. Nursing. Technology.

1 | INTRODUÇÃO

As transformações da sociedade contemporânea tem exigido que as Instituições de Ensino Superior (IES) utilizem métodos de ensino ativo, com a participação ativa do aluno como sujeito da construção do saber, formulador de hipótese e pesquisador. Esta metodologia vem sendo cada vez mais frequente nos cursos de graduação e de pós-graduação em enfermagem, já que viabiliza o acesso tanto na modalidade presencial como a distância, em diferentes formatos, como vídeos, aplicativos, jogos, dentre outros (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

A metodologia ativa do ensino vem ganhando proporções notáveis no meio acadêmico promovendo mudanças na didática e grades curriculares das IES, se tornando um desafio para o docente, compreendido nesta ótica como agente facilitador, ter à mão tecnologias inovadoras para o modelo ensino- aprendizagem

nos cursos da área de saúde. Compreende-se tecnologia como todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos que facilitam os processos gerenciais, assistências e educativos (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010), sendo classificadas como Tecnologias assistências, educacionais e gerências (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Para Nietzsche (2005), a Tecnologia Educacional (TE) consiste num conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal e informal.

Assim, os docentes/facilitadores dos curso de graduação e pós graduação em saúde tem buscado implementar essas mudanças, adequando-se às novas tecnologias educacionais rompendo com método clássico em que o aluno passa a ser sujeito da construção de seu conhecimento a partir de práticas vivenciadas, por meio de metodologias ativas (MILLÃO *et al.*, 2017).

Então, pode-se afirmar que as tecnologias educacionais são ferramentas essenciais para o processo ensino – aprendizagem versus práxis no âmbito do ensino da enfermagem, sendo relevante identificar as tecnológias educacionais empregadas na prática docente como um artefato tecnológico facilitador e auxiliador do empoderamento dos discentes como sujeitos críticos e futuros agentes transformadores da realidade (SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017). Assim, suscita o questionamento: Quais tecnologias educacionais são utilizadas para o processo de ensino e aprendizagem em enfermagem?

Desta forma, o trabalho teve como objetivo identificar as tecnologias educacionais utilizadas para o processo de ensino e aprendizagem em enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa (RI), a qual inclui a análise de pesquisas visando aprimorar o campo de prática dos profissionais, na medida que permite desenvolver o conhecimentos sobre determinado assunto revelando práticas baseadas em evidências (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Foram seguidas as seguintes etapas para a construção da RI: elaboração da questão da pesquisa; busca das características das pesquisas primárias da amostra; coleta de dados através da seleção por pares dos estudos que constituíram a amostra; análise da amostra; interpretação e análise dos resultados, possibilitando exame minucioso e crítico dos achados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para direcionar essa RI foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais as tecnologias educacionais utilizadas para o processo de ensino e aprendizagem em Enfermagem? A busca foi realizada no período de agosto 2018 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS);

Scientific Electronic Library Online (SciELO). A estratégia de busca utilizada nas bases de dados envolveu o cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): tecnologia educacional; educação em enfermagem; ensino, por meio da combinação com o operador booleano AND e realizada em pares.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos completos publicados nos anos de 2013 a 2018, disponíveis na íntegra, no idioma português e atendendo a temática estabelecida. O recorte temporal foi aplicado, pois as pesquisadoras consideraram identificar as práticas tecnológicas mais atuais no contexto da prática docente. Foram excluídos teses, dissertações, monografias, revisões, editoriais e cartas ao editor. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade foi realizada a seleção através da leitura minuciosa de títulos e resumos sendo selecionados os que atenderam ao objetivo do estudo. A busca resultou em 37 artigos, sendo 17 na LILACS e 20 na SciELO, sendo que após a leitura minuciosa do título e resumo, 25 estudos foram excluídos por não atenderem ao objetivo, compondo a amostra final desta revisão 12 artigos.

Para a apresentação e extração dos dados dos artigos foi elaborado um instrumento contendo informações como título, periódico, ano de publicação, tecnologia educacional utilizada e o objetivo e sintetizado no quadro sinóptico (QUADRO 1).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por 12 artigos, sendo 5 na LILACS e 7 na SciElo. A apresentação e extração dos dados dos artigos foi realizada através do instrumento contendo informações como título, periódico, ano de publicação, tecnologia educacional utilizada, objetivo e expostos na QUADRO 1 a seguir:

Artigo	Periódico/Ano	Tecnologia Educacional	Objetivo
1	Rev. Bras. Enferm. 2017	Plataforma Moodle	Avaliar o ensino-aprendizagem de graduandos e profissionais de enfermagem sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)
2	1. Acta paul. enferm. 2016	Plataforma Moodle	Construir conhecimento na terapia intensiva.
3	2. Rev. Gaúcha Enferm 2016	Aplicativo	Ensino dos sinais vitais.
4	3. Rev. Gaúcha Enferm. 2015	Plataforma Moodle	Aprendizagem sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao sistema tegumentar.

5	4. Texto e contexto enfermagem. 2015	Hipermídia educativa sobre punção venosa periférica	Auxiliar a prática de enfermagem na área de punção venosa periférica, com vistas à promoção da saúde à clientela assistida.
6	5. Revista da escola de enfermagem da USP/ 2015	Tecnologia digital interativa: Cuidando do ambiente sensorial na unidade neonatal.	Conhecer, entender, problematizar e minimizar os problemas relacionados ao ambiente sensorial na unidade neonatal em relação ao ruído, à luminosidade e à manipulação.
7	6. Revista latino americana /2013	Um programa de computador educacional	Auxiliar professores e estudantes no ensino e aprendizagem sobre o tema enfermagem neonatal.
8	7. RECIIS – RevEletronComunInflnov Saúde. 2017	Simulação clínica virtual no software SIACC	Descrever o desenvolvimento de um caso clínico virtual como método de simulação clínica criado na web através do software SIACC.
9	8. Rev.Eletr.Enf. 2016	Jogo de RPG	Avaliar as potencialidades de um jogo de Role Playing Game como estratégia pedagógica na Graduação em Enfermagem
10	10. Rev. Eletr. Enf. 2014	Ambiente virtual de aprendizagem	Descrever a construção e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem na temática de gerenciamento de custos de curativos em úlceras por pressão, por meio da metodologia WebQuest.
11	12. Ciênc. Cuid. Saude 2013	Fórum online em ambiente virtual de aprendizagem	Conhecer as vivências dos estudantes de um curso de graduação em enfermagem, na primeira prática curricular hospitalar na área do cuidado ao adulto, por meio de um fórum online.
12	13. REME Rev Min Enferm. 2015	Hipermídia	Avaliar uma hipermídia como estratégia de ensino, a aprendizagem em ambiente virtual e a atitude de acadêmicos de Enfermagem para o ensino on-line das doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro 1 - Caracterização da produção científica quanto ao periódico, ano, tecnologia educacional e objetivo acerca do processo ensino aprendizagem em enfermagem. Fortaleza/ CE, 2018

As tecnologias identificadas foram plataforma moodle, hipermídia educativa, simulação, jogo, ambiente virtual de aprendizagem, fórum, sendo 33,3% (4) das tecnologias os ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) compreendendo a plataforma moodle, 16,6% (2) hipermídia, 8,33% (1) simulação, 8,33% (1) jogo, 8,33% (1) fórum, 8,33% (1) aplicativo, 8,33% (1) programa de computador e 8,33% (1) tecnologia digital interativa.

O uso das tecnologias educacionais (TE) tornaram-se importantes ferramentas pedagógica-didática, pois trazem a possibilidade da construção de novos modelos organizativos no ensino da enfermagem em diferentes contextos desde a graduação às diversas áreas de atuação do profissional, dando subsídios a atitudes interativas,

interventivas e participativas (MILLÃO *et al.*, 2017). Foi unânime nos estudos a experiência satisfatória desde a construção da tecnologia como também nas avaliações e usabilidade das mesmas.

Os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) se constituem em excelentes espaços para a construção do conhecimento por meio do diálogo virtual e de alternativas que decorrem da reflexão e da crítica de múltiplas situações que estimulam a interação e a criatividade (PEREIRA *et al.*, 2014).

Holanda *et al.* (2015), em seu estudo identificou que a hipermídia sobre DST auxiliou o processo de formação dos profissionais, estimulando aprendizagem motivadora mediante os recursos multimídias, sendo uma ferramenta didática complementar para o ensino teórico na graduação em Enfermagem. Os mesmos autores defendem a inclusão de práticas de ensino em ambientes virtuais como espaço de publicação de materiais didáticos em disciplinas do ensino presencial, visto que estes espaços permitem ampliar as interações das aulas tradicionais.

Corroborando com os autores, Millão *et al.* (2017), enfatiza que as ferramentas digitais contribuem para suprir as demandas de informações complexas e em grande quantidade que são imprescindíveis para o processo de tomada de decisão, fornecendo novas perspectivas de material didático que incluem o som a imagem e o vídeo, como são os casos de simulações realísticas que podem ser trabalhadas das mais variadas formas.

Os mesmos autores elucidam a experiência com casos clínicos virtuais e sua efetividade no que se refere à redução da ansiedade dos graduandos, na medida que possibilita errar e aprender com as falhas e permite que o aluno compreenda as consequências de suas escolhas em um ambiente seguro, sem interferência na vida do paciente como o observado quando este passa diretamente das aulas teóricas para a atuação nos campos práticos nas instituições de saúde e na comunidade.

Desta forma os autores Souza; Iglesias; Filho (2014) consideram que a simulação é um método educativo centrado no aluno e nas suas necessidades de aprendizagem com exposição sistemática, pró-ativa e controlada aos desafios clínicos progressivamente mais complexos, que não poderiam ou deveriam ser treinadas de outra forma.

Inserir artefatos tecnológicos no ensino, sejam elas os fóruns online, jogos, hipermídia, aplicativos, é grande aliado do facilitador no processo ensino-aprendizagem. Os jogos acrescentam entretenimento para a experiência de aprendizagem aumentando a motivação inerente ao aluno para praticar e aprender, tornando o aprendizado mais agradável e potencialmente mais eficaz (DIEHL *et al.*, 2013; CASTRO *et al.*, 2015).

4 | CONCLUSÃO

A partir dos estudos realizados em artigos revisados que demonstraram as tecnologias educacionais utilizadas para o processo de ensino e aprendizagem na prática profissional, fica notório que os graduandos e profissionais de enfermagem que dinamizam o ensino através dessas práticas, possibilitam a utilização de métodos ativos de aprendizagem, rompendo com o ensino tradicional.

Diante disso fica evidenciado a importância dessas metodologias ativas para o ensino, subsidiando a necessidade dos cursos de graduação em Enfermagem e a prática do enfermeiro ao analisarem os recursos mais adequados e efetivos para serem utilizados na sua realidade, associando a melhor tecnologia possível com o método de ensino mais adequado.

Acredita-se que as tecnologias educacionais sejam ferramentas importantes que podem contribuir muito com o processo ensino–aprendizagem, desde que usadas de forma apropriada.

Sugere-se que os profissionais se sensibilizem colaborando para uma forma de cuidar que priorize as amplas necessidades da clientela através de um trabalho dinâmico com a inserção de tecnologias educacionais para subsidiar as práticas e o processo ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-385, Jun 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200021>.

CASTRO, F.S. et al. **Avaliação da interação estudante-tecnologia educacional digital em enfermagem neonatal. Rev Esc Enferm USP** · 2015; 49(1):114-121. DOI: 10.1590/S0080-623420150000100015

DIEHL, L.A. et al. **In su Online, a serious game to teach in su lin therapy to primary care physicians: design of the game and a randomized controlled trial for education al validation. JMIR Res Protoc.** 2013;2(1).

HOLANDA, V.R. et al. **Ensino e aprendizagem em ambiente virtual: atitude de acadêmicos de enfermagem. Rev Min Enferm.** 2015 jan/mar; 19(1): 141-147. DOI: 10.5935/1415-2762.20150012

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm,** Out Dez; v.17(4), p.758-764, 2008.

MILLÃO, L. F. et al. **Integração de tecnologias digitais no ensino de enfermagem: criação de um caso clinic sobre úlceras por pressão com o software SIACC. RECIIS – Rev EletronComunInflnovSaúde.** 2017 jan.-mar.; 11(1) [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

NIETSCHKE, Elisabeta Albertina et al. **Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem,**

Ribeirão Preto , v. 13, n. 3, p. 344-352, Jun 2005.

PEREIRA, M.C.A. et al. **Ambiente virtual de aprendizagem sobre gerenciamento de custos de curativos em úlceras por pressão.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 abr/jun;16(2):321-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.22161>.

SILVA, D.M.L.; CARREIRO, F.A.; MELLO, R. **Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa** - *Rev. enferm. UFPE on line*, 2017

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** *Einstein*, São Paulo, v. 1, n. 8, p.102-106, jun. 2010.

SOUZA, C.S, IGLESIAS, A.G, PAZIN-FILHO, A. **Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais.** *R Fac. Med. Ribeirão Preto*. 2014; 47(3):284-92. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/6_Estrategias-inovadoras-para-metodos-de-ensino-tradicionais-aspectos-gerais.pdf

UM GRUPO FOCAL PARA A ANÁLISE PSICANALÍTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO POLITICAMENTE CORRETO

Data de aceite: 05/12/2019

Juçara Rocha Soares Mapurunga

Doutorado em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; 2Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Tereza Glaucia Rocha Matos

Doutorado em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE; 2Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

RESUMO: O objetivo central dessa pesquisa foi a investigação do fenômeno politicamente correto, buscando suas origens e suas representações sociais. A expressão politicamente correto refere-se a uma política que pretende tornar a linguagem neutra em termos de discriminação e evitar atitudes que possam ser ofensivas e moralmente condenáveis pelo social. Seu exercício aparece em prol da inclusão das minorias, objetivando eliminar desigualdades sociais e preconceitos, defendendo os direitos humanos. Mas pode surgir em uma outra vertente, a de censura, ao indicar o uso de palavras corretas. Para a coleta dos dados da pesquisa foram utilizadas as Representações Sociais, e a Psicanálise como crivo analítico dos resultados, sendo a

linguagem o fio condutor desse entrelaçamento conceitual. De natureza qualitativa, este estudo iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica, utilizou como procedimentos metodológicos: o teste de associação livre de palavras (TALP) e um grupo focal. Grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, que objetiva oportunizar a obtenção de profundas informações, ao revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão através da análise dos discursos feita pela própria prática discursiva. As evocações coletadas no TALP foram processadas pelo software IRaMuTeQ, sendo preconceito a palavra mais associada. No grupo focal, evidenciou-se duas posições do politicamente correto, uma na defesa dos direitos humanos aliada a luta contra preconceitos e a outra em seu efeito de censura. Categorias como linguagem, poder e culpa representadas nos discursos, indicam a aceitação e utilização da linguagem politicamente correta como uma regulação das relações sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Politicamente correto. Representação Social. Linguagem. Psicanálise. Grupo Focal.

ABSTRACT: The main objective of this research was the investigation of the politically correct phenomenon, searching its origins and its social representations. The term politically correct refers to a policy that seeks to make

language neutral in terms of discrimination and to avoid attitudes that may be offensive and morally reprehensible by the social. Its exercise appears in favor of the inclusion of minorities, aiming to eliminate social inequalities and prejudice, defending human rights. But it can come in another direction, that of censorship, by indicating the use of right words. To collect the research data were used the Social Representations, and Psychoanalysis as analytical sieve of the results, being the language the conducting thread of this conceptual intertwining. Qualitative in nature, this study began with a literature search, used as methodological procedures: the free word association test (TALP) and a focus group. Informal discussion group, small in size, which aims to provide the opportunity to obtain deep information by revealing the participants' perceptions about the topics under discussion through discourse analysis made by the discursive practice itself. The evocations collected in the TALP were processed by the IRaMuTeQ software, prejudice being the most associated word. In the focus group, two positions of political correctness were evidenced, one in the defense of human rights allied to the fight against prejudice and the other in its censorship effect. Categories such as language, power and guilt represented in the speeches indicate the acceptance and use of politically correct language as a regulation of social relations

KEYWORDS: Politically correct. Social Representation. Language. Psychoanalysis. Focus group.

INTRODUÇÃO

Inserido em nossa contemporaneidade, o politicamente correto ecoa como um processo de mudança, dentre os que caracterizam nossos tempos modernos, ou a pós-modernidade, ou ainda a modernidade tardia, que desde seus primórdios consistia em forçar as coisas a serem diferentes do que são, fazendo com que se tenha um reduzido respeito por barreiras, obstáculos, proibições e desejo por transgressões. Nesse percurso, muita energia é necessária para dobrar e torcer as coisas de modo a fazê-las caber no interior de uma fronteira, segundo Bauman (2011): “para que assim adquiram a forma julgada melhor e empurrar a fronteira para mais adiante, de maneira que um território cada vez maior contenha apenas coisas dotadas da forma correta” (p. 192). O politicamente correto pode ser definido nesse contexto da busca da correção para uma ordenação do social. A expressão politicamente correto refere-se à uma política que consiste em tornar a linguagem neutra em termos de discriminação, e em evitar atitudes que possam ser ofensivas e moralmente condenáveis pelo mundo contemporâneo (Bizzocchi, 2008). Aplica-se, atualmente, não só à linguagem, mas aos mais variados campos das relações sociais, tendo por principais características: a) Moldar comportamentos, hábitos, gestos e linguagem para gerar a inclusão social de grupos; b) Combater comportamentos, hábitos, gestos e linguagem que indiquem recusa a essa inclusão. Essa articulação entre linguagem, seu funcionamento ideológico e a luta de forças sociais em prol do poder de legitimar

seus discursos é clarificada por autores como Bento (2008), Bizzocchi (2008), Cabral (2013), Cabrera (2012), Pondé (2012), Possenti (1995) e Rossoni (2009) e estende-se para a explicação de que na defesa de um comportamento, inclusive linguístico politicamente correto, o movimento inclui, especialmente, o combate ao racismo e ao machismo, e à hipotética superioridade do homem branco ocidental e à sua cultura, pretensamente racional. Estas são as grandes questões, mas o movimento vai além, “tentando tornar não marcado o vocabulário (e o comportamento) relativo a qualquer grupo discriminado, dos velhos aos canhotos, dos carecas aos baixinhos, dos fanhos aos gogos” (Possenti, 1995, p. 125).

Para alguns, o politicamente correto ou a correção política se presta a uma leitura idílica da comunidade como lugar de encontro e reciprocidade, no qual as cisões e renúncias inevitáveis se cobrem de atributos positivos, já que o politicamente correto pretende a universalidade, a neutralidade da linguagem (Ruano, 1999). Tendo iniciado como movimento político, principalmente, nos Estados Unidos com a luta para a inclusão dos negros na convivência social e na plenitude do vigor e rigor do exercício dos direitos humanos, para alguns outros como Coutinho (2014), tornou-se problemático quando situações de discriminação objetiva foram substituídas por delírios linguísticos que ganharam força de dogma. As formas linguísticas estão entre os elementos de combate que mais se destacam, na medida em que se acredita que reproduzem uma ideologia que segrega em termos de classe, sexo, raça e outras características físicas e sociais objeto de discriminação, o que equivale a afirmar que há formas linguísticas que veiculam sentidos que evidentemente discriminam. Essa atividade classificatória entre o que seja politicamente correto e politicamente incorreto transforma essa qualificação em militância (Possenti & Baronas, 2006). Como movimento o politicamente correto provoca prós e contras. Entre seus defensores estão aqueles que acreditam no seu uso como forma de evitar o preconceito e, assim, diminuir a discriminação e a violência contra o outro, tornando a sociedade mais justa, inclusiva e igualitária. Essa corrente defende uma posição construtivista, na qual a relação entre língua e realidade não é neutra, visto que a linguagem afeta o conhecimento e as representações do mundo, direcionando as relações de dominação e exclusão, desempenhando um papel ativo na produção da realidade, modelando a percepção que uma sociedade tem de si e dos grupos que a compõem (Cabrera, 2012). Outros consideram que a língua não serve só para comunicar, constituindo também poderoso instrumento de persuasão e manipulação. Dentre os opositores do politicamente correto, Bizzocchi (2008) alerta para o fato de que este, em nome da preservação da dignidade e dos direitos humanos, acaba por exercer um patrulhamento ideológico, chegando às raias de um autoritarismo que vê preconceito em tudo que se diz. A partir da divisão entre os defensores do politicamente correto como um “caminho para a civilidade” e os que se lhe opõem

por acreditar que o movimento representa uma forma de censura, elaborou-se a hipótese de que o “politicamente correto” divide-se em duas vertentes: 1) A defesa dos direitos humanos; 2) O patrulhamento do que considera incorreto. Ao fazer restrições à utilização da língua e advogar o uso de algumas palavras para evitar o emprego de outras, esse movimento da correção política insere-se em uma prática histórica e social que engloba a produção de sentidos feita pelo discurso.

METODOLOGIA

A pesquisa conduzida foi de natureza qualitativa, no âmbito da qual se utilizou primeiro o teste de associação livre de palavras (TALP) seguida de um grupo focal como técnica de coleta de dados na investigação das representações sociais, e a psicanálise como uma prática discursiva para interpretar os dados colhidos. Um grupo focal é um grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, constituído com o propósito de oportunizar a obtenção de informações de caráter qualitativo em profundidade (Gomes & Barbosa, 1999). Apresentam situações próximas dos contextos interacionais do dia-a-dia, mediante a utilização da técnica da conversa que são expressões vivas desses contextos. A análise interpretativa dos dados captados no grupo focal, foi feita mediante uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano (Menegon & Spink, 1999). As práticas discursivas estão situadas entre as várias correntes voltadas ao estudo da linguagem, e são consideradas uma proposta teórico-metodológica necessariamente interdisciplinar. Por isso a interpretação das representações sociais fez a ligação interdisciplinar entre a questão da representação social, advinda da Psicologia Social, e a interpretação teórico-psicanalítica, erigida a partir de noções pilares centralizadas em discussões sobre a linguagem, veículo de propagação do politicamente correto; o poder, formas de manifestação do politicamente correto e seus efeitos de sentido; e a culpa, pressuposto psicanalítico para a aceitação e utilização da linguagem politicamente correta. Pois nos sentimos culpados e em falta com os outros quando os ofendemos. Através da aplicação do TALP com cem participantes voluntários, dentro dos trâmites do Comitê de ética, recrutados entre os estudantes da graduação e pós-graduação da UNIFOR, o grupo foi formado com aqueles que responderam aos testes e desejaram participar, voluntariamente dessa segunda etapa da coleta de dados. Constituiu-se de 8 estudantes, dos cursos de Psicologia, Direito e Arquitetura. Estes possuíam idades que variavam entre 18 e 64 anos; 7 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, de variado nível econômico, gênero e etnia. Foi conduzido à partir de estímulos disparadores de conversas sobre o tema: “O que é o politicamente correto?”. Foi utilizado um recorte de um documentário feito pela TV Bandeirantes para o programa Canal Livre, dedicado em sua edição

de 27 de maio de 2013 ao debate sobre o politicamente correto. A duração sugerida por Kind (2004) de 90 a 120 minutos no único encontro foi ultrapassada, chegando a quase 240 minutos. O local foi uma sala de reunião, segura, com privacidade, confortável, livre de interferências e de fácil acesso para os participantes, no bloco F da UNIFOR. O grupo moderado pela autora da pesquisa, foi gravado em áudio por um observador capacitado. A Psicanálise com seu saber sobre os processos psíquicos inconscientes, que procura identificar as representações afetivas de nossos impulsos e desejos, foi o instrumento de interpretação das representações, permitindo analisar os investimentos afetivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acredita-se que se faz necessário um saber sobre o politicamente correto, para se conhecer as representações simbólicas que os sujeitos fazem desse fato tão propagado na mídia e no cotidiano. Apesar de ter nascido para defender e incluir minorias no social, foi usado por alguns como patrulhamento de comportamentos. Criando-se um paradoxo, pois ao mesmo tempo que defende a inclusão e o direito de igualdade, também cria-se uma censura que limita a liberdade de expressão. Sabendo que a censura é incabível nas democracias, mas o respeito e o acolhimento das diferenças é imprescindível para o bom termo das relações sociais, pressupõe-se que este estudo possa colaborar na construção de novos discursos ou visões sobre o politicamente correto. Pois as palavras não apenas refletem, mas refratam a realidade, através de representações, tornando-se assim uma luta pelo poder entre classes. A representação social refere-se, antes de tudo, ao posicionamento e localização da consciência subjetiva nos espaços sociais com o sentido de constituir percepções, por parte dos indivíduos, acerca dos fatos sociais que os rodeiam. Para Moscovici (2003), a ideia de representação social se inscreve numa visão de sociedade na qual a coerência e as práticas são reguladas pelas crenças, saberes, normas e linguagens que ela mesma produz e considera em referência à sua própria cultura. Nesse sentido, podem-se situar as representações sociais tanto como forma de conhecimento prático, que privilegia o senso comum, quanto como processo de elaboração individual, culminando na exteriorização do afeto por intermédio da linguagem. Com as representações sociais há uma ampliação do olhar para se enxergar e valorizar o conhecimento do homem comum, justificando o senso comum como conhecimento legítimo e detonador de transformações sociais, assim como as contradições e outras problemáticas inerentes às relações humanas intermediadas pela ordem da linguagem. Dentro desse âmbito emergem questões que condizem com o campo de investigação dessa pesquisa, são questões complexas referentes às bases de sustentação da ação comunicativa entre seres diferentes, destacando-

se entre elas a problemática dos valores, que para Spink (2013), refere-se à ordem moral, as quais frequentemente impossibilitam uma abertura plena à alteridade: “vemos o mundo e o interpretamos a partir das viseiras de nossos preconceitos” (p. 115).

A Psicanálise é uma teoria que também investiga, assim como as representações sociais, questões complexas referentes ao humano em seus laços sociais possibilitados pela emergência da linguagem. Freud (1930/2010b) especula que a civilização é fundada em cima da renúncia à satisfação das pulsões, e que essa cortesia política é a fonte do mal-estar intransponível pelo fato de os homens serem seres linguageiros, portanto, presos às leis da cultura. A igualdade, por sua vez, é uma peleja constante em torno da tarefa de se achar um equilíbrio entre as exigências individuais e as do grupo, constituindo, mesmo, um dos problemas que concentram o próprio destino da humanidade, e a questão que se apresenta para Freud (1930/2010b) é: “saber se esse equilíbrio é alcançável mediante uma determinada configuração cultural ou se o conflito é insolúvel” (p. 58). Essa ambivalência afetiva, os conflitos, as interações humanas são a matéria-prima, os elementos que compõem tanto as representações sociais, como as formações do inconsciente. A noção de inconsciente, à qual Freud deu toda a sua pertinência como conceito fundamental da psicanálise, remete a um outro lugar que não o da consciência, e é por intermédio da linguagem que se faz essa passagem do inconsciente para o consciente. O inconsciente é formado através da linguagem, nas relações que se estabelece com os outros; por isso é social, porque o recalcamto, processo inconsciente que afasta e envia para o inconsciente nossos desejos inaceitáveis, provém de um consenso social. Melman (2003) observa que “se eu quiser participar do meio social, tenho que compartilhar esse recalcamto, senão vou parecer um indivíduo anormal. O normal é compartilhar o recalcamto próprio ao meio cultural do qual participo” (p. 99).

Para analisar os sentidos que o sujeito atribui às incidências do politicamente correto no seu cotidiano, nas suas vivências, é preciso considerar que todo discurso é uma prática, uma construção social, pois veicula uma visão de mundo que, inelutavelmente, é vinculado ao meio social em que o sujeito vive. Além disso, os efeitos do discurso só podem ser interpretados levando-se em conta seu contexto histórico-social e sua própria condição de produção. A linguagem pode expressar preconceitos, ideologias, posições, por isso uma língua expurgada de palavras ou expressões preconceituosas seria utópica, para Possenti (2009a) a experiência nossa de cada dia mostra que qualquer palavra tem muitos sentidos e que as línguas ainda são o espaço em que vigoram os mais grosseiros preconceitos. Diante desse aspecto do preconceito, foi evidenciado no grupo focal que o politicamente correto é um fenômeno que exhibe um dos aspectos mais cruciais do problema da significação,

como expressa Possenti (2009b): “A significação apresenta-se como tendo a seguinte face: ao mesmo tempo, ela depende dos discursos nos quais aparecem os meios de expressão e em grande parte é ela que faz os discursos serem o que são” (p. 38). Assim a linguagem vai ser interpretada à partir de sua enunciação. É a própria existência de preconceitos que produz os efeitos de sentido, embora o discurso pode realimentar as condições sociais que dão suporte às ideologias e aos próprios discursos. Os opositores ao movimento, colocam-se, principalmente, contra a patrulha linguística que o politicamente correto propõe na crença de que qualquer solução linguística imposta será inútil, porquanto poderá chocar-se com os hábitos e práticas dos falantes da língua.

Verificou-se que há sim uma articulação, entre a questão do preconceito que o politicamente correto combate e o retorno inconsciente do conteúdo recalcado, falamos sem pensar e podemos ofender o outro, mesmo sabendo ser politicamente incorreto o que se diz.

CONCLUSÃO

O politicamente correto está inscrito em uma grande contradição, pois ao mesmo tempo que surgiu em prol da inclusão de grupos minoritários e da defesa de seus direitos, criou uma patrulha para salvaguardar o uso de palavras consideradas não ofensivas e não marcadas por uma carga histórica pejorativa. O aparecimento da categoria culpa no discurso dos sujeitos ouvidos, fundamenta a hipótese de que o politicamente correto, entra como uma espécie de supereu, em um mundo que quer abolir a estrutura culpada dos sujeitos, pois esse mundo legitima todas as formas de gozo possíveis que se deseje hoje, sem culpa alguma. Mas para nos constituirmos como sujeito, precisamos de algum limite ao nosso princípio do prazer, como pondera Freud (1930/2010b). E esse limite pode ser observado na fala de uma estudante que diz se sentir culpada quando sua empregada compara o número de sapatos que ela possui com os dela, no grupo focal realizado. As representações sociais sobre o politicamente correto caminham na direção da construção de uma cidadania, com direitos iguais para todos, pelo que se escutou no grupo focal pesquisado. Lá foi consenso que o politicamente correto opera em favor de um mundo em que deve haver harmonia e respeito à diferença do outro. Outro aspecto bem discutido foi da questão dos benefícios, ou direitos assegurados pela cultura do politicamente correto, o que leva a se concordar com Carvalho (2104) quando reflete sobre a supremacia dos direitos sociais sobre os políticos no Brasil. O politicamente correto é combatido por aqueles que são contra qualquer censura à liberdade de expressão e por aqueles que acreditam que cria uma classe de privilegiados com o benefício da proteção aos seus direitos. No entanto, provavelmente, isso se dá aqui no Brasil pela

inversão da primazia dos direitos sociais sobre os políticos e civis, pois são esses últimos que garantem, sobretudo, a liberdade e igualdade, já que a fraternidade vem do lado da subjetividade. Subjetividade investigada pela psicanálise ao buscar o sujeito do inconsciente que singulariza e nos torna responsáveis pelos nossos desejos. Assim, mais do que a etimologia correta das palavras, o que diminuiria preconceitos e aumentaria a fraternidade, seria a regularização pelo cumprimento das leis ou a construção de sentidos para um discurso social mais justo.

REFERÊNCIAS

- Bauman, Z. *Vida em fragmentos: Sobre a ética pós-moderna*. Rio de Janeiro: Zahar. 2011.
- Bento, A. A língua da correção política. In P. Serra & I. Ferreira (Orgs.), *Retórica e mediatização: Da escrita à internet*. 2008.
- Retirado de http://www.livroslabcom.ubi.pt/pdfs/20110823-ferreira_ivone_retorica_mediatizacao.pdf
- Bizzocchi, A. É correto ser politicamente correto? *Revista Língua Portuguesa*, 3(30), 2008, abril.
- Retirado de <http://www.aldobizzocchi.com.br/artigo67.asp>
- Cabral, N. L. C. *O politicamente correto e o debate sobre liberdade de expressão no Brasil*. 2013.
- Retirado de <http://www.intercom.org.br/sis/2013/resumos/R8-0616-1.pdf>
- Cabrera, M. R. D. *A questão do politicamente correto em temáticas relativas à homossexualidade e seus reflexos na representação da informação*. 2012. Retirado de http://www.marilia.unesp.br/Home/PosGraduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/Cabrera,%20M.R.D._mestrado_C.I_2012.pdf
- Carvalho, J. M. *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- Coutinho, J. P. O mundo é dos bárbaros. *Folha de S. Paulo*. 2014, Junho, 16. Retirado de <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/joaopereiracoutinho/2014/06/1470923-o-mundo-e-dos-barbaros.shtml>
- Freud, S. O inconsciente. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 185-245). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. O mal-estar na civilização. In J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 75-254). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Trabalho original publicado em 1930).
- Gomes, M. E. S., & Barbosa, E. F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Educativa*, 1999. Retirado de http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA06D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%2
- Kind, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(15), 124-136. 2004, Junho.
- Menegon, B., & Spink, M. J. P. Produção de sentidos no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 41-62). São Paulo: Cortez, 1999.
- Moscovici, S. Por que estudar representações sociais em psicologia? *Estudos: Revista da Universidade Católica de Goiás*, 30(1), Janeiro, 2003.
- Moscovici, S. *Representações sociais. Investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

Pondé, L. F. *Guia politicamente incorreto da filosofia*. São Paulo: Leya Brasil, 2012.

Possenti, S. A linguagem politicamente correta e a análise do discurso. *Revista de Estudos da Linguagem*, 4(2), 1995. Retirado de <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/1016>

Possenti, S. *Malcomportadas línguas*. São Paulo: Parábola Editorial, 2009 a.

Possenti, S. *Os limites do discurso: Ensaio sobre discurso e sujeito*. São Paulo: Parábola Editorial, 2009 b.

Possenti, S., & Baronas, R. L. A linguagem politicamente correta no Brasil: Uma língua de madeira? *Polifonia*, 12(2), 2006. Retirado de <http://cpd1.ufmt.br/meel/arquivos/artigos/245.pdf>

Rossoni, R. J. *A escolha lexical quando do uso da linguagem politicamente correta: Uma análise de acordo com a teoria das implicaturas de grice*, 2009. Retirado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/titulo/escolha-lexical-quando-do-uso-da-linguagem-politicamente-correta-uma/id/42158344.html

Ruano, R. M. *A propósito de lo politicamente correcto*. Valencia: Institució Alfons El Magnànim, 1999.
Spink, M. J. (2013). Desvendando as teorias implícitas: Uma metodologia de análise das representações sociais. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (pp. 95-118). Petrópolis, RJ: Vozes

USO DA REALIDADE VIRTUAL COMO TRATAMENTO DE PACIENTES COM PARKINSON: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 05/12/2019

Gessiliane Alves de Andrade

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte-ESTÁCIO FMJ,
Juazeiro do Norte-Ceará
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/9455669492016266>

Jessika Ferreira Vieira

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte-ESTÁCIO FMJ
Juazeiro do Norte-Ceará
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/7513144744186328>

Tayane Rodrigues Lacerda,

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte-ESTÁCIO FMJ
Juazeiro do Norte-Ceará
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3451418780555824>

Fernanda Domingos de Lima

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte-ESTÁCIO FMJ
Juazeiro do Norte-Ceará
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/7791296309975628>

Albério Ambrósio Cavalcante

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte-ESTÁCIO FMJ
Juazeiro do Norte-Ceará
Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2146652583025625>

RESUMO: A doença de Parkinson (DP) é caracterizada por uma deficiência de dopamina na via nigro-estriatal causando, principalmente, distúrbios no movimento, podendo apresentar também desequilíbrio postural, tremor de repouso, rigidez e bradicinesia, além de alterações cognitivas e emocionais. O objetivo deste estudo é descrever efeitos do uso da Realidade Virtual (RV) no Tratamento de pacientes com DP. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com busca feita nas bases de dados, CAPES, BVS, e Medline, por meio do descritor indexado no Decs.org: “Doença de Parkinson”, e da palavra-chave: “Realidade Virtual”, conectados pelo operador booleano AND. Foram incluídos os artigos entre os anos de 2010-2015, em língua inglesa ou portuguesa, disponíveis na íntegra e coerentes com o tema. Foram excluídos os estudos revisionais. Da pesquisa emergiram 69 artigos, que depois de submetidos aos critérios de inclusão e exclusão reduziram-se para nove estudos, dentre os quais dois foram excluídos por estarem duplicados nas bases, totalizando sete artigos para compor a amostra final. O uso da realidade virtual como terapia nas doenças neurológicas vem sendo bastante utilizado nos últimos anos, pois oferece um meio viável, seguro, atrativo e eficiente de tratamento. Apresentando ganhos significativos na capacidade funcional, equilíbrio, marcha e

qualidade de vida, além de impactos positivos em aspectos cognitivos e emocionais, contudo há controvérsias quanto à sua superioridade em relação à fisioterapia tradicional, necessitando de mais estudos para estabelecer seu custo-efetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson. Realidade Virtual

USE OF VIRTUAL REALITY AS A TREATMENT OF PATIENTS WITH PARKINSON: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: Parkinson's disease(PD) is characterized by a dopamine deficiency in the nigrostriatal pathway, causing mainly movement disorders, and may also present postural imbalance, rest tremor,, stiffness and bradykinesia, as well as cognitive and emotional changes.The aim of this study is to describe effects of using Virtual Reality(VR) in the treatment of patients with PD.This is a systematic review of the literature searching the databases CAPES, BVS and Medline, using the Decs. org indexed descriptor: "Parkinson's disease", and the keyword: "Virtual Reality", connected by the boolean operator AND. Articles between the years 2010-2015, in English or Portuguese, available in full and consistent with the theme were included. Revision studies were excluded. From the research, 69 articles emerged, which after being submitted to the inclusion and exclusion criteria were reduced to nine studies, among which two were excluded because they were duplicated in the bases, totaling seven articles to compose the final sample. The use of virtual reality as therapy in neurological diseases has been widely used in recent years, as it offers a viable,safe, attractive and efficient means of treatment. With significant gains in functional capacity, balance, gait and quality of life, as well as positive impacts on cognitive and emotional aspects, however, there are controversies regarding its superiority over traditional physical therapy, requiring further studies to establish its cost-effectiveness.

KEYWORDS:Parkinson's disease. Virtual reality.

1 | INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é caracterizada por uma deficiência de dopamina na via nigro-estriatal causando, principalmente, desordens no movimento, podendo apresentar também desequilíbrio postural, tremor de repouso, rigidez e bradicinesia, além de alterações cognitivas e emocionais (PAIVA, 2011). Acomete em sua maioria, a população na faixa etária compreendida entre 50 a 70 anos, com maior prevalência em homens do que em mulheres e a estimativa é de que o número de casos aumenta quanto maior for a expectativa de vida (SANTANA, *et al.*, 2015).

Os déficits motores associados às perdas cognitivas alteram o estado de independência e funcionalidade do indivíduo, sobretudo no que se refere ao desequilíbrio postural, que pode ser apontado como o sintoma mais incapacitante e menos responsivo à terapia dopaminérgica (POMPEU, 2012).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da DP não estão totalmente

esclarecidos, sendo o envelhecimento o principal deles. Contudo, estudos apontam que indivíduos não fumantes, homens ou mulheres no período da menopausa, que não fazem reposição hormonal, bem como dieta pobre em cafeína, possam estar relacionados com o surgimento da doença (MENDES, 2012).

O diagnóstico é realizado pela observação clínica da doença e a resposta positiva ao uso da medicação Levodopa (L-Dopa). A *Uninted Kingdom Parkinson's Disease Society* recomenda ainda que seja feito o diagnóstico de exclusão, devido a falta de evidências fisiopatológicas detectáveis nos exames de imagem para DP (VIEIRA *et al.*, 2014).

Estima-se que, por volta de 2020, mais de quarenta milhões de pessoas no mundo desenvolverão a DP (SOARES e PEYRÉ-TARTARUGA, 2010).

Os exercícios físicos promovem melhora da capacidade funcional e das Atividades da Vida Diária (AVD's), pois conseguem proteger e regenerar os tecidos lesados, visto que na intensidade adequada são capazes de aumentar a concentração de dopamina. Nesse sentido, as terapias medicamentosa e física são indicadas na DP, além disso, especula-se que o exercício físico realizado no início das manifestações motoras da DP possa retardar o surgimento e a progressão de alterações cognitivas e físicas por estimular a neuroplasticidade acarretando melhora das capacidades funcionais (LEE, LEE e SONG, 2015).

Nos últimos anos, um novo conceito de intervenção no campo da reabilitação física foi proposto: a Realidade Virtual (RV). Uma abordagem terapêutica utilizada para treinamento motor e cognitivo, fornecendo alguns elementos fundamentais da aprendizagem motora como repetições, práticas positivas, feedback, e que possui o diferencial de fornecer um ambiente virtual capaz de gerar motivação ao usuário (YEN *et al.*, 2015).

A RV é uma técnica de interação entre o usuário e um sistema computacional que recria o ambiente de maneira artificial em uma interface virtual. O objetivo dessa técnica é recriar e maximizar a sensação de realidade para o usuário. Outrossim, permite a análise de aspectos motores e/ou cognitivos em doenças ou situações de agravo à saúde nas quais existe, por exemplo, o acometimento do sistema motor (ADAMOVICH *et al.*, 2009).

ARV possui duas características principais: imersão e interação. Quanto à imersão pode ser classificada como imersiva e não-imersiva. A RV imersiva ocorre quando o usuário é transportado predominantemente para o domínio da aplicação, por meio de dispositivos multissensoriais, que capturam seus movimentos e comportamento e reagem a eles (por exemplo, por meio de capacete, caverna e seus dispositivos), provocando uma sensação de presença dentro do mundo virtual como se fosse o mundo real. Por outro lado a RV não-imersiva é caracterizada pelo transporte parcial do usuário ao mundo virtual, fazendo-o sentir-se predominantemente no mundo real,

utilizando, por exemplo, monitor comum ou um console, mouse, *joystick* ou teclado que permita a manipulação do ambiente virtual. Já a interação é a capacidade do indivíduo interagir com os objetos virtuais, através de dispositivos que provocam essa sensação (luvas e óculos digitais, dentre outras) (HOLDEN e DYAR, 2002).

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com busca feita nas bases de dados, CAPES, BVS, e Medline, por meio do descritor indexado no Decs.org: “Doença de Parkinson”, e da palavra-chave: “Realidade Virtual”, conectados pelo conector booleano AND.

Foram incluídos na pesquisa artigos publicados entre os anos de 2010-2015, em língua inglesa ou portuguesa, disponíveis na íntegra e coerentes com o tema. Foram excluídos os estudos revisionais.

Da pesquisa emergiram 69 artigos, que após os critérios de inclusão e exclusão reduziram-se para nove estudos, dentre os quais dois foram excluídos por estarem duplicados nas bases, totalizando sete artigos para compor a amostra final.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da pesquisa emergiram 69 artigos que depois de submetidos aos critérios de inclusão e exclusão reduziram-se para nove, dos quais dois foram excluídos por estarem duplicados nas bases, restando sete artigos que foram analisados na íntegra e organizados quanto Título/Autor, Revista/ Ano de Publicação, Objetivos, e Resultados. (Quadro 1.)

TÍTULO/AUTOR	REVISTA/ANO	OBJETIVOS	RESULTADOS
The Effects of augmented visual feedback during balance training in Parkinson's disease: study design of a randomized clinical trial/ HEUVEL, MR ; WGEN, EE ; GOEDE, CJ; BURGUERS- BOTS, IA; BECK, PJ.	Biomed Central/ 2013	Investigar o feedback visual como um programa de treinamento, para melhorar o equilíbrio em pé de pacientes com Mal de Parkinson.	A terapia com exercícios baseados em computador é tão eficaz quanto a terapia convencional, oferecendo incentivos extras ao paciente.
Virtual reality feedback cues for improvement of gait in patients with Parkinson's Disease / BADARNY , S; AHARON-PERETZ, J; et;al.	T r e m o r and Other Hyperkinetic Movements / 2014	Estudar os efeitos de estímulos de feedback visual, respondendo a auto movimento do paciente e fornecida através de um seetro-ugh portátil, aparelho de realidade virtual.	Melhora na velocidade da caminhada e no comprimento da passada.

Effect of virtual reality dance exercise on the balance, activities of daily living, and depressive disorder status of Parkinson's disease patients / (LEE, NY; LEE, DK; SONG, HS, 2015).	J. Phis. Ther. Sci, 2015	Analisar os efeitos dos exercícios de dança de realidade virtual sobre o equilíbrio, atividades da vida diária e o transtorno depressivo de pacientes com DP.	Após 6 semanas de tratamento, o equilíbrio e status do transtorno depressivo apresentaram melhora significativa no grupo experimental, enquanto o grupo controle não mostrou melhora significativa em nenhuma das variáveis.
Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson / SANTANA, CMF.	R e v i s t a Brasileira de Geriatria e Gerontologia/ 2015	Verificar efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson, antes e após o tratamento com aplicação do questionário da doença de Parkinson.	Melhora da qualidade de vida, relacionada ao bem-estar, emocional e estigma, mobilidade e cognição.
Aprendizado motor após treinamento baseado em realidade virtual na doença de Parkinson: efeitos das demandas motoras e cognitivas dos jogos/ MENDES, FAS.	Instituto de psicologia da universidade de são Paulo/2012	Investigar o aprendizado motor de pacientes com DP em 10 jogos de Nintendo Wii Fit Plus®, com diferentes demandas motoras e cognitivas e compará-las com a aprendizagem de indivíduos saudáveis da mesma faixa etária.	Os pacientes com DP foram capazes de aprender na maioria dos jogos treinados, independente de apresentarem ou não prejuízos no seu desempenho em comparação aos idosos saudáveis. Isto sugere que mesmo habilidades prejudicadas pela doença podem ter o seu desempenho melhorado por meio de treino, sendo esta uma das mais importantes i m p l i c a ç õ e s deste estudo.
Melhora Funcional de Pacientes com Doença de Parkinson Após treinamento em Ambientes Real e Virtual/ POMPEU,JE	São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2012.134 f.	Comparar os efeitos sobre o equilíbrio, cognição e funcionalidade de dois programas de treinamento para pacientes com DP; um baseado em RV, e outro em exercícios tradicionais de equilíbrio.	Melhora no equilíbrio e na cognição com efeitos positivos sobre a funcionalidade relacionada com as atividades de vida diária em ambos os grupos, porém sem vantagens adicionais no grupo que recebeu o tratamento com RV.

Effects of Virtual Reality–Augmented Balance Training on Sensory Organization and Attentional Demand for Postural Control in People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial/CHANG-YI YEN,	Physical Therapy, 2015	Os objetivos deste estudo foram: examinar os efeitos de Treinamento de equilíbrio aumentado por VR na integração sensorial do controle postural sob demandas atencionais variadas e comparar os resultados com os de um grupo de treinamento de equilíbrio convencional e um grupo de controle não treinado.	Sem alterações significativas entre o grupo controle e experimental quanto ao equilíbrio.
---	------------------------	--	---

Quadro 1: Resumo dos achados

Badarny et al. (2014), avaliaram os efeitos do feedback visual sobre a marcha de pacientes com DP, os pacientes receberam sensores conectados a um visor, para estímulo visuomotor, assim o paciente era capaz de alterar dinamicamente habilidades de marcha. Participaram do estudo 20 sujeitos que foram submetidos ao teste em cinco fases: fase um, paciente deambula sem aparelho de feedback visual; fase dois, paciente com aparelho, mas sem estímulo visual; fase três, paciente com aparelho e estímulo visuomotor; fase quatro, reavaliação 15 minutos após, a fim de verificar o efeito residual a curto prazo; fase cinco, reavaliação do desempenho funcional a longo prazo, uma semana após o primeiro teste. Na fase dois não houve mudanças significativas na velocidade da marcha e tamanho da passada, contudo na fase três 65% dos pacientes apresentaram melhora significativa nas duas variáveis, não havendo perda dos efeitos a curto e longo prazo.

Paralelamente, o ensaio clínico cego e randomizado realizado por Pompeu (2012) em que participaram 32 pacientes, os quais foram divididos igualmente em grupo controle e experimental, onde o tratamento foi composto por 14 sessões individuais de treinamento com duração de 30 minutos, duas vezes por semana, por sete semanas, cada grupo foi submetido a alongamento, fortalecimento e mobilidade, em seguida o grupo controle foi submetido a treino de equilíbrio sem intervenção visuomotora e auditiva; já o grupo experimental utilizou o treinamento de equilíbrio com 10 jogos com o objetivo de estimular as funções motora e cognitiva. O estudo mostrou aumento no equilíbrio e na cognição com efeitos positivos sobre a funcionalidade em relação às atividades de vida diárias em ambos os grupos, porém sem vantagens adicionais para o grupo treinado em ambiente virtual.

Em concordância, um estudo longitudinal, controlado, realizado por Yen et al. (2015), com uma amostra de 42 pessoas diagnosticadas com DP estágios I e II, propôs avaliar o efeito da realidade virtual sobre o equilíbrio dos pacientes com DP, através dos testes SOTs (testes de organização territorial) e VRTs (testes de reação

verbal em tempos) realizados antes, após a terapia, e seis semanas depois do término do protocolo de tratamento. Os pacientes foram alocados aleatoriamente em GRV (grupo realidade virtual), GTC (grupo terapia convencional-treino equilíbrio), e GC (sem intervenção). Os resultados indicaram melhora da integração sensorial para postura em ambos os grupos experimentais, no entanto, sem alterações significativas que apontem para primazia entre um ou outro, mas melhora dos domínios visão e somatossensibilidade para as duas terapêuticas adotadas quando comparadas ao GC.

Contudo, Lee, Lee e Song (2015) realizaram um estudo analisando os efeitos dos exercícios de dança de realidade virtual sobre as Atividades da Vida Diária (AVD's) e o quadro de transtorno depressivo nos pacientes com DP. Todos os participantes receberam 30 minutos de terapia de neurodesenvolvimento (NDT) e 15 minutos de estimulação elétrica funcional (FES), cinco vezes por semana durante seis semanas, o grupo experimental participou de um complemento de 30 minutos de exercício de dança. O equilíbrio foi avaliado utilizando a Escala de Equilíbrio de Berg. O Índice de Barthel Modificado (MBI), para avaliar funcionalidade. A presença e gravidade do transtorno depressivo foram avaliadas usando o inventário de depressão de Beck (BDI). Essas pontuações foram registradas antes e depois das seis semanas de tratamento. Ao final do tratamento o equilíbrio tinha melhorado significativamente no grupo experimental, passando de 46,0 na primeira avaliação para 48,1 no fim da terapia, o status de transtorno depressivo também melhorou significativamente no grupo experimental, indo de 20,4 para 18,2. Não houve alterações significativas no grupo controle em nenhuma das variáveis.

Heuvel et al. (2013), investigaram a aplicação do feedback visual na melhora de pacientes com DP, o tratamento consistiu em dez sessões de 60 minutos, durante cinco semanas, usando jogos que trabalhassem postura e equilíbrio. Os resultados mostraram, que a terapia com RV é tão positiva quanto a terapia convencional, e ainda é capaz de oferecer estímulos extras.

Em seu estudo experimental não controlado, Santana et al. (2015), observaram a atuação da RV não imersiva sobre a qualidade de vida de indivíduos com DP. O estudo contou com uma amostra de 14 sujeitos que passaram por 20 sessões, duas vezes por semana com duração de 30-40 minutos. Foi realizada avaliação dos pacientes através da Escala de Estadiamento de Hoehn e Yahr (HY) a qual é usada para determinar grau de progressão da doença, e o Questionário da Doença de Parkinson (PDQ-39) indicado para avaliação da qualidade de vida. Os jogos utilizados tiveram o objetivo de estimular mudanças posturais, deslocamento do centro de gravidade corporal, movimentos rápidos e lentos alternados dos membros. Foi possível observar com a terapêutica, melhora na percepção da qualidade de vida, relacionada ao bem-estar, emocional e estigma, mobilidade e cognição.

Mendes (2012) em seu estudo clínico controlado, investigou o aprendizado dos sujeitos por meio da realidade virtual e diferentes demandas motoras e cognitivas. A terapia consistia em sessões de aquecimento seguidas de jogos com Nintendo Wii. Foram realizadas 14 intervenções, com duração de 30 minutos, duas vezes por semana. A maioria dos pacientes foi capaz de aprender os jogos treinados independente do seu estado funcional, mostrando que é uma opção viável mesmo quando já há perdas funcionais.

4 | CONCLUSÃO

O uso da realidade virtual como terapia de doenças neurológicas vem sendo bastante utilizado nos últimos anos, pois oferece um meio viável, seguro, atrativo, e em vista dos resultados, eficiente de tratamento. Os pacientes obtiveram ganhos significativos na capacidade funcional, equilíbrio, marcha, qualidade de vida, além de impactos positivos sobre a cognição e quadros depressivos. Contudo, há controvérsias quanto a sua superioridade em comparação com a fisioterapia tradicional. Há carência de estudos na área, com protocolos mais rígidos e consistentes para fundamentar cientificamente a indicação da RV como terapia de pacientes com DP, bem como a sua custo-efetividade.

REFERENCIAS

ADAMOVICH, SV; FLUET, GG; TUNIK, E; MERIANS, AS. **Sensorimotor Training in Virtual Reality: A Review.** NeuroRehabilitation 2009; 25: 29-44.

BADARNY, S; AHARON- PERETZ, J; BARAM Y; et al; **Realidade Virtual sugestões de feedback para a melhoria da marcha em pacientes com mal de Parkinson;** Tremor Other Hyperkinet Mov. 2014; 4. doi: 10.7916/D8V69GM4

HEUVEL, RC; WEGEN, EH; GOEDE, GT; BOTS, AL; BEEK, J; DAFFERTSHOFER; et al; **Efeitos de feedback visual aumentada durante equilibrar formação na doença de Parkinson: Estudo desenho de um ensaio clínico randomizado;** BMC Neurology; 13:137; 2013

HOLDEN, MK; DYAR, T. **Virtual environment training: a new tool for rehabilitation.** Neurology Report; v.26, n.2, p. 62-67, 2002;

LEE, NY; LEE, DK; SONG, HS; **Effect of virtual reality dance exercise on the balance, activities of daily living, and depressive disorder status of Parkinson's disease patients;** J. Phis. Ther. Sci, v..27, n.1, 2015;

MENDES, FADS. **Aprendizado motor após treinamento baseado em realidade virtual na doença de Parkinson: Efeitos das demandas motoras e cognitivas dos jogos.** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2012. 125 f.

PAIVA, L.S; **Avaliação do equilíbrio em pacientes com doença de Parkinson por meio de exame de posturografia em unidade virtual.** [Dissertação]. Porto alegre: Universidade Federal do Rio grande do sul; 2011. 87 f.

POMPEU, JE.; **Melhora funcional de pacientes com Doença de Parkinson após treinamento em ambientes de realidade real e virtual**; [Dissertação]. São Paulo: Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo; 2012. 135 f.

SANTANA, CMF; LINS, OG; SANGUINETTI, DCM; SILVA, FP; ANGELO, TDA; CORIOLANO, MGWS; et al; **Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson**; Rev. Bras. Geriatr. Gerontol; v.18, n.1, p.49-58, 2015;

SOARES, GS; PEYRÉ-TARTARUGA, LA. **Parkinson's disease and physical exercise: a literature review**. Ciência e Movimento - Biociência e Saúde, 2010; ano XII (24);

VIEIRA, G de P., et al . **Realidade virtual na reabilitação física de pacientes com Doença de Parkinson**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 24, n. 1, p. 31-41, 2014;

YEN, CY; LIN, KH; HU, MH; WU, RM; LU, TW; LIN, CH. **Effects of Virtual Reality–Augmented Balance Training on Sensory Organization and Attentional Demand for Postural Control in People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial**; Physical Therapy;. v.91; n. 6, 2015

UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Data de aceite: 05/12/2019

Vanuzia Prudêncio Siqueira Silva

Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Fortaleza – Ceará

Rousane Rodrigues Arrais

Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Fortaleza – Ceará

Maria Charlianne De Lima Pereira Silva

Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Fortaleza – Ceará

Leide Laura Santos Leite

Centro Universitário Estácio do Ceará

Fortaleza – Ceará

Luiza De Marilac Soares Gomes

Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Fortaleza – Ceará

Anthonia Viviany Barbosa Lopes

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Fortaleza – Ceará

Maria Eliana De Lima Pereira

Centro Universitário Fametro (Unifametro)

Fortaleza – Ceará

Nathanael de Souza Maciel

Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Redenção – Ceará

Francisco Jardsom de Moura Luzia

Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Redenção – Ceará

Raniely Barbosa dos Santos

Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Redenção – Ceará

Diego da Silva Ferreira

Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Redenção – Ceará

Valdenia de Melo Mendonça

Universidade da Integração Internacional da

Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Redenção – Ceará

RESUMO: Objetivou-se descrever os métodos não farmacológicos utilizados por mulheres para o alívio da dor durante seu trabalho de parto e parto. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, através da análise e descrições dos dados objetivos das entrevistas realizadas. O estudo foi desenvolvido em uma maternidade situada no município de Fortaleza, no estado do Ceará, nos meses de outubro e novembro de 2013. As participantes foram puérperas que tiveram seus filhos de parto vaginal e que receberam os cuidados por meio dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. A pesquisa ocorreu por meio de um instrumento contendo perguntas abertas e fechadas sobre a temática proposta. Optou-se por realizar a técnica da entrevista estruturada e observação

livre. As informações extraídas dos questionários foram inseridas no *Microsoft Excel* e apresentados em tabelas e gráficos. A idade predominante das participantes foi entre 12 a 21 anos (64,2%); 84% das participantes eram da capital; 68% tinham o ensino médio incompleto; 60,7% viviam em união estável; 36% relataram não ter companheiro e 86% tinham renda familiar entre 1 a 2 salários-mínimos. A deambulação e a respiração foram utilizadas por todas as pacientes do estudo. A técnica menos aceita no momento do parto foi à técnica de relaxamento, seguidas da bola e da massagem.. As estratégias de métodos não farmacológicos são recursos usados no alívio da dor durante o trabalho de parto, contribuindo assim para um parto mais rápido e seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Parto; Enfermagem; Período Pós-Parto.

USE OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF PAIN RELIEF IN LABOR AND CHILDBIRTH

ABSTRACT: The objective of this study was to describe the non-pharmacological methods used by women for pain relief during their labor and childbirth. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, through the analysis and descriptions of the objective data of the interviews performed. The study was carried out in a maternity hospital located in the city of Fortaleza, Ceará State, Brazil, in October and November 2013. The participants were puerperal women who had their children in natural childbirth and received care through non-pharmacological methods for pain relief. The research was carried out by means of an instrument containing open and closed questions about the proposed theme. We opted to perform the technique of structured interview and free observation. The information extracted from the questionnaires was inserted into Microsoft Excel and presented in tables and graphs. The predominant age of the participants was between 12 and 21 years (64.2%); 84% of the participants were from the capital; 68% had incomplete secondary education; 60.7% lived in a stable union; 36% reported not having a partner and 86% had a family income between 1 and 2 Minimum wages. Ambulation and respiration were used by all patients in the study. The technique less accepted at the time of delivery was the technique of relaxation, followed by the ball and massage. The strategies of non-pharmacological methods are resources used to relieve pain during labor, thus contributing to a faster and safer childbirth.

KEYWORDS: Parturition; Nursing; Postpartum Period.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, muito se tem discutido sobre humanização durante o trabalho de parto com adoção de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. O bem-estar da mulher vem sendo abordado com um novo olhar, principalmente durante o parto, que é um momento muito particular de sua vida. Assim, ações baseadas em evidências científicas, dentre elas as que permitem o acesso da parturiente a esses

recursos não farmacológicos, tem comprovado o alívio da dor durante o trabalho de parto (GALLO *et al.*, 2011).

Os recursos não farmacológicos para o alívio da dor são considerados acessíveis às parturientes. Em geral, estes recursos na rotina obstétrica não são praticados, possivelmente pelo desconhecimento de seus benefícios tanto pelos profissionais de saúde como pela população (GALLO *et al.*, 2011).

As vantagens na utilização de recursos não farmacológicos estão associadas à diminuição de efeitos colaterais e de contraindicações. Dentre estas, podem ser citados os métodos mais utilizados que são o uso do chuveiro ou banho de imersão, o uso da bola suíça, a massagem, a deambulação, as técnicas de relaxamento, os exercícios respiratórios e a participação ativa de um acompanhante durante o parto e nascimento (DARVIM, *et al.*, 2008).

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) preconiza que as mulheres deveriam ter a oportunidade de viver a gestação e o parto como parte de sua vida afetiva e sexual, dispondo de recursos médicos quando necessário, e, ao mesmo tempo, podem estar em contato com a natureza verdadeira do ato de dar à luz.

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomende a implementação de estratégias não farmacológicas para aliviar o desconforto advindo da dor durante o trabalho de parto, a adesão a esta prática tem sido influenciada pela filosofia da instituição de atendimento ao parto.

É importante considerar também que a assistência à mulher no momento do parto, tornou-se objeto de grande medicalização. O conflito gerado disso influencia as mulheres a questionar a segurança do parto vaginal, diante do parto cirúrgico, resultando no uso excessivo das cesarianas nas últimas décadas (BRASIL, 2001).

Nas últimas décadas, tem-se modificado os ambientes para assistência ao parto vaginal. A garantia de um local confortável, acolhedor e com privacidade e segurança reduzindo o medo e a ansiedade da parturiente, que podem estar relacionados ao ambiente hospitalar. Estas mudanças favorecem a adoção de práticas não farmacológicas, que buscam beneficiar a prática do parto vaginal (BRASIL, 2008).

Gualda (2001) descreve que o profissional deve compreender o fenômeno da reprodução como singular contínuo e saudável, no qual a mulher se desenvolve num determinado contexto sócio histórico.

Quanto ao papel do profissional especializado em obstetrícia, Gualda (2001) refere que a obstetriz busca soluções mais eficientes e não interventistas antes de acessar a tecnologia; presta assistência segura, com custos mais baixos, devido à redução de intervenções.

Considerando a estratégia de humanização do parto como importante medida de saúde pública, em que valoriza a atuação do profissional de saúde diante da

realização do parto natural e resgata a autonomia da mulher como condutora do processo de parir, optou-se por desenvolver um estudo baseado na assistência humanizada no parto com uso de métodos não farmacológicos.

Portanto, objetivou-se descrever os métodos não farmacológicos utilizados por mulheres para o alívio da dor durante seu trabalho de parto e parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem predominantemente quantitativa, através da análise e descrições dos dados objetivos das entrevistas realizadas.

De forma analógica, Andrade (2002) destaca que a pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade situada no município de Fortaleza, no estado do Ceará, caracterizada como serviço terciário que atende pacientes da capital e do interior do estado. Quanto aos serviços prestados, destacam-se: assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal; assistência ao recém-nascido e serviço de ginecologia.

Vale ressaltar que o referido hospital conta com um centro de parto vaginal com 10 leitos. O trabalho se destaca pela excelência do cuidado interdisciplinar prestado pela equipe, incluindo o enfermeiro obstetra.

Os sujeitos do estudo foram puérperas que tiveram seus filhos de parto vaginal acompanhadas no hospital em que a pesquisa foi desenvolvida e que receberam os cuidados por meio dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Foram excluídas as puérperas que por algum motivo não receberam os cuidados por meio dos métodos não farmacológicos e que não tinham condições de saúde satisfatória para participar do estudo. A amostra do estudo totalizou 28 participantes.

A pesquisa ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2013, mediante um instrumento contendo perguntas abertas e fechadas sobre a temática proposta. Optou-se por realizar a técnica da entrevista estruturada e observação livre.

A coleta de dados ocorreu em duas fases. Na primeira fase foram identificadas as gestantes que usaram o método não farmacológico para o alívio da dor, ainda no centro de parto natural, momento em que observação livre foi utilizada. A segunda etapa foi constituída da aplicação do instrumento, sendo aplicado no puerpério, ou seja, na enfermaria, em alojamento conjunto.

As informações extraídas dos questionários foram inseridas no *Microsoft Excel* e apresentados em tabelas e gráficos, analisados a luz da literatura pertinente,

destacando-se os itens de maior relevância para a saúde pública.

As questões abertas foram transcritas e analisadas, as falas escolhidas serão identificadas apenas com o número da entrevista, para manter o sigilo das entrevistadas.

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, obedecemos à resolução 466 de dezembro de 2012. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob o parecer 424.773 de 01 de outubro de 2013

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os principais resultados da presente pesquisa. A tabela 1 resalta as características socioeconômicas das puérperas entrevistadas. Foram pesquisadas variáveis como a idade, procedência, grau de instrução, estado civil e renda familiar.

Variáveis	n	%
Idade(anos)		
12-21	18	64,2
22-31	08	28,5
>31	02	7,2
Procedência		
Capital	24	86
Interior	04	14
Grau de instrução		
Incompleto	01	3,5
Ensino fundamental completo	07	25
Ensino médio completo	19	68
Ensino médio incompleto	01	3,5
Ensino superior		
Estado civil		
solteira	10	36
casada	01	3,5
união estável	17	60,7
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	01	3,5
Entre 1 e 2 salários	24	86
>2 salários mínimos	01	3,5
Não informou	02	7,0
Total	28	100%

* salário mínimo vigente R\$ 678,00

Tabela 1: Dados socioeconômicos das pacientes entrevistadas. Fortaleza, 2013.

* salário mínimo vigente R\$ 678,00

Com base nos dados acima, podem ser observados que a idade predominante foi entre 12 a 21 anos (64,2%); 84% das participantes eram da capital; 68% tinham o

ensino médio incompleto; 60,7% viviam em união estável, porém 36% não relataram não ter companheiro e 86% tinham sua renda familiar entre 1 a 2 salários-mínimos.

A pesquisa revela uma maior incidência de gestações na adolescência, isso nos leva a considerar o que nos lembra Heilborn *et al.* (2002), sob o termo "gravidez na adolescência" encontra-se uma faixa etária para a qual, por muito tempo, foi a época da vida ideal para ter um filho. Para Heilborn *et al.* (2002, p.28) o fenômeno da gravidez na adolescência "também ganha importância no cenário de mudanças operadas na concepção social das idades e do sexo que redefinem as expectativas sociais depositadas nos jovens nos dias atuais, sobretudo nas adolescentes do sexo feminino".

Os autores continuam argumentando que diante desta possibilidade atual de vivência da sexualidade desvinculada da reprodução, a gravidez se coloca como uma perda de oportunidades de vivências na juventude. Por esse motivo, a gravidez adolescente tende a ser indicada como um fator de risco no desenvolvimento, tanto dos pais como da criança, uma vez que se constitui um desafio para aqueles nela envolvidos (CANAVARRO; PEREIRA, 2001; LEVANDOWSKI; PICCININI, 2004; SOARES *et al.*, 2002).

Variáveis	N	%
Idade gestacional		
Pré-termo	02	7,0
A termo	22	79,0
Pós-termo	02	7,0
Não foi identificado	02	7,0
Número de gestações		
Primigesta	15	54,0
Multigesta	13	46,0
Paridade (n=16)		
1 - 2filhos	13	46,0
>2 filhos	03	11,0
Aborto (n=16)		
Nenhum	13	46,0
Um aborto	03	11,0
Número de consultas do pré-natal		
< 6 Consultas	06	21,0
Entre 6 E 8 Consultas	19	68,0
>8 Consultas	01	3,5
Não Informou	02	7,0
Total	28	100

Tabela 2: Dados Clínico-obstétricos das pacientes entrevistadas. Fortaleza, 2013.

A tabela acima mostra o perfil obstétrico das pacientes do estudo. Assim, das 28 pacientes entrevistadas 22 tiveram gestação a termo (idade gestacional entre 37 a 42 semanas a partir da última menstruação), seguidas de 02 com gestação pré-termos (idade gestacional encontra-se entre 22 e 37 semanas) e 02 gestação pós-termos (idade gestacional que ultrapassa 42 semanas).

Quanto ao número de gestações 15 estavam vivenciando a gravidez pela primeira vez e a maioria das mesmas encontrava-se na faixa dos 12 aos 21 anos (dado referido na tabela 1), assim consideramos um estudo realizado por Leite e Bohry (2012), onde indicam o conflito que atinge a jovem mãe nesta etapa da vida sentindo-se feliz por ter um filho e ao mesmo tempo insegura, preocupada com as transformações físicas e com o futuro. O mesmo estudo revela ainda que apesar de existirem programas na rede do SUS, os mesmos não tiveram a participação das entrevistadas por falta de divulgação.

Ainda segundo Leite e Bohry (2012) o apoio da família contribui para aumentar a alta estima e superar as dificuldades e enfrentar as responsabilidades impostas pela maternidade.

Entre as mulheres da amostra 03 declararam ter tido aborto. Rezende (2008) identifica como principais fatores de risco para o abortamento: Idade menor que 15 anos e maior que 35 anos; Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição de agentes físicos, químicos e biológicos; Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescentes; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); Consumo de drogas ilícitas; Condições ambientais desfavoráveis.

Quando indagadas sobre o número de consultas no pré-natal, 68% das mulheres haviam realizado mais de seis consultas e 21% dessas mulheres compareceram em um número inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre (BRASIL, 2006).

Quanto às complicações presentes durante a gravidez relatadas pelas participantes do estudo, a infecção do trato urinário esteve presente em 09 gestações, seguidas da placenta prévia em 03 gestações, anemia em 02 gestações. Diabetes gestacional e a vasa prévia em 01 gestação e 12 participantes não referiram complicações.

O gráfico abaixo ilustra os resultados quanto à utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor usados no trabalho de parto das participantes do estudo.

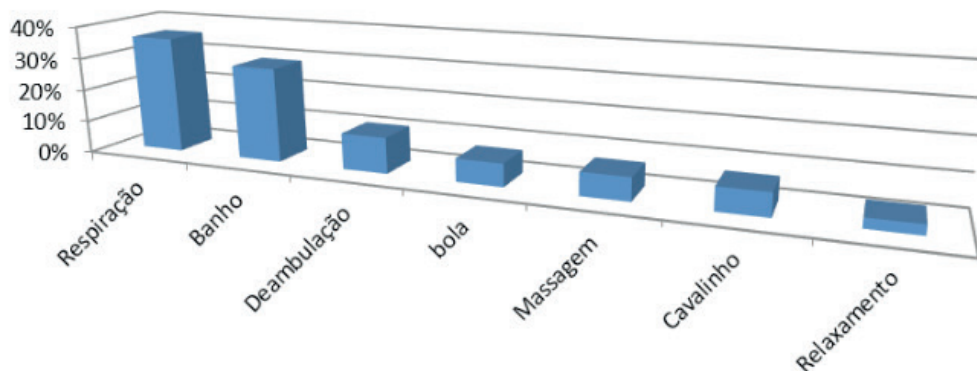


Gráfico 1: Métodos não farmacológicos usados pelas participantes do estudo. Fortaleza, 2013.

Observa-se que a deambulação e a respiração foram utilizadas por todas as pacientes do estudo. A técnica menos aceita no momento do parto foi à técnica de relaxamento, seguidas da bola e da massagem.

Segundo Silva (2004), o uso de métodos não farmacológicos, como o banho de imersão para alívio da dor durante trabalho de parto tem as vantagens de reduzir e postergar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para a colaboração ativa da parturiente e permitindo maior participação do acompanhante. O mesmo autor cita que o banho de imersão permite que a mulher assuma o comando da situação, pois ela pode mobilizar seus recursos para buscar o bem-estar durante o processo do nascimento.

De acordo com Böing, 2007, a técnica respiratória, além de interferir no parto como fator relaxante, diminui a sensação dolorosa, quando se verifica que a intensidade dolorosa não excedeu à intensidade 7 (severa e muito severa) de intensidade.

Gallo (2011) ressalta que o banho de chuveiro com água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. Já a massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

O mesmo autor enfatiza que os exercícios respiratórios no trabalho de parto por terem a função de reduzir a sensação dolorosa, melhoram os níveis de saturação sanguínea materna de O_2 , proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade. Nas técnicas de relaxamento, os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que a parturiente reconheça as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto.

A deambulação é um recurso terapêutico para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miometrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal. A bola suíça é um recurso que deve ser utilizado com objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável (GALLO, 2011).

Silva (2011) uso do cavalinho é utilizada para o alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, proporcionando maior relaxamento, melhor progresso do trabalho de parto e menor consumo de analgésico e anestésicos.

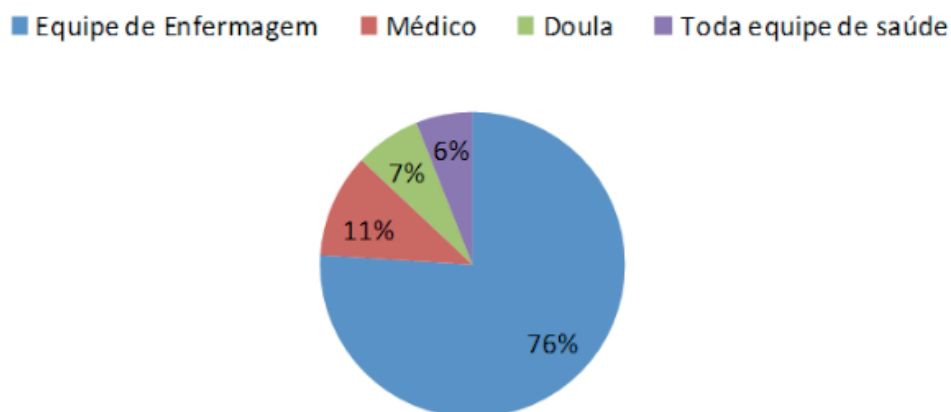


Gráfico 2: Profissionais que orientaram os métodos não farmacológicos para alívio da dor. Fortaleza, 2013.

O gráfico 2 mostra que a equipe de enfermagem participa ativamente no trabalho de parto e parto, principalmente através de condutas com alto nível de evidência, como os métodos não farmacológicos para alívio da dor.

De acordo com Santos (2012) a atuação realizada pelos enfermeiros obstétricos é baseada em técnicas não medicamentosas, como orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influenciando no alívio da dor e no estímulo do trabalho de parto evitando o uso de analgésicos e ocitocina respectivamente. Essa atitude permite uma melhora na evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa.

Segundo Carraro (2006), ao considerar o cuidado durante o trabalho de parto, não se deve simplificar e considerar apenas o alívio da dor. Cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro. A condição essencial para que ocorra o conforto é proporcionar um ambiente favorável, ou seja, um ambiente em que a pessoa seja cuidada e sinta que está sendo cuidada, pois lhe foi oferecido/ofertado, afeto, calor, atenção e amor e estes favoreceram o alívio, a segurança e o bem-estar.

De acordo com Santana (2013), a utilização de métodos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto, objetiva facilitar a evolução da dilatação cervical e da

descida fetal, promover o suporte contínuo e aliviar a dor das parturientes, por meio de seus inúmeros recursos terapêuticos com a aplicação efetiva desses métodos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o parto não deve ser visto apenas como uma rotina, e sim como um momento único, fisiológico e natural, onde a parturiente deve ser valorizada, enfatizando a importância do cuidado de enfermagem pelos profissionais da área da saúde na busca da humanização no processo de assistência ao parto normal.

Profissionais da área da saúde devem refletir sobre a importância da intervenção não farmacológica e a necessidade da intervenção de enfermagem no trabalho de parto.

A análise das informações coletadas a partir dos questionários aplicados as puérperas sobre o uso dos métodos não farmacológicos são estratégias usadas no alívio da dor durante o trabalho de parto. Assim, pode-se favorecer a formação de laços afetivos familiares, vínculo mãe/ filho respeitando as reais condições fisiológicas da mulher durante o processo de parturição tornando o processo de parto numa experiência agradável.

Percebe-se que a enfermagem é a principal atuante no incentivo do uso dos métodos não farmacológicos para a paciente de baixo risco, o enfermeiro sabendo da sua responsabilidade, precisa garantir o cuidado, o conforto, a clareza das rotinas a serem cumpridas não só pela equipe de enfermagem, mas também pelos demais profissionais da equipe de saúde envolvidos, proporcionando segurança e satisfação à mulher no seu parto.

Conclui-se que as estratégias de métodos não farmacológicos são recursos usados no alívio da dor durante o trabalho de parto, contribuindo assim para um parto mais rápido e seguro.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenário e perspectivas** – Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2008.

ANDRADE, M.M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. Ed. São Paulo: atlas, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada a mulher**- Ministério da Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: ministério da saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária 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 – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CANAVARRO, M. C. & Pereira, A. I. (2001). **Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas**. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (323-355). Coimbra: Quarteto Editora.

SILVA, *et al.* **Métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto**. Rev. Enf. 2011, Mai/Ago;1(2):261-271.

DAVIM *et al.* - **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes**. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10(3):600-9.

DAVIN *et al.* **Efetividade no estudo não farmacológico para alívio da dor de parturientes no trabalho de parto**. Revista de Escola de Enfermagem da USP, 2009, 43 (2): 438-45.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. saúde coletiva. v.10, n. 3, p. 699-705. 2001.

Enfermagem Obstétrica: **diretrizes assistências / Maysa Luduvise Gomes**. – Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GALLO *et al.* - **Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo Assistencial**. Rev. FEMINA, Janeiro 2011, vol. 39 (nº 1).

GUALDA, D.M.R. Associação Brasileira de Obstetrícia e Enfermeiros Obstetras Seção São Paulo. In: **III Seminário Estadual Sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto**. São Paulo. 2001.

Levandowski, D. C. & Piccinini, C. A. (2004). **Paternidade na adolescência: Aspectos teóricos e empíricos**. Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano, 14(1), 51-67.

Leite, Marilene Prima. **Conflitos relacionados à gravidez na adolescência e a importância do apoio familiar**. Marilene Prima Leite e Simara Bohry. Encontro: Revista de psicologia. Vol. 15, nº 23, ano 2012.

Manual do Parto Humanizado, projeto luz da JICA, Agência de cooperação internacional do Japão. **Melhoria da saúde materno-infantil do Nordeste do Brasil** – Governo do estado do Ceará, secretária da saúde do estado, colaboração da MEAC UFC, 2000.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 9ª edição. São Paulo: Hucetec; 2006.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF; GOMES, R. **Pesquisa Social; teoria, método e criatividade**, 32ª edição. Petrópolis, RJ: vozes; 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um guia prático**. Genebra; 1996.

REZENDE, Jorge. **Obstetrícia Fundamental**. 11ª. Ed. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, *et al.* **Efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto**. Rev. Esc. Enfermagem, USP. 2006; 40 (1): 57- 63.

Soares, I., Marques, M. C., Martins, C., Figueiredo, B., Jongenelen, I. & Matos, I. (2002). **Gravidez e**

maternidade na adolescência: Um estudo longitudinal. Em M. C. Canavarro (Ed.), Psicologia da gravidez e da maternidade (pp. 359-407). Coimbra: Quarteto Editora.

CARRARO, *et al.* **Cuidado e conforto durante trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres.** Texto e contexto – enferm. Vol. 15 Florianópolis 2006.

VÍDEOS DE REVISÃO DE ANATOMIA HUMANA ELABORADOS PELOS MONITORES: UMA CONCEPÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA

Data de aceite: 05/12/2019

Yuri Ribeiro Carneiro
Alisson Fernando Almeida E Silva
Kenit Di Dio Aragão Minori
Matheus Torres Muniz
Sidney Nogueira Carvão Aguiar Valle

RESUMO: Os vídeos de revisão utilizados nas aulas teórico-práticas são um método de estudo na disciplina de Anatomia Humana. Esses vídeos são realizados nos momentos finais das aulas práticas de Anatomia, onde os alunos gravam o monitor fazendo um resumo breve e objetivo de todo o conteúdo que foi abordado durante a aula. Esses vídeos servem como auxílio para o aluno fazer uma auto-revisão para as provas práticas quando não estiver na presença do professor ou dos monitores.

O objetivo desse trabalho é avaliar a importância que os estudantes dão para esse método de estudo. Esse é um trabalho quantitativo, foram utilizadas informações de um questionário como instrumento de coleta dos dados. Cada questionário foi composto por cinco questões objetivas, as quais abordaram a importância dos vídeos de revisão para um maior aprendizado dos alunos, sendo aplicado entre alunos que cursam Anatomia Humana no curso de Medicina nos anos de 2015 e 2016,

escolhidos de forma aleatória para respondê-lo. Assim, a concepção dos alunos quanto ao uso dos vídeos como forma de revisão para as provas práticas é positiva, observado na análise dos dados obtidos. A iniciativa dos monitores foi apoiada por todos os alunos entrevistados, concordando, em sua grande maioria, que essa metodologia deve ser mantida e estendida às outras matérias, 95,37% afirmaram ter sentido mais segurança com os vídeos de revisão e 95,37% achou o método eficaz estimular sua memória fotográfica.

PALAVRAS-CHAVE: Anatomia. Vídeos. Revisão. Medicina

INTRODUÇÃO

A disciplina de Anatomia Humana é um dos pilares iniciais da Medicina. Seu estudo é essencial para que os acadêmicos consigam adquirir um conhecimento sólido para dar início ao árduo estudo da medicina. Nesse contexto, os monitores são de fundamental importância, pois guiam os alunos, por meio das atividades práticas. Para Natário (2007) o monitor é considerado um agente do processo ensino-aprendizagem, capaz de intensificar a relação professor-aluno-instituição. Encontrar caminhos que permitam melhorar a qualidade

da aprendizagem na disciplina, que muitas vezes se caracteriza por elevados índices de reprovação (Montes *et al.*, 2005), fez com que fossem criadas novas estratégias para a melhorar o ensino na área, como os Vídeos de Revisão. Nessa perspectiva, o monitor surge como um facilitador desse processo de aprendizagem. Os monitores ministram aulas, tiram dúvidas e gravam vídeos de revisão com objetivo de ajudar os alunos a fixarem os conteúdos dessa disciplina tão importante para área da saúde. Nesse contexto os vídeos vêm como meio facilitador de estudo para fazerem uma revisão rápida dos assuntos antes de se submeterem as provas práticas, assim melhorando o seu desempenho nas avaliações. O objetivo desse trabalho é avaliar importância dos vídeos de revisão para os acadêmicos de medicina.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo quantitativo e retrospectivo, sendo aplicado um questionário com cinco questões objetivas aos alunos do curso de medicina da Universidade Nilton Lins que cursaram a disciplina nos anos de 2015 a 2016. As perguntas abordaram a importância dos vídeos para o aprendizado do aluno. Durante esse período foi ministrado aula para 174 alunos, dos quais somente 108 alunos (62%) responderam o questionário, os outros 66 (37,9%) não responderam por motivos de ausência durante a aplicação do teste.

O estudo manteve o anonimato e seguiu as recomendações da portaria do conselho nacional de saúde/MS-CNS, Resolução 466/12, adotando os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 aborda a avaliação do aluno sobre a iniciativa do monitor em realizar os vídeos de revisão. É possível observar que 100% dos alunos afirmam que os vídeos foram uma iniciativa positiva dos monitores.

	Sim	Não	Parcialmente
A iniciativa do monitor foi positiva?	108	0	0
	100%	0%	0%

Tabela 1 – Opinião do aluno quanto à iniciativa do monitor em fazer vídeos de revisão práticos de anatomia

Os alunos acham de grande valia a iniciativa dos monitores de gravar vídeos para ajudar a revisar para as provas práticas. A monitoria abrange o conteúdo curricular, no qual os conhecimentos ou as habilidades, ou uma combinação de

ambos, são trabalhados pelo monitor com um grupo de alunos (Assis et al., 2006; Faria, 2003; Topping, 1996).

A Tabela 2 mostra o resultado da análise da contribuição dos vídeos de revisão práticos de anatomia para a segurança do aluno no momento da prova. É notável que mais da metade dos alunos analisaram a prática dos vídeos como uma forma de sentir-se mais seguro para as provas práticas.

	Sim	Não	Parcialmente
Contribuiu para se sentir mais seguro?	103	1	4
	95,37%	0,92%	3,70%

Tabela 2 – Opinião do aluno quanto à contribuição dos vídeos de revisão para se sentirem mais Seguros no dia da prova.

Assim, os alunos sentem-se mais preparados para as provas práticas depois de terem revisado o assunto com o auxílio dos vídeos.

A Tabela 3 revela a avaliação dos alunos quanto à contribuição dos vídeos de revisão como ferramenta para estimular sua memória fotográfica no momento da prova prática. Nesses dados, pode-se perceber que a grande maioria dos entrevistados acharam válido os vídeos para estimular sua memória fotográfica, que é fundamental no estudo da anatomia.

	Sim	Não	Parcialmente
Contribuiu para estimular a memória fotográfica?	103	1	4
	95,37%	0,92%	3,70%

Tabela 3 – Opinião do aluno sobre o quanto os vídeos de revisão contribuíram para estimular a sua memória fotográfica.

Desse modo, o uso dessa ferramenta atual tem sido fundamentais para estimular a memória fotográfica dos alunos, facilitando seu desempenho final. A utilização de meios modernos, que estão mais presentes na geração dos monitores, tem sido explorados por eles, para facilitar o aprendizado de novos alunos que também estão acostumados com tais recursos. Segundo Almeida (2007), a utilização das tecnologias no processo educativo proporciona novos ambientes de ensinar e aprender diferentes dos ambientes tradicionais, e as reais contribuições das tecnologias para a educação surgem à medida que são utilizadas como mediadoras para a construção do conhecimento.

A Tabela 4 revela a concepção dos alunos sobre sua opinião em relação à manutenção da prática dos vídeos de revisão. É possível perceber que a grande maioria dos alunos concordam que a prática dos vídeos deve ser mantida.

	Sim	Não	Parcialmente
A prática dos vídeos deve ser mantida?	103	1	4
	95,37%	0,92%	3,70%

Tabela 4 – Opinião do aluno sobre a manutenção da realização dos vídeos de revisão práticos.

Os alunos acreditam que a prática dos vídeos é válida e deve ser mantida durante os outros semestres na abordagem da anatomia pelos monitores.

A Tabela 5 expõe a vontade dos alunos sobre a aplicação dos vídeos de revisão no estudo das outras matérias da faculdade. Nota-se que mais da metade dos acadêmicos entrevistados apoiam a ideia sobre os vídeos serem estendidos para outras matérias do curso de medicina.

	Sim	Não	Parcialmente
Os vídeos deveriam ser aplicados em outras matérias?	85	7	16
	78,70%	6,48%	14,81%

Tabela 5 – Opinião do aluno sobre a extensão dos vídeos de revisão para outras disciplinas.

Além de apoiarem a permanência dos vídeos na anatomia, os alunos apoiam a extensão dessa prática de treinamento para as outras disciplinas dentro do curso de medicina.

CONCLUSÃO

Assim, concluímos que as aplicações de vídeos de revisão são enriquecedoras para os alunos e devem ser mantidos e aprimorados com o intuito de otimizar a aprendizagem e atraí-los cada vez mais para as atividades da monitoria de anatomia.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos acadêmicos de medicina que cursaram Anatomia em 2015 e 2016 que responderam aos questionários, permitindo a realização dessa pesquisa e ao nosso professor orientador Márcio Ribeiro Kzam, que nos enriquece no conhecimento da Anatomia Humana.

REFERÊNCIAS

Assis F, Borsatto AZ, Silva PDD, Peres PL, Rocha PR, Lopes GT. Programa de monitoria acadêmica: percepções de monitores e orientadores. **Revista de Enfermagem da UERJ**, 2006. 14 (3), 391-397

ALMEIDA, M. E. B. Tecnologias digitais na educação: o futuro é hoje. In: ENCONTRO DE EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO, 5, 2007. **Anais...**, 2007.

Disponível em: . Acesso em: 18 jul. 2012.

MontesMAA, Souza CTV, Lemos ES. Reflexões sobre as principais dificuldades enfrentadas pelos alunos de cursos de graduação da área de saúde no ensino de anatomia humana. Em: **Anais, I Encontro Nacional de Ensino de Biologia**. Rio de Janeiro, 2005 (pp. 49).

Natário EG. Monitoria: um espaço de valorização docente e discente. **Santos: Editora e Gráfica do Litoral**, 2007.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB O OLHAR DAS MULHERES: ANÁLISE DE DISCURSO

Data de aceite: 05/12/2019

Data de submissão: 23/11/2019

Milena Pereira Costa

Especialista Terapia Intensiva. Hospital Santa Isabel, Salvador, Bahia

<https://orcid.org/0000-0002-2645-1331>

Ana Jaqueline S. Carneiro

Enfermeira Obstétrica, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências da Saúde, Professora Assistente da UEFS, membro do Núcleo e Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM/UEFS)

<https://orcid.org/0000-0003-4043-9993>

Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza

Enfermeira Obstétrica, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da UEFS, membro do Núcleo e Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM/UEFS)

<https://orcid.org/0000-0002-4573-525X>

Maria Aparecida Prazeres Sanches

Doutora em História Social e Gênero, Professora Adjunta da UEFS.

<https://orcid.org/0000-0003-1248-288X>

Rita de Cássia Rocha Moreira

Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da UEFS, pesquisadora do Núcleo e Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM/UEFS).

<https://orcid.org/0000-0002-9456-037X>

RESUMO: Objetivo: compreender a percepção de violência obstétrica por mulheres assistidas durante o trabalho de parto e parto em instituições públicas ou conveniadas ao SUS, de uma cidade da Bahia. **Método:** estudo qualitativo, do tipo exploratório. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada no período de julho a setembro de 2014 e analisados por meio da técnica de análise do discurso segundo Fiorin. **Resultados:** Compreendeu-se, nos discursos, a presença de práticas consideradas violentas, de diversos tipos, perpetradas por profissionais de saúde, no período parturitivo. Embora as entrevistadas se sintam agredidas de alguma maneira, elas têm dificuldade de reconhecer que foram violentadas, ou de denominar determinadas atitudes dos profissionais como sendo violência. **Conclusão:** O baixo nível de informação das mulheres e a vulnerabilidade que o período parturitivo implica levam à dificuldade de reconhecer maus tratos no trabalho de parto e parto como violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Saúde da mulher; Enfermagem obstétrica; Parto Obstétrico; Gênero e saúde.

OBSTETRIC VIOLENCE IN THE WOMEN'S LOOK: DISCOURSE ANALYSIS

ABSTRACT: Objective: Understand the perception of obstetric violence by women

assisted during obstetric labor and parturition in public institutions of Feira de Santana, Bahia. **Methods:** A qualitative study, of exploratory type. The data were collected through semi-structured interview and they were analyzed through discourse analysis technique according Fiorin (2003). **Results:** It was found in all the evidences, the presence of practices considered violent, of various types, perpetrated by health professionals, in the birth period. **Conclusions:** Although women in most cases feel assaulted in some way, they have difficulty in recognizing who were assaulted, or call certain attitudes of professionals as violence. Asymmetric relationships between professionals and users and the vulnerability that the parturitive period implies lead to the difficulty of recognizing abuse in labor and childbirth as violence.

KEYWORDS: Violence against women; Women's health; Obstetric Nursing; Delivery; Gender and Health

1 | INTRODUÇÃO

O termo violência obstétrica se refere a condutas de profissionais de saúde que comprometem os processos reprodutivos, bem como afetam o corpo das mulheres, representado pela patologização dos eventos naturais no parto e pelo excesso de medicalização, impedindo o exercício da autonomia pela parturiente (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos, tais como episiotomia, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina de rotina, ausência de acompanhante, além do excesso de cesáreas (TESSER; KNOBEL; ANDREZZO, 2015).

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo revelou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (VENTURI; GODINHO, 2013). Na Pesquisa Nascer no Brasil, o maior inquérito sobre parto e nascimento já realizado no país, as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto apresentaram alta prevalência. Em mais de 70% das mulheres com parto de risco habitual foi realizada punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a amniotomia ocorreram em cerca de 40% delas. Durante o parto, a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%, 37% e 56%, respectivamente (LEAL et al, 2014).

Em 2014, foi divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a Declaração para “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. No documento, a instituição chama a atenção para os maus tratos, desrespeitos e abusos cometidos contra as mulheres durante o parto em instituições de saúde de todo o mundo, o que equivale a uma violação dos direitos fundamentais das mulheres (OMS, 2015).

Em muitos contextos em todo o mundo, as experiências de parto para mulheres em instituições de saúde são marcadas por casos de maus-tratos, como o abuso

físico e verbal, falta de apoio, negligência, discriminação e negação de autonomia (BOHREN ET AL, 2015). Nas maternidades públicas do Brasil, a violência institucional é determinada, em parte, por questões de gênero, que transforma diferenças – ser mulher, pobre e de baixa escolaridade – em desigualdades, uma relação hierárquica, na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional e não como sujeito de seus próprios atos e decisões (AGUIAR; D’ OLIVEIRA, 2011). No entanto, esse problema não é de responsabilidade única dos (as) profissionais, mas está relacionado também à desestruturação institucional e até mesmo governamental (BORBA, 2012), sendo frequentemente decorrente do sistema de assistência que se encontra desorganizado e carente de melhorias (MENEZES et al, 2006).

A violência obstétrica constitui fenômeno complexo, que tem como fatores estruturantes: questões de gênero e raça, a perda do poder da mulher em relação ao parto, relações de poder entre mulheres e profissionais no parto institucionalizado, ausência de educação permanente em saúde, formação da equipe de saúde, desorganização dos serviços, carga horária excessiva e o modelo de atenção obstétrica, sustentado em práticas não baseadas em evidências científicas (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHARAIBER, 2013; GUIMARÃES et al, 2018; SOUZA et al, 2016).

Uma vez que a violência obstétrica costuma ser naturalizada, é necessário ouvir o que dizem as mulheres que vivenciaram o parto sobre o assunto. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de violência obstétrica por mulheres que foram assistidas durante o trabalho de parto e parto em instituições públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) numa cidade da Bahia.

2 | METODOLOGIA

2.1 Caracterização do estudo e enfoque teórico

O estudo é do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, sendo utilizado como referencial teórico a interseccionalidade entre gênero e raça. Essa perspectiva é fundamental para compreender as situações de violência às quais as mulheres são submetidas nas maternidades brasileiras. O conceito de gênero amplia as possibilidades de análises sobre mulher, uma vez que rejeita a naturalização biológica das diferenças entre os sexos, construindo novo campo analítico, balizado pela construção social das diferenças sobre o sexo (GROSSI, 2012; SCOTT, 1990). Para Scott (1990), o gênero é historicamente determinado, o que permite dar sentido às diferenças.

Nesse sentido, gênero desvela as múltiplas hierarquias sociais às quais as mulheres estão submetidas: raça/etnia e classe social. Como argumenta Stolcke (1991, p. 102): “a desigualdade de gênero na sociedade de classes resulta de uma tendência historicamente específica de ‘naturalizar’ ideologicamente desigualdades

sociais prevalecentes”. Assim, a categoria gênero aponta para um aspecto central, as relações de poder que estruturam as múltiplas formas de racismo institucional a que as mulheres são submetidas. A forma como as mulheres vivem a opressão de gênero e a discriminação é determinada pela sua posição quanto à classe social e dentro do conjunto das relações étnico/raciais (SANCHES, 2010).

O conceito de raça que iremos utilizar para entender essas relações, tem por base a formulação de Guimarães (2005, p.11), que a define não como um conceito que corresponderia a uma “realidade natural”, mas como “tão-somente uma forma de classificação social, baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais, e informada por uma noção específica de natureza, como algo indeterminado”. Ou seja, esse sistema de classificação se reflete em hierarquização das relações sociais, com base em processos de “naturalização” dessas relações, como a noção biológica de sexo que o gênero vem questionar.

2.2 Trajetória metodológica

Constituíram sujeitos do estudo mulheres que foram assistidas durante o trabalho de parto e parto em instituições públicas ou conveniadas ao SUS, numa cidade da Bahia, com idade a partir de 18 anos, com pelo menos três meses de pós-parto. Esse critério foi estabelecido por considerarmos que, nos primeiros três meses após o parto, as mulheres poderiam estar fragilizadas, de maneira que lembranças desagradáveis de possíveis situações vivenciadas poderiam causar desconfortos.

As mulheres foram selecionadas em duas unidades básicas de saúde, enquanto aguardavam atendimento para serviços de puericultura e imunização. Participaram do estudo aquelas que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) com o parecer Nº659.114 de 23/05/2014 e CAAE: 30178714.0.0000.0053. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro composto de duas partes. A primeira incluiu questões objetivas sobre caracterização pessoal, socioeconômica e história obstétrica. A segunda, questões abertas relacionadas especificamente a situações vivenciadas pela mulher que poderiam ser tipificadas como violência obstétrica. Nesta última, as perguntas norteadoras foram: 1) A senhora acha que sofreu algum tipo de violência durante o trabalho de parto e parto? 2) A senhora acha que as mulheres sofrem violência no parto? Quais os atos praticados contra as mulheres que a senhora considera que sejam violência?

Foram realizadas 10 entrevistas, em local isolado da circulação de pessoas, respeitando a privacidade da participante e garantindo o sigilo da conversa, sendo

utilizados nomes fictícios escolhidos pelas próprias mulheres para a sua identificação na pesquisa. Após autorização das participantes, as entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas na íntegra.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin (2003). Para tanto, foram seguidas as etapas recomendadas pelo autor: leitura inicial de todo o texto para localizar elementos concretos e abstratos que conduzem a um mesmo bloco de significação, agrupamento dos temas parciais de acordo com os elementos que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significado, formando subcategorias e apreensão dos temas centrais, que levaram à formulação de categorias empíricas centrais. Uma delas é apresentada e analisada neste artigo, em conexão com a literatura pertinente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das participantes

A idade das participantes variou de 18 a 42 anos, sendo quatro menores de 20 anos. Cinco mulheres referiram ser da raça/cor preta, quatro da cor parda e uma da cor branca. Quanto ao grau de escolaridade, apenas uma tinha ensino superior completo e duas tinham ensino superior incompleto. Houve média de duas gestações por mulher. O parto atual de seis mulheres foi normal e as quatro demais tiveram parto cesáreo.

3.2 Vulnerabilidade das mulheres durante o parto dificultando a percepção da violência

A vulnerabilidade das mulheres durante o parto foi o tema de maior abstração extraído dos depoimentos. O período parturitivo é para a mulher um estágio intenso, no qual os sentimentos afloram, inclusive o estresse, decorrente da dor causada pelas contrações uterinas e de situações desconfortáveis que as parturientes possam vivenciar. Somados a isso, como explicitado nos discursos desta pesquisa, o desconhecimento pela mulher da fisiologia do parto, dos seus direitos e de como os profissionais de saúde deveriam assisti-la durante essa etapa, levaram a situações de vulnerabilidade.

O parto é um evento potencialmente desorganizador, capaz de produzir sobrecarga emocional e desencadear estado de vulnerabilidade psíquica nas mulheres (DONELLI; LOPES, 2013). Assim, faz-se necessário rever as práticas de manejo dos aspectos emocionais das mulheres, pois em muitas situações, a equipe se posiciona de forma defensiva nos aspectos que envolvem a relação interpessoal, prejudicando a interação profissional-parturiente.

O discurso a seguir confirma a vulnerabilidade feminina diante do exercício

de um diálogo profissional sem a prática da alteridade e empatia, além de mostrar assistência sem embasamento científico:

Aí quando deu 03:00h que eu perguntei que hora era, ela [enfermeira] disse 03:00h. Eu disse: Meu Deus do céu, 03:00h da manhã da quinta-feira [sexta-feira] e eu não pari ainda! Alguma coisa tá errada. Ela disse: - Errada tá, sim, que você não sai de 6cm. Por quê? Eu disse: -Eu tenho culpa? Aí eu sentindo dor e médico vinha e médico saía e toque [...] Aí perguntou se eu tinha tomado café. Eu falei com ela que eu não tinha tomado café, tinha comido na quarta-feira 22h da noite. (Gardênia).

Nessa fala percebe-se a angústia da mulher pelo jejum, como também pelo parto, evento de grande expectativa para muitas mulheres, que ao mesmo tempo causou estresse em Gardênia, pois ela foi responsabilizada pela evolução fisiológica que não transcorreu no tempo estabelecido pelos profissionais de saúde. Muitos destes não fornecem qualquer tipo de orientação que permita à mulher conhecer e experimentar o trabalho de parto com tranquilidade, induzindo insegurança e pânico na parturiente. Além disso, condutas não baseadas em evidências científicas levam à perpetuação de práticas ultrapassadas, que continuam cristalizadas no agir de muitos profissionais e são cumpridas como se fossem sagradas, como a privação da dieta de Gardênia. As necessidades básicas da mulher durante o trabalho de parto são desconsideradas, configurando violência.

Não há evidências que justifiquem a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações (SINGATA; TRANMER, 2010; GOVERNO BASCO, 2010). A ingestão de líquidos claros durante o parto não influi na evolução, no tipo de parto, na duração e no uso da ocitocina e nem nos resultados do recém-nascido. Além disso, considera-se que melhora o conforto e a satisfação da mulher e não aumenta as complicações maternas (SINGATA; TRANMER, 2010; GOVERNO BASCO, 2010). Portanto, recomenda-se permitir a ingestão de líquidos claros durante o parto (GOVERNO BASCO, 2010; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; BRASIL, 2016; WHO, 2018; NICE, 2014).

A omissão de informações é frequente nos serviços de saúde durante o período parturitivo. Observa-se, também, a falta de conhecimento da mulher de que é um direito das parturientes serem informadas sobre o transcurso do parto e nascimento, bem como sobre todos os procedimentos que porventura sejam necessários, uma vez que ela é ou deveria ser percebida como protagonista desse processo.

[...] Como eu não tomei anestesia, realmente eu tava vendo tudo que eles tavam fazendo comigo no parto. Eu acho que não teve necessidade. A única coisa que ela falou era que ia me aplicar uma injeção e fez a limpeza, que aquilo, o coisa que ela tava jogando era pra fazer a limpeza, só (Margarida).

Não fui informada. Eu que procurei saber, porque eu já vinha lendo né? Então... Marinheiro de primeira viagem, porque meu primeiro parto eu não tive. Foi um aborto expulsivo [...] Então não tive muita informação. Já no segundo eu quis me

preparar. Então as informações que eu fiquei sabendo mais, isso foi eu mesmo que busquei. Não foi elas que vieram me informar, não. E muitas vezes que eu perguntava e elas me informavam (Dália).

Margarida não expressa estranheza por não estar sendo informada. Considera, inclusive, uma vantagem estar vendo tudo o que estava sendo feito com ela, quando na verdade, não estava sendo respeitada no seu direito à informação. O conhecimento dos nossos direitos nos torna hábeis e competentes na busca de estratégias para lutar a favor deles e multiplicá-los por onde passamos (MARTINEZ, 2014). Porém, a evidente vulnerabilidade do período parturitivo dificulta o exercício da autonomia pelas mulheres. Segundo Botti (2013), a mulher vive a perda do “poder” o que resulta da união de duas forças dominadoras, sendo elas a dominação masculina e a apropriação do parto pelo projeto científico denominado obstetrícia. Esse processo deu-se no Brasil ao longo do século XX, quando o discurso médico passa a ser hegemônico e a intervenção médica se sobrepõe a todas as formas de saberes sobre o parto, que eram compartilhadas entre mulheres, parteiras e parturientes (COSTA, 1989). A medicalização do parto desapropria as mulheres do direito de decidir e participar do processo de parir, principalmente em se tratando de mulheres pobres com baixa ou nenhuma escolaridade.

A institucionalização do parto levou a maior parte das mulheres a compartilhar espaços sem privacidade, sendo submetidas a intervenções baseadas em regras e rotinas que as tornaram passivas e as impossibilitaram de ter uma pessoa de seu convívio para acompanhá-las (BRUGGEMAN; PARPINELLI; OSIS, 2005). Uma vez que a mulher está fragilizada e com dor durante o trabalho de parto, o acompanhante teria a possibilidade de buscar as informações desejadas, questionar determinadas práticas profissionais e inibir práticas de violência. Porém, muitas maternidades ainda não asseguram a presença de acompanhante para as mulheres durante o período parturitivo, deixando-as entregues às rotinas institucionais.

Ao perguntarmos se sofreram algum tipo de violência no parto, as participantes não expressaram com clareza que os atos cometidos contra elas seriam violência. No entanto, quando questionamos, se, de forma geral, as mulheres sofrem violência no parto, todas declararam que sim.

Olha, eu não sei dizer, porque tipo assim, eu acho que eu ficaria constrangida se fosse um homem, né? Eu falei com minha mãe que eu não queria que fosse um homem que tivesse me atendido. Ela falou que não tem nada a ver, mas depende da pessoa né, depende do médico. Se ele tem intenção, eu acho que sim (Iris).

Eu acho assim, não sei se a palavra é bem violência. Eu acho mais um desrespeito. No momento da nossa aflição, a gente não encontra ninguém para ser solidária. Eu acho um momento difícil. Muitas vezes é a primeira gravidez da mulher [...] Então eu acho que isso não deixa de ser uma forma de agressão. Não é fisicamente, mas em atos, verbalmente. O silêncio da pessoa diz muito né, que a gente tá ali, a gente vê o profissional como de fato uma solução pra gente (Dália).

A violência no parto seria, na visão de Iris, se houvesse violência sexual cometida pelos homens (profissionais) contra as mulheres. A mulher não tem ciência do que consiste esse fenômeno praticado nas instituições, no processo de parturição. Compreende-se que essa mentalidade é traço de uma cultura, historicamente herdada, dos papéis do homem e da mulher, na qual o “ser feminino” é subordinado ao “ser masculino” e por ele é violentada. Essa perspectiva nos remete às hierarquias de gênero, ou seja, uma posição em que há o exercício do poder organizado por um conjunto de ideias e regras dominantes, que determinam socialmente os papéis do homem e da mulher, regulados pela diferença sexual (AGUIAR, 2010). A masculinidade concebida socialmente como forte, é potencialmente violenta e está associada ao descontrole sexual. Na fala de Iris, fica patente a possibilidade de violência por parte dos homens, razão que a faz rejeitar a presença deles num momento em que o corpo e a genitália estão a descoberto.

No cotidiano dos hospitais/maternidades, pode-se observar o emprego de normas pela obstetrícia, caracterizando violência de gênero; que consiste em toda e qualquer violência praticada em maternidades, relacionada a gênero, com o pressuposto de que é o local onde o corpo feminino vivencia o exercício da sua função biológica e do papel social conferido à mulher (AGUIAR, 2010). Essa violência ainda é perpassada por fatores sociais, culturais, econômicos e étnicos, uma vez que há distinção das mulheres de acordo com o contexto social em que estão inseridas.

Dália, no seu relato, faz uma ressalva à falta de apoio dos profissionais de saúde no parto e à falta de soluções para os eventuais problemas das mulheres. Atitudes como desrespeito e agressões verbais não são associadas ao termo violência, o que revela desconhecimento quanto ao tema. A dificuldade das mulheres em reconhecer que foram violentadas e a hesitação em declarar com firmeza que sofrem violência é uma questão recorrente. Os dados desta pesquisa corroboram estudos que observaram que a maioria das mulheres não reconhece situações vividas como violência. Destacam que poucas mulheres declararam que o vivido constituiria uma violação de direitos, evidenciando uma aceitação desses fatos como “atribuições” da vida (SCHRAIBER; D’ OLIVEIRA, 2003). Também, há constatação de que as mulheres não possuem informações suficientes para identificar a violência obstétrica como termo teórico-legal, já que, atos de excessiva medicalização costumam ser vistos por elas como desejáveis para acelerar o parto e reduzir o sofrimento da parturiente (FLORES et al, 2019).

A Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al, 2014) também constatou que mulheres de menor nível socioeconômico passaram por mais procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e baixo uso de analgesia obstétrica, enquanto naquelas com menor nível de escolaridade, foi mais comum o uso de ocitocina,

amniotomia e episiotomia e menos frequente o uso de analgesia.

A naturalização da violência na fala de Dália destaca a condição das mulheres como sujeitos subjugados por relações de subordinação aos homens. No Brasil, o fornecimento de serviços costuma ser visto como favor e não como direito inalienável do cidadão. Associe-se a isso o fato de serem mulheres negras. Os preceitos herdados por séculos de escravidão colocaram os negros em situação de vulnerabilidade social, pois espera-se de negros e pobres a deferência dos socialmente inferiores, e reclamar ou exigir tratamento justo é visto como uma quebra fundamental da hierarquia social (SHWARTZ, 1998).

Nesse cenário de impotência da mulher e de desconhecimento do que caracteriza violência, a postura de aceitação diante das práticas profissionais é revelada no discurso a seguir, justificada pela superlotação dos serviços de atenção ao parto.

[...] Eu acho que a falta de atenção, de amor ao que faz. Também não sei se é só culpa deles, porque são muitas mulheres e poucos profissionais. Eu pude vivenciar isso. Lá eram poucos médicos. Na noite mesmo tinha dois médicos e muitas mulheres. Então... Aí eles entravam na sala, entrava em uma e outra né? E chegava mulheres e fica também desgastante pra eles, sabe? (Alfazema).

Alfazema procura desculpar os profissionais da assistência recebida durante o parto, pelo fato de haver alta demanda no serviço. Traz consigo a cultura do assentimento e da passividade, procurando suavizar as atitudes dos profissionais e apreender o porquê de agirem de maneira violenta, justificando a postura deles. Porém, acredita-se que não cabe à mulher a compreensão das dificuldades do processo de trabalho dos profissionais e nem abonar os atos indevidos destes. Cabe, sim, aos profissionais, o compromisso de estarem à disposição para atender à mulher com qualidade.

Durante o trabalho de parto e parto, as mulheres estão fragilizadas e veem nos profissionais de saúde sujeitos capazes de aliviar seu sofrimento. Na urgência de resolverem seu problema, consentem as ordens estabelecidas, o que impede a expressão do seu desejo. Ou seja, a autonomia se ausenta em decorrência de aspectos que permeiam a falta de conhecimento em relação à assistência adequada e à função que deveria ser exercida por quem as assiste (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

A baixa expectativa em relação aos cuidados prestados em instituições e a má reputação de serviços na comunidade têm diminuído a confiança de muitas mulheres no sistema de saúde e têm impactado em sua decisão de parto em instituições de saúde (BOHREN et al, 2015). Dessa maneira, algumas mulheres podem priorizar o cuidado recebido de prestadores tradicionais, em relação à intervenção médica. Essas mulheres podem desejar o parto em casa, onde elas podem parir numa posição preferida, são capazes de gritar sem medo de punição, não recebem

qualquer intervenção cirúrgica e não são contidas fisicamente (BOHREN et al, 2015).

Outro elemento que emergiu dos depoimentos foi o desamparo da mulher pelos profissionais de saúde, quando foram interrogadas se houve algum momento em que precisaram de ajuda e não foram atendidas.

Deixou muitas vezes. Quem eu pedia ajuda era a paciente do lado. Foi de madrugada. Ela viu que eu estava me esforçando muito pra pegar ela pra dar mama. Ela levantou e pegou ela e botou no meu colo e me ajudou para dar mama (Girassol).

Quem ficou comigo mesmo foi minha mãe, até a hora de eu sair do hospital. Quando eu queria alguma coisa, eles chegavam perto, minha mãe chegava e chamava, porque se fosse depender delas, elas não chegavam mesmo (Lírio).

Eu fiquei no corredor, em cima de uma maca, esperando desocupar uma vaga. Fiquei umas quatro horas no corredor e assim, não vinha ninguém pra falar comigo: Olha, mãe, espera um pouco porque... Eu que perguntava tudo. Olha, porque eu estou aqui no corredor... E muitas vezes eu chamava. - Peraí, já volto. E não retornava. Então eu fiquei ali durante quatro horas naquele corredor esperando uma vaga (Dália).

Nota-se uma relação marcada pelo abandono das parturientes pelos profissionais. Durante a entrevista, Girassol deixou transparecer sua indignação com a assistência recebida. Porém, seu depoimento revelou que, no decorrer do internamento, ela não conseguiu esboçar qualquer atitude de reivindicação, contando com a solidariedade de outra paciente para que pudesse amamentar a filha. Lírio precisou solicitar assistência para recebê-la, num ambiente onde se esperava que houvesse acolhimento e responsabilização dos profissionais em relação às pessoas que necessitavam de assistência. Dália esperava encontrar uma equipe qualificada, que atendesse às suas demandas com prontidão, mas por diversas vezes requereu assistência e foi ignorada, o que revelou indiferença dos profissionais envolvidos na atenção obstétrica na unidade de saúde.

No estudo de Guimarães (2018), os tipos de violência mais relatadas pelas mulheres foram, respectivamente, a negligência e a violência verbal. Outros autores afirmam que a violência verbal no parto é a mais fácil de ser identificada pelas mulheres. E destacam que, para problematizar a violência obstétrica, é necessário reconhecer a convergência de dois tipos de violência amplamente reconhecidos na sociedade contemporânea, quais sejam, a violência de gênero e a violência institucional (FLORES et al, 2019).

Os tipos de violência institucional enquadradas nos aparelhos relacionais são considerados os mais difíceis de serem reconhecidos pelos indivíduos que sofrem, mesmo que os atos provoquem grande impacto no exercício da sua capacidade de decisão, bem como, impliquem discriminação decorrente de gênero, classe ou raça/etnia. A manifestação dessas modalidades de violência acontece pelo desprezo quanto às necessidades de analgesia, de auxílio para se locomover, levantar-se,

banhar-se, além dos discursos grosseiros e desrespeitosos proferidos, baseados em estereótipos de gênero, em que a moral e a sexualidade da mulher são julgadas (AGUIAR, 2010).

Pesquisa realizada com profissionais de saúde atuantes nas redes pública e privada, na cidade de São Paulo, revelou que os profissionais reconhecem as práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas, como o uso de jargões pejorativos, ameaças, reprimendas e negligência no manejo da dor. Porém, essas práticas não costumam ser percebidas pelos profissionais como violência, mas como um exercício de autoridade que julgam necessária, diante de um contexto considerado difícil, o que leva à invisibilidade da violência (SCHRAIBER et al, 2003).

Não houve referência, nos discursos das mulheres, a discriminação baseada na raça/cor, mesmo porque elas sequer reconheceram que sofreram violência. Porém, cabe ressaltar que o perfil das participantes aponta para dois condicionantes importantes: o fato de serem, em sua maioria, negras e de baixa escolaridade, fatores associados à dificuldade de acesso, maior chance de violência obstétrica e de mortalidade materna. Estudo realizado na Paraíba verificou que as mulheres com baixa escolaridade não brancas tiveram risco de morrer 1,55 vezes maior do que as brancas. As mulheres não brancas tiveram chance 3,55 vezes maior de óbito por morte materna direta em comparação às brancas (MARINHO; PAES, 2010). Já em relação à violência, na Pesquisa Nascer no Brasil, os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores para as mulheres pardas ou pretas. A cor da pele também foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames (D'ORSI et al, 2014).

A questão da baixa escolaridade reflete tanto a incapacidade de as mulheres buscarem informação quanto a negligência do atendimento dos profissionais de saúde, que não se dedicam a fornecer orientações adequadas e não permitem que as mulheres participem das decisões que envolvem seus corpos.

Os discursos que seguem emergiram de questões distintas da entrevista e evidenciam a dimensão da dificuldade das mulheres em reagir diante de um contexto marcado pela negligência no atendimento ao parto.

Quando eu cheguei, a doutora informou que ia fazer.... Aí depois, quando eles voltavam, nem avisavam, porque a gente já sabia né? De hora em hora, eles entraram na sala, vinham fazer o toque. Eu acho, que não seria necessário, que os dois fizessem, porque um entrava, aí daqui a pouco o outro não sabia que o outro tinha feito. Vinha e fazia entendeu? Mas nesse caso a mulher fica tão indefesa, não é?... Já tá ali numa situação... (Alfazema).

Ela só mandou. Ela não chegou perto de mim. Só falou na hora que era pra eu ter mesmo, só mandou eu ir pra outra sala. – Oh, você vai passar para outra sala. Aí eu fui. Quem foi comigo foi minha mãe. Ela falava para respirar, do jeito que eu estava respirando. Teve uma que até ficou com nojo, disse que ia sair de perto, que se a

Alfazema menciona que, quando aparecia um profissional, ela já sabia que era para realizar o toque e que eles não avisavam do procedimento, pois ela já estava ciente. Trata-se de uma situação em que a mulher foi controlada como um objeto, programada para manipulação de hora em hora e por vários examinadores. Essa situação revelou, também, a incapacidade da mulher em reagir, pois não sabia o que fazer mediante as intervenções danosas contra si. Lírio percebeu que foi maltratada porque uma “só mandou, não chegou perto de mim” e a outra “até ficou com nojo”; porém, se sentiu vulnerável e impotente. Os profissionais tiveram atitudes indiferentes, mesmo com a presença de acompanhante. E a mulher, ainda assim, não tem forças para reagir.

Toda mulher tem direito ao mais alto nível possível de saúde, que inclui o direito a cuidados respeitosos e dignos durante a gravidez e parto, bem como o direito de ser livre de violência e discriminação. Um cuidado de alta qualidade é um atendimento respeitoso e humanizado (BOHREN et al, 2015).

Estudo que objetivou analisar alguns aspectos culturais que atravessaram a vivência de mulheres que tiveram parto normal hospitalar no SUS constatou que a assistência hospitalar se manifestou através do descaso, da dor e do abandono, o que refletiu a violência psicológica, física e emocional revelada nos depoimentos das mulheres (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Além da fragilidade física e emocional própria do trabalho de parto e parto, o papel imposto às mulheres pela sociedade, herdado da sua antiga condição de submissão, seja na escola, seja na família, implica essa atitude passiva que a mulher assume perante as mais diversas situações no processo parturitivo, dificultando, inclusive, perceber que está sendo vítima de violência.

É importante notar que maus tratos ou condutas abusivas por prestadores de cuidados de saúde não são necessariamente intencionais e podem coexistir com outras práticas de cuidado compassivas e respeitadas. No entanto, as experiências de maus tratos das mulheres devem ser vistas como tal, independentemente da intenção. Fatores do sistema de saúde podem fornecer explicações contextualizadas para experiências negativas, mas não devem ser considerados como justificativas para a continuação dos maus-tratos a mulheres (BOHREN et al, 2015).

Na perspectiva da prevenção quaternária, são propostas ações dirigidas à violência obstétrica, como: a elaboração de planos de parto orientados pelas equipes de atenção primária no pré-natal; a introdução de outros profissionais qualificados no cuidado ao parto de risco habitual, como enfermeiras obstétricas e a participação dos médicos de família comunitários e profissionais da atenção primária e suas associações no movimento social e político pela humanização do parto (TESSER;

4 | CONCLUSÃO

Os resultados desvelaram que a vulnerabilidade do período parturitivo torna as mulheres impotentes e temerosas diante da reação dos profissionais às suas demandas e desejos. Muitas mulheres, embora se sintam agredidas de alguma maneira, têm dificuldade de reconhecer que foram violentadas, ou de classificar determinadas atitudes profissionais como violência, o que pode decorrer, também, do baixo nível de informação delas. Foram identificados, na vivência do período parturitivo de todas as dez entrevistadas, atos que são característicos de violência obstétrica. No entanto, tais atitudes não foram reconhecidas pela maioria das participantes como práticas violentas, sendo utilizados outros termos para essa classificação, como desrespeito, descaso e agressão verbal. O conceito de violência para as entrevistadas parece ser reservado à criminalidade, representado no imaginário social por agressões físicas, torturas e morte, o que dificulta o reconhecimento de outras ações como sendo violência.

Nesse cenário, faz-se necessário repensar e buscar transformações no modelo que fundamenta as ações dos profissionais de saúde em relação à atenção ao parto nas instituições, para que o cuidado seja centrado na mulher, nas suas reais necessidades e anseios, com práticas baseadas em evidências científicas. Ainda, é preciso que profissionais e gestores sejam capacitados e sensibilizados de modo que ampliem o olhar para a prática do cuidado humanizado e livre de danos, objetivando minimizar riscos e complicações. É imprescindível, também, a orientação das mulheres sobre seus direitos, desde a atenção básica, incluindo o pré-natal, para que tenham consciência deles e possam se engajar na luta por uma assistência livre de violência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA A.F.P.L. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface - Comunic., Saúde, Educ, 2011,15(36):79-91.

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA A.F.P.L.; Schraiber L.B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, 2013, 29(11): 2287-2296.

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** [tese]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010. 215p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>.

BOHREN, M.A.; VOGEL, J.P.; HUNTER, E.C.; LUTSIV, O.; MAKH, S.K.; SOUZA, J.P. et. al. **The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods**

Systematic Review. PLOS Medicine 2015, June 30:1-2, 12(06). DOI:10.1371/journal.pmed.1001847.

BORBA, C. **Violência institucional durante a parturição** [monografia]. Porto Alegre: Departamento de Enfermagem, Escola de Enfermagem da UFRGS; 2012 [citado em: 30 set. 2017]. 50p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55284/000856962.pdf?sequence=1>

BOTTI, M.L. **Violência institucional e a assistência às mulheres no parto** [Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História] Universidade Estadual do Centro Oeste, UNICENTRO. 2013 [acesso em: 23 out. 2016]. Disponível em: <http://sites.unicentro.br/wp/lhag/files/2013/10/Maria-Luciana-Botti.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: DF; 2012 [citado em: 10 out. 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2016.

BRÜGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto**: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública 2005; 21(5):1316-1327.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

DONELLI, T.M.S.; LOPES, R.C.S. **Descortinando a vivência emocional do parto através do Método Bick**. Psico-USF. [Internet] 2013 [citado em 20 de fevereiro; 18:289-298. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712013000200012&script=sci_abstract&lng=pt

D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O.M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A. et al. **Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil**: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública, 2014, 30 (Supl 1): S154-S168.

FIORIN, J.L. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática, 2003.

FLORES, Y.Y.R et al. **Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres Tének y Náhuatl de México**. Rev. esc. enferm. USP, 2019, 53:e03464.

GOVERNO BASCO, Ministério da Saúde e Política Social. Serviço Central de Publicações do Governo Basco. **Guia de prática sobre cuidados com o parto normal**. Guia de Prática Clínica do SNS. Basco: Vitoria-Gastez; 2010. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/226.pdf>.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. **Mulheres e profissionais de saúde**: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm. 2006; 15:107-114.

GROSSI, P.M.; **Identidade de Gênero e Sexualidade**. Disponível em: http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/grossi_miriam_identidade_de_genero_e_sexualidade.pdf.

GUIMARÃES, A.S.A. **Racismo e Anti-Racismo no Brasil**, São Paulo: Ed. 34, 2005.

GUIMARÃES, L.B.E et al. **Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins**. Revista Estudos Feministas, 26 (1), 2018.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, 2014, 30(1):17-32.

MARTINEZ, S.D.T. **Violência institucional**: violação dos direitos humanos da mulher [Palestra

realizada no II Fórum de Violência contra a Mulher] Presidente Prudente, 2008 [acesso em: 01 out. 2017] nov. p.1-10. Disponível em: http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16.

MARINHO, A.C.N.; PAES, N.A. **Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010, Set; 44 (3):732-738.

MENEZES, D.C.S.; LEITE, I.C.; SCHRAMM, J.M.A.; LEAL, M.C. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001**. Cad. Saúde Pública, 2006, 22 (3):553-559.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) [Internet] **Intrapartum care for health y women and babies**, 2014 [citado em 2 de outubro de 2019] 1–58. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg55>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [Internet] **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014 [citado em: 9 nov. 2015]. 03p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em rede pela maternidade ativa. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”** [Internet] 2012 [citado em: 3 out. 2013]; 188p. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. **Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências**. Femina, 2010; 38(10):527-37.

SANCHES, M.A.P. **As razões do coração: namoro, escolhas conjugais, relações raciais e sexo-afetivas em Salvador 1889-1950**. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, 2010.

SCHRAIBER, L.; D’OLIVEIRA, A.F.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISSET, L. et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2003; 7 (12):41-54.

SCHWARTZ, S.B. **Segredos Internos**. Engenhos e Escravos na Sociedade Colonial, São Paulo: Cia das Letras, 1988.

SCOTT, J. **“Gênero: Uma Categoria útil de Análise Histórica”**. Revista Educação e Realidade, Trad. Guacira Louro, Porto Alegre, 1990.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M. **Restricting oral fluid and food intake during labour**. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2010. 2013; Issue 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858

SOUZA, J.P.; PILEGGI-CASTRO, C. **Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária**. Cad. Saúde Pública, 2014; 30(1):11-13.

SOUZA, A.B et al. **Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura**. Rev. ciênc. méd. (Campinas); 25(3): 115-128, (2016).

STOLCKE, V. **Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?** Estudos Afro Asiáticos, Centro de Estudos Afro Asiáticos, n 20, junho de 1991.

TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. **Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT**. Rev. Bras. Enferm, 2006; 59(6):740-4.

TESSER, C.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.; DINIZ, S. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Rev. Bras. Med. Fam.Comunidade. 2015, 10(35):1-12.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet] **Intrapartum care for a positive childbirth experience.** 2018 [citado em 15 de outubro de 2019] 212 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

VIVÊNCIAS COM ARTE: UMA PERSPECTIVA SARTREANA

Data de aceite: 05/12/2019

Isabel Maria de Araujo Botelho

Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Universidade de Fortaleza.
Fortaleza - CE.

Georges Daniel Janja Bloc Boris

Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Universidade de Fortaleza.
Fortaleza - CE.

RESUMO: O presente texto propõe-se a discutir a perspectiva da fenomenologia existencial de Sartre acerca de subjetividade e engajamento nas vivências com arte, destacando alguns pontos referentes à dança cênica como expressão artística. Essas vivências podem ser descritas como todas as experiências de convivência com a arte, sejam do ponto de vista da produção artística ou apenas contemplativas, nas quais o Ser interage com a obra de arte e a interpreta segundo suas percepções e sua subjetividade. Nesse sentido, discuto, à luz de autores como Cocchiarale (2006), Danto (1978) e Louppe (2012), as interseções entre o fazer e o convívio com a arte, com a dança cênica, e as noções de situação, liberdade, subjetividade e engajamento apresentadas na fenomenologia de Jean-Paul Sartre. Ao afirmar que o Ser exerce sua liberdade no ato

de existir, sem poder abster-se de escolhas situadas por seu contexto histórico, social, cultural e econômico, Sartre (2015b) coloca a expressão artística como meio de composição social, pois se encontra como reflexo situado da visão e ação do artista no mundo. Com isso, considero que a produção artística na dança cênica surge pela emergência dessa liberdade substanciada pela subjetividade. A produção da arte por meio do corpo ocorre numa relação de transcendência entre o real e o imaginário, em que a dança é criada para refletir e para modificar o mundo, podendo ao mesmo tempo revelá-lo e questioná-lo, sendo engajada pela estética que a subjetividade e a vivência do mundo produzem.

PALAVRAS-CHAVE: Sartre. Fenomenologia. Subjetividade. Arte. Dança.

EXPERIENCES WITH ART: A SARTREAN PERSPECTIVE

ABSTRACT: This paper proposes to discuss the perspective of Sartre's existential phenomenology about subjectivity and engagement in art experiences, highlighting some points regarding scenic dance as artistic expression. These experiences can be described as all experiences of coexistence with art, whether from the point of view of artistic production or only contemplative, in which the

Being interacts with the work of art and interprets it according to its perceptions and subjectivity. In this sense, I discuss, in the light of authors such as Cocchiarella (2006), Danto (1978) and Louppe (2012), the intersections between making and living with art, scenic dance, and the notions of situation, freedom, subjectivity and engagement presented in Jean-Paul Sartre's phenomenology. By stating that Being exercises its freedom in the act of existing, without being able to abstain from choices situated by its historical, social, cultural and economic context, Sartre (2015b) puts artistic expression as a means of social composition, since it is as a situated reflection of the artist's vision and action in the world. With this, I consider that artistic production in scenic dance arises from the emergence of this freedom substantiated by subjectivity. The production of art through the body takes place in a transcendent relationship between the real and the imaginary, in which dance is created to reflect and modify the world, while at the same time revealing and questioning it, engaged by the aesthetics that subjectivity and world experience produce.

KEYWORDS: Sartre. Phenomenology. Subjectivity. Art. Dance.

1 | INTRODUÇÃO

A fenomenologia existencial pensada por Sartre nos apresenta o Ser como projeto, um projeto livre, embora situado pelas circunstâncias sociais, culturais, econômicas, e por toda a intersubjetividade que o permeia. Esse Ser que escolhe entre as opções disponíveis e que cria, em certos momentos, novas opções ou formas de existência é para Sartre (2015a) ser-no-mundo, aquele que vive e escolhe constantemente, exercendo sua liberdade, e assim criando em ato contínuo seu projeto de ser.

Neste texto, direciono-me para as vivências do mundo por meio da arte, as quais se manifestam em variados formatos e ambientes, sejam coletivos, individuais, fechados ou abertos. Considero que a interação com a obra de arte se dá de forma muito pessoal, pode acontecer pelo contato e movimento, ou apenas pela observação e contemplação, porém nas duas formas há interação, havendo uma especificidade individual para cada apreciação ou fazer, tratando o fazer como construção da arte.

A execução desse fazer da arte resulta da criação, de uma construção técnica ou de uma elaboração inovadora, e pode acontecer de modo proposital ou involuntário, contudo todos os resultados expõem uma ideia ou um sentido para aqueles com quem interagem. O artista cria e recria no intuito de explorar essa experiência interativa ao máximo, a fim de expor o seu projeto ou imagem de forma que possa se reconhecer e ser reconhecido na obra.

Usualmente, consideramos as vivências com arte apenas em momentos específicos de apreciação, quando frequentamos um teatro ou museu. É incomum imaginarmos que as vivências artísticas podem fluir no dia a dia, em uma audição

musical, uma apreciação fotográfica, pictórica ou até mesmo arquitetônica. Aqui proponho ao leitor considerar que nos aproximamos da arte na convivência diária, por meio do fazer artístico, ou pela interação ou apreciação das linguagens artísticas que permeiam nossa rotina.

Dessa forma, a discussão que segue objetiva discutir a perspectiva de Sartre sobre subjetividade, criação e engajamento nas vivências com arte, tecendo algumas relações com a experiência da dança cênica.

Dialogar com Sartre a partir de sua filosofia existencial é também dialogar com um autor, escritor e artista que expõe suas ideias e inquietudes conectadas à sua experiência de mundo. Segundo Maciel (1980), seu projeto de ser fora elaborado originalmente na infância, desse modo, Sartre se apresenta em sua autobiografia, *As Palavras* (1964/1984), por meio de uma escrita que reafirma o caráter permanente de seu projeto de ser. A escrita seria seu interesse, sua arte, sua forma de expressão e de interação no mundo durante toda sua vida.

Autor de mais de 20 obras literárias, entre romances, peças teatrais e biografias, Sartre convida o leitor a conhecê-lo, a conhecer sua filosofia, a olhar para o seu existencialismo de forma peculiar como expõe Maciel (1980). Suas obras interagem com o leitor, havendo entre eles uma relação de reconhecimento.

Em *O Que é a Subjetividade?* Sartre (2015b) discute algumas questões sobre a relação entre a arte e a subjetividade a partir de sua análise de Flaubert e *Madame Bovary* (1857/2000), descrevendo uma obra de arte como a expressão da subjetividade de seu criador. É por esse prisma que construo uma aproximação entre a vivência de Sartre como filósofo e romancista e a experiência humana com as diversas linguagens artísticas, dando ênfase à experiência corporal por meio da dança cênica contemporânea.

A fim de aprofundar minha compreensão acerca da perspectiva de Jean-Paul Sartre sobre as vivências com arte, realizei um estudo bibliográfico e uma busca em periódicos das áreas de filosofia, educação, arte e psicologia, utilizando os descritores “arte” e “Sartre”. Surgiram assim alguns olhares sobre a arte sob a perspectiva sartreana, os quais são abordados no decorrer do texto, no intuito de que a discussão ocorra em ressonância com pesquisas atuais sobre o tema. Esses olhares apontam para a relevância de questões como subjetividade, estética e engajamento, tratadas originalmente nos livros *O Que é a Subjetividade?* (2015b), *O Imaginário* (1996) e *“Que é a Literatura?”* (2015c), obras de Sartre que estão ligadas mais diretamente ao objeto traçado.

As considerações apresentadas nesse texto, buscam também levantar discussões acerca dos fazeres artísticos, compreendendo-os como composição social, pois de acordo com a fenomenologia sartreana, uma sociedade se conhece por meio de suas produções artísticas. Neste sentido, é possível dizer que a arte e a

sociedade se nutem e se expressam de forma imbricada.

2 | FENOMENOLOGIA, ARTE E SUBJETIVIDADE

Como nos diz Sartre (1984), a criação é para um artista a maneira de conhecer e de explorar sua experiência vivida e com isso expor seu projeto artístico, de forma que possa ser reconhecido por si e pelo outro. A criação, ou mesmo a execução desse fazer da arte pode acontecer na dança de diferentes modos – improvisado, roteirizado, projetado, ensaiado exaustivamente - contudo, segundo Louppe (2012), o corpo dançante emprega toda a sua subjetividade enquanto dança.

Diante disso, reflito um pouco sobre a palavra arte, que logo de início me sugere uma infinidade de imagens, pois há na arte contemporânea uma série muito abrangente de formas de se apresentar (COCCHIARALE, 2006). No que se refere à dança contemporânea, Rocha (2016) a situa como uma dança que é composta, a cada vez, como uma nova dança, mas que divaga sempre em direção à sua origem, em direção ao que lhe deu sentido e a motivou a ser construída, pois nela se encenam todas as relações de contato entre obra, bailarino e espectador.

Há muitas definições acerca da arte contemporânea, e aqui exponho algumas perspectivas que podem ser condizentes com o pensamento sartreano. Há uma definição de arte que a relaciona ao sentido de produzir, fazer, utilizar como técnica para a obtenção de determinado fim. Uma produção artística busca um significado para sua execução, um objetivo a ser alcançado. Nesse contexto, são criadas práticas construtivas, técnicas, abrangendo desde uma intenção abstrata até uma intenção concreta, com o objetivo de transcender a realidade, de oferecer a possibilidade da contemplação e da experiência (BUSNARDO FILHO, 2007).

Há também a perspectiva da arte como *poiesis*, do grego, que significa criação ou produção, sendo ao mesmo tempo composição de um elemento, objetivo, obra, para a qual confluem materialidade e sentido (BUSNARDO FILHO, 2007). Por esse aspecto, a arte busca um significado como um ato da consciência intencional. Além disso, relaciona-se com o seu público, permitindo-lhe que a interprete, ou a perceba, sem apontar uma direção, dispondo todas as suas faces para que essa interação aconteça (SARTRE, 2015b).

Sartre (2015b) aborda o fazer e a interpretação de uma obra de arte como parte da vivência de cada pessoa que percebe, interage, contempla ou manipula o objeto ou obra artística. Assim, a arte, *poiesis*, é a interação entre o fenômeno apresentado e o captado pelo espectador que a vivencia, mesmo quando lhe traz inquietude, tensão, angústia e não apenas o prazer da contemplação do belo.

Na perspectiva de Alves (2006), não há na filosofia de Sartre uma teoria estética da arte, mas uma descrição, por meio da consciência imaginante, da forma

de intencional o objeto estético, a fim de descrever ou expor a especificidade cabida a cada objeto estético, seja escrito, encenado ou dançado. De forma complementar, Danto (1978) discute que a obra de arte pensada por Sartre não pode ser uma criação de uma realidade alternativa, descontextualizada, mas uma criação comprometida com o contexto social e cultural em que surge.

Ao associar essas compreensões de Alves (2006) e Danto (1978), permito-me dizer que Sartre não determina o que pode ou não ser obra de arte, ele se dedica a pensar a obra em sua relação existencial com o criador, com seu público, sem tentar determiná-la. E ainda mais, dedica-se a posicionar a obra e o artista no mundo, considerando que a situação vivida pelo artista será como um eixo para suas composições.

Nesse aspecto, cada momento histórico será um ambiente diferente para as poéticas do fazer artístico. Segundo Souza (2010), na perspectiva sartreana, ética e arte são criações humanas realizadas na concretude da vivência de nossa liberdade e de nossa angústia, assim, exponho que as composições artísticas carregam o que somos em sociedade, fundamentadas pelas estruturas históricas, éticas e morais, as quais nos situam singular e universalmente.

Em contextos de mudanças históricas e sociais, a arte e a estética também se modificam em busca de convergências entre sentidos e conceitos, com o intuito de significar a sociedade em que se posicionam, fazendo-o de forma crítica ou apenas contemplativa, mas constantemente ressignificando-se ao seguir as mudanças sociais e culturais que as permeiam.

Do Classicismo, entre os séculos XV e XVIII, ao Modernismo, entre os séculos XIX e XX, houve um desenrolar de mobilizações e comprometimentos diversos acerca do fazer da obra de arte (BOTELHO, 2005). Na arte moderna, a estética do belo dá lugar a uma estética do cotidiano, em que o homem se apresenta em suas angústias e desejos (GARAUDY, 1980).

Na arte contemporânea, situada nos séculos XX e XXI, buscam-se formas de construção em que uma discussão social, cultural, estética e até mesmo política esteja engajada em sua proposta. A construção da arte deixa de ter um roteiro definido e passa a ter um movimento indefinido, assim como as performances de rua, que a cada realização podem fazer surgir novos objetivos, ou desfechos (COCCHIARALE, 2006).

Assim sendo, podemos dizer que há um ato de libertação na relação entre a obra de arte e o público, e não há condicionamentos que possam restringir ou fixar a ligação que se estabelece nesse momento. Nem mesmo há controle por parte do artista, que cria, projeta sua obra com um sentido idealizado, pois somente cada indivíduo em sua vivência própria, em sua liberdade, é que poderá dispor de sua subjetividade, de sua sensibilidade e vivência para associá-las à obra (SARTRE,

2015b).

Neste contexto, exponho que no Brasil atualmente vem sendo suscitada uma discussão acerca do que pode ou não ser considerado arte e do que a arte pode ou não tratar. Essa discussão tem caráter significativamente político e engajado, tanto no que pode ser considerado como censura quanto no que pode ser considerado liberdade de expressão. A partir de Sartre (2015b), destaco que não é possível calar um artista, pois esse estará sempre posicionando e situando sua sociedade, sua intersubjetividade e sua liberdade por meio de sua produção artística.

3 | ARTE, SITUAÇÃO E ULTRAPASSAMENTO

Ao falar de liberdade, de como ela não se diferencia do Ser, Sartre (2015a), considera o homem um ser livre, que escolhe, se projeta e cria, não para si apenas, mas também para o outro, o filósofo destaca que o homem pode exprimir-se e estender-se para além de si. Alvim e Castro (2015) consideram que, no conceito de situação, o filósofo reconfigura a relação entre liberdade e determinação, estabelecendo que não há “liberdade sem determinação nem determinação que não seja para uma liberdade” (p. 19), pois, pela realidade e ação humana, e pela facticidade que se impõe a essa realidade, surge a singularidade própria de toda situação.

A situação singular de cada ser-no-mundo está vinculada à realidade, contingência e facticidade dispostas na vivência de cada um, mas não se separa da liberdade de ação projetante que conduz ao ultrapassamento dessa mesma realidade, rumo a significações possíveis em um mundo a ser existido (ALVIM; CASTRO, 2015). E é por essa possibilidade de escolha, por um mundo que é criado a cada ação, que o Ser é dito como singular universal, pois nenhuma situação é simplesmente singular, ou completamente universal.

Segundo Alvim e Castro (2015), o conceito de situação está presente em toda a obra de Sartre, tanto em sua dramaturgia, chamada de Teatro de Situações, em suas biografias, como em sua Psicanálise Existencial. A situação é como um eixo que, integrado pelas estruturas “meus arredores, meu lugar, meu passado, minha morte e meu próximo”, compõe a base de análise do método progressivo-regressivo, que Sartre (2013) utiliza, por exemplo, em *O Idiota da família*, livro de Gustave Flaubert, de 1821 a 1857, em que examina a vida e a obra do autor.

O Teatro de Situações de Sartre é composto pela expressão de situações limite, ou por situações tão gerais, que serão vividas em algum momento por cada ser-no-mundo, e, assim, todos os espectadores poderão reconhecer-se ou sensibilizar-se no instante da cena. É nesse contexto que o Ser singular universal, situado por sua vivência no mundo, pode criar, atuar ou participar como espectador de uma cena teatral (ALVES, 2006).

No Teatro de Situações de Sartre, a arte se dá na cena, não no texto ou na atuação, mas na cena dividida entre ator e espectador. A relação subjetiva e livre entre artista e público está também descrita em Sartre (2015c), associada à contingência de suas existências, à situação a que se condicionam artista e público, pois se a liberdade se dá em certa situação histórica, as escolhas do artista e do público também estarão situadas, assim, “as liberdades do autor e do leitor se procuram e se afetam através de um mundo” (p. 58), de um mesmo mundo disperso entre subjetividades.

O existir livre não desconsidera a inclusão em certo contexto social no qual todos estamos inseridos, não nos abona da responsabilidade existencial sobre o que escolhemos como Ser singular universal e de como agimos em sociedade. Vivemos a subjetividade em cada ação, e essa subjetividade está permeada pela sociedade que se apresenta a nós; da mesma forma que somos essa mesma sociedade, nós também a influenciemos, a construímos. Nesse aspecto, cada um de nós, ao “viver o seu ser, vive o que se é, e o que se é em uma sociedade” (SARTRE, 2015b, p. 99). A arte nos mobiliza social e politicamente, é engajada no mundo de forma situada.

Como exemplo, Sartre (2012, p. 21) comenta que o escultor Giacometti transcreve sua própria vida em outra linguagem, que “suas aventuras, suas ideias, seus desejos e seus sonhos projetam-se por um momento nas figuras de gesso”, nas figuras e formas criadas numa “perpétua metamorfose”, dizendo de si nas esculturas. O artista estende, assim, sua liberdade e subjetividade à sua criação artística, de forma irremediavelmente engajada, sem se distanciar de seus fundamentos ideológicos e políticos.

Um outro momento em que Sartre (1968) trata seu pensamento sobre a arte está posto em *Situações I*, no qual se coloca como crítico literário, filósofo e escritor, ao mesmo tempo. Em seu primeiro volume, Sartre discute o conceito de Situação relacionado às composições literárias de autores como William Faulkner - escritor norte-americano, considerado um dos maiores romancistas do século XX, John Roderigo dos Passos - escritor modernista norte-americano e Albert Camus - escritor, filósofo, romancista francês nascido na Argélia, no intuito de apresentar sua visão sobre certa obra de certo autor em certa situação, fundamentando-se em temas de sua filosofia e da literatura contemporânea às obras.

Durante sua crítica sobre *1919*, de John dos Passos, que se centra na Primeira Guerra Mundial, Sartre considera o romance como um espelho e a arte como um reflexo. O romance seria um espelho, que é atravessado pelo leitor no momento em que adentra a atmosfera do mundo hipotético do texto, e posteriormente regressa à sua realidade imbuído de reflexos deixados em sua vivência pela leitura passada. Ou até, com mais ousadia, pensa o espelho como um vidro deformador, que, uma vez atravessado, deixa reflexos que modificarão a visão do mundo para o leitor de

forma intensa e irremediável (SARTRE, 1968).

A vivência da arte modifica a subjetividade, deforma, reforma, invade e constrói novas pontes de relação com o mundo e com o outro. Talvez por isso haja uma repercussão tão intensa hoje em nosso País acerca do que as vivências com a arte podem causar à sociedade, vivências que podem ampliar liberdades ou oprimi-las. Se a arte é espelho, nossa sociedade está refletida na produção artística do País, e Cocchiarale (2006) pode continuar questionando sobre quem tem medo da arte contemporânea.

Tratar a arte como espelho, ou como espaço translúcido a ser atravessado e como fonte de imagens, sons, ideias e significados a serem refletidos no mundo vivido é a melhor forma que encontrei até então para descrevê-la como a vejo. Ao ler um romance, ou assistir a um filme ou espetáculo cênico, imagino-me atravessando esse limite entre o real, o irreal e o imaginário, porém ao dançar, a vivência do corpo e do movimento dançado é que irão criar um irreal, um objeto estético a ser partilhado com o espectador, com o intuito de levá-lo a adentrar em outro mundo.

Ao escrever sobre o imaginário, Sartre (1996) já indicava suas perspectivas sobre a obra de arte e suas relações com o mundo. Pela imagem de um objeto, posso apenas apreendê-lo como objeto; pela percepção de um objeto, posso observá-lo em suas infinitas faces. Já pela consciência imaginante, que acontece no momento da reflexão, posso imaginar um objeto irreal, pois ela é uma espontaneidade que ao mesmo tempo produz o novo e conserva o objeto anterior como imagem.

Partindo da ideia de consciência e Nada de Sartre, a consciência imaginante também será aberta ao Nada, posto que é consciência, assim, aparece para si mesma como consciência criadora, embora esse não seja seu foco, contudo, diante da abertura ao Nada, ela poderá somente ser criadora. É nesse sentido que Sartre (1996, p. 29) diz que a consciência não flutua no mar, mas é “onda entre as ondas”. Desse modo, consciência intencional, nadificadora, imaginante, perceptiva e criadora não são partes de uma consciência, mas ondas homogêneas no mesmo mar.

Nas vivências com arte experimentamos o irreal, aquilo que está num mundo imaginário, pois o objeto real não é o mesmo que o objeto artístico e, embora estejam ligados pela intenção do artista, são na verdade objeto e obra. Por um aspecto, significações de um mundo real, onde a subjetividade é ação, ser-no-mundo e a obra é objeto; por outro, significações de um mundo imaginário, onde a subjetividade pode vagar pela liberdade, menos condicionada, não aprisionada, negando o objeto real e ultrapassando-o, transcendendo-o, criando um *analogon*, uma materialidade na qual a obra de arte será exposta para ser vista, imaginada, interpretada (SOUZA, 2010).

Ao ultrapassar o que vê, o imaginário não apaga a imagem real, mas a conserva. Segundo Souza (2010, p. 90), “O imaginário é o ato da consciência que nega e

mantém aquilo que nega, é aquele ato que ultrapassa o que é visto, mas ultrapassa porque o conserva, o conserva como *analogon*". A filósofa expõe que a negação realizada pela consciência imaginante, a abertura ao Nada, acontece sustentada pelo que é negado.

Essa conservação do real nos permite imaginar, criar, ter uma vivência artística, sem nos alienarmos. Se pensarmos a arte como um equilíbrio de tensões, mantidas e geradas por aspectos que, ao convergirem, também expõem suas contradições, como questões sociais, culturais ou emocionais, iremos entender que essas tensões serão motivadoras, ou serão apresentadas na criação de uma obra. As tensões ressaltadas na sociedade serão as mesmas tensões dispostas na vivência da criação artística e na obra de arte (SOUZA, 2010).

As vivências com criação e arte podem ser descritas como transcendência do mundo real para o mundo imaginário, que, embora conservem o objeto real, colocam-no como trampolim para um salto rumo às inúmeras possibilidades de constituição da obra. A criação ou a experiência interativa com arte são formas de extensão da subjetividade ao mundo e ao outro, do real ao imaginário e vice-versa.

Uma vez que exponho minha subjetividade em uma obra de arte, exponho a sociedade como a vejo, levo para o imaginário aquilo que vivo no real, transcendendo o objeto real para criar um analogon artístico, como situa Alves (2006). Uma obra fictícia, mesmo baseada na objetividade do real, transforma-se e a ultrapassa para dar amplitude interpretativa a um objeto irreal ou obra do imaginário.

A criação da obra de arte é projeção da subjetividade do artista, é liberdade de projetar-se na sociedade e revelar seu projeto de ser na obra. É poder transcender o real na situação singular universal vivida, é agir para criar novas formas de se apresentar ao mundo, ao outro, de ser-no-mundo. Essa ideia motiva a discussão aqui proposta, que questiona como a dança contemporânea surge na relação com a transcendência do real.

Nesse sentido, proponho que a transcendência e ultrapassamento do real ao irreal e ao imaginário seja pensada, na perspectiva da dança, como a exposição corporal de minha vivência e engajamento no mundo. E, a partir dessa proposição, associo a noção sartreana de ser-no-mundo irremediavelmente engajado à ideia de que a obra de arte lançada ao mundo é por si mesma engajada, fundamentada na dedução de que, se sou-no-mundo engajada por minha existência, minha obra artística será uma expressão desse meu engajamento de forma também irremediável.

A vivência da realidade humana é pensada por Sartre (2015a) como a vivência de ações imediatas, realizadas na facticidade e contingência em que o Ser se situa de forma engajada. Assim sendo, o engajamento que me é irremediável ao mundo, mediado por minha liberdade e responsabilidade, seria o mesmo engajamento discutido pelo filósofo a partir da perspectiva da criação artística?

Aqui há algumas nuances a serem abordadas com cuidado, pois nas duas primeiras linhas de *Que é a Literatura?* Sartre (2015c, p. 15) define que “Nós não queremos ‘engajar também’ a pintura, a escultura e a música, pelo menos não da mesma maneira”, expondo sua ideia de forma firme. Em seguida, o filósofo e escritor discute algumas variáveis entre as formas de comunicação encontradas nas diferentes artes como material, estilo e técnicas, no intuito de situar seu pensamento sobre o engajamento na literatura pelo uso das palavras como signos, revelando outras formas de pensar sobre música e pintura, por exemplo.

No caso citado sobre Tintoretto, pintor italiano, Sartre (2015c) expõe que o pintor cria para se expressar e não para colocar um significado definido em sua pintura, assim, ao pintar um rasgo amarelo no céu sobre o Gólgota, sua escolha não é usar o amarelo para significar angústia, sua escolha é ser angústia e céu amarelado ao mesmo tempo. Ao definir precisamente angústia como “a consciência de ser seu próprio devir à maneira de não sê-lo”, Sartre (2015a, p. 76) discute que a angústia é uma forma de desequilíbrio entre o que desejo para meus possíveis e como conduzo minhas ações para conquistá-lo.

A angústia de Tintoretto se transformou em um rasgo amarelo no céu porque há uma infinidade de relações que podem ser feitas entre as coisas, as cores e as técnicas, as quais se findam nas escolhas do artista. Essas escolhas são reflexos de sua vivência no mundo, são sua ação situada, portanto, sua expressão artística é composta pelos meios mediante os quais esse artista encontra voz. Nesse sentido, concordo com Boris e Barata (2017), ao situarem que a angústia é como um catalisador do projeto de ser, o que para o artista pode ser exposto pela criação.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tratar sons, cores ou aromas como coisas a serem significadas e não como signos, assim como as palavras, Sartre (2015c) conclui que dessa forma o artista pode explorar em grau máximo essas coisas, a fim de conservá-las e ultrapassá-las em direção ao imaginário, e ainda escolher o seu uso em infinitas combinações. Em relação ao movimento e à dança contemporânea, proponho pensarmos que o corpo me propicia uma série infinita de coisas-movimento aberta a uma série infinita de usos e combinações, por meio da improvisação, dessa forma o movimento é conservado e ultrapassado como analogon artístico. Utilizo aqui a ideia de analogon artístico assim como exposta por Alves (2006) acerca do Teatro de Situações de Sartre.

Uma dança só pode ser expressa por ela mesma, assim como uma pintura, senão seriam necessárias infinitas palavras para expressá-las. Por isso, Sartre (2015c) afirma que o engajamento literário se dá por meio da ação investida nas

palavras, o que não se pode cobrar de outras artes que não as utilizam como signos, assim como a pintura e também a dança, nas quais o engajamento se produz pelo ser-artista-no-mundo.

No caso da escrita para o teatro de Sartre, há outra relação com as palavras, que constituem matéria da escrita, posteriormente desenvolvida para a cena pela técnica e vocação do ator. Aqui a situação e o engajamento caminham juntos para a composição da obra e da cena. Com isso, sustento, junto com Souza (2016), que a arte pensada por Sartre surge entrelaçada ao imaginário e ao engajamento a partir da consciência imaginante, a qual é liberdade situada.

A arte engajada que Sartre (2015c) discute propõe que o artista expresse suas ideias em sua obra, que sua subjetividade seja viva na obra. Com isso considero que a subjetividade e a intersubjetividade circundam e penetram a obra de arte, fazendo-a, criando-a.

Liberdades oprimidas pela situação de controle e consumo na contemporaneidade, são liberdades que podem ser ampliadas por meio das vivências com arte, traspassadas para outras realidades, reformuladas por outros corpos. É para viver esse ultrapassamento que o pintor pinta e o dançarino dança, para estender suas expressões, seus corpos, suas liberdades.

Ao lidar com sua liberdade e engajamento no mundo, o artista busca formas de se reinventar, de expor sua angústia, seus sentimentos mais ocultos em forma de arte. O leitor ou espectador reagem à obra de arte por sua liberdade, que, mesmo massacrada pela urgência, pela pressão do capitalismo, abre-se para experienciar a arte.

Na perspectiva da criação artística, seria possível dizer que a angústia move o artista a buscar concretizar seu próprio devir pelo imaginário, de maneira a apresentá-lo sem exatamente sê-lo. Assim, sua arte é também a exposição de sua liberdade situada; pelo imaginário e engajamento o artista projeta-se em sua obra e encontra um momento de plenitude, de vivência da angústia, e não de combate à angústia.

É nesse prisma que considero que as experiências com a arte aproximam o Ser de si mesmo, como Ser engajado que intenciona e imagina. Isso lhe possibilita transcender o real para encontrar um outro lugar de pensamentos ou de significações, para interpretar uma obra vendo-se nela espelhada, como Ser ou como projeto, mas reconhecendo-se e compreendendo-se. Assim, acrescento ainda que há uma potência terapêutica na arte, que se expõe por ela mesma, no momento em que encontro nesse fazer um lugar de transcendências, significações e ressignificações.

REFERÊNCIAS

ALVES, I. S. **O Teatro de Situações de Jean-Paul Sartre**. 2006. Tese (Doutorado em Filosofia) -

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: https://www.tese.s.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-09012008-100852/publico/TESE_IGOR_SILVA_ALVES.pdf. Acesso em: 02 set. 2019.

ALVIM, Mônica Botelho; CASTRO, Fernando Gastal de. O que define uma clínica de situações contemporâneas? Apontamentos a partir de J.-P. Sartre e M. Merleau-Ponty. In: ALVIM, Mônica Botelho; CASTRO, Fernando Gastal de (org.). **Clínica de situações contemporâneas: fenomenologia e interdisciplinaridade**. Curitiba: Juruá, 2015. p. 15-47.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; BARATA, A. Angústia e Ansiedade: um esboço histórico-conceitual e uma perspectiva sartreana. In: CASTRO, Fabio Caprio Leite de; NORBERTO, Marcelo S. (org.). **Sartre hoje**. Porto Alegre, RS: Fi, 2017. v. 2. p. 151-172.

BOTELHO, Isabel Maria de Araujo. O lugar da dança nos currículos da educação formal em Fortaleza. In: ALBUQUERQUE, Luiz Botelho (org.). **Currículos contemporâneos: formação, diversidade e identidades em transição**. Fortaleza: Editora da UFC, 2005. v.1. p. 534-546.

BUSNARDO FILHO, Antonio. Arte e representação simbólica. **Revista Educação**, Guarulhos, v. 2, n. 2, p. 22-31, 2007. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/112/234>. Acesso em: 02 set. 2019.

COCCHIARALE, Fernando. **Quem Tem Medo da Arte Contemporânea**. Recife, PE: Fundação Joaquim Nabuco, 2006.

DANTO, Arthur C. **As idéias de Sartre**. São Paulo, SP: Cultrix, 1978.

GARAUDY, Roger. **Dançar a vida**. Tradução Glória Mariani e Antônio Guimarães Filho. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1980.

LOUPPE, Laurence. **Poética da dança contemporânea**. Trad. Rute Costa. Lisboa, POR: Orfeu Negro, 2012.

MACIEL, Luiz Carlos. **Sartre: vida e obra**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

ROCHA, Thereza Cristina. **O que é Dança Contemporânea?: uma aprendizagem e um livro de prazeres** [Prêmio Funarte de Dança Klauss Vianna]. São Paulo, SP: Gráfica Santa Bárbara, 2016.

SARTRE, Jean-Paul. **Situações I**. Tradução Rui Mário Gonçalves. São Paulo: Cosac Naify, 1968.

SARTRE, Jean-Paul. **As palavras**. 6. ed. Tradução Jacó Guinsburg. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1984.

SARTRE, Jean-Paul. **O imaginário: psicologia fenomenológica da imaginação**. São Paulo, SP: Ática, 1996.

SARTRE, Jean-Paul. (2012). **Alberto Giacometti: textos de Jean-Paul Sartre**. Organização e Tradução Célia Euvaldo. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2012.

SARTRE, Jean-Paul. **O idiota da família: Gustave Flaubert de 1821 a 1857**. Tradução Julia da Rosa Simões. Porto Alegre, RS: L&PM, 2013. v. 1.

SARTRE, Jean-Paul. **O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica**. Tradução Paulo Perdigão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015a.

SARTRE, Jean-Paul. **O que é a subjetividade?** Tradução Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 2015b.

SARTRE, Jean-Paul. **Que é a Literatura?** 3. ed. Tradução Carlos Felipe Moisés. São Paulo, SP: Vozes. 2015c.

SOUZA, Thana Mara de. **Ética e** estética no pensamento de Sartre. **Revista Estudos Filosóficos**, São João Del-Rei, v. 4, p. 84-96, 2010. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art5-rev4.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

SOUZA, Thana Mara de. Arte na filosofia de Sartre: tensão entre imaginação e engajamento. **Revista Kínesis**, São Paulo, v. 8, n. 18, p. 272-296, dez. 2016. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Kinesis/19_thanamarasouza.pdf. Acesso em: 02 set. 2019.

SOBRE A ORGANOZADORA

Marilande Carvalho de Andrade Silva - Mestre em Ergonomia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2018). Especialista em Clínica Cirúrgica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (2010). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e extensão (2007). Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (2006) e Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO (2004). Atualmente trabalha no Hospital das Clínicas da UFPE, na Central de Materiais e Esterilização. Concursada pela UFPE desde 1992. Atuou como Enfermeira na Urgência/Emergência do HSE pela COOPSERSA (2005-2007). Atuou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME no Hospital Prontolinda (2007-2010). Atuou como Enfermeira de Central de Materiais e Esterilização do HSE (2012).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 213, 216, 229
Acidentes por quedas 121
Acolhimento 9, 10, 11, 12, 14, 75, 78, 193, 233, 236
Amamentação 168, 169, 170, 171, 172
Anabolizantes 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180
Anatomia 155, 156, 158, 219, 220, 221, 222, 223
Antibacteriano 16, 21
Antifúngico 16, 17, 21
Aprendizagem baseada em problemas (ABP) 50, 54
Assistência à saúde comunitária 106
Assistência hospitalar 11, 73, 217, 235
Atenção secundária 168, 170, 172
Atividade física 6, 8, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 60, 122, 177, 178, 179
Atividades cotidianas 73
Autonomia 3, 24, 28, 32, 36, 42, 122, 130, 137, 139, 140, 141, 148, 150, 151, 152, 153, 156, 172, 210, 220, 225, 226, 230, 232

B

Beneficência 140, 141, 150, 152, 156, 220
Bioética 138, 140, 153, 154, 156, 220

C

Coma 139, 140, 142, 143, 144, 147, 148, 149, 150, 153, 154
Cuidados de enfermagem 57, 165
Cuidados em saúde 9, 11, 51
Cuidados paliativos 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86
Curva de aprendizado 88, 89

D

Diabetes mellitus 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62
Doença de Parkinson 198, 199, 201, 202, 204, 206

E

Ensino superior 83, 93, 95, 101, 102, 103, 104, 105, 113, 114, 115, 120, 159, 182, 228, 253
Esquizofrenia 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105
Estética 174, 178, 179, 240, 242, 243, 244, 252

F

Fenomenologia 240, 241, 242, 243, 251

G

Grupo focal 189, 192, 194, 195

H

Humanização 9, 10, 11, 13, 14, 15, 81, 86, 95, 208, 209, 216, 217, 235, 237

I

Idoso 74, 110, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 202

Instituição de longa permanência 121, 123

Interdisciplinaridade 1, 5, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 155, 251

J

Juramento hipocrático 140, 152

L

Laparoscopia 88

Leishmaniose visceral 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71

Liderança 106, 107, 108, 111, 112

M

Monitoria 50, 51, 52, 55, 114, 115, 120, 155, 156, 157, 159, 220, 222, 223

Multiprofissionalismo 113, 114, 116, 118

N

Nutrição enteral 161, 164, 166

P

Parâmetros curriculares nacionais 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8

Participação comunitária 106

Pessoa com deficiência 23, 25, 27

Planejamento estratégico 160, 161, 162, 164, 165, 166

Plantas medicinais 17, 18, 19, 22

Programas de rastreamento 57

Psicanálise 245

R

Realidade virtual 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206

Relações interprofissionais 42

Residência multiprofissional 11, 81, 83, 86

S

Saúde coletiva 41, 49, 62, 106, 118, 120, 154, 217

Saúde mental 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 93, 95, 102, 104, 105

Serviço hospitalar de nutrição 161

Serviço público de saúde 81

Subjetividade 31, 143, 196, 240, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 250, 251

T

Tecnologia 10, 11, 14, 48, 56, 59, 72, 76, 91, 93, 152, 160, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 209, 237

Temas transversais 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Terapia ocupacional 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 113, 118

U

Unidades de Terapia Intensiva 9, 10, 11, 12, 13, 14, 75, 85, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 163

