



CIÊNCIAS DA SAÚDE: AVANÇOS RECENTES E NECESSIDADES SOCIAIS

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
THIAGO TEIXEIRA PEREIRA
(ORGANIZADORES)

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: Natália Sandrini de Azevedo

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

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

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. Eloi 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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de 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

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

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
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. 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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
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
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	<p>Ciências da saúde [recurso eletrônico] : avanços recentes e necessidades sociais 1 / Organizadores Thiago Teixeira Pereira, Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-064-3 DOI 10.22533/at.ed.643202505</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I.Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Composto por três volumes, este e-book “Ciências da Saúde: Avanços Recentes e Necessidades Sociais” traz em seu arcabouço um compilado de 68 estudos científicos que refletem sobre as ciências da saúde, seus avanços recentes e as necessidades sociais da população, dos profissionais de saúde e do relacionamento entre ambos. No intuito de promover e estimular o conhecimento dos leitores sobre esta temática, os estudos selecionados fornecem concepções fundamentadas em diferentes métodos de pesquisa: revisões da literatura (sistemáticas e integrativas), relatos de caso e/ou experiência, estudos comparativos e investigações clínicas.

O primeiro volume aborda ações voltadas ao ensino e aprendizagem, atuação profissional e diálogo interdisciplinar, bem como práticas integrativas para fomento da formação profissional continuada, com vistas ao atendimento comunitário e/ou individualizado. São explorados temas como ações em projetos de extensão universitária; análise de atendimento e estrutura de unidades básicas de saúde; conceitos de atuação profissional; métodos didáticos de ensino e aprendizagem, dentre outros.

O segundo volume tem enfoque nos seguimentos de diagnósticos, prevenção e profilaxia de diversas patologias. Debruçando-se nesta seção, o leitor encontrará informações clínicas e epidemiológicas de diversas patologias e fatores depletivos do estado de saúde, tais como: câncer; cardiopatias; obesidade; lesões; afecções do sistema nervoso central; dentre outras síndromes e distúrbios.

Por fim, o terceiro volume engloba um compilado textual que tange à promoção da qualidade de vida da população geral e de grupos especiais. São artigos que exploram, cientificamente, a diversidade de gênero, a vulnerabilidade psicossocial e a conexão destes tópicos com a saúde pública no Brasil e a inclusão social. São apresentadas ações voltadas à população idosa; adolescentes; diabéticos; transexuais; encarcerados; mulheres; negros; pessoas com deficiência; entre outros.

Enquanto organizadores, acreditamos que o desenvolvimento de estratégias de atuação coletiva, educacional e de inclusão social devem, sempre que possível, guiar a produção científica brasileira de modo a incentivar estágios de melhoramento contínuo; e, neste sentido, obras como este e-book publicado pela Atena Editora se mostram como uma boa oportunidade de diversificar o debate científico nacional.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro
Thiago Teixeira Pereira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A APREENSÃO DA CATEGORIA INSTRUMENTALIDADE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR SAÚDE	
Ingrid Karla da Nóbrega Beserra	
DOI 10.22533/at.ed.6432025051	
CAPÍTULO 2	13
A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE	
Vanessa Fernandes de Almeida Porto	
Josineide Francisco Sampaio	
Mércia Lamenha Medeiros	
Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho	
DOI 10.22533/at.ed.6432025052	
CAPÍTULO 3	36
A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE OFICIAIS DE SAÚDE NAS MISSÕES DE SELVA E SOBREVIVÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA MILITAR	
Danízio Valente Gonçalves Neto	
Elenildo Rodrigues Farias	
Jair Ruas Braga	
Bianor da Silva Corrêa	
Alan Barreiros de Andrade	
Jean Clisley Feitosa e Silva	
Augusto César Lobato da Silva	
Davi Macena Silva	
Raquel de Souza Praia	
Inez Siqueira Santiago Neta	
Ciro Félix Oneti	
DOI 10.22533/at.ed.6432025053	
CAPÍTULO 4	45
AÇÃO EDUCACIONAL “JUNTOS POR UM SOCORRO MELHOR” EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE BELO HORIZONTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA!	
Karine Veloso dos Santos	
Miriã Micaela de Oliveira	
Anderson da Silva	
Shirlei Barbosa Dias	
DOI 10.22533/at.ed.6432025054	
CAPÍTULO 5	56
ACOMETIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Thais Monara Bezerra Ramos	
Ildnara Manguera Trajano Rodrigues	
Maria das Graças de Arruda Silva Rodrigues	
Hallana Karolina Marques Cavalcante	
Elianni Pamela Damasio	
Carolina Maria Lucena Medeiros	
Joanda Manoela Muniz dos Santos	
Pollyana Justino de Brito	
Lidiane Medeiros Juvino	

Geanne Oliveira correia
Janaina da Silva Meneses Campos
DOI 10.22533/at.ed.6432025055

CAPÍTULO 6 69

APLICAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: RELATO DE UM CASO EXITOSO

Maria Helena Ribeiro De Checchi
Laura Paredes Merchan
Ana Clara Correa Duarte Simões
Augusto Raimundo
Lais Renata Almeida Cezário Santos
Stefany de Lima Gomes
Carla Fabiana Tenani
Marcelo de Castro Meneghin

DOI 10.22533/at.ed.6432025056

CAPÍTULO 7 79

APLICATIVOS TRADUTORES PARA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS, PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE E USUÁRIOS NO CUIDADO AO CÂNCER

Nadyr Cristina Bezerra
Venâncio de Sant'Ana Tavares
Patrícia Shirley Alves de Sousa
Andréa Cristina Bezerra Duarte
Diana Lima Villela
Luciana Paula Fernandes Dutra
Lucineide Santos Silva
Jorge Luis Cavalcanti Ramos
Sally Andrade Silveira
Victor Hugo da Silva Martins
Ana Letícia Freire Menezes
Paula Ferrari Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.6432025057

CAPÍTULO 8 88

AS DIFICULDADES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATUAÇÃO EM UM NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Sara Helen Alves Gomes
Valérya Nóbrega Salles

DOI 10.22533/at.ed.6432025058

CAPÍTULO 9 92

ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO: CONDUTAS DO ENFERMEIRO NA SALA VERMELHA

Ana Carla Silva Alexandre
Jhenyff de Barros Remigio Limeira
Maria do Socorro Torres Galindo dos Santos
Vanessa de Carvalho Silva
Vania Ribeiro de Holanda Silva
Priscilla Stephanny Carvalho Matias Nascimento
Adriana Soares de Lima Leandro
Nelson Miguel Galindo Neto
Robervam de Moura Pedroza
Adson Renato Bezerra Lacerda
Silvana Cavalcanti dos Santos
Cláudia Sorelle Cavalcanti de Santana

DOI 10.22533/at.ed.6432025059

CAPÍTULO 10 104

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ESGOTAMENTO (BURNOUT) EM UM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Andrielle Cristina Chaikoski
Fabiana Postiglione Mansani
Felício de Freitas Netto

DOI 10.22533/at.ed.64320250510

CAPÍTULO 11 110

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Wellington Manoel da Silva
Maria Eduarda da Silva
Maria Angélica Álvares de Freitas
Nayara Ranielli da Costa
Beatriz Maria Ferreira
Lívia Mirelly Ferreira de Lima
Willaine Balbino de Santana Silva
Gizele Alves da Silva Frazão
Angélica Daniella dos Santos
Manuel Santana e Silva
Simone Souza de Freitas
Douglas Elias Pereira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.64320250511

CAPÍTULO 12 113

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Rafael Bruno
Vágner Caldas de Oliveira
Lauro Leite Tavares Júnior
Levi Paulo da Costa
Otávio Ferreira Bezerra Neto
Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Maria das Graças Barbosa Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.64320250512

CAPÍTULO 13 126

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: O DIÁLOGO ENTRE PSICOLOGIA, ENGENHARIA E FISIOTERAPIA

Paulo Yoo Chul Choi
João Francisco Goes Braga Takayanagi
Priscila Jusley Kim
Gabriel Maggio de Moraes
Maria Victória Bachert Gennari
Beatriz Eri Yazaki
Luciana Maria Caetano
Betânia Alves Veiga Dell' Agli

DOI 10.22533/at.ed.64320250513

CAPÍTULO 14 139

MÃES NO PUERPÉRIO IMEDIATO E O CONHECIMENTO SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Fabíola Pansani Maniglia
Camila Peres Ferreira
Tarcielle Nayara de Paula Santos
Bruno Affonso Parenti de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.64320250514

CAPÍTULO 15 149

MODELO DIDÁTICO TRIDIMENSIONAL PARA ESTUDO DE DERMÁTOMOS E INERVAÇÃO SENSITIVA

Mateus Mondadori Sironi
Thaís Caporlingua Lopes
Magda Patrícia Furlanetto

DOI 10.22533/at.ed.64320250515

CAPÍTULO 16 155

O COTIDIANO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE À SUA ATUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Luciana Paula Fernandes Dutra
Keylla karinna Marques
Venâncio de Sant'Ana Tavares
Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes
Diana Lima Villela de Castro
Paula Ferrari Ferraz
Sally Andrade Silveira
Ana Letícia Freire Menezes
Lucineide Santos Silva Viana

DOI 10.22533/at.ed.64320250516

CAPÍTULO 17 167

O USO DAS PIC'S PELOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS DURANTE O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA URBANA DE CARUARU- PE

Rhuanna Kamilla da Silva Santos
Tiago Verissimo Leite
Gisele Lino Soares
Simone Regina Alves de Freitas Barros

DOI 10.22533/at.ed.64320250517

CAPÍTULO 18 179

RELAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM AVALIAÇÃO DO PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO NOS ACADÊMICOS DOS 1º, 2º, 7º E 8º PERÍODOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DO INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE RIO VERDE

Leonardo Squinello Nogueira Veneziano
Amanda Pacheco de Freitas
Rodrigo Sebastião Cruvinel Cabral
Karlla Vaz da Silva Nogueira
João Eduardo Viana Guimarães
Renata Nascimento Silva
Tairo Vieira Ferreira
Renato Canevari Dutra da Silva
Fernando Duarte Cabral
Anielle Moraes

DOI 10.22533/at.ed.64320250518

CAPÍTULO 19 191

A ATUAÇÃO HUMANIZADA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Jussara Pereira Pessoa
Aline Luiza de Paulo Evangelista
Luciane Patricia Amaral
Bruno Bezerra de Menezes Cavalacante

DOI 10.22533/at.ed.64320250519

SOBRE OS ORGANIZADORES.....	203
ÍNDICE REMISSIVO	204

A APREENSÃO DA CATEGORIA INSTRUMENTALIDADE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SETOR SAÚDE

Data de aceite: 12/05/2020

Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Niterói, Rio de Janeiro – Brasil.

Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4402342T3>

RESUMO: A atuação profissional do (a) assistente social ganha cada vez mais importância, mediante a manutenção ou agravamento de antigos problemas, que, por vezes, geram novas problemáticas, postas como desafios ao Serviço Social. O presente trabalho evidencia que a busca pela superação desses velhos e/ou novos desafios vem demandando dos profissionais o uso de estratégias de enfrentamento, luta e resistência no âmbito institucional e no campo político. Nesses espaços, têm-se a categoria instrumentalidade, entendida como uma mediação fundamental para superar as dificuldades que se anunciam em tempos de contrarreforma do Estado. As discussões que serão apresentadas abaixo se configuram como resultados da pesquisa de mestrado, realizada num Hospital de Alta Complexidade e têm como objetivo refletir sobre a apreensão da instrumentalidade pelos assistentes sociais, numa particularidade.

PALAVRAS-CHAVE: Assistente social. Racionalidade. Instrumentalidade. Saúde.

THE SEIZURE OF THE INSTRUMENTALITY CATEGORY AND THE PROFESSIONAL PERFORMANCE OF SOCIAL WORKERS IN THE HEALTH SECTOR

ABSTRACT: The professional work of the social worker is gaining more and more importance, through the maintenance or aggravation of old problems, which sometimes generate new problems, posed as challenges to Social Work. The present work shows that the search for overcoming these old and / or new challenges demands professionals to use coping, struggle and resistance strategies in the institutional and political fields. In these spaces, we have the category instrumentality, understood as a fundamental mediation to overcome the difficulties that are announced in times of counterreformation of the State. The discussions that will be presented below are configured as results of the master's research carried out in a Hospital of High Complexity and aim to reflect on the apprehension of instrumentality by social workers, in particular.

KEYWORDS: Social worker. Rationality. Instrumentality. Health.

1 | INTRODUÇÃO

A atuação do serviço social na área da saúde não é recente. Contudo, as novas requisições institucionais e a alta demanda de usuários que se evidenciam no cotidiano institucional constituem um campo de pesquisa, pois transformam o aparente em questões investigativas que requerem análises teórico-metodológicas e técnico-operativas aprofundadas, para além da resolução das situações-problema.

Consideramos que a dimensão investigativa no âmbito do cotidiano do trabalho do serviço social assume, dessa maneira, uma característica peculiar. As expressões da questão social que se materializam permitem o conhecer da realidade de maneiras direta e indireta. Em ambas, a investigação se torna imprescindível.

Para Guerra (2009)

O assistente social lida com essas múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestação das desigualdades e da exclusão social em sua vivência pelos sujeitos, de modo que a ele é facultado conhecer a realidade de maneira direta: a partir da sua intervenção na realidade, das investigações que realiza, visando responder a esta realidade. Mas é possível também conhecer através das experiências indiretas, através do que já foi produzido por outras pesquisas e/ou teoricamente. Também aqui, para o assistente social, se exige um investimento na investigação, posto que, ao testar o conhecimento derivado indiretamente, tem-se como resultado uma avaliação sobre o mesmo. (GUERRA, 2009, p. 14).

Considerando esses aspectos, observou-se que a categoria instrumentalidade, no âmbito da saúde, dimensiona a necessidade de investigações por gerar dúvidas quanto ao uso. São equívocos teóricos e metodológicos que precisam ser desvelados e investigados, para que, assim, novas respostas sociais possam ser direcionadas ao conjunto da população.

Reafirmamos que a instrumentalidade do serviço social é apreendida no cotidiano e nos processos de trabalho da profissão e que a sua compreensão teórica pode ser analisada e aprofundada por qualquer assistente social e em qualquer tempo histórico.

O trabalho aprofunda a discussão da instrumentalidade, tendo como referência empírica o setor saúde. Os resultados apresentados se referem à pesquisa de mestrado, realizada num Hospital de Alta Complexidade do Nordeste Brasileiro (dados serão apresentados abaixo), no período de 2015 a 2016. Foram entrevistadas cinco assistentes sociais da referida instituição. Os dados e as características do percurso metodológico serão apresentados abaixo.

2 | O PERCURSO METODOLÓGICO, A INSTITUIÇÃO PESQUISADA E O PERFIL DAS PROFISSIONAIS ENTREVISTADAS

No percurso metodológico, elegemos o método crítico-dialético, para a compreensão da instrumentalidade como mediação no exercício profissional. O estudo é considerado exploratório, de natureza qualitativa. Nos procedimentos de coleta de dados, optamos pela entrevista individual e semiestruturada, além da pesquisa documental. Realizamos entrevistas com cinco assistentes sociais do HC-UFPE, a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa

A instituição pesquisada foi o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/ UFPE), uma instituição de referência regional e de alta complexidade, atua nas diversas áreas do ensino, pesquisa e extensão das Ciências da Saúde e tem por finalidade a formação de profissionais de saúde. Como hospital-escola, está organizado a partir das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação (MEC).

O HC/UFPE presta atendimento direto a usuários oriundos de várias regiões do estado, a partir das demandas da rede regionalizada e hierarquizada, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS), os hospitais universitários federais são integrados ao SUS através de convênios, respeitando as especificidades regionais.

A requisição do serviço social no campo da saúde é histórica. A atuação do (a) assistente social faz parte da história do hospital-escola, desde quando o HC funcionava nas dependências do Hospital Pedro II até quando, em meados dos anos 1980, todos os serviços foram transferidos para a estrutura do campus na cidade universitária.

O serviço social enquanto profissão está inserido na divisão social e técnica do trabalho (Iamamoto, 2007) e, como profissão, possui intervenções que acumulam procedimentos teóricos, metodológicos, éticos e políticos. Desse modo, a atuação do (a) assistente social no HC/UFPE incide mediante a prestação de serviços individuais e coletivos; do estudo e pesquisa das condições de vida da população; das determinações sociais da saúde e dos determinantes do processo saúde-doença; além da formação de profissionais na área da saúde, através da qualificação de alunos de graduação em serviço social e de assistentes sociais, entre outras coisas (PERNAMBUCO, 2003).

No Hospital das Clínicas da UFPE, o serviço social possui cinco áreas de atuação: ambulatório, enfermaria, estágio, plantão geral e plantão do serviço de admissão e alta.

Dito isto, à época da pesquisa de campo (2015-2016), no quadro funcional do serviço social do hospital atuavam 26 assistentes sociais. Destas, duas estavam

cedidas a outras instituições. Das 24 assistentes sociais que possuem vínculo empregatício e que estavam atuantes, quatro possuíam vínculo de trabalho através da CLT e 20 através do Regime Jurídico Único (RJU) com carga horária de 30 horas semanais.

Ressalvamos, ainda, que seis assistentes sociais também atuam em outras instituições, ou seja, têm duplo vínculo empregatício, perfazendo uma carga horária total de 60 horas semanais. O tempo de serviço das profissionais varia em torno de um ano a 33 anos de atuação.

As profissionais possuem idade que varia entre 28 a 60 anos e tiveram a sua formação, em nível de graduação, entre os anos de 1979 e 2011, sendo que 22 são concluintes da UFPE e duas da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). Com relação à formação complementar, 21 têm especialização; sete possuem mestrado e uma, o título de doutora em serviço social. Apenas duas assistentes sociais não têm nenhum tipo de pós-graduação. Evidenciamos que as assistentes sociais com mestrado também têm grau de especialistas nas áreas de Saúde Coletiva e/ou Gestão de Políticas Sociais e Serviço Social. A assistente social que possui o título de doutorado também possui especialização em Políticas Públicas e Gestão de Serviços Sociais e outra em Prevenção de Abuso Sexual e Infantil.

As cinco assistentes sociais selecionadas como informantes estão na faixa etária de 29 a 39 anos; com tempo de serviço de um a nove anos de trabalho, assim distribuído: duas assistentes sociais com cinco anos de vínculo de trabalho; duas com nove anos; e uma com um ano de trabalho. Com relação ao vínculo: uma é regida pela CLT e quatro profissionais são concursadas via RJU. Sendo ainda que quatro entrevistadas trabalham apenas no HC e uma possui outro vínculo empregatício.

3 | A INSTRUMENTALIDADE

A princípio, o termo instrumentalidade aparenta se direcionar à compreensão ou estudo dos meios, instrumentos e técnicas de atuação profissional do serviço social, à pura operacionalização das políticas mediante o uso de instrumentais técnico-operativos.

Em uma reflexão mais crítica e reflexiva, verificamos, no entanto, que, ao se analisar a estruturação da palavra, o sufixo “idade” tem a ver com capacidade, qualidade ou propriedade para se falar em algo. Dessa maneira, podemos concluir que instrumentalidade do serviço social se refere a uma dada capacidade que a profissão vai adquirindo em sua trajetória sócio-histórica, através do confronto entre teleologias e causalidades (GUERRA, 2000a).

A instrumentalidade, como uma capacidade que a profissão vai adquirindo

na medida em que concretiza objetivos, possibilita que os (as) assistentes sociais objetivem a sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio dessa propriedade que os profissionais modificam e alteram as condições objetivas e subjetivas, além de transformarem as relações interpessoais e sociais existentes nas relações sociais. Ao alterarem o cotidiano e a realidade dos usuários que demandam atendimento, modificando as suas condições e se utilizando de meios e instrumentos, os (as) assistentes sociais estão dando instrumentalidade à atuação profissional dentro das instituições (GUERRA, 2000b).

Essa capacidade ou propriedade que a profissão adquire na medida em que concretiza os seus objetivos pode ser constituída por três dimensões: a primeira se refere à análise da instrumentalidade da profissão face ao projeto burguês; a segunda se refere à instrumentalidade das respostas profissionais; e a terceira analisa a noção como uma forma de mediação.

A instrumentalidade funcional ao projeto burguês se refere à capacidade de a profissão ser instrumentalizada para a manutenção da ordem ou a serviço do projeto reformista da burguesia. A instrumentalidade das respostas profissionais está relacionada à capacidade técnico-operativa ou aos instrumentais operativos utilizados para dar suporte às respostas profissionais frente às demandas da população. A última caracterização considera a instrumentalidade como mediação. Ou seja, compreendida como o espaço no qual a cultura profissional se movimenta, e é através dela que os (as) assistentes sociais constroem indicativos teórico-práticos para a intervenção. Argumentamos que é a partir da mediação que as particularidades e as singularidades vivenciadas no cotidiano podem ser apreendidas para o direcionamento da ação, seja pela compreensão do objeto de intervenção para além dos instrumentos e técnicas, seja pela apropriação da perspectiva crítica que direciona o pensar e o agir profissional (GUERRA, 2000b).

Os dois primeiros níveis da instrumentalidade estão sustentados por um caráter instrumental, decorrente dos aspectos manipulatórios e ideologizantes da sociedade e suas instituições. Verificamos que, nessas duas compreensões, permanecem as visões psicologizantes e moralizantes da questão social. Além de práticas que buscam controlar e adaptar comportamentos e formas de sociabilidade que são exigidas pelos padrões de acumulação do sistema capitalista (GUERRA, 2000b).

Consideramos que a instrumentalidade é uma condição de existência e reprodução do ser social. É uma capacidade necessária à relação entre homem e natureza. Portanto, só existe instrumentalidade a partir do trabalho. Além disso, apreendemos também que existem condições objetivas com que os homens se defrontam, que escolhem ou criam com vistas a aperfeiçoar as técnicas e os instrumentos de trabalho. É através deste que o ser social realiza a sua ideação e

adquire instrumentalidade. Ou, em outras palavras: “toda postura teleológica encerra a instrumentalidade, o que possibilita ao homem atribuir às coisas as propriedades verdadeiramente humanas, no intuito de que elas venham a converter-se nos instrumentos, nos meios para o alcance das suas finalidades” (GUERRA, 2000a, p. 11).

Em relação ao serviço social, nesse campo saturado de contradições e complexidades, Guerra (2014) entende que o estudo da instrumentalidade ainda pode ser considerado um campo saturado de mediações que não foram suficientemente discutidas pelos (as) assistentes sociais. Além disso, essa ineficiência de debates ocasiona um discurso que a nega ou revela um conjunto de intervenções que se reduzem a atuações finalísticas, repetidas e modelares (GUERRA, 2014).

Constatamos, também, que, em torno da discussão da instrumentalidade, existem diversas confusões teóricas. Uma delas parte das ideias de como realizar a intervenção profissional (o “como fazer”). Nesta, consideramos que do domínio dos instrumentos e técnicas derivam ações competentes técnica e politicamente. A segunda linha de argumentação representa o “discurso” de recusa aos instrumentos e técnicas, por considerá-los imbricados na lógica formal (GUERRA, 2014).

Ressaltamos ainda que em uma profissão interventiva como o serviço social, o uso de instrumentais de trabalho, de instrumentos técnico-operativos ou de uma documentação específica, é de extrema importância. O fato é que estes não podem resumir a noção de instrumentalidade, pois limitaria “o conjunto das racionalidades que revestem a profissão ao paradigma da racionalidade formal” (GUERRA, 2014, p. 74).

Do mesmo modo, ponderamos ainda que a instrumentalidade tem sido pouco apreendida em seu sentido real pelos (as) assistentes sociais. Segundo Guerra (2014), existem dois motivos centrais para a falta de compreensão dessa temática, no âmbito do serviço social. O primeiro se refere às lacunas que ainda precisam ser preenchidas, pois se trata de um tema recente a partir da utilização da perspectiva crítica na profissão. O segundo motivo se refere aos diversos equívocos teóricos que têm sido construídos pela apropriação errada, considerando o seu significado original.

4 | A APREENSÃO DA CATEGORIA INSTRUMENTALIDADE E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

A análise dos dados nos revelou elementos importantes sobre a atuação dos assistentes sociais e sobre a apreensão da categoria instrumentalidade, no respectivo hospital universitário.

A nova gestão dessa unidade de saúde desenvolvida através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com foco na eficácia e eficiência tem priorizado a inserção das assistentes sociais recém-contratadas diretamente nas equipes multidisciplinares e não diretamente nos setores de serviço social.

Segundo a E1, esse é um aspecto que levanta certa preocupação, já que esta determinação administrativa poderá comprometer a autonomia profissional. Não é que a inserção em uma equipe interdisciplinar ou multiprofissional possa ser um aspecto negativo ao exercício profissional. Mas se pondera que a assistente social, ao ficar vinculada à clínica e não ao serviço, por vezes, poderá, ao invés de atender as demandas de acordo com as suas competências, atuar para além dos parâmetros postos pela profissão. A informante E1 argumenta ainda que o chefe de clínica, por ser quase sempre um médico, poderá apresentar uma visão distorcida sobre o perfil do (a) assistente social no setor saúde, o que poderá comprometer a autonomia relativa profissional.

No entanto, reconhece-se que existem disputas pela hegemonia no campo da Saúde Coletiva e compreende-se também que existem limites profissionais no desenvolvimento da instrumentalidade em equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Contudo, ao mesmo tempo, entende-se que são nesses espaços que podemos atuar para desconstruir a hegemonia do modelo biomédico, ou seja, é a partir de reflexões sobre transdisciplinaridade de saberes e práticas que iremos construir coletivamente a defesa da saúde como democracia e direito social. Com relação à continuidade da formação profissional, todas as informantes afirmaram que há um comprometimento com o desenvolvimento do aperfeiçoamento através de cursos e atividades acadêmicas. Apenas uma profissional afirmou que trabalhou enquanto frequentava o curso de graduação e que, em certa medida, isso gerou dificuldades no processo de aprofundamento teórico.

Quando questionadas se houve alguma dificuldade de apreensão nos debates teóricos e discussões temáticas apresentadas em sala de aula, apenas duas das cinco entrevistadas afirmaram que o processo de aprendizado poderia ter sido mais intenso, caso tivessem acesso à rede mundial de computadores, ou, ainda, se houvessem se matriculado em disciplinas eletivas ofertadas no durante o ano letivo. Para uma entrevistada, com o acesso rápido à internet nos dias atuais, fica muito mais fácil de buscar artigos, livros, resenhas ou outros materiais para estudos.

Em relação à categoria instrumentalidade, a informante E2 afirmou ter tido dificuldade em entender a discussão no período em que cursava a graduação

“Rapaz! Para lhe ser sincera, eu acho que a questão da instrumentalidade mesmo me deixou um pouquinho confusa. Assim, eu não me aprofundei também... na questão do entendimento. Assim, ficou um pouquinho desejando mais. Porque agora quando tu vieste para a gente eu fiquei pensando: isso a gente estudou... eu sei que a gente estudou, mas eu não consegui me aprofundar” (E2, 2015).

Ressaltamos que existem confusões teóricas e metodológicas acerca do conceito de instrumentalidade, conforme afirma Guerra (2014), pois existe desconhecimento em torno do conceito, tanto no campo teórico-metodológico, quanto nos aspectos técnico-operativos que fundamentam a atuação profissional do serviço social. Para além das confusões na abordagem teórica, ainda temos aqueles que apreendem a instrumentalidade como sinônimo de dinâmicas, técnicas e instrumentos de trabalho utilizados com grupos, indivíduos, famílias e em espaços sócio-ocupacionais. Assim sendo, é necessário estabelecer mediações para desmistificar as necessidades reais de demandas imediatas tanto do usuário quanto da instituição, pois, como argumenta Guerra (2010, p. 721):

Na imediaticidade do cotidiano, dadas as suas características estruturadoras, a tendência é de considerar a intervenção pelo seu resultado, sem buscar os seus fundamentos e de realizar intervenções que concebam o indivíduo isolado da estrutura e contexto sócio-histórico, de modo a responsabilizá-lo, e mais ainda, a culpabilizá-lo pelo seu suposto sucesso ou fracasso, com o que subvertem-se princípios e diretrizes da formação profissional.

Nesse sentido, Mota (2014, p. 701) assevera que:

Na ausência dessa competência intelectual, que requer reflexão, estudo, pesquisa e domínio de informações sobre a realidade, ganham projeção técnica a avaliação e o julgamento dos resultados da ação que, quase sempre, recaem na constatação da impossibilidade de utilização da teoria social crítica, de inspiração marxiana, para tratar os fenômenos singulares e contemporâneos. Isso porque na teoria marxiana alguns leitores desavisados procuram inspiração para orientar ou instrumentalizar imediatamente as demandas cotidianas. Amparando-se na negação da perspectiva da totalidade e no fato de as categorias marxianas não darem conta das problemáticas do dia a dia profissional, advogam a pertinência do marxismo para explicar as macroestruturas, mas praticam o pragmatismo e o empirismo para atender aos requisitos da ação cotidiana.

Para os sujeitos informantes, o processo de aprendizado ocorre em outros espaços, como a participação em eventos da categoria e em debates de temas transversais à profissão. Ressalto que, com relação à participação em eventos, só uma entrevistada afirmou não ter participado de nenhuma atividade da categoria durante o processo de formação profissional em nível de graduação.

Nessa mesma questão, quatro informantes afirmaram ter participado de algum evento promovido pela categoria profissional, dentre os quais, citaram aqueles realizados pela: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss); pelo Conselho Federal de Serviço Social (Cfess); pelo Conselho Regional de Serviço Social (Cress); pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip); da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); e do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (Enpess). Além disso, citam eventos promovidos pelo movimento estudantil, como o Encontro Nacional de Estudantes de Serviço Social (Eness) e o Encontro Regional de Estudantes de Serviço Social (Eress).

Revelar essa participação em eventos científicos é importante para reafirmar a busca pelo aprofundamento teórico das categorias que dão sustentação à prática profissional. Nesses espaços, pode-se observar que a categoria instrumentalidade é apresentada e debatida, como uma mediação necessária ao imbricamento dos conteúdos aprendidos, para além da sala de aula, na perspectiva de superar as expressões do conservadorismo na formação profissional.

Os sujeitos entrevistados também revelaram a importância do estágio obrigatório para a formação profissional em serviço social. Para as informantes, o estágio é um espaço de continuidade do aprendizado, bem como, a iniciação científica ou projetos de extensão (três assistentes sociais participaram de atividades dessa natureza). A análise dos dados coletados também evidenciou que as categorias teóricas que foram mencionadas, em número maior, como tendo sido as que foram apreendidas com mais qualidade no período de formação acadêmica são: questão social (E1; E5); trabalho (E1; E5); mediação (E1; E2; E3); instrumentalidade (E2; E4). Observe-se que todas as disciplinas mencionadas pelas informantes têm seus fundamentos da teoria social crítica, que analisa a realidade objetiva a partir as contradições inerentes à sociedade de classes. Segundo Mota:

Isso porque, da teoria pode-se cobrar o desvelamento do real, que transformado num real pensado, permite, mediante aproximações sucessivas, desvelar a aparência dos fenômenos pela apreensão de categorias que deem inteligibilidade à realidade desde uma perspectiva de totalidade (produção e reprodução social), com uma visão histórica e de crítica radical (aos modos de ser e viver da sociedade). E neste caso, o que é singular se particulariza através de uma operação intelectual que o vincula, através de mediações, às leis gerais e universais que regem uma determinada realidade, historicamente desenvolvida, oferecendo aportes para compreender e transformar a realidade. (MOTA, 2014, p. 19).

Ponderamos ainda que esse resultado se deva, dentre outros dados, ao avanço da produção intelectual da profissão, a partir dos anos 1980 do século XX; e à inserção do serviço social como uma área do conhecimento das ciências sociais aplicadas que logrou o reconhecimento de agências de fomento nacionais e regionais, sobretudo, devido à expansão dos programas *stricto sensu* e *lato sensu* e dos grupos de pesquisa das instituições de ensino.

A instrumentalidade do serviço social, conforme já afirmado, é definida como “uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico” (GUERRA, 2000b). Nestes termos, Mota (2014, p. 18), afirma que:

O Serviço Social brasileiro, ao se constituir numa área do conhecimento, adensa a sua intervenção na realidade através da construção de uma cultura intelectual, de cariz teórico-metodológico crítico, redefinindo a sua representação intelectual e social até então caracterizada, prioritariamente, pelo exercício profissional, no qual a dimensão interventiva tinha primazia sobre o estatuto intelectual e teórico da profissão.

A análise das entrevistas também revelou que a instrumentalidade, capacidade ou propriedade constitutiva do serviço social, vem se estruturando no cotidiano profissional, porém demanda, nas suas intervenções, as condições, instrumentos, meios para o enfrentamento dos vários desafios que se apresentam para o alcance dos objetivos profissionais. Ou seja, torna-se necessário que os (as) assistentes sociais criem os meios e as condições objetivas e subjetivas para materializar as suas ações profissionais, dando-lhe instrumentalidade.

Nesses termos, considerando que a instrumentalidade se manifesta no cotidiano profissional, o nosso estudo evidenciou que a temática foi sendo aprofundada, por todas as entrevistadas, também em diferentes períodos posteriores à conclusão da graduação. A apreensão da categoria instrumentalidade, no período de formação profissional, foi mencionada como fundamental pelas cinco informantes, sendo que apenas uma afirmou não recordar de ter esse conteúdo nas discussões em sala de aula, entretanto, ressalta que se aproximou da temática da instrumentalidade em eventos científicos e na produção intelectual da categoria.

Das quatro entrevistadas que afirmaram ter tido algum conhecimento acerca do tema da instrumentalidade, pode-se constatar que, para a informante E1, o debate que se travou foi em torno dos elementos apresentados por Yolanda Guerra, no livro “A instrumentalidade do Serviço Social”. Para a entrevistada, esta é uma “categoria abstrata” e que requer um estudo mais aprofundado dos conteúdos das ciências filosóficas. A informante E2 afirmou que o processo de apreensão da instrumentalidade deve ter início na formação acadêmica e ser aprofundada durante toda a vida profissional, pois, sempre há confusão teórica em relação ao tema. Segundo ela, muito do que fora discutido no processo de formação na graduação se pautou apenas na utilização dos instrumentais técnico-operativos e não na totalidade do debate. A entrevistada E4 certificou que o estudo do tema foi relacionado à discussão da mediação como categoria central. Para E5, o tema instrumentalidade teve associação com a questão das atribuições do trabalho do (a) assistente social nos diversos espaços ocupacionais.

Ressaltamos que, para além de apreender as dimensões teóricas que fundamentam a instrumentalidade, é necessário criar algumas estratégias de enfrentamento das expressões conservadoras no cotidiano institucional, tais como:

- a) Ter um olhar voltado para além das ações individuais;
- b) Lutar contra a individualização para que não se caia na culpabilização dos sujeitos e dos seus problemas;
- c) Lutar contra a intensificação do trabalho do serviço social e das demais categorias;
- d) Exigir espaços para estudos dentro dos ambientes de trabalho;

- e) Lutar contra a privatização e as lógicas privatistas;
- f) Não esquecer a utilização dos instrumentos, mas com ressalvas, já que existem instrumentos manipulatórios e que se reduzem à racionalidade instrumental;
- g) Construir instrumentos que não controlem o usuário, mas que garantam os seus direitos;
- h) Desenvolver articulações com os movimentos sociais e;
- i) Utilizar uma racionalidade crítico-dialética nos processos de trabalho. Nesses termos, é a instrumentalidade apreendida como mediação, que permitirá compreender as reais demandas postas à profissão no processo de trabalho do serviço social do HC/UFPE.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com assistentes sociais que atuam no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). Objetivou-se a analisar a apropriação e incorporação da instrumentalidade, como mediação, no exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do setor saúde.

Neste estudo, a opção pelo método histórico-crítico nos possibilitou apreender a categoria mediação e como essa vem influenciando as disciplinas de fundamentos do serviço social brasileiro na contemporaneidade. Consideramos que a instrumentalidade ainda necessita de aprofundamento pelo conjunto da categoria profissional de serviço social, devido aos vários vieses e dúvidas que são gerados pela falta de aprofundamento teórico, ou, até mesmo, pela confusão teórica gerada pela similaridade com a terminologia de instrumentais técnico-operativos.

Em relação ao HC/UFPE, verificamos que as assistentes sociais, apesar dos muitos desafios, têm conseguido se apropriar e garantir a existência de uma instrumentalidade, como mediação, nas ações cotidianas. São estratégias que questionam e se articulam com outras categorias para proposições que sejam capazes de superar o aparente ou o conformismo.

Conclui-se afirmando que são tempos difíceis, mas que apresentam possibilidades. A instrumentalidade e a mediação são elementos fundamentais para dar materialidade à luta e resistência contra o avanço da contrarreforma do setor saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995. GUERRA, Y. A. D. **Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social**. Revista Serviço Social e

Sociedade, n. 62, p.5-34, 2000a.

_____. **A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS-UNB, em 2000b.

_____. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

LEVEBVRE, Henri. **Lógica formal/lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

MOTA, Ana Elizabete. **Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, p. 694-705, dez. 2014. Disponível em . Acesso em: 19 jan. 2019.

PERNAMBUCO, Universidade Federal de. Manual de Normas, Procedimentos e Rotinas do Serviço Social. Recife: Hospital das Clínicas, 2003.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Data de aceite: 12/05/2020

Vanessa Fernandes de Almeida Porto

Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas -
UNCISAL

<http://lattes.cnpq.br/3930075116541979>

Josineide Francisco Sampaio

Universidade Federal de Alagoas - UFAL

<http://lattes.cnpq.br/5392808108395010>

Mércia Lamenha Medeiros

Universidade Federal de Alagoas - UFAL

<http://lattes.cnpq.br/5665487289891813>

Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho

Universidade Federal de Alagoas- UFAL

<http://lattes.cnpq.br/4791933287778887>

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar como a extensão universitária se constitui na formação dos cursos da saúde de uma Instituição Pública de Ensino Superior de Alagoas. Apresenta desenho metodológico transversal, de abordagem quantitativa e amostragem não probabilística. Participaram desta pesquisa 411 acadêmicos, de 05 cursos de graduação em saúde, que responderam a um instrumento constituído por questões relacionadas à identificação do perfil do discente e 04 escalas validadas e adaptadas de acordo com o objetivo da pesquisa. Para

análise de dados foram realizadas estatísticas descritivas, frequência por item, por fator, por turma, por curso. Identificou-se nesta pesquisa que 301 participantes eram do gênero feminino, representando a maioria dos entrevistados. Quanto aos cursos, a amostra se distribuiu de forma equitativa, sendo 115 do curso de Medicina, 87 de Fisioterapia, 80 de Enfermagem, 75 de Fonoaudiologia e 54 de Terapia Ocupacional. Quanto à participação em atividades de extensão, 315 discentes informaram que participavam de ações extensionistas, sendo 247 de ligas acadêmicas, enquanto apenas 11 alunos participavam de programas e 46 de projetos. Verificou-se que a extensão universitária se constitui como uma atividade importante na formação dos discentes dos cursos da saúde, por apresentarem uma alta expectativa em aplicar os conhecimentos que foram aprendidos nas atividades de extensão, bem como por se sentirem motivados a aplicá-los na sua formação e atuação profissional. Identificou-se também os aspectos que necessitam ser observados para aprimorar a política de extensão da Instituição visando ampliar a participação acadêmica.

PALAVRAS-CHAVE: Formação, Extensão Universitária, Ensino na Saúde.

UNIVERSITY OUTREACH AND PROFESSIONAL QUALIFICATION IN HEALTH UNDERGRADUATE MAJORS

ABSTRACT: This study aims to analyze how university outreach is constituted in health undergraduate majors of a public institution of higher education of Alagoas state. This is a cross-sectional study with a quantitative approach and non-probabilistic sampling. 411 students participated in this study, from 05 health undergraduate majors, who answered to an instrument composed by questions related to the student profile identification and 04 validated and adapted scales according to the study goal. Data analysis was performed by descriptive statistics, frequency per item, factor, class and undergraduate major. 301 of the participants were female, representing the majority of the interviewees. The sample was equally distributed among the majors, being 115 from Medicine, 87 from Physical Therapy, 80 from Nursing, 75 from Speech-Language Pathology, and 54 from Occupational Therapy. 315 students informed that participate in community outreach activities, being 247 in academic leagues, while only 11 students participate in programs and 46 in projects. It was verified that university outreach consists as an important activity in health undergraduate student education, since it presents high expectation in applying knowledge that was taught in university outreach activities, as well as feeling motivated to apply them to their academic education and professional performance. The aspects that need to be observed to improve the university outreach politics and to broaden academic participation were also identified.

KEYWORDS: Health Education, Qualification, University Outreach

1 | INTRODUÇÃO

Os cursos da saúde, atualmente, vêm buscando uma reformulação em seus currículos universitários, visto que se faz necessário adequar a formação da saúde às competências que são vistas como importantes ao profissional atual (ALVES, 2010). Nesse sentido, a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde pode ser considerada resultado da mobilização de diversos atores sociais em todo o país e entendida como reflexo das tendências internacionais, que recomendam inovações na formação dos profissionais de saúde (PEREIRA; LOPES; LUGARINHO, 2006; ALMEIDA et al, 2007).

No campo acadêmico, verifica-se uma preocupação crescente com o modelo formador do profissional em saúde, no qual, cada vez mais, se verifica a necessidade de profissionais capazes de contribuir com a sociedade num contexto de profundas mudanças, não apenas em seu campo profissional, mas também nos campos político e social. Desse modo, a extensão universitária desempenha o papel de potencializar essa relação por meio da diversificação de cenários e metodologias de aprendizagem (FADEL, 2013).

Assim, pode-se afirmar que a extensão universitária é uma atividade acadêmica capaz de imprimir um novo rumo à universidade brasileira, e de contribuir significativamente para a mudança da sociedade, por ser considerada um processo educativo, cultural e científico, que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a vivência extensionista revela-se fundamental na formação universitária, possibilitando experiências diversificadas aos discentes, muito além daquelas obtidas nos moldes bancários de formação profissional, permitindo a comunicação entre o ambiente acadêmico e a sociedade. No caso da atenção à saúde, a imersão do discente no seu cotidiano traz ricas possibilidades de produção de novos conhecimentos, assim como para o aprendizado do cuidado, da organização dos processos de trabalho e da gestão (BISCARDE, 2014). A extensão proporciona uma diversidade dos cenários de aprendizagem que é compreendida como uma das ferramentas para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima o acadêmico das necessidades reais da sociedade e possibilita o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo (CARNEIRO, 2011).

Ao considerar o contexto de reorganização das políticas que direcionam a formação dos profissionais da saúde no âmbito universitário, percebeu-se a necessidade de analisar qual o papel da extensão universitária na formação dos profissionais de saúde, visto que a extensão universitária contribui para a formação profissional que atenda às necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, esta pesquisa tem a finalidade de analisar como a extensão universitária se constitui na formação dos cursos da saúde de uma Instituição Pública de Ensino Superior de Alagoas.

2 | MÉTODOS

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, conforme parecer nº 1.340.327.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de amostragem não probabilística.

Participantes

Participaram desta pesquisa 411 acadêmicos matriculados nos cursos de graduação de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Terapia

Instrumentos

Para analisar a dimensão da extensão universitária no âmbito da formação foi aplicado o instrumento constituído por questões relacionadas à identificação do perfil do discente e 04 (quatro) escalas validadas e adaptadas de acordo com o objetivo da pesquisa, a saber: Escala de Autoavaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho – Medida de Amplitude – EAITT, Escala de Expectativa em Relação ao Treinamento – EERT, Escala de Motivação para Transferir – EMT e Escala de Conteúdo de Mensagens – ECoM.

A Escala de Expectativa em Relação ao Treinamento (EERT) avalia as expectativas dos discentes acerca da melhoria que a extensão universitária pode promover na sua formação, atuação profissional e desenvolvimento pessoal. Os itens dessa escala estão associados a uma escala do tipo Likert que varia de 1 - “Discordo fortemente”, 2 - “Discordo parcialmente”, 3 - “Concordo parcialmente” e 4 - “Concordo fortemente”. Essa escala é composta por 10 itens que integram os 02 fatores (GONÇALVES, 2008; MOURÃO; FREITAS; GONÇALVES; DEL MAESTRO FILHO, BORGES-ANDRADE, 2012).

A Escala de Conteúdo de Mensagens – ECoM avalia a disseminação, especificamente, a comunicação sobre a extensão. O instrumento é composto por 25 itens, distribuídos em 05 fatores, respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos, relativa ao volume de informações. A escala de pontuação é composta por 0 (zero) – “Nenhuma Informação”; 1 (um) – “Pouca informação”; 2 (dois) - “Alguma Informação”; 3 (três) - “Muita Informação” e 4 (quatro) - “Todas as Informações Necessárias” (ABBAD, 1999; ABBAD; PILATI; BORGES-ANDRADE; SALLORENZO, 2012; PILATI; ABBAD, 2005).

A Escala de Autoavaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho – Medida de Amplitude - EAITT avalia o impacto da formação nos discentes e assume uma estrutura unifatorial, isto é, constitui-se de um único fator. Essa escala é composta por 12 itens, respondidos em uma escala de concordância tipo Likert de quatro pontos, a saber: 1 (um) corresponde ao “Discordo totalmente da afirmativa”; 2 (dois) ao “Discordo um pouco da afirmativa”; 3 (três) ao “Concordo com a afirmativa” e 4 (quatro) ao “Concordo totalmente com a afirmativa” (ABBAD; PILATI; BORGES-ANDRADE; SALLORENZO, 2012).

A Escala de Motivação para Transferir – EMT, composta por um único fator, avalia a disposição do discente para usar, na formação e atuação profissional, os conhecimentos, habilidades e/ou atitudes adquiridas nas atividades extensionistas e seu interesse em aplicá-las. Essa escala é composta por quatro itens respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, a saber: 1 (um) corresponde ao

“Discordo Totalmente”, 2 (dois) ao “Discordo Parcialmente”, 3 (três) ao “Concordo Parcialmente” e 4 (quatro) ao “Concordo Totalmente” (ABBAD; LACERDA; PILATI, 2012; LACERDA; ABBAD, 2003).

Procedimentos

Inicialmente, identificou-se os acadêmicos dos cinco cursos de graduação no setor de Controle Acadêmico e a sua distribuição nos diferentes locais de ensino. Na aplicação dos instrumentos, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e do sigilo de suas respostas, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em seguida, a assinatura daqueles que aceitaram participar da pesquisa foi solicitada. A aplicação dos instrumentos realizou-se em sala de aula, porém os discentes responderam individualmente. A coleta de dados ocorreu durante o primeiro semestre de 2016.

Análise de dados

Foram realizadas estatísticas descritivas, frequência por item, por fator, por turma, por curso (calculada média, desvio-padrão e intervalo de confiança), tabuladas e descritas em formato de tabela e de gráficos, utilizando o programa SPSS 21.

Para avaliar e interpretar os escores das Escalas EAITT, EERT e EMT, realizou-se o seguinte procedimento e norma de interpretação: foram computados os 5 itens correspondentes a cada fator (somatório dos itens) e a soma resultante foi dividida pelo número de itens somados (média aritmética), obtendo, assim, o escore médio de cada um dos fatores.

Para análise de interpretação das escalas EAITT, EERT e EMT definiu-se que foram considerados Baixo, os valores entre 1-2; Moderado, entre 2,1-3; e Alto, os valores entre 3,1-4. No entanto, para análise de interpretação da Escala ECoM foi considerado Inadequada os valores entre 0-2,9 e Adequada, os valores entre 3-4.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das atividades de extensão

Na Universidade, na qual se realizou o estudo, as atividades de extensão são desenvolvidas por meio de programas, projetos, ligas acadêmicas, cursos e eventos, coordenados por professores, com a participação de docentes, técnicos, discentes e comunidade em geral, sob o acompanhamento da Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT), em conformidade com a política acadêmica definida pela Instituição.

Atualmente, a IES pesquisada possui 03 programas em desenvolvimento, estes atuam como um conjunto articulado de projetos e outras ações de extensão

(cursos, eventos e prestação de serviços). De acordo com a Política Nacional de Extensão Universitária um programa deve ter caráter orgânico-institucional, clareza de diretrizes e orientação para um objetivo comum, sendo este executado a médio e longo prazo. Os projetos apresentam um caráter educativo, social, cultural, científico ou tecnológico, com objetivo específico (BRASIL, 2012). Na Instituição pesquisada, o projeto pode estar ou não vinculado a um programa, não obstante identificou-se 04 projetos vinculados a programas e 25 projetos isolados.

Entre as ações de extensão, observou-se que a Universidade também possui 45 Ligas Acadêmicas cadastradas. As ligas são geridas por estudantes com orientação docente de um tutor, constituem-se de um grupo de acadêmicos que organizam atividades extracurriculares de ensino, pesquisa e extensão em uma determinada área da saúde (FILHO, 2010).

Caracterização da amostra

No que se refere aos instrumentos aplicados na pesquisa, além das questões relacionadas às escalas, os acadêmicos responderam perguntas referentes à caracterização dos participantes sobre as seguintes variáveis: curso, sexo, ano e participação (ou não) em alguma atividade de extensão.

Variável	Número de Alunos	Porcentagem	Porcentagem por curso
Gênero			
Masculino	110	26,8	
Feminino	301	73,2	
Curso			
Fonoaudiologia	75	18,2	62,5
Fisioterapia	87	21,2	42,4
Terapia Ocupacional	54	13,1	27,0
Medicina	115	28	38,3
Enfermagem	80	19,5	38,1
Participação em atividades de extensão			
Sim	315	76,6	
Não	96	23,4	
Tipos de atividade de extensão			
Liga Acadêmica	105	25,5	
Programa de extensão	11	2,7	
Projeto de extensão	46	11,2	
Liga acadêmica e programa de extensão	27	6,6	
Liga acadêmica e projeto de extensão	77	18,7	

Programa e projeto de extensão	10	2,4
Liga, programa e projeto	38	9,2

Tabela 1. Caracterização da amostra, de IES, de 2016.

Na presente pesquisa, participaram 411 estudantes, dos 05 cursos de graduação da Universidade, sendo 301 do gênero feminino, representando a maioria dos entrevistados. Quanto ao curso, a amostra se distribuiu de forma equitativa, sendo 115 do curso de Medicina, 87 de Fisioterapia, 80 de Enfermagem, 75 de Fonoaudiologia e 54 de Terapia Ocupacional.

A distribuição dos acadêmicos evidenciou que a maioria é do gênero feminino, em consonância com demais estudos realizados, os quais identificaram a predominância de mulheres cursando a graduação na área da saúde (SPÍNDOLA et al, 2008; SANTOS; LEITE, 2006).

Em relação à participação de alunos por curso na pesquisa, obteve-se 62,5% de Fonoaudiologia, 42,4% de Fisioterapia, 27% de Terapia Ocupacional, 38,3% de Medicina e 38,1% de Enfermagem. Observa-se que os alunos do curso de Fonoaudiologia representam a maior participação discente.

Quanto à participação em atividades de extensão, 315 discentes informaram que participavam de ações extensionistas, sendo 247 de ligas acadêmicas; destes, 105 participavam exclusivamente de ligas, e os demais, concomitantemente, de programas e projetos de extensão.

Observou-se que a maioria dos discentes da Universidade participava das ligas acadêmicas enquanto ações de extensão. Segundo Monteiro et al (2008), as ligas atuam e buscam a prática do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; assumindo um caráter extracurricular e complementar; e suas ações são de natureza teórica e prática, sendo desenvolvidas em cenários diversos, que vão desde a unidade de saúde da família até o ambiente hospitalar.

No entanto, no estudo de Silvia e Flores (2015), sobre as ligas acadêmicas da Universidade de Brasília, observou-se que os discentes participantes reconhecem a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, embora em sua atuação predominem as atividades de ensino e pesquisa, não proporcionando uma aproximação entre a Universidade e a comunidade. Identificou-se também que o aumento das ligas coincide com os períodos de reformas curriculares, para complementação de conteúdos num contexto de currículos que talvez não transmitam segurança aos discentes (TAQUETE, 2013).

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos discentes participa das ligas acadêmicas, enquanto apenas 11 alunos participavam de programas e 46 de projetos. Esse resultado pode indicar a busca dos discentes por uma formação

complementar e diversa da proposta pela reforma curricular. Contudo, os programas e os projetos de extensão possuem maior contato com a realidade das comunidades, possibilitando ao acadêmico e ao docente uma visão do ser humano de forma integral, ao considerar seus aspectos sociais, culturais e biológicos, superando a visão fragmentada do paciente (RIBEIRO, 2005; LIMA et al, 2013).

Curso - Anos	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	Erro Padrão	IC95%
Fonoaudiologia	2,12	1,12	1-4	0,13	1,86-2,38
Fisioterapia	2,77	1,04	1-5	0,11	2,55-2,99
Enfermagem	3,24	1,61	1-5	0,18	2,88-3,60
Terapia Ocupacional	2,65	1,16	1-5	0,15	2,33-2,97
Medicina	2,30	0,97	1-4	0,09	2,12-2,48

Tabela 2. Participação dos estudantes por curso e por ano matriculados na IES, 2016.

Quanto à distribuição dos estudantes em atividades de extensão por ano, observou-se que há uma maior concentração no segundo e terceiro ano dos cursos, indicando uma menor participação dos alunos no início e final do curso. No estudo de Nunes (2012), identificou-se que a participação discente se amplia no decorrer da graduação, embora eles tenham alguma aproximação com as atividades de extensão no início do curso.

A baixa participação dos discentes do primeiro ano de curso nas atividades de extensão interfere na sua formação, pois a atuação na extensão desde o início da graduação incentiva a busca de conhecimentos para sanar as necessidades da comunidade, possibilitando uma formação mais humanitária (RIBEIRO, 2005; CALDAS et al, 2012). Desse modo, os discentes devem se inserir nas ações extensionistas o quanto antes, atendendo ao novo perfil do profissional de saúde exigido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Nesta pesquisa, não houve a participação dos acadêmicos do 5º e 6º anos do curso de Medicina. Nos estudos de Peres (2007) e Tavares (2007), observou-se que, nos últimos anos, o envolvimento discente se restringe basicamente às vivências da prática clínica, reduzindo as atividades extracurriculares, devido à intensificação da carga horária acadêmica nesse final de curso. Em outro estudo, identificou-se que o conflito de horários entre as atividades acadêmicas (aulas teóricas e/ou práticas e estágio) e as de extensão dificulta a participação discente (TAVARES, 2006). Desse modo, seria importante analisar a forma como estão estruturados os currículos de cada curso na Universidade, tornando sua carga horária mais flexível, com compensações de atividades extracurriculares e espaçamento das disciplinas durante o curso, de forma que o aluno possa desenvolver atividades extensionistas

no decorrer de sua graduação (PERES, 2007).

Expectativas dos participantes em relação às atividades de extensão

Na Escala de Expectativa em relação ao Treinamento – EERT, composta por 02 fatores, a saber: expectativa de utilidade e melhoria de performance e expectativa de melhoria além da performance, observou-se que os discentes acreditam que vão utilizar na sua formação e atuação profissional o que foi e/ou será ensinado nas atividades de extensão. É importante ressaltar que este instrumento foi o único respondido por todos os discentes da pesquisa, independente da sua participação ou não em atividades extensionistas.

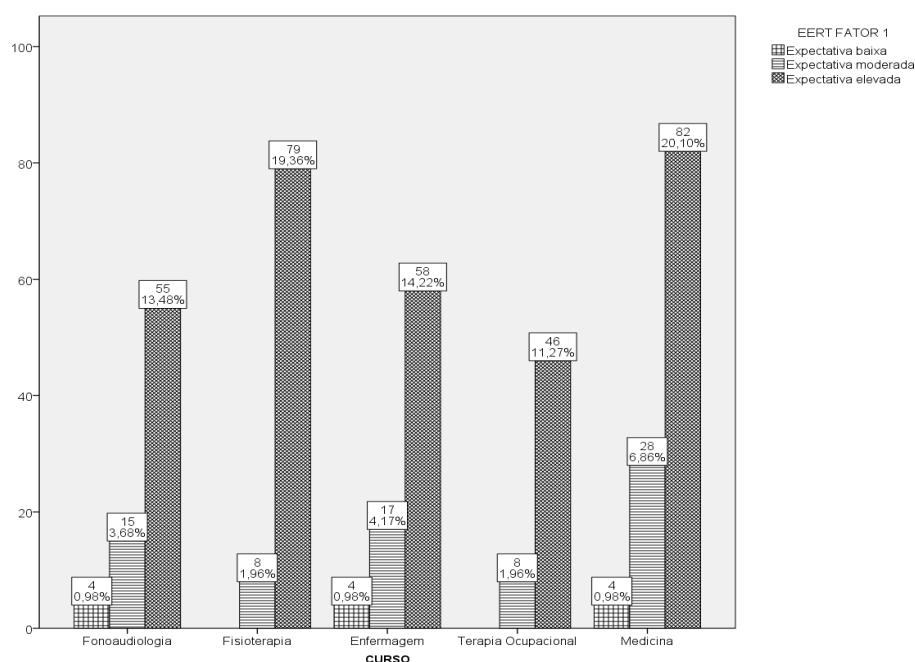


Gráfico 1: Frequência e percentual do Fator 01 - Expectativa do participante sobre a utilidade e melhoria que a extensão irá promover no desempenho de sua formação e atuação profissional, da EERT, por curso, da IES, 2016.

Considerando o total da amostra do presente estudo, observou-se que os discentes dos diferentes cursos tiveram uma elevada expectativa em aplicar os conhecimentos que eram ensinados nas atividades de extensão. Destacando-se que os discentes dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por não referirem ter baixa expectativa, pareceram acreditar na importância das ações de extensão para a sua formação e atuação profissional.

No estudo de Ribeiro (2009), afirmou-se que os discentes demonstram ter clareza quanto à contribuição que as ações extensionistas promovem em sua formação. Em outro estudo, observou-se que os discentes acreditam que a vivência extensionista promove um aprendizado coletivo, dialógico e libertador (ALMEIDA, 2006).

Esses resultados se diferenciam do que identificou o estudo de Monteiro et al (2009) que, nos discursos apresentados por graduandos sem experiência em projetos de extensão, evidenciou o desconhecimento e o desinteresse quanto às possíveis contribuições para sua formação acadêmica, demonstrando a predominância da valorização da formação técnica e do conhecimento teórico, em detrimento das demais competências inerentes à formação dos profissionais da saúde.

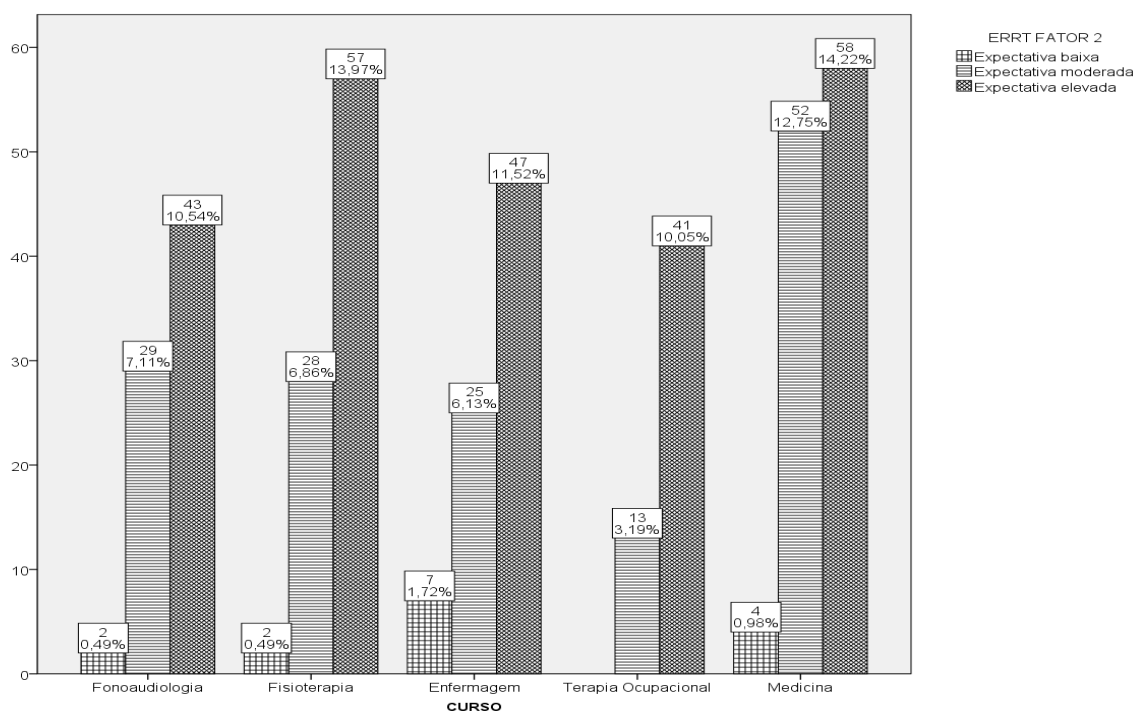


Gráfico 2: Frequência e percentual do Fator 02 - Expectativa do participante sobre a utilidade e melhoria que a extensão irá promover no desenvolvimento pessoal, da EERT, por curso, da IES, 2016.

Considerando o total da amostra do presente estudo, observou-se que os discentes dos diferentes cursos referiram ter uma expectativa de moderada à elevada em aplicar os conhecimentos que são ensinados nas atividades de extensão.

O estudo de Monteiro et al (2009) corrobora com nossos resultados, esse estudo foi realizado com universitários de uma instituição da Região Metropolitana de Recife-PE, em que muitos acadêmicos que não possuíam vivência em projeto de extensão apresentavam interesse pessoal para obter mais informações e se inserirem nessa atividade extracurricular. No estudo de Ribeiro (2005), os discentes referem ter interesse em participar de atividades extensionistas por se tratar de um trabalho comunitário. Segundo esse autor, o interesse pessoal pela extensão pode

estar relacionado a questões políticas, religiosas ou afetivas.

Disseminação da comunicação sobre as atividades de extensão

Para analisar a percepção dos discentes acerca da disseminação das informações sobre as atividades de extensão desenvolvidas na Instituição de ensino, foi aplicada a Escala de Conteúdo de Mensagens - ECoM, composta por 05 fatores, relacionados aos procedimentos, apoio administrativo, apoio logístico, aplicabilidade dos conteúdos na formação e atuação profissional e necessidades e insumos. Essa escala, diferentemente das demais, varia de 1 a 5.

O gráfico 3 apresenta o Fator 01, relacionado a Procedimentos, correspondente aos itens: exercícios práticos durante as atividades de extensão, atividades a serem realizadas, metodologia, professores/instrutores, avaliação de aprendizagem e material para estudo prévio e de apoio.

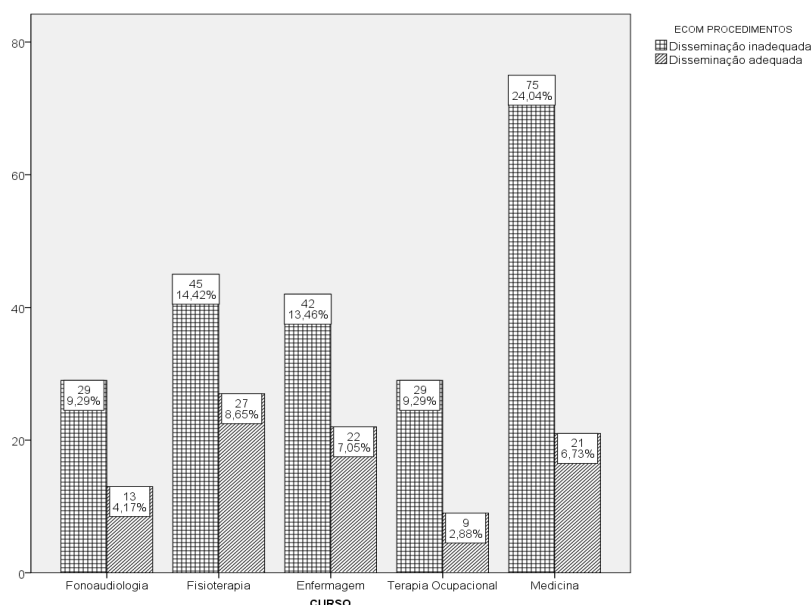


Gráfico 3. Frequência e percentual do Fator 01, de Procedimentos da Escala de Conteúdo de Mensagens (ECoM1), por curso, da IES, 2016.

Identificou-se, em relação à amostra total do estudo, que os discentes dos 05 cursos de graduação referiram uma disseminação inadequada das informações relacionadas aos procedimentos. Assim, percebe-se a necessidade do incremento na divulgação, seja em quantidade, bem como no formato em que está sendo elaborada na Instituição.

Segundo Oliveira et al (2016), no estudo com acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, uma das dificuldades encontradas para o desenvolvimento da atividade de extensão estava relacionada à preparação do aluno para a nova atividade que iria desenvolver, devido à falta de informação e ao despreparo sobre como lidar com o novo, ou seja, com atividades que até então

não teriam sido vivenciadas.

O gráfico 05 apresenta o Fator 02 – Apoio Administrativo, correspondente aos itens: transporte, forma de contato com os coordenadores, carga horária semanal, duração total das atividades de extensão, processo de cancelamento de participação e recebimento de certificado de conclusão das atividades.

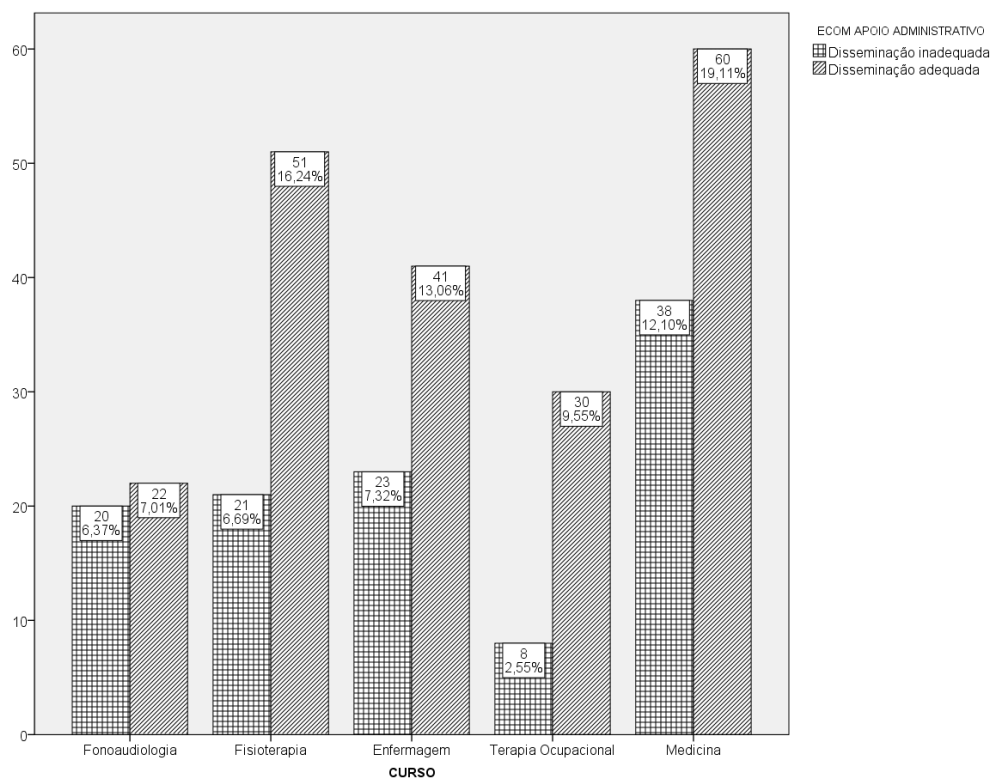


Gráfico 5. Frequência e Percentual quanto ao Fator 02, de Apoio Administrativo da Escala de Conteúdo de Mensagens (ECoM2), por curso, da IES, 2016.

Observou-se que a maioria dos discentes dos cursos referiram uma disseminação adequada das informações correspondentes a este fator.

No estudo de Ribeiro et al (2016), realizado na Universidade do Ceará, a maioria dos estudantes afirma que uma das dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das atividades de extensão está relacionada à falta de recursos financeiros, à execução das atividades e à sustentabilidade dos projetos. Afirma-se também que as limitações de participação dos discentes estão relacionadas à falta de apoio da Universidade e de alguns docentes que dificultam e não valorizam a participação em ações de extensão.

No estudo de Oliveira (2016), observou-se que o transporte foi indicado entre as limitações existentes para a execução das ações extensionistas. No entanto, o compromisso dos acadêmicos em realizar as ações de extensão superou a falta de recursos e de apoio administrativo.

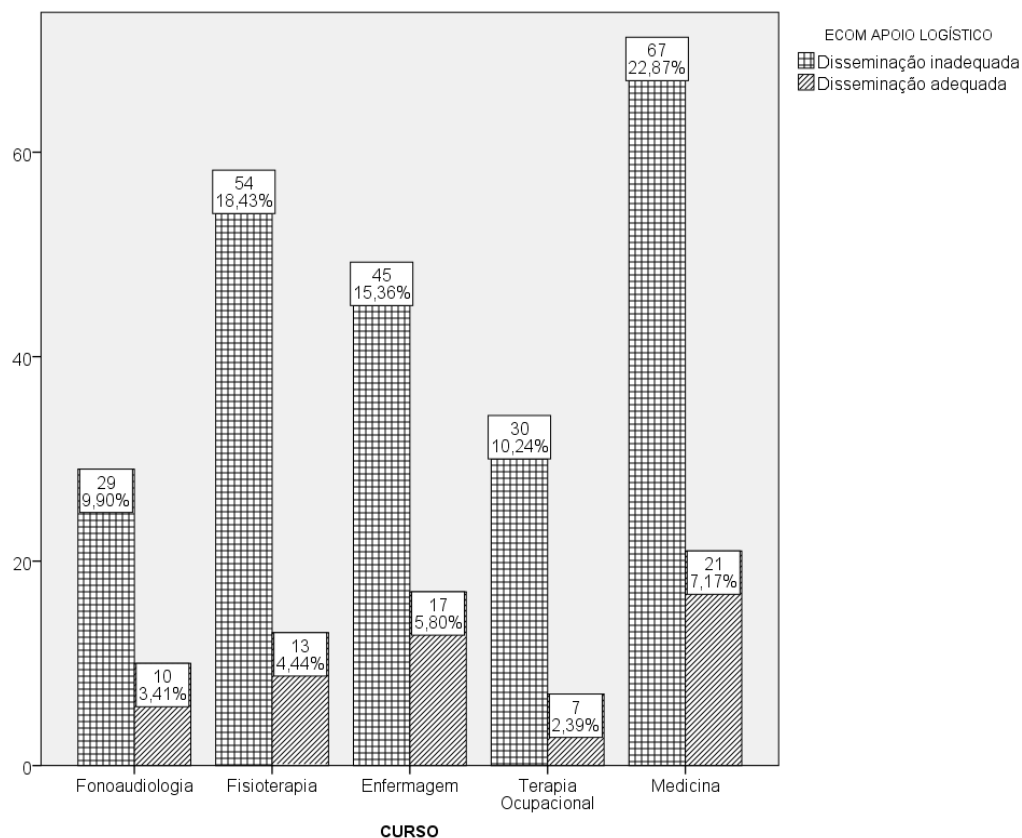


Gráfico 6. Frequência e Percentual, Fator 03, de Apoio Logístico – Escala de Conteúdo de Mensagens (ECoM3), por curso, da IES, 2016.

No gráfico 06, apresenta-se o Fator 03 – Apoio Logístico, correspondente aos itens: acomodações, alimentação e local da atividade de extensão. Observou-se que os discentes referiram uma disseminação inadequada acerca deste conteúdo.

Os conhecimentos obtidos nas análises dos resultados poderão indicar a necessidade de maior divulgação referente ao apoio institucional nas atividades de extensão ofertadas pela Universidade. Assim, os dados poderão fornecer subsídios para identificar aspectos inadequados na comunicação que dificultam a inserção do discente nas vivências extensionistas.

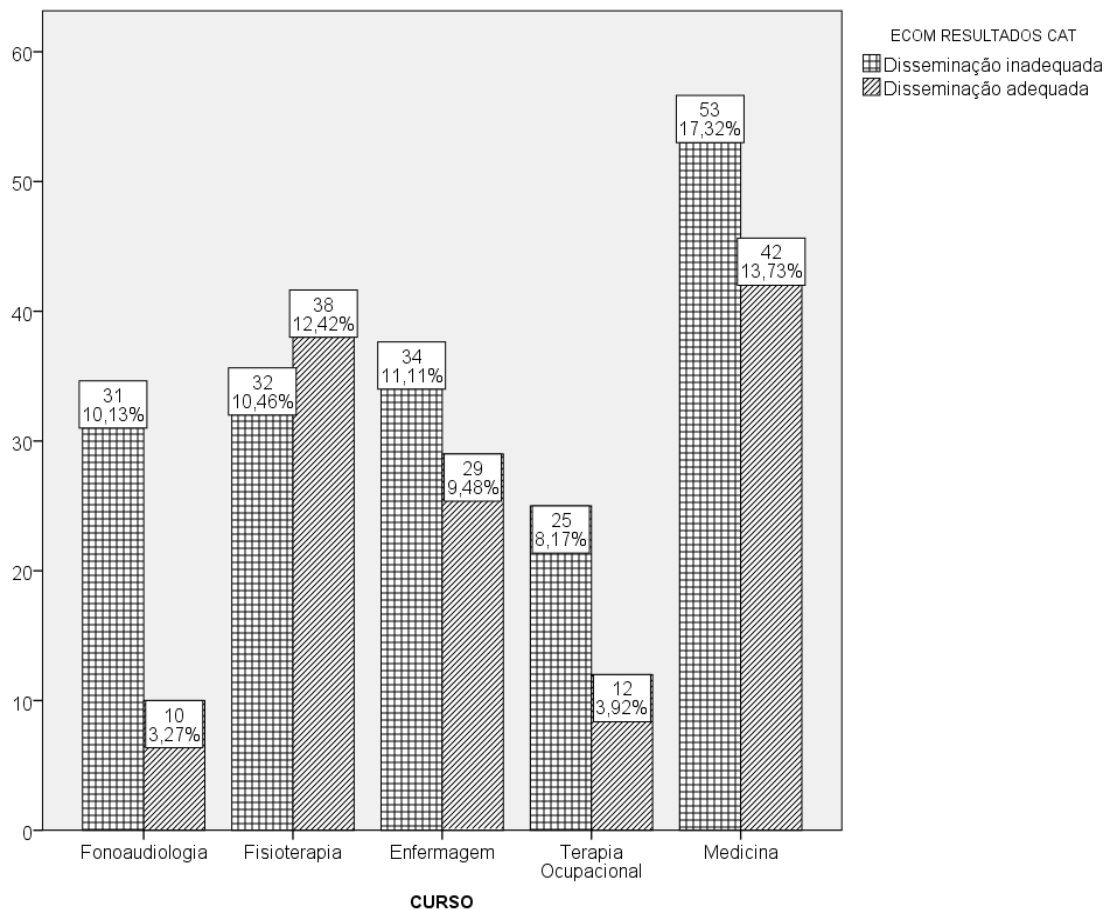


Gráfico 7. Frequência e Percentual do Fator 04, Aplicabilidade dos conteúdos na formação e fora desta – Escala de Conteúdo de Mensagens (ECoM4), por curso, da IES, 2016.

No gráfico 07, apresentou-se os resultados relacionados aos itens do Fator 04, que trata da aplicabilidade dos conteúdos na extensão e de sua utilidade no decorrer da formação e na atuação profissional.

Observou-se que a maioria dos discentes refere não ser informado adequadamente sobre a aplicabilidade e a utilidade da sua participação nas atividades extensionistas, bem como acerca da incidência dessa participação na sua formação acadêmica e atuação profissional. Esse resultado indica que a comunicação insuficiente para os discentes sobre a contribuição da extensão na sua formação pode dificultar a sua participação. Essa fragilidade quanto à forma de despertar para as possibilidades em aplicar e aprimorar conteúdos, conhecimentos depois da extensão, foi divergente dos resultados encontrados nas escalas que verificaram o nível de motivação em participar e divulgar projetos extensionistas.

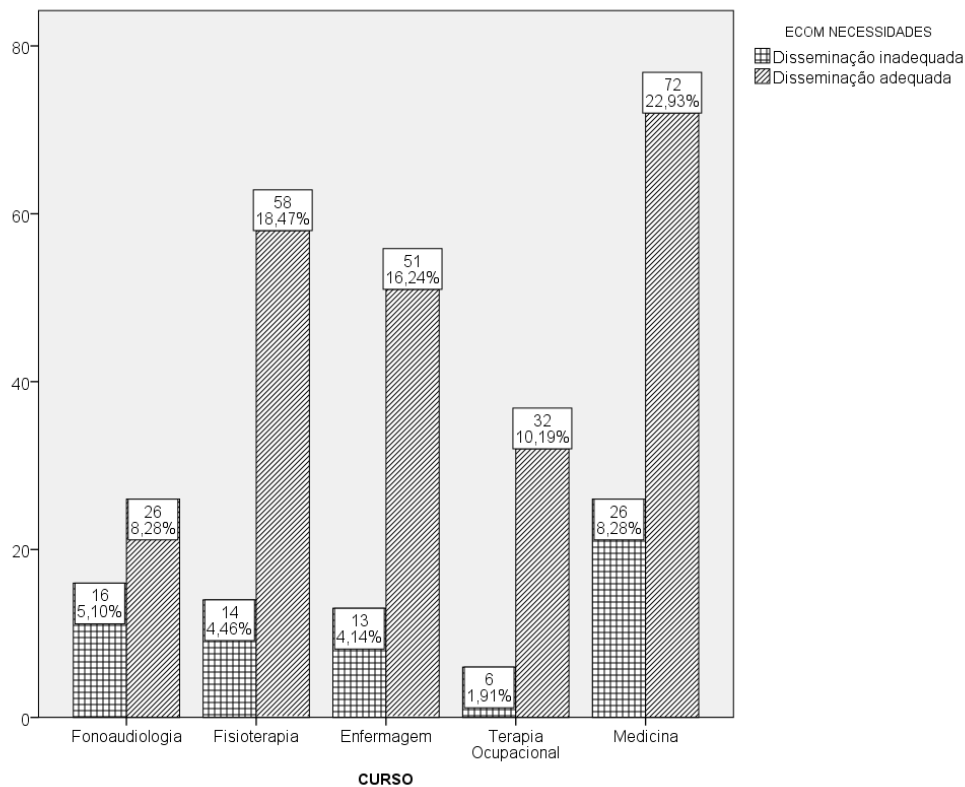


Gráfico 8. Frequência e Percentual do Fator 05, Necessidades e Insumos – Escala de Conteúdo de Mensagens (ECoM5), por curso, da IES, 2016.

No gráfico 08, apresentou-se os resultados referentes ao Fator 05 – Necessidades e Insumos, correspondentes aos itens: Público-alvo, Processos de Inscrição e Objetivos.

Percebe-se que a maioria dos acadêmicos dos cursos afirmou obter informações sobre para quem são direcionadas as ações extensionistas, como participar e quais são seus objetivos. Semelhante resultado foi identificado no estudo de Monteiro (2009), no qual os acadêmicos afirmaram ter as informações sobre os projetos, por meio dos editais e/ou coordenação/gerência de extensão, evidenciando a importância do apoio da coordenação de extensão, no incentivo e estímulo do envolvimento de discentes e docentes em ações extensionistas. Entretanto, também identificou que há falta de incentivo financeiro e de recursos materiais para execução das ações de extensão, necessitando de maior apoio institucional.

Os dados do presente estudo propõem alguns desafios, a saber: buscar novas formas de divulgação, de modo que possam interferir favoravelmente no processo de adesão aos projetos.

No recém-implantado Campus Avançado-UFJF de Governador Valadares (MG), realizou-se a implantação da “Oficina de instrumentalização e dinamização de projetos de extensão: a integração do ensino e da pesquisa científica em cenários extensionistas”, procurou-se estudar a eficiência como instrumento pedagógico indutor para a dinamização e instrumentalização dos espaços extensionistas.

Conclui-se que a oficina se consagrou como um primeiro passo dado em direção ao reconhecimento da importância da extensão universitária para uma formação acadêmica mais contextualizada, e voltada às aflições da população brasileira. Finaliza dizendo que “extensão é inserir vida no ensino superior, é dinamizar espaços em prol da coletividade” (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2016).

Interesse e motivação em aplicar o que aprendeu nas atividades de extensão

Na Escala de Motivação para Transferir - EMT, composta por Fator Único, constituído por 05 itens, avaliou-se a disposição do discente para usar na formação e atuação profissional os conhecimentos, habilidades e/ou atitudes adquiridas nas atividades extensionistas.

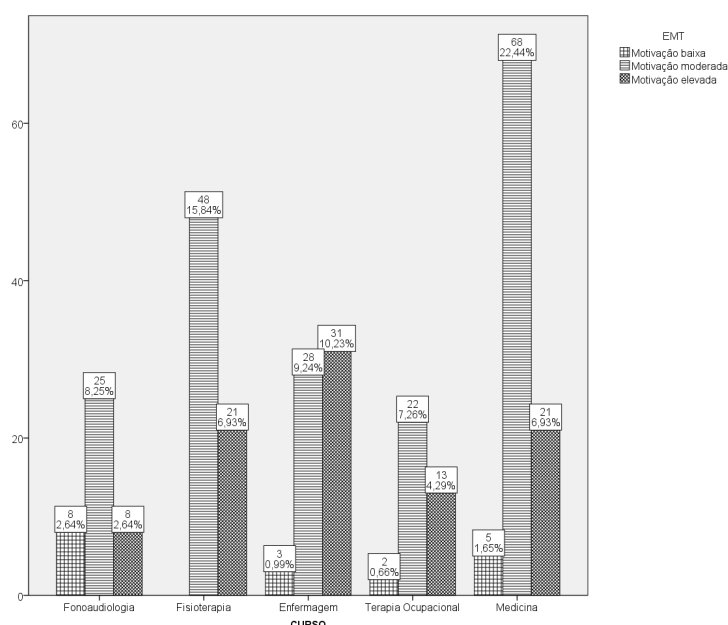


Gráfico 09. Frequência e Percentual do Fator Único – EMT, por curso da IES, 2016.

Identificou-se, em relação à amostra total do estudo, que os discentes de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Terapia Ocupacional apresentaram uma motivação predominantemente moderada para aplicar na sua formação e atuação profissional o que aprenderam nas ações extensionistas.

Ao analisar o percentual correspondente ao número de discentes por curso, o de Fonoaudiologia diferiu dos demais, por apresentar índices iguais de motivação baixa e elevada (19,5%). Diante desse resultado, se faz necessário identificar o que os discentes desse curso consideram importantes para sua vida profissional, quais as suas escolhas particulares e o que seria útil para alcançá-las, visto que a motivação para treinar ou para aprender pode ser definida como direção, esforço, intensidade e persistência com que os discentes se engajam nas atividades orientadas para a aprendizagem: antes, durante e depois do treinamento (LACERDA; ABBAD, 2003).

No estudo de Martins et al (2015), os discentes de odontologia, participantes de um projeto de extensão, referiram que foi a partir das atividades desenvolvidas que surgiu a motivação para participar de pesquisas científicas, demonstrando, assim, interesse em aplicar na sua formação o que aprenderam nas atividades de extensão.

Resultados semelhantes foram identificados por Strini et al (2015), no qual as atividades extensionistas motivaram os discentes no desenvolvimento de produções acadêmicas e científicas havendo, conseqüentemente, uma melhor aprendizagem dos conteúdos.

No estudo realizado por Fadel (2013), os discentes de odontologia indicaram ter motivação para transferir os conhecimentos adquiridos nas suas vivências de extensão, por sentirem necessidade de identificação, valorização e reconhecimento pessoal, no que se refere ao trabalho que desenvolveram na comunidade.

O estudo de Coelho (2012), que analisou a motivação para transferir os conteúdos adquiridos em uma formação numa empresa nacional, revelou uma forte motivação dos participantes em aplicar no seu trabalho o conteúdo estudado, reafirmando que os formandos tendem a estar motivados para utilizar os conteúdos no local de trabalho, quanto mais percebem a utilidade do que aprendeu.

Avaliação dos impactos produzidos pelas atividades de extensão

Na Escala de Autoavaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho- EAITT, de Fator Único, observou-se que os discentes informaram que utilizavam em outras atividades acadêmicas o que foi vivenciado na extensão. Diz respeito à autoavaliação do participante sobre os efeitos produzidos pela formação em seus níveis subsequentes de desempenho, motivação, autoconfiança e abertura do participante da formação a mudanças nos processos de trabalho (ABBAD, 1999; ABBAD; PILATI; BORGES-ANDRADE; SALLORENZO, 2012; PILATI; ABBAD, 2005).

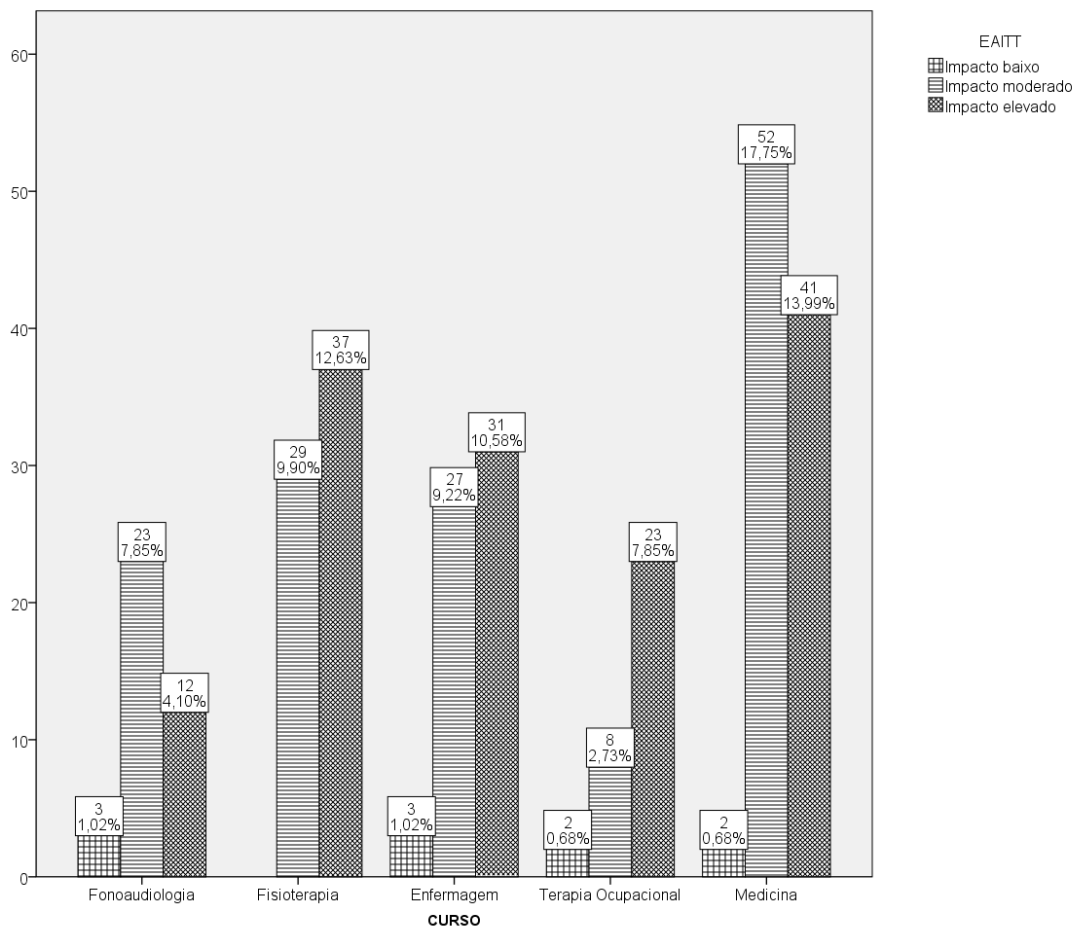


Gráfico 10. Frequência e Percentual do Fator Único – EAITT, por curso, da IES, 2016.

Verificou-se que os discentes de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Terapia Ocupacional consideraram que as atividades de extensão possuem impacto moderado e elevado na sua formação e atuação profissional, enquanto os acadêmicos de Fonoaudiologia apresentam impacto predominantemente moderado. Assim, apesar das respostas terem apresentado impacto moderado, percebe-se que as práticas extensionistas produzem o efeito esperado no desempenho e formação desses discentes.

Observou-se no estudo de Moura et al (2012), realizado com egressos do curso de Odontologia da UFPI, que 91,5% dos discentes declararam aplicar os conhecimentos adquiridos em projetos de extensão em sua rotina profissional e 28,4%, implantaram ações semelhantes em seu local de trabalho. Esses dados indicaram a importância das ações extensionistas na formação profissional, assemelhando-se com resultados encontrados no presente estudo.

O estudo de Alves (2010) assinala algumas apropriações importantes adquiridas pelos discentes, por meio do projeto de extensão, que trouxeram impactos na formação dos alunos participantes dessa atividade, tais como: habilidade da utilização dos conhecimentos adquiridos para a realização das atividades; capacidade de socializar-se e conviver com o outro; capacidade de

enfrentar situações não programadas; capacidade de pensar sobre diferentes situações vividas em grupo; de interagir com a realidade e de serem críticos. Essas habilidades são consideradas fundamentais para uma formação generalista, crítica e reflexiva, de acordo com as DCNS.

No estudo de Sanchez, Drumond e Vilaça (2008), constatou-se que a convivência com cenários sociais diferenciados causa nos estudantes um impacto que pode superar o aprendizado pelas vias tradicionais. Esse resultado evidencia que aliar a realidade social à experiência acadêmica contribui para a formação de profissionais que respondam mais satisfatoriamente às necessidades da população (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

Foi observado também no estudo de Alves (2010), relacionado à experiência de graduandos de um curso de Psicologia, que a extensão proporciona uma mudança na formação, tanto na dos membros da comunidade, quanto na dos próprios extensionistas, no que diz respeito ao desenvolvimento profissional, pessoal e como cidadão.

Nesse sentido, Ribeiro (2005) afirma em seu estudo que as atividades de extensão proporcionam uma aproximação com a realidade social, possibilitando aos discentes uma compreensão do processo saúde-doença, além de trazer um impacto na formação, visto que essa prática permite uma convivência entre diferentes profissionais, a partir da troca de conhecimento entre as áreas.

Em concordância com os dados da presente pesquisa, o estudo de Moimaz (2004), que relatou sobre a importância das atividades desenvolvidas no projeto SEMO (Serviço Extramuro Odontológico), na FOA/UNESP, observou que 60% dos ex-alunos afirmaram terem desenvolvido autoconfiança no trabalho profissional. Desse modo, a formação de profissionais de saúde deve ir além da capacitação técnico-científica, por não ser suficiente para a efetivação de práticas de gestão e cuidado em saúde que envolvam os diferentes trabalhadores/usuários/cidadãos (BISCARDE, 2014).

Estudar as maneiras de contribuir para uma formação médica adequada e aproximada às necessidades de saúde da população tem sido objeto de estudos em nossa região. O referido trabalho buscou avaliar o ensino na UFAL dentro das Unidades Básicas Saúde da Família sob a avaliação dos profissionais médicos e discentes, encontrou escores médios satisfatórios para a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde.

Corroboram, portanto, com o fato de que oportunizar a ida a cenários reais de assistência à saúde e nas comunidades, também durante os projetos de extensão, proporcionará oportunidades imperdíveis de aprendizagem (LINS; SOARES, F J P, COELHO, JAPM, 2016).

Diante do exposto, percebe-se que a extensão universitária possibilita o

desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas a princípios das Diretrizes Curriculares que norteiam a formação dos profissionais da saúde, como o fortalecimento e a articulação da teoria com a prática, permitindo a criação de projetos pedagógicos inovadores e adequados à realidade e às necessidades de saúde da população (PEREIRA; LAGES, 2013).

4 | CONCLUSÃO

A partir deste estudo, observou-se que a extensão universitária se apresenta como uma atividade com ampla participação dos acadêmicos dos cursos da saúde pesquisados da Instituição. Considerando os tipos de ações de extensão desenvolvidas, identificou-se que a maioria dos acadêmicos participava de ligas acadêmicas e que sua participação se intensificou na metade do curso.

Considerando que foi analisada a expectativa dos acadêmicos, independentemente de terem participado das ações extensionistas, observou-se que apresentaram uma alta expectativa em aplicar os conhecimentos que foram ensinados nas atividades de extensão em sua formação e atuação profissional.

Quanto à comunicação sobre as atividades de extensão, principalmente, relacionada ao apoio institucional, os resultados indicaram que apresentam um déficit na comunicação, podendo interferir na adesão dos acadêmicos nas ações de extensão desenvolvidas pela Instituição.

Em relação à motivação, observou-se que os acadêmicos dos cursos demonstraram-se motivados em aplicar na sua formação e atuação profissional o que aprenderam nas ações extensionistas. Além disso, este estudo indicou que os acadêmicos consideraram que sua participação nas atividades de extensão possui alto impacto na sua formação e atuação profissional.

Diante do exposto, pode-se identificar que o desenvolvimento e a participação dos acadêmicos em ações de extensão contribuem para a qualificação do processo de formação e atuação profissional. Permite-se também refletir sobre os aspectos que necessitam ser observados para aprimorar a política de extensão da Instituição e ampliar a participação acadêmica.

REFERÊNCIAS

ABBAD, G.S.; LACERDA, E. R. M.; PILATI, R. Medidas de motivação e valor instrumental do treinamento. In: ABBAD, G. da S. et al. **Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 198-215.

ABBAD, G. da S.; PILATI, R.; BORGES-ANDRADE, J. E.; SALLORENZO, L. H. Impacto do treinamento no trabalho – medida em amplitude. In: ABBAD, G. da S. et al. **Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 145-162.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.** Rio de Janeiro, RJ, v.61, n.1, p. 117-121, 2008.

ALMEIDA, M. J. et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, v. 31, n.2, p.156 – 165, 2007.

ALVES, CMP et al. Formação em Psicologia: a experiência de estudantes de graduação na atuação em grupos com educadores. **Revista da SPAGESP**, v. 11, n. 1, p. 25-35, jan/jun, 2010.

BISCARDE, D. G. S; SANTOS, M. P; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface**, Salvador, BA, v. 18, n. 48, p. 177-86, 2014.

BORGES-ANDRADE, J. E.; MEIRA, M.; MOURÃO, L. Medidas de disseminação sobre treinamento. In: ABBAD, G. da S. et al. **Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 278-295.

CALDAS, J. B. et al. A percepção de alunos quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Bras. Educ. Med.** v.36, n.1, (Supl.2), 2012, p. 33-41.

COELHO, A. R. A formação nas organizações: motivação para transferir os conteúdos formativos para o local de trabalho [Dissertação Mestrado]. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2012.

FADEL, C. B. et al. O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, Ponta Grossa, PR, v.17, n.47, p.937-46, out/dez, 2013.

FILHO ANTÔNIO, et al. Avaliação dos Cursos de Extensão Universitária realizados pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP entre 2002 e 2008. **Medicina**, Ribeirão Preto, SP, v. 43, n. 4, p. 444-50, 2010.

FILHO PEDRO, T. H. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Botucatu, SP, v. 35, n. 4, p. 535-543, 2011.

LACERDA, É. R. M.; ABBAD, G. Impacto do treinamento no trabalho: investigando variáveis motivacionais e organizacionais como suas predictoras. **Rev. Adm. Contemp.** 2003, vol.7, n. 4, p.77-96.

LIMA, B. P. S.; GÓES, T. R.V.; SANTOS, T. L.O discente e sua inserção precoce no cenário de prática: a experiência da fonoaudiologia em uma universidade pública. 50º COBEM- Congresso Brasileiro de Educação Médica, São Paulo, SP, v. 50, Out11-14, 2013.

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

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, RS, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.

MELO, M. C. H. de; CRUZ, G. de C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, Maringá, PR, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC. Plano Nacional de Extensão Universitária. Edição Atualizada Brasil 2000/2001, Brasília, 2002a.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC. Política Nacional de Extensão Universitária, Manaus, 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Serviço extramuros odontológico; impacto na formação profissional. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr**, João Pessoa, PB, v. 4, n.1, p. 53-57, jan./abr. 2004.

MONTEIRO, L. L. F. et al. Ligas Acadêmicas: o que há de positivo? Experiência de implantação da Liga de Cirurgia Plástica. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2008, v. 23, n. 3, p.158-61.

MONTEIRO, E.M.L.M. et al. Extensão Universitária: opinião de estudantes do campus saúde de uma instituição pública da região metropolitana de Recife-PE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.3, p.349-357, jul./set., 2009.

MOURA, L. F. A. D. et al. Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 41, n. 6, p. 348-352, nov/dez, 2012.

MOURÃO, L. et al. Medidas de percepção sobre sistemas de TD&E. In: ABBAD, G. da S. et al. **Medidas de Avaliação em Treinamento, Desenvolvimento e Educação**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 278-295.

NUNES, S.A.C. **Projeto de extensão da FOB/USP Rondônia e o pensamento crítico social na formação do fonoaudiólogo e odontólogo: uma ação educativa transformadora**. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, F. L. B.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; SILVA, M. L. P. Percepção dos acadêmicos em relação às dificuldades no desenvolvimento de projetos de extensão universitária. **Rev. Ciênc. Ext.** v.12, n.2, p.18-25, 2016.

PERES, C. M.; ANDRADE, A. S.; GARCIA, S. B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Rev. Bras. Ed. Med.** v.3, n.3, p. 203-11.

PEREIRA, L.A.; LOPES, M.G.K.; LUGARINHO, R. Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br>.

PEREIRA, I.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. **Trab. educ. saúde** [online]. 2013, vol.11, n.2, pp.319-338.

Universidade estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Pró-Reitoria de Extensão. Disponível em:<<http://proex.uncisal.edu.br/>>. Acessado em: 25 nov. 2016.

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

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Bol. Saúde**. 2004, v. 18, n. 1, p. 87-98.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, E.L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em Odontologia. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.523-31, 2008.

SANTOS CE, LEITE MMJ. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm**, 2006, v. 59, n. 2, p.154-6.

SILVA, S. A.; FLORES, O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online]. 2015, vol.39, n.3, p.410-417.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Rev. Bras. Enferm.** 2008, vol.61, n.2, p.164-169.

TAQUETTE, S. R; COSTA-MACEDO, L. M.; ALVARENGA, F. B. F. et al. Currículo Paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de Medicina da UERJ. **Rev Bras Educ Med.** 2003, v.27, n. 3, p.171-6.

TAVARES, A. P. O “currículo paralelo” dos estudantes de medicina da universidade federal de Minas Gerais [Tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina; 2006.

TAVARES, D. M. S. et al. Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na universidade federal do Triângulo Mineiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v.15, n.6, p. 1080-1085, nov/dez, 2007.

UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS. Plano Pedagógico do Curso de Fonoaudiologia. Disponível em: <http://concursopublico.uncisal.edu.br/files/11/PPC%202014%20do%20Curso%20de%20Fonoaudiologia.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE OFICIAIS DE SAÚDE NAS MISSÕES DE SELVA E SOBREVIVÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA MILITAR

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 24/03/2020

Danízio Valente Gonçalves Neto

CEL QOBM, Comandante Geral do CBMAM

Manaus - AM

Elenildo Rodrigues Farias

CEL QOBM, Subcomandante Geral do CBMAM

Manaus - AM

Jair Ruas Braga

CEL QOBM, Chefe do Estado Maior Geral do
CBMAM

Manaus - AM

Bianor da Silva Corrêa

CEL QOBM, Ajudante Geral do CBMAM

Manaus - AM

Alan Barreiros de Andrade

Tc QOBM, Comandante do CBI/AM

Manaus - AM

Jean Clisley Feitosa e Silva

Tc QOBM, Comandante do DL/AM

Manaus - AM

Augusto César Lobato da Silva

1º Ten QOABM, Subdiretor da DL

Manaus - AM

Davi Macena Silva

1º Ten QOABM, Chefe de Instrução e Operações
do CBI

Manaus – AM

Raquel de Souza Praia

2ª Ten. QOSBM; Pesquisadora da Fundação
Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI-
AM)

Manaus- AM.

Inez Siqueira Santiago Neta

Pesquisadora da FUnATI-AM

Manaus- AM

Ciro Félix Oneti

Pesquisador da FUnATI-AM

Manaus- AM

RESUMO: a missão de troca da bandeira nacional na montanha mais alto do Brasil, 2995,30m, tem sido realizada nas últimas décadas pela corporação militar e descrita pelos mesmos como um grande desafio mas também enorme satisfação para a equipe. A pesar do preparo, estes profissionais estão em ambiente vulnerável, podendo comprometer sua integridade física ou psicológica, por isso é de suma importância o cuidado e assistência desempenhado pelos oficiais de saúde. Se busca descrever as ações realizadas por estes militares durante a expedição ao Pico da Neblina e discutir as funções dos oficiais de saúde em atividades militares como esta. Trata-se de um relato de experiência da equipe do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas (CBMAM) que

participaram da expedição no ano 2019 e embasamento na literatura especializada. O relato dos profissionais corrobora o que é abordado na literatura sobre a função da Medicina Operativa e Enfermagem Operativa como parte da ação conjunta, no qual além de assistir a saúde desses profissionais, traz aos mesmos segurança, contribuindo para ação eficaz da Força componente. Desta forma, o compromisso de servir a pátria, se relaciona com um conjunto de outros fatores e corporações envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: corporação militar; oficiais de saúde; expedição Pico da Neblina.

ABSTRACT: the mission to change the national flag on the highest mountain in Brazil (2995,30m), has been carried out in recent decades by the military corporation and described by them as a great challenge but also an enormous satisfaction for the team. Despite the preparation, these professionals are in a vulnerable environment, which may compromise their physical or psychological integrity, which is why the care and assistance performed by health officials is extremely important. It seeks to describe the actions carried out by these soldiers during the expedition to the top of Pico da Neblina and discuss the functions of health officials in military activities like this. This is an experience report from the team of the Amazonas Military Fire Brigade (CBMAM) who participated in the expedition in 2019 and based on specialized literature. The professional's report corroborates what is discussed in the literature on the role of Operative Medicine and Operative Nursing as part of the joint action, in which, in addition to assisting the health of these professionals, it brings them security, contributing to the effective action of the component Force. In this way, the commitment to serve the country, relates to a set of other factors and corporations involved.

KEYWORDS: military corporation; health officials; Pico da Neblina expedition.

1 | INTRODUÇÃO

O Pico da Neblina é a mais alta montanha do Brasil, segundo dados atualizados do IBGE/2015 apresenta 2995,30m. A montanha se encontra no estado do Amazonas, na fronteira do Brasil com a Venezuela. A região apresenta morros, serras, rios, cachoeiras e depressões, com rica fauna e flora. O clima varia entre tropical úmido, por sua proximidade a Linha do Equador, e tropical de altitude, podendo chegar a 0 °C no cume (TODA MATERIA, 2016). É uma região de difícil acesso que impõe restrições a operação pelo helicóptero devido ao ar rarefeito. A meteorologia no local é instável (TODA MATERIA, 2016).

A área conta com uma reserva natural o “Parque Nacional do Pico da Neblina” e a população que habita a região são os índios yanomamis.

A bandeira brasileira foi hasteada pela primeira vez ali em 1965 pelo pesquisador Roldão, os índios Celestino e Fito e o senhor Luiz da Costa Pimentel, depois de duas tentativas frustradas (CORREIO DA MANHÃ, 1966).

Em 2000 a troca de bandeira foi realizada pelo alpinista brasileiro Waldemar Niclevicz em companhia de um aspirante, foram acompanhados até certo ponto por alguns soldados do 5º Batalhão de Infantaria da Selva (DIÁRIO DO GRANDE ABC, 2000).

A missão de troca da bandeira nacional é realizada pelo BINFAE-MN (Batalhão de Infantaria de Aeronáutica Especial de Manaus) desde 2001, no dia da bandeira-19 de novembro. Desde que o Parque Nacional do Pico da Neblina passou a ser terra Yanomami, grupo indígena que habita a região, somente militares realizam expedições, uma missão árdua, mas gratificante para os que conseguem cumpri-la (FAB-MONTEDO, 2015).

A expedição realizada entre os dias 11 e 18 de novembro de 2019 contou com a participação de 37 militares do Exército, dois militares do Corpo de bombeiros, dois da Força aérea brasileira e um civil. Os meios de deslocamento utilizados para chegada no local foram aéreo, fluvial e a pé, um total de 7,2 km em quatro horas nos dois primeiros dias. Os dois dias seguintes se percorreu um total de 21,8km até chegar a base “Campismo”, enfrentando uma altitude de 1600m com temperatura noturna aproximada de 10°C. No quinto dia a chegada ao ponto de início da escalada ao pico, “acampamento base”, contou com os últimos preparativos antes da necessidade de se enfrentar os perigos eminentes da subida (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2019).

O percurso tornou necessário o uso de equipamentos como cordas e escadas, além disso o clima não estava tão favorável devido a constante chuva. O pico da montanha marcava uma temperatura de aproximadamente 5°C motivo pelo qual alguns militares apresentaram hipotermia e tiveram que descer para receber o devido atendimento no local (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2019). A única e primeira mulher no grupo foi a 3ºsargento Daiane Moreno que relatou estar satisfeita e contente por participar da missão e poder representar o segmento feminino (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2019).

Os profissionais que participam da missão são criteriosamente selecionados, se requer “preparo físico, cursos de guerra na selva, operações ribeirinhas especiais, missões de paz”, diante dos perigos e capacidade de recorrer a outros meios de sobrevivência (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2019). Entre estes, estão os oficiais de saúde que nesse âmbito oferecem apoio real na assistência à saúde dos militares e participam em operações conjuntas.

O companheirismo entre a equipe é ponto crucial também para que se alcance o objetivo. O cuidado em manter um bom condicionamento físico e psicológico requer atenção básica e fundamental, manter-se hidratado, repor sais minerais e glicose por exemplo.

Um dos cenários que dificultam e desgastam fisicamente os profissionais

são as mudanças bruscas climáticas e vegetativas, calor, frio, lama, água, morros, pedregais, são dias com poucas horas de descanso, por isso a necessidade do acompanhamento constante durante o percurso por profissionais de saúde habilitados.

2 | OBJETIVOS

Descrever as ações realizadas pelos militares do corpo de bombeiros junto ao exército, força aérea e civil, dentro do contexto instrução de selva, na expedição ao Pico da neblina, na missão da troca da Bandeira Nacional, ano de 2019;

Discutir as principais funções que os oficiais de saúde desempenham nas missões de selva e sobrevivência.

3 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência da equipe do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas (CBMAM) participante da expedição de troca da bandeira nacional no Pico da Neblina. Dois tenentes que participaram da missão responderam de forma sucinta duas perguntas relacionadas à como a experiência contribuiu positivamente em suas vidas pessoais e profissionais e quais desafios enfrentaram como equipe durante a missão.

Alguns dos dados mais específicos de referência a altitude, temperatura, navegação por exemplo foram disponibilizados pelos participantes a partir de relatório feito pelos mesmos. Também se utilizou a literatura especializada e outras expedições realizadas para corroborar com a discussão.

4 | RESULTADOS

Expedição

A viagem iniciou no Porto de São Raimundo, a equipe do Corpo de Bombeiros partiu com destino ao Município de São Gabriel da Cachoeira- AM, onde se uniram à equipe de expedição ao Pico da Neblina, com trânsito na 2ª Brigada de Infantaria de Selva. Iniciaram-se as reuniões de briefing (tratativas sobre a melhor estratégia, tática, ajustes e adaptação de materiais) para realização do bom cumprimento da missão.

A equipe esteve composta pelos militares do Exército Brasileiro, Força Aérea Brasileira, Bombeiro Militar e um Civil. O deslocamento da equipe se deu por navegação fluvial de 50 km em uma frota composta de 05(cinco) lanchas (de

alumínio com 9 metros, coletes salva vidas e motores de popa) até o ponto base Foz do Tucano (primeira base por terra), uma caminhada de 04 horas até o ponto base Cachoeira, altitude de 134 metros para se estabelecer no terreno, pernoitar e sequenciar a missão no dia seguinte.

Ao chegar ao ponto base Lage (para hidratação e reabastecimento dos cantis), a altitude já alcançava os 1600 metros com temperatura de 10° C e até o ponto Base de Ataque 2050 metros, temperatura de 10° C. O Pico com altitude 2995, apresentava uma temperatura de 5° C com sensação térmica de menos 2° C, a chegada ao local contou com solenidade de culto ao símbolo máximo que foram da troca da Bandeira ao hasteamento do Pavilhão Nacional.



Figura 1: Vista do Pico da Neblina



Figura 2: Expedição para troca da bandeira nacional no cume do Pico da Neblina

Finalizada a missão foi feito o deslocamento por equipe em pernadas de voo na aeronave e helicóptero até o Município de São Gabriel da Cachoeira – SGC, com trânsito na 2ª Brigada de Infantaria de Selva, para se estabelecer no terreno, desfrutar com plenitude do regozijo de ser a primeira equipe de Bombeiros Militar registrada a escalar e alcançar o Pico da Neblina e com louvor os louros da missão por ter realizado o feito.

Durante a execução da marcha de ida, um total de cinco militares ficaram impossibilitados de continuar o deslocamento, em virtude de apresentarem problemas físicos e de saúde. Conseqüentemente outros seis integrantes da expedição, tiveram que permanecer nas bases para segurança e apoio aos baixados.

Houve necessidade de EPI e equipamento de segurança coletivo, para uso no trecho de ataque ao pico (rocha). A missão apresentou também aspectos positivos entre os quais se pode destacar, apoio do Exército Brasileiro na logística; empenho total da equipe; aeronave com equipe 24 horas em São Gabriel da Cachoeira durante o período da missão; equipe composta por médicos e enfermeiros para pronto atendimento, durante todo o percurso; subdivisão do efetivo total da operação (36 militares e 01 civil), em 03 equipes, para melhor controle durante o deslocamento; disponibilização de soro antiofídico, em virtude das características do terreno por ser propícia a acidentes ofídicos com serpentes peçonhentas Jararaca; utilização de um guia local (Cb do Exército Brasileiro Yanomami) para auxílio no percurso.

A ação foi desenvolvida mediante todo um planejamento: início antecipado

para treinamento; treinamento mais próximo da realidade com peso entre 20 e 25 kg; critérios para seleção dos que desejavam participar; briefing com orientação e preparação; distribuição das funções por equipes.

Um dos participantes conta que foi uma grande realização pessoal e profissional, pois havia uma vontade enorme de escalar o Pico da Neblina, mas seria difícil, primeiro por se tratar de uma reserva ecológica e estar aos cuidados do ICMBIO e exército brasileiro, ficando restrito qualquer atividade no local e quando aberto ao turismo para incursões seria muito caro. Ele é bombeiro e vive em constante treinamento e atividades, procurando estar em condições de realizar qualquer salvamento, contudo viu a expedição como uma oportunidade de unir o útil ao agradável e de se auto testar e logrou com êxito a escalada ao Pico da Neblina. “Vislumbrando o quanto Deus é magnífico criando aquele cenário de 2 milhões e 252 mil hectares, pude observar desde o nascimento de uma foz que começa com um filete de água lá no topo, vira uma cachoeira e forma um rio”, enfatizou.

Outro tenente observa que sua experiência nesta missão foi uma mistura de sentimentos de conquista, companheirismo, exaustão e uma verdadeira lição de vida. No período preparatório havia uma certeza de que nada seria fácil, pois o ambiente de selva cobra aos que desafiam conquistá-la, sua parcela de sacrifício. E durante todo o percurso se concretizou o esperado: caminhada diária com peso de 15kg e terreno íngreme com muitos obstáculos naturais, temperatura baixa, tudo isso fez com que alguns integrantes não pudessem alcançar o objetivo.

“A cabeça estava centrada na missão, mas o corpo já não respondia a altura.”, relata. Segundo ele, o cansaço físico e as condições psicológicas o afetaram em algum momento, mas nada que comprometesse o objetivo de chegar ao pico. Na última fase de ataque ao ponto culminante também foi muito difícil, devido as temperaturas mais baixas e muita chuva. Mas o tenente afirma que a chegada ao ponto mais alto do Brasil não se descreve, apenas se sente. “Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, sou capaz de retornar ao local, para realização de instrução ou operação no âmbito do CBMAM.”

Oficiais de saúde

Os profissionais de saúde que prestam assistência aos profissionais de selva recebem capacitação extra curricular ao conteúdo das escolas de ensino superior, este treinamento é fornecido através do curso chamado Medicina Operativa em se tratando de profissionais médicos ou Enfermagem Operativa para enfermeiros e técnicos de enfermagem. Um dos enfoques está no Suporte Básico de Vida (BLS) e no embasamento em códigos éticos legais de suas devidas atribuições.

O conceito de Medicina Operativa refere-se a toda atividade de saúde no âmbito militar, seja em operações de paz, missões humanitárias e ambientes

especiais como selva, montanhas, espaço aéreo, fluvial entre outros, ou em situações de guerra (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2017).

A Enfermagem Operativa está relacionada ao atendimento de qualidade em situações de “preservação da vida e diminuição de riscos potenciais” em situações limites (ALCANTARA et al, 2005).

Avalia-se que o simples fato da presença destes profissionais entre a equipe militar contribui para um ambiente de maior tranquilidade entre os combatentes que depositam confiança na atuação e prestação de socorro dos mesmos em meio a situações adversas e de que também contribui desta forma a ação eficaz da Força Componente (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2017). Logo, para lograr o que se planejou são necessários esforços conjuntos entre Medicina operativa e Forças armadas.

Um dos desafios que enfrenta essa forma específica de assistência é que na maioria dos casos os recursos humanos e materiais são escassos ou inadequados, por isso a importância do preparo tático, operacional e estratégico dos oficiais de saúde em missões (MINISTÉRIO DA DEFESA, 2017). A importância da base de conhecimentos epidemiológicos na área de atuação e outros riscos aos quais a equipe se encontra exposta, acompanhado de autodisciplina em relação ao cuidado com a própria saúde, preparo físico e psicológico para estar apto a desenvolver suas atribuições com total responsabilidade, são alguns dos componentes chaves que se requer destes profissionais.

Se pode exemplificar a importância desse preparo físico e profissional no ocorrido durante a expedição militar da troca da bandeira no Pico da Neblina, a equipe de saúde estava composta por médico e enfermeiro. Foram considerados os riscos ambientais como de animais peçonhentos, enfermidades pelo calor, frio e umidade, no qual se implementaram medidas preventivas pela equipe, entretanto um dos profissionais se viu impossibilitado fisicamente de acompanhar a equipe militar na escalada ao pico permanecendo na base para possíveis necessidade de assistência médica.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do compromisso de servir à pátria, o Corpo de Bombeiros juntamente com as demais corporações militares tem realizado suas missões com seriedade e com a expedição ao Pico da Neblina não foi diferente. Seus integrantes foram selecionados e treinados, a pesar de alguns imprevistos o objetivo final foi logrado. A gratidão e orgulho expressada por cada um da equipe, além de novas experiências adquiridas são um resumo do que se experimentou durante aproximadamente 7 dias da operação, vencendo desafios de longas caminhadas, mudanças climáticas, diferentes relevos, as vezes tendo que desafiar os próprios limites e sem dúvida

alguma a equipe de saúde também teve sua parcela de contribuição para este êxito.

REFERENCIAS

ALCANTARA, Leila Milman et al. **Enfermagem operativa: uma nova perspectiva para o cuidado em situações de “crash”**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.3, pp.322-331.

CORREIO DA MANHÃ. **Pico da neblina alcançado em três tentativas**. Edição A22362, Rio de Janeiro. 1966. Disponível em: <memoria.bn.br/DocReader/Hotpage/HotpageBN.aspx?bib=089842_07&pagfis=69505&url=http://memoria.bn.br/docreader>.

DIÁRIO DO GRANDE ABC. **Alpinista troca bandeira brasileira no Pico da Neblina. 19 de abril, 2000**. Disponível em: <dgabc.com.br/Noticia/300123/alpinista-troca-bandeira-brsileira-no-pico-da-neblina>.

FAB-MONTEDO. **A conquista do topo do Brasil**. 18 de fevereiro, 2015. Disponível em: <montedo.com.br/2015/02/18/a-conquista-do-topo-do-brasi/>.

MINISTÉRIO DA DEFESA, Exército Brasileiro. **Militares da 2ª Brigada de Infantaria de Selva realizam expedição ao Pico da Neblina para troca da bandeira**. 18 de dezembro, 2019. Disponível em: <http://www.eb.mil.br/web/noticias/noticiario-do-exercito/-/asset_publisher/MjaG93kcunQI/content/id/10870731>.

MINISTÉRIO DA DEFESA, B. **Manual Apoio de saúde em Operações Conjuntas**. 1ª ed., 2017. Disponível em: <file:///C:/BACKUPS%20HD/HP/Documents/projeto%202020/md42_m_04_apoio_de_saude_op_cj_1_ed_2017.pdf>. Acesso em: 6 de março de 2020.

TODA MATERIA. **Pico da Neblina**. 25 de junho, 2016. Disponível em: <todamateria.com.br/pico-da-neblina/>.

AÇÃO EDUCACIONAL “JUNTOS POR UM SOCORRO MELHOR” EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE BELO HORIZONTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA!

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 11/02/2020

Karine Veloso dos Santos

Faculdade de Minas – FAMINAS BH
Belo Horizonte – Minas Gerais.

Link: <http://lattes.cnpq.br/1051889052015573>

Miriã Micaela de Oliveira

Faculdade de Minas – FAMINAS BH
Belo Horizonte – Minas Gerais.

Link: <http://lattes.cnpq.br/2029575485147308>

Anderson da Silva

Faculdade de Minas – FAMINAS BH
Belo Horizonte – Minas Gerais.

Link: <http://lattes.cnpq.br/6644196649012808>

Shirlei Barbosa Dias

Faculdade de Minas – FAMINAS BH
Belo Horizonte – Minas Gerais.

Link: <http://lattes.cnpq.br/8453130309956761>

RESUMO: Com o avançar dos anos, e consequentemente com as evoluções decorrentes dos novos tempos, como alimentos industrializados e hábitos de vida inadequados, além de vários outros fatores, temos atualmente um grande número de pessoas que sofrem de doenças cardiovasculares. Estas, quando

não tratadas adequadamente podem trazer resultados negativos à saúde do indivíduo, e um deles é a parada cardiorrespiratória cerebral (PCRC). Quanto mais rápido forem ministrados os procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar, maiores serão as chances de que o socorro tenha sucesso. Com isto, buscou-se levar aos alunos e professores da instituição, conhecimento e prática acerca de como agir frente a uma PCRC. A Ação aconteceu em 19 de Outubro de 2015, na quadra da escola, onde conseguiu-se levar aos alunos e professores da instituição, um conhecimento mais amplo a cerca do tema tratado.

PALAVRAS-CHAVE: Ambiente Escolar, Parada Cardiorrespiratória cerebral, Ressuscitação Cardiopulmonar, Suporte Básico de Vida.

EDUCATIONAL ACTION “TOGETHER FOR A BETTER HELP” IN A PUBLIC SCHOOL IN BELO HORIZONTE: AN EXPERIENCE REPORT!

ABSTRACT: Over the years, and consequently with the developments resulting from the new times, such as industrialized foods and inadequate lifestyle habits, in addition to several other factors, we currently have a large number

of people who suffer from cardiovascular diseases. These, when not properly treated, can bring negative results to the individual's health, and one of them is cerebral cardiorespiratory arrest. The faster the cardiopulmonary resuscitation procedures are administered, the greater the chances that the rescue will be successful. With this, it was sought to bring to the students and professors of the institution, knowledge and practice on how to act in front of a cerebral cardiorespiratory arrest. The Action took place on October 19, 2015, on the school court, where it was possible to bring to the students and teachers of the institution, a broader knowledge about the topic treated.

KEYWORDS: School Environment, Cerebral Cardiorespiratory Arrest, Cardiopulmonary Resuscitation, Basic Life Support.

INTRODUÇÃO

Com a globalização, hábitos de vida inadequados, urbanização, alimentos industrializados, stress do dia a dia, dentre outros fatores, temos como consequência, um crescente número de indivíduos com Doenças Cardiovasculares (DCV). (MANSUR; FAVARATO, 2011).

De acordo com Mansur e Favarato (2011), o acesso da população à atenção primária e ao tratamento das DCV deve ser preferência do governo brasileiro, pois essas doenças são as principais causas de morte na população com mais de 60 anos, em especial, nas classes socioeconômicas menos favorecidas no Brasil.

Outros principais fatores de risco para as DCV são, tabagismo, diabetes e dislipidemia (MANSUR; FAVARATO, 2011). Assim, fica evidente a preocupação entorno deste contexto, pois as DCV se não tratadas, podem trazer resultados negativos à saúde do indivíduo, e uma delas, é a Parada Cardiorrespiratória Cerebral (PCRC).

A Parada Cardiorrespiratória Cerebral, quer dizer interrupção abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral (SOUZA; SILVA, 2013). Deste modo, a PCRC é considerada uma emergência médica de grande relevância, pois se não for intervinda pode levar o cliente a desenvolver uma lesão cerebral ou até mesmo levá-lo a morte. Uma das formas de intervenção da PCRC é a Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral (RCRC), que segundo Araújo e Araújo (2001) é o conjunto de procedimentos de emergência para devolver a oxigenação e a circulação ao indivíduo.

Portanto, se torna evidente a importância de realizar a RCRC a fim de socorrer uma vítima de PCRC, pois quando executado tal procedimento corretamente, existe um aumento significativo da chance de sobrevivência do cliente.

Deste modo, o Suporte Básico de Vida (SBV) compreende o acolhimento prestado a uma vítima de mal súbito ou trauma, visando à recuperação de seus sinais

vitais e o cuidado da vida, até que uma equipe especializada possa transportá-la ao hospital e oferecer um tratamento categórico (ROCHA, 2011). Este procedimento pode ser executado por uma pessoa leiga treinada, ou seja, um cidadão leigo que foi devidamente capacitado.

Assim, Miyadahira *et al.*, (2008), assegura ser essencial que a população leiga esteja habilitada com as técnicas de ressuscitação, pois a participação dos mesmos no procedimento de acolhimento a essas vítimas é a única maneira de melhorar a qualidade de vida no que diz respeito à saúde pública. Deste modo, Ferreira (2001, p. 422), define-se leigo como aquele “que é estranho ou alheio a um assunto, desconhecedor”.

A American Heart Association (2010), em seu protocolo, criou uma cadeia de atendimento de PCRC para leigos, a fim de melhorar a sobrevivência de clientes ou diminuir os óbitos por PCRC. Pensando nisso, uma faixa etária de grande relevância à aprendizagem do SBV, são os adolescentes. Estudos demonstram, que os mesmos se encontram presentes em várias situações, seja em casa, no shopping, no momento de uma emergência Cardiorrespiratória Cerebral.

Jones *et al.*, (1981 apud VECCHIO *et al.*, 2010) observou que jovens a partir de onze anos de idade já conseguem realizar a RCRC de modo adequado. Portanto, é essencial qualificar as pessoas leigas para executar o SBV, pois através de um treinamento e uma preparação, muitas vidas podem ser salvas.

Uma pessoa sofrendo de uma emergência Cardiorrespiratória Cerebral tem em torno de cinco minutos para que lhe seja ministrada as primeiras manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral, para que tenha condições de sobrevivência. Quanto mais rápido forem ministrados esses procedimentos maiores serão as chances de que o socorro tenha sucesso. Sendo assim, temos que disponibilizar aos adolescentes as condições de atuar nesses primeiros procedimentos, visto que é este que por muitas vezes está próximo da pessoa que necessita de socorro.

Segundo American Heart Association (2000 apud VECCHIO *et al.*, 2010), a principal causa da morte pré-hospitalar é a falta de atendimento e a segunda é o socorro inadequado. Se a RCRC for executada ainda no primeiro minuto, as chances de sucesso são em cerca de 98%. A partir do quinto minuto, essas chances diminuem para 25% e, se a RCPC for executada após dez minutos, a chance de a vítima sobreviver cai para 1%.

Assim sendo, realizamos orientação aos alunos de uma Escola Pública localizada na região norte de Belo Horizonte-MG, a cerca da importância do Suporte Básico de Vida, e como deve ser realizada a cadeia de sobrevivência, a fim de intervirmos, e realizarmos um socorro adequado. Este treinamento transmitiu informações aos estudantes para que os mesmos possam reconhecer os primeiros sinais e sintomas de uma pessoa que está em PCRC, atuando no primeiro atendimento a vítima,

seguindo sempre a cadeia de sobrevivência para leigos.

Deste modo, realizando o SBV adequadamente, esses jovens poderão executar tal ação de forma a minimizar mortes.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O presente estudo propõe orientar os adolescentes de uma Escola Pública de Belo Horizonte-MG a realizar as manobras do Suporte Básico de Vida, em adultos, crianças e recém-nascidos.

Objetivos Específicos

- Diminuir a incidência de mortes, por falta de pessoas capacitadas para prestar o primeiro atendimento necessário;
- Incentivar aos adolescentes a transmitirem o conhecimento adquirido a seus familiares e amigos, aumentando assim, o número de pessoas aptas a realizarem o procedimento.

JUSTIFICATIVA

Esta ação educativa em saúde se justifica pela relevância social, em relação aos índices encontrados previamente, indicativo de aumento das complicações pós-parada Cardiorrespiratória Cerebral por falta de um atendimento adequado.

Segundo Araújo; Vomlel e Lacerda (2013), das mortes nos casos de PCRC, por falta de um atendimento imediato, a cada 167 casos que chegam ao setor secundário ou terciário 77% evoluem a óbito e apenas 23% evoluem para reanimação com sucesso. Destes casos atendidos 21% são pessoas acima de 51 anos de idade.

Atualmente, existe uma tendência à permanência de crianças e adolescentes com seus avôs por longos períodos de tempo, por questões de trabalho paterno ou causas diversas. Como comprovado estatisticamente, há um risco aumentado de esta população sofrer PCRC. Assim, elegeu-se o público adolescente para ser o alvo de nossa ação.

METODOLOGIA

Este projeto foi desenvolvido embasado em uma revisão bibliográfica exploratória, utilizadas as bases de dados *Scientific Eletronic Library On-line (SciELO)* e *Google Acadêmico*, como descritores: adolescente e ressuscitação cardiopulmonar.

O critério de inclusão utilizado para construção do estudo foram artigos científicos publicados em português no período entre 2001 e 2013, e como critério de exclusão, relatos de casos informais e artigos sem disponibilidade do texto na íntegra. A partir de então foram selecionados nove artigos, que fundamentaram o estudo.

Foi realizada uma visita prévia a uma Escola Pública de Belo Horizonte-MG para conhecer a estrutura física, os recursos dispostos bem como o público alvo, os adolescentes do ensino médio do turno da noite. Este turno foi preferido por nós por contar com alunos da inclusão, com transtornos mentais, já que nossa ação educativa visa interdisciplinaridade com as matérias: Enfermagem na Saúde Mental, Enfermagem na Saúde do Adolescente, Enfermagem na Clínica Cirúrgica, Administração na Atenção Primária a Saúde Enfermagem na Urgência e Emergência.

Após estudo do material bibliográfico encontrado, foi elaborado o projeto da ação educativa. Buscamos definições e conceitos do tema em questão, conhecendo os aspectos epidemiológicos, etiológicos, sintomas, diagnóstico e prevenção, transformando esses dados em informações simples para executarmos a ação. Com esta minuciosa pesquisa, foi produzido um folder informativo com o passo a passo dos primeiros socorros em caso de PCRC para leigos, sendo encontrado este, em anexo.

Foi designada a quadra da escola com microfone e caixas de som, a ação foi desenvolvida para 110 alunos, dividimos em três pequenos grupos em volta dos bonecos para as práticas. Contou-se com 4 horas de ação.

Foi desenvolvida uma atividade lúdica encenando a PCRC e, mostramos o passo a passo que um leigo pode realizar prestando o primeiro atendimento à vítima de PCRC. Distribuímos os folders e para realizarmos esta simulação, levamos três bonecos para PCRC, sendo dois adultos e um boneco bebê. Incentivamos aos participantes da ação educativa a executarem a prática nos bonecos e colocamos uma “pulseira abadá” em todos após as práticas, com os dizeres: “Juntos por um socorro melhor!” Sempre ressaltando com os adolescentes a importância de saber gerenciar e prestar um socorro de qualidade nesta situação.

DESENVOLVIMENTO

Percebe-se a importância de levar as pessoas leigas informações, que possa contribuir para um atendimento melhor a vítima de PCRC, em outras palavras, ensinar aos jovens adolescentes, a real importância que o Suporte Básico de Vida tem, e como ele pode auxiliar e fazer com que possamos salvar vidas.

A principal causa de morte fora dos hospitais é a falta de atendimento. A segunda é o socorro inadequado. As pessoas morrem porque ninguém faz nada e

continuam morrendo porque alguém não capacitado resolveu fazer algo (ROCHA, 2011).

Contudo, segundo Rocha (2011, p. 9):

O Suporte Básico de Vida (SBV), oferecido aos pacientes no ambiente extra-hospitalar, consiste no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, ou seja, a pessoa que presta o atendimento deve ser capaz de avaliar e manter a vítima respirando, com batimento cardíaco até a chegada de uma equipe especializada.

Deste modo, como futuros enfermeiros, educadores e provedores da arte de cuidar, levaremos aos alunos regulares, de uma Escola Pública na região norte de Belo Horizonte- MG, a importância de realizar o Suporte Básico de Vida. A mesma tem como estrutura física, na entrada uma recepção, onde adentrando é a secretaria também, logo após, existe um pátio para recreação dos alunos, após este local está localizado o anexo B, composto por vinte e cinco salas com finalidade de atender os alunos do turno da tarde do ensino fundamental, crianças a partir dos seis anos de idade, neste mesmo local existe a sala de informática e multimídia, adentrando a escola existe um prédio de dois andares, composto por mais salas de aulas, no segundo andar, tem seis vestiários, dois masculinos, dois femininos, e dois adaptados para cadeirantes, logo após, existe a cantina que oferece alimentos que o estado oferta a escola, os cardápios são preparados por nutricionistas para que os alunos realizem a refeição de forma adequada, neste ambiente existem mesas para que os alunos possam ficar confortáveis na hora da alimentação, e na entrada encontram-se os bebedouros de água. Aos fundos existe outro pátio onde fica a área de playground e também de manutenção da escola, que tem dois banheiros para os funcionários que quando é necessário vão até essa área para realizar a manutenção de algo que esteja inadequado. Após este ambiente existe um ginásio poliesportivo, que tem como finalidade realizar as atividades de educação física, o mesmo é composto por dois vestiários masculino e feminino, adaptado para cadeirantes, e tem uma saída de emergência caso seja necessário. Ao lado deste ambiente, existe o estacionamento próprio para funcionários, com saída para outra rua, diferente da entrada dos alunos, e junto a este local tem uma quadra de futebol (soçaite). Mais à frente existe dois laboratórios de Biologia e Química, subindo uma rampa a esquerda está localizada a sala dos professores, local de reunião dos mesmos, ao lado desta sala é a biblioteca, logo após, a sala de atendimento especial (AE), onde realiza aulas para os alunos que necessitam de atenção especial, com professores instruídos para tal função, e ao lado existe a sala da diretoria. A escola é toda adaptada para cadeirantes, tem funcionários preparados para atendimento aos alunos com deficiência física e doença mental. A mesma funciona manhã, tarde e noite, é composta por uma diretora e três vices, sendo a diretora responsável por

todos os turnos e os vices diretores cada um por turno, o que define a quantidade de vice-diretores é a quantidade de alunos da escola. O total de alunos nos três turnos é de 2.300, no turno da manhã são alunos do ensino fundamental e médio, da quinta série ao terceiro ano, no turno da tarde, alunos de primeira a quarta série, iniciando aos seis anos de idade, e no turno da noite ensino médio e EJA (Ensino de jovens e adultos).

Assim, levaremos aos alunos do ensino médio noturno da referida escola, a importância de realizar o Suporte Básico de Vida, e como o mesmo pode salvar vidas até a chegada da equipe especializada. A ação será realizada no horário de aula deles: de 19h00min às 22h30min. O foco é passar a esses alunos, como podemos auxiliar e ajudar a salvar vidas, a partir do momento que somos treinados para isso, e como dentro de casa ou em qualquer outro ambiente, podemos ajudar uma pessoa que sofre de PCRC.

O público alvo deste projeto são adolescentes, sendo que muitos são usuários de álcool e drogas, ou que sofrem de algum transtorno mental, ou seja, todos os alunos da referida escola, matriculados regularmente no turno da noite, entre 15 e 19 anos de idade, do primeiro ao terceiro ano do ensino médio, totalizando 110 alunos. Esses jovens são moradores da região norte, de classe baixa e média, muitos são moradores de aglomerados, que infelizmente sofrem de pobreza, maus tratos, convivem com traficantes, dentre outros fatores sociais que acabam interferindo na sua educação.

Deste modo, passaremos a estes alunos, o ensino e a prática de como socorrer uma vítima de Parada Cardiorrespiratória Cerebral, e como realizar o procedimento de forma adequada e sucinta. Portanto, levaremos dois bonecos adultos e um boneco bebê para tal explicação. Confeccionamos uma camisa, para que todos os oitos acadêmicos de enfermagem da Faculdade de Minas FAMINAS-BH, possam estar de forma organizada e destacada na apresentação, esta camisa carregará uma imagem refletindo a temática em questão, e com a frase: “Você pode salvar uma vida!” A realização do projeto ocorrerá no dia 19 de outubro, iniciando às 19h00min, no ginásio poliesportivo, onde o mesmo é dotado de arquibancadas, microfones, caixas de som, e tem um ambiente amplo para dividirmos os grupos pretendidos. Enfeitaremos com balões vermelhos a entrada do ginásio e colocaremos uma frase: “Juntos por um socorro melhor”! Após a chegada dos alunos, entregaremos a eles um folheto com a cadeia de sobrevivência, que irá ajudá-los a acompanhar cada etapa do procedimento que será realizado ali. O acadêmico Anderson irá narrar os fatos que serão realizados pelo acadêmico Ciro, explicando a todos os 110 alunos, como realizar o Suporte Básico de Vida, em adultos, crianças, e recém-nascido, os demais acadêmicos irão ficar auxiliando no procedimento. Após a realização da explicação e retirada de dúvidas, iremos dividir grupos de quinze alunos, para cada

três acadêmicos, a fim de todos os alunos executarem os procedimentos. Logo após, entregaremos aos alunos uma pulseira abadá vermelha, com a mesma frase que colocamos na entrada do ginásio. Pretendemos deste modo, que estes jovens possam ajudar a salvar vidas, que eles repassem aos seus amigos e familiares, como executar o Suporte Básico de Vida, e que se todos soubessem da importância do mesmo, muitas vidas poderiam ser poupadas.

AÇÃO EDUCACIONAL

A ação educacional foi realizada em uma Escola Pública localizada na região norte de Belo Horizonte-MG, no dia 19 de outubro de 2015 às 19h00min.

O público alvo foram os alunos das turmas regulares do ensino médio turno da noite, uma vez que este trabalho é voltado para os adolescentes. A faixa etária dos estudantes é 15 a 19 anos de idade.

Todos os alunos, cerca de 110, de salas regulares, foram deslocados para o ginásio poliesportivo da escola. Após a acomodação de todos, e apresentação do grupo, foi explicado sobre o Suporte Básico de Vida para leigos, sua importância, a forma correta de proceder mediante uma Parada Cardiorrespiratória Cerebral (PCRC). Destacamos ainda o grande número de pessoas que morrem por não receber um socorro adequado até a chegada dos profissionais qualificados.

Foi entregue a todos os alunos no início da palestra, um pequeno folder com a imagem dos cinco passos da cadeia de sobrevivência de PCRC para leigos, e ainda pulseiras abadás com a frase: “Juntos por um socorro melhor!” Destacamos a importância de avaliar a segurança do ambiente antes de realizar qualquer procedimento. Ensinamos aos alunos a forma correta de avaliar se a pessoa está em PCRC e assim, em caso positivo seguir a cadeia de sobrevivência.

No primeiro passo, após constatar que o cliente adulto está inconsciente, deve-se verificar o ambiente, se ele está adequado para realizar o procedimento, logo após, solicitar ajuda.

Após isto, deve fazer estímulo doloroso no cliente e verificar pulso, de preferência carótida e braquial, não respondeu e não tem pulso, deve-se iniciar as compressões torácicas, que devem ser realizadas no osso esterno, dois dedos acima do processo xifóide, com profundidade aproximada de cinco centímetros e em frequência de cem compressões por minuto. Depois de realizar cinco ciclos de compressões torácicas, reavalia-se o pulso, não tendo pulso, repete o ciclo até que o cliente volte a respirar ou até chegar ajuda. Caso o local seja dotado do Desfibrilador Automático Externo (DEA) os alunos foram instruídos sobre a forma de manejá-lo, realizando assim o 3º passo da cadeia. O 4º e 5º passo será realizado por profissionais qualificados,

sendo o encaminhamento do cliente ao serviço especializado e monitorização do paciente, respectivamente.

Em crianças e recém-nascidos, foram explicados aos adolescentes como realizar o procedimento nos mesmos, com seus devidos detalhes, para que os alunos possam executar este procedimento de forma fidedigna.

Depois da explicação de todos os passos e abertura para dúvidas ou questionamentos de alunos e professores, os mesmos foram convidados a praticarem os três primeiros passos da cadeia de sobrevivência, nos bonecos disponibilizados. Neste momento tivemos participação de cerca de cinquenta alunos, pois nem todos quiseram participar da prática. Os que participaram tiveram a oportunidade de realizar as manobras e esclarecer eventuais dúvidas. Deste modo, os referidos alunos aprenderam o Suporte Básico de Vida, e como podem fazer a diferença auxiliando no socorro de uma vítima de Parada Cardiorrespiratória Cerebral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados, podemos enfatizar que a ação educacional nos proporcionou grande gratificação. Assim, podemos destacar que levar aos adolescentes desta Escola Estadual a importância de saber executar os procedimentos do Suporte Básico de Vida, proporciona aos mesmos conhecer e saber a grande relevância que o SBV tem e que a partir do momento que a pessoa é treinada e qualificada para executar tal procedimento, ela pode realizar um atendimento e intervir de maneira correta, podendo salvar a vítima.

Portanto, a ação educacional teve resultados positivos, onde os adolescentes, público alvo da ação, tiveram interesse em conhecer detalhadamente cada processo da cadeia de sobrevivência. Podemos identificar que a ação não chamou atenção somente dos alunos, mas também dos professores, que nos procuraram para esclarecer dúvidas. Muitas adolescentes ali presentes, estavam grávidas, e as mesmas ficaram interessadas em saber como socorrer o recém-nascido e como este procedimento é gratificante, quando realizado adequadamente.

Como resultados negativos, podemos identificar que muitos alunos ali presentes não se sentiram seguros em realizar o procedimento, por timidez, receio, imaturidade emocional, dentre outros fatores inerentes à faixa etária. Tivemos também uma pequena parte de adolescentes que não prestaram atenção no ensinamento, fazendo brincadeiras fora de hora e rindo sem motivo aparente.

Destacamos ainda a relevância dos problemas que encontramos frequentemente, que é a falta de qualificação da população em um primeiro atendimento a vítima de PCRC. Devido a este problema, levamos a estes adolescentes o conhecimento e como realizar de forma adequada este procedimento.

Através disso, consideramos que obtivemos um resultado positivo, porém parcial, uma vez que não conseguimos a participação de todos os adolescentes no momento da prática, devido muitos ficarem com vergonha. No entanto, obtivemos sucesso em passar aos alunos a importância da realização correta da cadeia de sobrevivência da PCRC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como futuros profissionais enfermeiros é diretamente proporcional nossa preocupação em relação a este tema, pois temos embutido em nossa profissão a educação continuada, a prevenção e a promoção em saúde. Com a crescente evolução do País, a sociedade Brasileira vem buscando agregar valores essenciais às necessidades da industrialização e de classes trabalhistas. Os seres humanos vivem freneticamente envolvidos no cumprimento de horários, demandas excessivas e, principalmente, não têm o hábito de prevenção com a saúde de um modo geral. Aumentando assim a incidência das PCRC's.

Os números são crescentes para a incidência de PCRC no Brasil, o que torna o problema cada vez mais preocupante, e motiva estudos para o estabelecimento de padrões e parâmetros assistências, como o gerenciamento da situação da PCRC por leigos e como prestar o primeiro atendimento. Considera-se necessária a conscientização dos adolescentes e a educação para a prestação adequada de socorro no caso de PCRC como uma forma de disseminar o conhecimento aproveitando a tendência grupal desta fase e a facilidade desta faixa etária em aprender.

Concluimos que esta ação educativa foi uma decisão acertada, um sucesso enquanto a promoção e prevenção de agravos, e deve ser repetida em várias escolas, levada como uma ação pioneira na tentativa de amenizar os agravos da PCRC no Brasil e por que não dizer, no mundo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** p. 1-28,2010. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

ARAÚJO, Marcos Afonso de; VOMLEL, André Luiz Amaral; LACERDA, Flávia Mahira Almeida. **Benefícios do Atendimento Rápido e Eficiente às Vítimas de Parada Cardiorespiratória** Realizado Pela Equipe do Samu de Montes Claros – MG. Montes Claros, v.12, n.1, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/5280/3879>> Acesso em: 27 out, 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O Minidicionário da Língua Portuguesa.** 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. **Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011**. São Paulo, p. 1-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue; ET al. **Ressuscitação Cardiopulmonar com a utilização do Desfibrilador Externo Semi-Automático: Avaliação do Processo Ensino-Aprendizagem**. São Paulo, p. 532-538, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a16.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

ROCHA, Marta Peres Sobral. **Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência**. Brasília, p.1-79, 2011. Disponível em: <http://ms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

SOUZA, Stefanny Faunny Mota de; SILVA, Glaydes Nely Sousa da. **Parada Cardiorrespiratória Cerebral: Assistência de Enfermagem Após a Reanimação**. João Pessoa, p. 143-157, 2013. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parada-cardiorrespirat%C3%B3ria-cerebral.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

VECCHIO, Fabrício Boscolo del; ET al. **Formação em Primeiros Socorros: Estudo de Intervenção no Âmbito Escolar**. São Paulo, p. 56-70, mar, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Stephanie/Downloads/983-3233-2-PB.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

ACOMETIMENTO DA SÍNDROME DE BURNOUT POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 15/03/2020

Thais Monara Bezerra Ramos

Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade, pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba- FCM.

Macaparana-PE.

<http://lattes.cnpq.br/9665745444795894>

Ildnara Manguiera Trajano Rodrigues

Enfermeira Especialista em Saúde da Família.

João Pessoa-PB.

<http://lattes.cnpq.br/6999527920452865>

Maria das Graças de Arruda Silva Rodrigues

Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade, pela Universidade de Pernambuco -UPE.

Recife-PE.

<http://lattes.cnpq.br/3954517773014651>

Hallana Karolina Marques Cavalcante

Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar- UGF.

João Pessoa-PB.

<http://lattes.cnpq.br/5234306251025961>

Elianni Pamela Damasio

Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat.

Petrolina-PE.

<http://lattes.cnpq.br/8406905154930530>

Carolina Maria Lucena Medeiros

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família.

João Pessoa-PB.

<http://lattes.cnpq.br/6744244943734854>

Joanda Manoela Muniz dos Santos

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande, Campos Cuité.

Timbaúba-PE

<http://lattes.cnpq.br/3930041581888802>

Pollyana Justino de Brito

Enfermeira Residente em Saúde da Família e Comunidade, pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba- FCM.

Natal-RN.

<http://lattes.cnpq.br/8266662034081150>

Lidiane Medeiros Juvino

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.

Recife-PE.

<http://lattes.cnpq.br/327550830177130>

Geanne Oliveira correia

Enfermeira pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paula-LTDA.

João Pessoa-PB.

<http://lattes.cnpq.br/5202462896050964>

Janaina da Silva Meneses Campos

Enfermeira Especialista em Gerontologia.

Timbaúba-PE.

<http://lattes.cnpq.br/5507054719273418>

RESUMO: Este artigo sintetiza a produção científica referente as características dos estudos e acometimentos da Síndrome de Burnout (SB) em enfermeiros inseridos em unidade de terapia intensiva. O objetivo deste estudo consiste em sintetizar dados da produção científica referente ao acometimento da Síndrome de Burnout em enfermeiros no âmbito de unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa, a coleta de dados ocorreu a partir dos descritores em saúde. O levantamento dos artigos na literatura, se deu a partir da filtragem de acordo com os critérios de inclusão, chegou-se á 9 artigos, sendo excluídos duplicidades, a amostra foi formada por 7 destes. Posteriormente analisados á luz da literatura. O presente estudo identificou na literatura científica informes da prevalência de SB em enfermeiros da UTI, onde em função do estresse e dá sobre carga de trabalho geram alterações psicológicas. O estudo demonstra também nos seus achados que os casos onde o profissional tem conhecimento da atividade exercida e possui satisfação na atividade laboral não se apresentou a relação SB e enfermeiros da UTI. Com isso conclui-se que segundo os achados o desencadeamento da SB, pode ocorrer a qualquer profissional, inclusive ao enfermeiro, que estejam exercendo as suas atividades de forma excessiva ou em ambientes não adequados, ou seja, diversos fatores podem ser o desencadeador e isso não se limita a uma área ou profissão.

PALAVRA-CHAVE: Enfermagem, UTI, Síndrome de Burnout.

MANIFESTATION OF BURNOUT SYNDROME IN NURSING PROFESSIONALS IN AN INTENSIVE CARE UNIT: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This article synthesizes the scientific production regarding the characteristics of studies and the manifestation of Burnout Syndrome in intensiv care unit (ICU) nurses. The goal of this study is to synthesize the data from the scientific production regarding the manifestation of Burnout Syndrome in nurses in the field of intensiv care. It consists of an integrative review type of research, and the data collection resulted from use of health descriptors. The data from the literature articles was gathered through screening according to the inclusion criteria. 9 articles were found, from which duplicates were excluded, totalizing a sample of 7 articles, which were later analyzed in the light of the literature. This study identified in the scientific literature information in reference to the prevalence from Burnout Syndrome in ICU nurses, where due to stress and work overload can psychological alterations arise. This study has also demonstrated in its findings that, in the cases where the professional has the knowledge for and the satisfaction from the work executed, there has been no correlation between Burnout Syndrome and ICU nurses. Therefore can be concluded that, according to the findings, the development of Burnout Syndrome can happen to any professional, including nurses, who perform their activities in an exaggerated manner or in inadequate environments. In other words, several factors can be a trigger

for the syndrome and that is not restrained to one specific field or profession.

KEYWORDS: Nursing, ICU, Burnout Syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é motivo de inúmeras investigações, tendo em vista que esta classe está exposta a vários fatores que podem excluí-los do seu ambiente de trabalho. Desta maneira as rotinas dos trabalhadores devem ser avaliadas periodicamente e estes necessitam de apoio para que os fatores que interfiram em seu processo de trabalho não sejam instalados, assim como o estresse ocupacional, que pode oferecer limitações e perdas para esta classe responsável pelo desenvolvimento da nação (CONTO, 2013).

O estresse no trabalho repercute negativamente e causa sérios danos a vida profissional dos trabalhadores de uma forma geral. Uma vez que instalado o trabalhador é visto de forma diferente tanto pelos colegas de trabalho quanto para os próprios gestores, e isso acaba dificultando a possível reinserção ao seu ambiente profissional, caso esse profissional venha a se afastar pelo motivo de saúde (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

O estresse ocupacional não é bem definido, o que a literatura mostra é que o profissional depara-se com uma série de sintomas que os impossibilita de continuar desempenhando suas tarefas diariamente, de modo que ele acaba se isolando em seu âmbito de trabalho e acaba não interagindo com os demais, provocando uma instabilidade emocional que lhes incapacita enquanto trabalhador (VICENTE et al, 2013).

Sendo considerado um problema de saúde pública, o estresse se estende em quase 90% da população, afetando também a classe trabalhista, de modo que, o estresse ocupacional pode trazer sérios danos para o desenvolvimento do país, pois ele desorganiza um âmbito e produção de serviço, o que acaba manifestando tensões, dificuldades na realização de tarefas cotidianas, irritabilidade, dentre outros (VERSA et al, 2012).

Os trabalhadores da área de saúde, assim como os enfermeiros, se deparam diariamente em condições as quais são predisponentes para o surgimento do estresse ocupacional, geralmente as atividades que os enfermeiros realizam são inúmeras, além de prestar uma assistência direta aos pacientes, se deparam com o trabalho gerencial que requer uma atenção e responsabilidade. Em meio a tantos compromissos, surgem também os riscos de instabilidades emocionais as quais podem ser prejudiciais para sua atuação (INOUE et al, 2013).

Houve-se falar sempre da necessidade de qualificação e de competências

do trabalhador, o que gera mais responsabilidade e cobrança diante das suas necessidades. Sabe-se que novas enfermidades vem surgindo, os agravos mentais vem ocupam lugar de destaque, como exemplo a Síndrome de Burnout (SB), ainda não tão discutida (PEREIRA; RODRIGUES, 2016).

O interesse pela pesquisa emergiu de leituras da temática, e a relação observada na realização do estágio acadêmico no que diz respeito ao comportamento de profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Desta forma surgiu o seguinte questionamento: O que favorece o acometimento da Síndrome de Burnout em enfermeiros que trabalham em UTI?

Diante da abrangência do tema, o presente estudo é de suma importância, pois trata-se de fornecer informações sobre agravos ocupacionais inseridos no âmbito de terapia intensiva. A pesquisa do mesmo proporcionará a ampliação do conhecimento referente a temática em discussão, assim como também será uma fonte norteadora para identificação dos fatores desencadeadores do mesmo.

O objetivo implica em sintetizar dados da produção científica referente ao acometimento da Síndrome de Burnout em enfermeiros no âmbito de unidade de terapia intensiva.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, o método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Adotou-se a revisão integrativa, por ela contribuir para o processo de sistematização e análise dos resultados, viabilizando à compreensão da temática em estudo, a partir de outros estudos independentes.

Para a realização desta revisão integrativa seguiu-se os seguintes passos: (a) identificação do tema e formulação da questão norteadora, (b) busca na literatura, (c) categorização dos estudos, (d) avaliação dos estudos, (e) interpretação dos resultados e (f) síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para realização da pesquisa foi definida a seguinte questão norteadora: O que favorece o acometimento da Síndrome de Burnout em enfermeiros que trabalham em UTI?

O levantamento científico foi realizado por meio da biblioteca virtual em saúde (BVS), através do cruzamento dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): Síndrome de Burnout; enfermagem; UTI, que foram separados entre si pelo operador booleano (AND) e publicados entre o período de (2006 a 2016), que

retratam diretamente à temática proposta.

Os critérios de inclusão determinados para a escolha dos artigos foram: artigos publicados em português, disponíveis na íntegra e que abordassem a temática inerente à revisão integrativa, dentro do prazo temporal estabelecido. Foram excluídos da amostra todos os artigos que não respondiam os critérios de inclusão.

Com o cruzamento dos descritores obteve-se um número de 21 publicações, com a implementação dos critérios de inclusão obtendo-se 09 artigos, com a retirada das duplicidades e a leitura dos resumos a amostra foi finalizada em 07 publicações apresentaram conteúdo semelhante ao contexto e atendiam aos critérios de inclusão apresentados nessa pesquisa, compondo assim a amostra.

Para organização dos dados coletados foi utilizado um formulário próprio para a coleta de dados a fim de anotar as informações consideradas mais relevantes para atender aos objetivos desta pesquisa. Este formulário é composto pelos itens: Título do artigo, Periódico, Autores, Ano, Banco de dados, Objetivos, Tipo de estudo, sujeitos do estudo, Resultados, Limitações, Conclusões.

Para apresentação dos resultados, optou-se pela exposição descritiva das informações mais relevantes à revisão, com intuito de facilitar a análise crítica da amostra.

3 | RESULTADOS

Na presente revisão integrativa da literatura analisou-se 7 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A seguir será apresentado um panorama geral dos artigos avaliados, antes de proceder a apresentação das categorias temáticas.

3.1 Caracterização dos estudos

Em relação ao ano de publicação, observou-se que o ano 2009, apresentou a maior abrangência com 2 artigos, conforme mostra a Tabela 1.

Ano de publicação	2008	2009	2011	2012	2013	2015
Número de artigos	01	02	01	01	01	01

Tabela 1 – Distribuição dos artigos da amostra por ano de publicação.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-

se uma número maior de artigos estudo qualitativo e revisão integrativa, conforme mostra o gráfico abaixo:

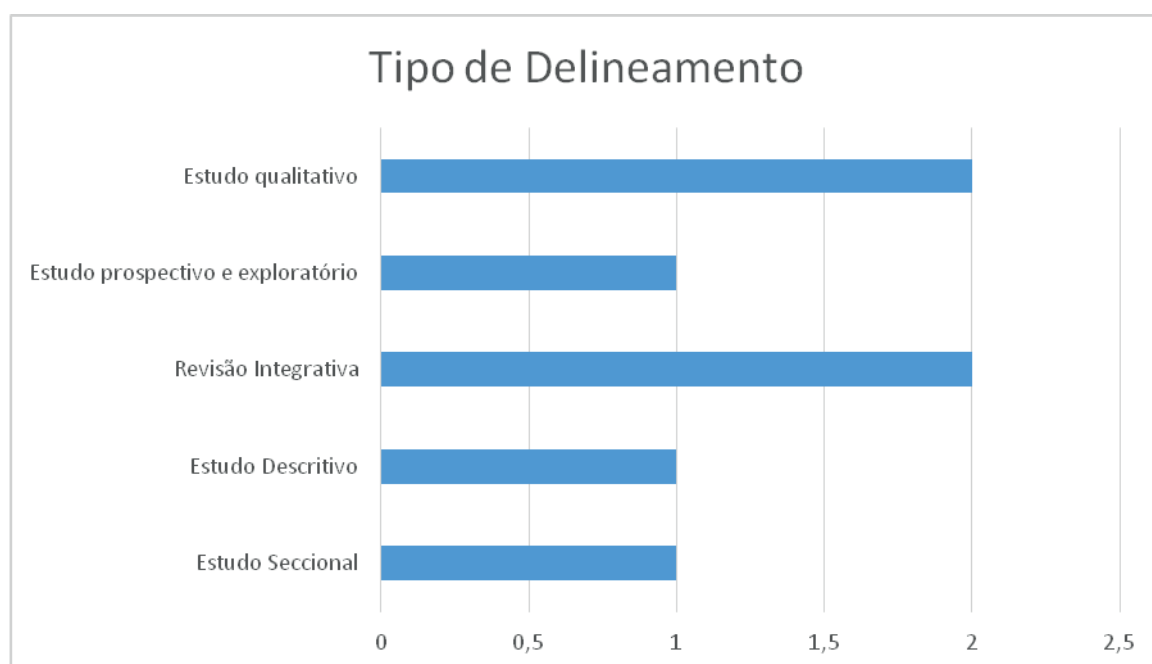


Gráfico 1 – Distribuição dos artigos quanto ao tipo de delineamento.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2016. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Dos artigos incluídos na revisão integrativa destacaram-se periódicos importantes na área da saúde tais como :Rev. baiana saúde pública.; Rev Bras Enferm; Rev. pesqui. cuid. fundam.Rev. enferm. Cent.-Oeste Min; Cad Saude Publica; Online braz. j. nurs. (Online) e Rev. bras. ter. intensiva. Estes estão inseridos nas bases LILACS (3) e BDNF(4).

No Quadro 1 apresentado posteriormente, viabiliza-se sintetizar os artigos da amostra, de forma descritiva as características destes.

	TÍTULO	AUTOR	ANO	PERIÓDICO/ BANCO DE DADOS	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
1	Aspectos psicossociais e síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas	SILVA; TEXEIRA.	2015	Rev. baiana saúde pública/ LILACS	Estudo Seccional	Analisar a prevalência da Síndrome de Burnout (SB), segundo os aspectos psicossociais, sociodemográficos e laborais de trabalhadores de enfermagem intensivistas.
2	Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva	Schmidt et al	2013	Rev Bras Enferm/ BDNF - Enfermagem	Estudo descritivo	Avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a presença da Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva.

3	O esgotamento dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa sobre a síndrome de Burnout em UTI	Machado et al	2012	Rev. pesqui. cuid. fundam./ BDEF - Enfermagem	Revisão integrativa	Diagnosticar o conhecimento sobre estresse psicológico gerador da síndrome de burnout (SB) na equipe de enfermagem; verificar a influência da SB na atuação destes profissionais que trabalham em UTI
4	Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região do centro-oeste de Minas Gerais	Machado et al	2011	Rev. enferm. Cent.-Oeste Min/BDEF - Enfermagem	Estudo prospectivo e exploratório	Caracterizar os profissionais de enfermagem, identificar a presença da síndrome de Burnout e avaliar os fatores de risco relacionados à sua ocorrência.
5	Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil	Moreira et al.	2009	Cad Saude Publica/ LILACS	Pesquisa quantitativa	Determinar a prevalência da síndrome de burnout nos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital de grande porte localizado na Região Sul do Brasil
6	Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo	Afecto; Teixeira.	2009	Online braz. j. nurs. (Online)/ BDEF - Enfermagem	Estudo qualitativo	Avaliar os fatores de estresse ocupacional, e identificar a existência de sinais e sintomas da Síndrome de Burnout em enfermeiros que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
7	Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica	Fogaça et al	2008	Rev. bras. ter. intensiva/ LILACS	Revisão de literatura	Revisão de literatura sobre estresse ocupacional e síndrome de burnout em médicos e enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão integrativa.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa – PB, 2016.

4 | DISCUSSÃO

Os aspectos psicossociais referem-se a elementos do ambiente organizacional que são influenciados pelas características individuais ao serem vivenciados pelos trabalhadores, estão relacionados também ao macro contexto histórico e social de cada pessoa, em que o estresse é elemento-chave referente a esses aspectos. O estudo 1 traz à tona o grande desafio de encarar o cuidado com o ser humano, de forma desconsiderá-lo como bem de capital em países em desenvolvimento e com

sistema neoliberal. A organização do trabalho em UTI favorece ao estresse de alta exigência e, como consequência, demonstra prevalências expressivas de TMC e SB.

Estudo 3 relata que ambientes saudáveis e melhores condições de trabalho refletem na saúde e qualidade da assistência dos profissionais. O trabalho em UTI e SB geram alterações psicológicas e nos níveis de felicidade. São considerados fatores estressores: morte, doação de órgãos, relacionamento com familiares e sofrimento moral. O estresse psicológico na UTI influencia na atuação do profissional de, sendo a fonte geradora de conflitos e SB.

Conforme o estudo 5 o perfil padrão do trabalhador com burnout encontrado pela pesquisa foi: cargo de técnico de enfermagem, sexo feminino, entre 26 e 35 anos, casado, sem filhos e com mais de cinco anos de profissão. Os locais de trabalho que concentraram maior número de trabalhadores com burnout foram os setores agrupados (42,6 por cento), a UTI (25,9 por cento) e a UTI Neonatal (18,5 por cento). Mostra no estudo que a identificação e o controle dos fatores geradores dos sinais e sintomas apresentados pelos trabalhadores entrevistados podem contribuir para a promoção da sua saúde individualmente, da saúde do grupo de trabalhadores de enfermagem (que estão sujeitos às mesmas condições de trabalho) e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Por fim o estudo 7 traz que os médicos e enfermeiros que trabalham em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal são candidatos a apresentarem estresse, alterações psicológicas e síndrome de Burnout. A pesquisa apresenta com fatores a sobrecarga de trabalho, Burnout, desejo de abandonar o trabalho e níveis elevados de cortisol entre outros fatores.

Os perigos para a saúde, em relação ao trabalho, decorrem do tipo de atividade profissional e das condições em que é executada (CONTO, 2013). Os serviços de saúde, de um especificamente, oferecem aos funcionários condições de trabalho caracterizadamente insalubres. Os profissionais de enfermagem se encontram envolvidos, do ponto de vista etiológico, a elementos de risco de origem física, química, biológica e psicossocial - tais fatores se fazem sentir com grande intensidade e justificam a inclusão da profissão de enfermagem no grupo das profissões desgastantes.

Brandão e Galvão (2013), afirmam em seus estudos que os enfermeiros são profissionais que lidam em seu cotidiano com diversos fatores que propiciam o aparecimento do estresse no meio profissional, de modo que seu trabalho envolve além de uma assistência ao doente, uma interação com o meio social do sujeito, em que este envolve a família e toda uma comunidade em volta.

Corroborando com os achado Pereira e Rodrigues (2016) relata que a Síndrome de Burnout é uma junção de fatores assinalado por sinais de esgotamento

psicológico, despersonalização e reduzida realização profissional em decorrência de uma má adaptação do indivíduo a um trabalho prolongado, altamente estressante e com grande carga tensional (PEREIRA; RODRIGUES, 2016).

Diversos podem ser os fatos que levam a Síndrome de Burnout, de modo que o profissional de enfermagem pode desencadear aversão a ele, e a sua aptidão, tornando-se algo desprazeroso. Dentre as causas para o estresse destacam-se as relações entre os profissionais que atuam no mesmo âmbito, a falta de uma boa relação no trabalho pode atrapalhar o bom andamento ao serviço e o cumprimento das metas (TEIXEIRA et al, 2014).

Brandão e Galvão (2013) afirmam em seus estudos que os enfermeiros são profissionais que lidam em seu cotidiano com diversos fatores que propiciam o aparecimento do estresse no meio profissional, de modo que seu trabalho envolve além de uma assistência ao doente, uma interação com o meio social do sujeito, em que este envolve a família e toda uma comunidade em volta.

Não Prevalência acentuada da Síndrome de Burnout

O estudo 2 traz um levantamento onde os trabalhadores estudados apresentaram baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e escore elevado para realização profissional, não apresentando risco para a doença. Ainda nessa pesquisa se relata a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o trabalho da enfermagem nas diversas áreas de atuação, a fim de apontar alternativas que possibilitem uma prática profissional minimamente desgastante, além de contribuir para a satisfação profissional e melhoria da QVT.

Conforme os autores do estudo 4, 72,3% não apresentaram nenhuma sintoma de SB. Relata também que os possíveis fatores de risco para a ocorrência da Síndrome de Burnout, a idade entre 20 e 30 anos, solteiros, sem filhos, com poucos anos de atuação, turno de trabalho diurno e sedentarismo. Acrescenta que a Síndrome de Burnout acarreta irritabilidade, perda de interesse e energia, sentimento de culpa, associados à uma experiência de grande sofrimento, além de causar incapacidade.

Os resultados obtidos no estudo 6 demonstram que esta população experimenta situações estressantes no seu trabalho, vivenciando alguns sinais e sintomas que podem levar o profissional a desenvolver a Síndrome de Burnout, porém até o momento da coleta de dados esta população demonstrou se sentir realizado profissionalmente com uma porcentagem de 71,5 % sentindo satisfação no trabalho.

Segunda CONTO (2013) os perigos para a saúde, em relação ao trabalho, decorrem do tipo de atividade profissional e das condições em que é executada. Corroborando com os achados anteriores, visto que o meio associado a falta de informação é que pode desenvolver algum agravo a saúde do trabalhador.

O profissional geralmente é diagnosticado por estresse ocupacional quando o

seu organismo começa a apresentar sinais, contudo é necessário que ocorra algum evento para tal, em suma isto ocorre quando o profissional apresenta respostas que podem produzir efeitos motores, fisiológicos e até mesmo cognitivos, isto pode gerar situações conflituosas no ambiente de trabalho (NEGELISKII; LAUTERT, 2011).

Geralmente as atividades hospitalares são as principais responsáveis pelo adoecimento dos enfermeiros, muitas vezes os mesmos se sobrecarregam com carga horária exaustivas na tentativa de uma boa remuneração, isso muitas vezes pode ser um fator para o adoecimento psíquico deles que acabam tendo horas de repouso cada vez mais minimizadas e assim aumentam seus níveis de tensão (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se destina ao tratamento de pacientes em estado crítico, dispondo de uma infraestrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, através de uma prática assistencial segura e contínua busca o restabelecimento das funções vitais do indivíduo (ALVES; BORGES; BRITO, 2014). Os autores salientam que o início das UTIs, deu-se mediante Florence Nightingale, a mesma era uma enfermeira britânica, que no período da guerra da Criméia, no ano de 1854, juntamente com outras voluntárias, prestou atendimento aos feridos, diminuindo assim o índice significativo de mortalidade.

A UTI é um serviço de internamento destinado a paciente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente. Esta unidade fornece suporte e tratamento intensivo, com monitorização contínua, equipamentos específicos e tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento terapêutico das mais variadas patologias e as feridas não estão fora desse contexto. (DANTAS, 2014).

A enfermagem tem forte influência na recuperação do estado de saúde do paciente em condição crítica de saúde, havendo estreita relação entre as ações de enfermagem e a prevenção de outros agravos, além da manutenção do equilíbrio (ALVES 2014).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa atingiu o objetivo de sintetizar com base na literatura a achados referente ao conhecimento acerca da Síndrome de Burnout em enfermeiro de UTI, de modo que esta temática é considerada um problema de saúde pública, o qual representa agravo na saúde do trabalhador.

Ressalta-se a fragilidade da temática diante do baixo número de estudos encontrados referente ao cruzamento estabelecido, o que demonstra que o tema

não vem sendo abordado em seus estudos informações necessárias acerca da temática em questão.

A presente revisão integrativa constitui uma ferramenta importante para que a enfermagem possa ter subsídios acerca da sua atuação profissional das mulheres. Com isso conclui-se que a maioria dos estudos apresentam dados que demonstram a prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros lotados em unidade de terapia intensiva, demonstrando diversos agravos a saúde deste trabalhador.

O presente estudo viabiliza que, apesar das condutas terapêuticas ajustadas e bem definidas para a o vírus do HIV, quando esta se associa ao linfoma de Hodgkin ocasiona um elevado índice insatisfatório para o prognóstico em relação aos portadores, que não possuem o vírus. É considerado primordial que os profissionais da área de saúde sejam vistos como pessoas ativas no processo vivenciado pelo paciente, com a finalidade de aumentar as chances de cura e sobrevida, visto que as patologias possuem resultados insatisfatórios.

Convém mencionar, que a equipe de unidade de terapia intensiva que presta atendimento a estas pessoas, estejam aptas á fornecer informações corretas, esclarecendo as dúvidas existentes principalmente quanto aos familiares que não podem ter a proximidade desejada com o paciente durante a sua hospitalização, devido o âmbito que o mesmo se encontra ser cuidado intensivo, pois o recebimento de um diagnóstico de câncer envolve várias emoções, sensações, desejos, , inquietações, medo, angustias e percepção de um futuro incerto, pois a morte parece estar mais próxima quando o diagnóstico encontra-se estabelecido principalmente se o paciente for portador de um vírus que não possui cura .

A realização do um plano de cuidados de enfermagem é primordial, pois auxilia nas peculiares de cada paciente, elaborando e praticando uma assistência eficaz , tornando-a mais completa, eficiente e dinâmica, alcançando os resultados esperados mediante as intervenções desenvolvidas.

Convém mencionar que manter a luta pela vida é uma tarefa árdua do portador de HIV e Linfoma de Hodgkin , pois no campo pratico e complexo que vivenciamos diariamente e que passa por inúmeras interferências de diversas naturezas sejam elas resposta negativa do organismo ao tratamento, ausência de fármacos necessários, afastamento da família, sentimentos negativos refletidos pela hospitalização, ausência das atividades cotidianas, repercute na aceitação do paciente quanto a luta diária pela vida, porém os mesmos devem ser encorajados por suas equipes humanizadas afim de lutar constantemente por melhoras e prognóstico eficaz.

O presente estudo esta fundamentado na leitura das produções científicas recentes e remotas e analise de dados inerentes a temática em discussão, onde proporcionou conhecimentos técnicos e humanos, para lidar com o processo do

cuidar, uma vez que propiciou sistematizar e aprofundar na vivência do estudo aspectos referentes ao cuidado e as patologias abordadas.

REFERÊNCIAS

AFFECTO, Maria do Carmo Polônio; TEIXEIRA, Marina Borges. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. **Online braz. j. nurs.(Online)**, v. 8, n. 1, 2009.

ALVES, Ana Glecia Pimentel; BORGES, José Wicto Pereira; BRITO, Mychelangela de Assis. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 6, n. 2, p. 793-804, 2014.

BEZERRA, Francimar Nipo; SILVA, T. M.; RAMOS, Vânia Pinheiro. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 151-156, 2012.

BRANDÃO, Dafne Eva Corrêa; GALVÃO, Cristina Maria. O estresse da equipe de enfermagem que atua no período perioperatório: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 4, 2013.

CONTO, F. Estresse laboral e suas implicações no processo de cuidar e do autocuidado da equipe de enfermagem. 2013. 173 p. **Dissertação** [Mestrado profissional] - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

DANTAS, L. M. A enfermagem e os cuidados paliativos na terminalidade em UTI: revisão bibliográfica [dissertação].[Internet]. **João Pessoa: Sobrati**, 2014.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008.

INOUE, Kelly Cristina et al. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm**, v. 66, n. 5, p. 722-729, 2013.

MACHADO, Daniel Aragão et al. O esgotamento dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa sobre a síndrome de burnout em UTI. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 4, n. 4, p. 2765-2775, 2012.

MACHADO, Richardson Miranda et al. Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região Centro-Oeste de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2011.

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 integrativa literatura. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out/dez, 2008.

MENEGHINI, F.;PAZ, A.A.; LAUTERT, L. Fatores emocionais associados aos componentes da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.20, n. 2, p.225-33, 2011.

MOREIRA, Davi de Souza et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

NEGELISKII, Christian; LAUTERT, Liana. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de

enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [periódico na Internet]. maio-jun, v. 19, n. 3, p. 8, 2011.

SCHIMDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia. **Rev Bras Enfer**, v. 66, n. 1, p. 130-7, 2013.

SILVA, Jorge Luiz Lima de; TEIXEIRA, Liliane Reis. Aspectos psicossociais e Síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 182, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, Morumbi, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TEIXEIRA, Edilaine et al. Avaliação do Nível de Estresse do Enfermeiro no Ambiente de Trabalho. **NOV@: Revista Científica**, v. 2, n. 2, p. 1-14, 2014.

VERSA, Gelena Lucinéia Gomes da Silva et al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Rev. gaúch. enferm**, v. 33, n. 2, p. 78-85, 2012.

VICENTE, Natália Gomes et al. Percepção do estresse ocupacional por bombeiros militares de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev. pesqui. cuid. Fundam**, v. 5, n. 3, p. 75-84, 2013.

APLICAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: RELATO DE UM CASO EXITOSO

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 09/04/2020

Maria Helena Ribeiro De Checchi

Universidade Federal do Amazonas- UFAM,
Instituto de Saúde e Biotecnologia,
Coari-AM

<https://orcid.org/0000-0002-8431-6533>

Laura Paredes Merchan

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0001-6116-1471>

Ana Clara Correa Duarte Simões

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0002-6171-5267>

Augusto Raimundo

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0001-7736-9189>

Lais Renata Almeida Cezário Santos

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0002-0737-2857>

Stefany de Lima Gomes

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,

Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0002-7383-2815>

Carla Fabiana Tenani

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0001-7203-2763>

Marcelo de Castro Meneghin

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
Piracicaba-SP

<https://orcid.org/0000-0003-2673-3627>

RESUMO: Introdução: por Projeto Terapêutico Singular (PTS) compreende-se o conjunto de condutas terapêuticas articuladas que tem como propósito ampliar o escopo de ações voltadas a um sujeito ou a um núcleo familiar que apresente complexidade e exija intervenções interdisciplinares e ou multisetoriais. Objetivo: este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de uma equipe multiprofissional em saúde na construção do PTS de uma paciente portadora de quadro de paralisia cerebral e severo grau de epilepsia. Metodologia: estudo descritivo, do tipo relato de experiência, ocorrido em uma ESF na cidade de Piracicaba/São Paulo. Os dados coletados entre 2017 e 2018 através de análise de prontuário da

paciente. Em seguida foi realizada entrevista com a cirurgiã-dentista da unidade. Fase interpretativa estabeleceu relações entre as ações implantadas e a qualidade de saúde da paciente. Conclusão: a proposta do PTS contribuiu positivamente para a identificação das necessidades de saúde da paciente, possibilitando a definição de metas e planejamento de intervenções assistenciais articuladas, para promoção de atenção continuada à saúde da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Integral à Saúde, Equipe Multiprofissional, Estratégia Saúde da Família.

APPLICATION OF SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT: REPORT OF A SUCCESSFUL CASE

ABSTRACT: Introduction: the Singular Therapeutic Project (PTS) comprises the set of articulated therapeutic approaches that aim to broaden the scope of actions aimed at a subject or a family nucleus that presents complexity and requires interdisciplinary and or multisectoral interventions. Objective: This study aimed to report the experience of a multiprofessional health team in the construction of the PTS of a patient with cerebral palsy and severe epilepsy. Methodology: Descriptive study, type of experience report, occurred in an FHS in the city of Piracicaba / São Paulo. Data collected between 2017 and 2018 through analysis of the patient's medical record. Then, an interview was conducted with the dentist at the unit. Interpretative phase established relationships between the actions implemented and the patient's health quality. Conclusion: the PTS proposal contributed positively to the identification of the patient's health needs, enabling the definition of goals and planning of articulated assistance interventions, to promote continued attention to the patient's health.

KEYWORDS: Comprehensive Health Care, Patient Care Team, Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

Seguindo o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) o usuário deve ser o principal foco da atenção e não a doença, o que rompe com o modelo biomédico do cuidado. Assim, os saberes, cultura, história, qualidade de vida e opiniões do usuário e de sua família devem ser validadas de um modo que o mesmo seja considerado um sujeito ativo de seu tratamento, interferindo positivamente no processo saúde-doença (SILVA et al., 2013).

Dessa forma, pensar no cuidado em saúde envolve pensar no sujeito, no ambiente e em suas relações, levando em conta os contextos sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais. Por isso, os profissionais em saúde devem se comprometer com o cuidado em saúde além de se aproximar de práticas transformadoras existentes na atenção básica (PINTO et al., 2011).

Nesse contexto, encontra-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ferramenta que auxilia a organização da gestão do cuidado e permite diálogo alinhado entres os profissionais da Atenção Básica (AB), para o planejamento de ações preventivas e curativas às doenças, de promoção de saúde em um contexto complexo e multifatorial, possuindo enfoque coletivo ou individual (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

O PTS traduz um trabalho interdisciplinar, onde cada profissional tem a responsabilidade de acompanhar o usuário de forma longitudinal durante o tratamento, podendo buscar auxílio de outros serviços, para assegurar a continuidade e acompanhamento do cuidado. O envolvimento multidisciplinar oferece ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema e estratégias para sua resolubilidade. (PINTO et al., 2011; BRASIL, 2012).

O PTS deve ser desenvolvido seguindo etapas claras, onde se escolhe uma situação singular individual ou coletiva como foco da intervenção, seguida da avaliação da situação, levantamento e discussão de hipótese e diagnóstico, estabelecimento de metas e divisão de responsabilidades entre a equipe responsável pelo cuidado. Reavaliações periódicas do caso são importantes para realização de possíveis ajustes com o objetivo de alcançar o sucesso nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2007; BRASIL 2012). Assim, o PTS torna-se uma referência no planejamento do cuidado em saúde e para seu estabelecimento prescinde contar com o comprometimento dos profissionais da unidade de saúde, afim de que se oportunize cuidado integral à saúde dos usuários (CORRÊA, et al., 2016).

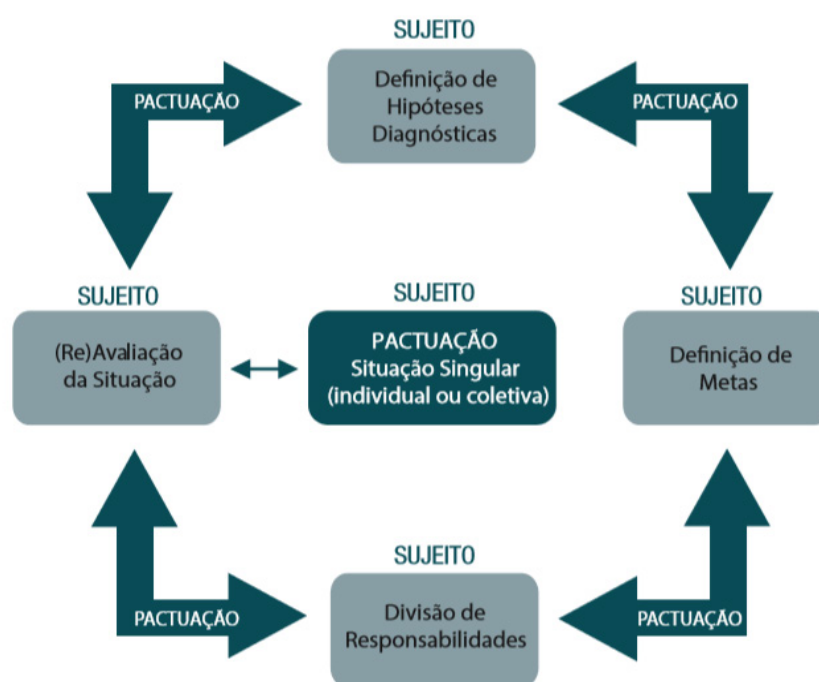


Figura 1 – Metodologia de Reavaliação do Processo de Trabalho em Saúde no PTS.

Fonte: (MIRANDA et.al, 2012).

2 | OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo relatar a importância da construção do PTS para o desenvolvimento do atendimento realizado por equipe multiprofissional, dentro de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um caso complexo onde a paciente apresentava quadro de paralisia cerebral e severo grau de epilepsia.

3 | METODOLOGIA

Foi realizado estudo descritivo, do tipo relato de experiência, ocorrido em uma ESF na cidade de Piracicaba/ São Paulo. Os dados foram coletados entre os anos de 2017 e 2018 através de análise de prontuário da paciente. A escolha deste documento justifica-se pelo fato de o prontuário ser um documento que contém o histórico da saúde do paciente e permite a identificação de suas necessidades. Em seguida foi realizada entrevista com a cirurgiã-dentista da unidade, que forneceu particularidades do caso e descreveu implementações e intervenções realizadas pela equipe. Após a coleta dos dados realizou-se a fase interpretativa afim de estabelecer relações entre as ações implantadas pela equipe a partir da construção do PTS e o a qualidade de saúde da paciente.

4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Foi desenvolvido um PTS numa unidade de no município de Piracicaba no ano de 2017, para a usuária AJS, 21 anos, portadora de epilepsia, transtorno mental, com quadros de Crise Convulsiva Tônico - Clônica (CCTC) e rebaixamento do desenvolvimento neuropsicomotor. A equipe de saúde envolvida foi: 1 enfermeira, 1 médico, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 1 cirurgiã-dentista, os quais foram identificados como profissionais referência no PTS. Além destes, a equipe pôde contar com o apoio de fisioterapeuta, psicopedagoga, fonoaudióloga para avaliação e atenção especializada.

O primeiro contato da equipe com a usuária ocorreu através da visita domiciliar em julho de 2017, realizada pelo agente comunitário de saúde, após a família da usuária se mudar para o território pertencente à unidade.

A visita domiciliar (VD) é um recurso utilizado pela equipe da ESF como forma de monitoramento, acompanhamento, intervenção e meio para criar vínculos com as famílias pertencentes ao território sob responsabilidade da equipe. Um momento rico em que é possível estabelecer relações, escuta qualificada e acolhimento. Além disto, favorece visão ampliada das condições de vida dos usuários, suas

interações, hábitos, rotinas e crenças pode identificar necessidades, situações de vulnerabilidade e risco à saúde, contribuindo de forma positiva para uma melhor coordenação das ações (BARBOSA et al., 2016).

Durante a primeira VD a casa da paciente foi realizada escuta criteriosa e qualificada das necessidades da família, o que favoreceu a formação de vínculo e apontou para a elaboração das primeiras intervenções que deveriam ser tomadas pela equipe para apoio mediante as necessidades apresentadas.

Numa segunda VD foi utilizado um formulário como instrumento que elenca dados importantes para que a equipe de saúde possa agregá-los subsidiando a construção de um PTS robusto, dirigido às demandas geralmente multifatoriais de cada caso complexo. Após o preenchimento do formulário, visitas domiciliares semanais tornaram-se meio de acompanhamento e compreensão da dinâmica familiar da usuária.

FORMULÁRIO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: _____
ACS: _____

IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS

NOME: _____
DN: / / IDADE: _____
ENDEREÇO: _____
TEL(S): _____
SITUAÇÃO DE TRABALHO:
 DESEMPREGADO QUANTO TEMPO:
 EMPREGADO FUNÇÃO:
 APOSENTADORIA
 BENEFÍCIO QUAL?

DADOS DO ATENDIMENTOS

1º CONTATO: V.D ATENDIMENTO DATA: / /
PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
MOTIVO: _____
O QUE JÁ FOI FEITO PELA ESF: _____
DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS (INDIVÍDUO OU COLETIVO):

IDENTIFICAR O QUE É PRIORIDADE ENTRE TODOS OS PROBLEMAS LISTADOS

SAÚDE FÍSICA	
COMUNICAÇÃO	
AVALIAÇÃO FUNCIONAL	
AVALIAÇÃO COGNITIVA	
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
SUPORTE SOCIAL	
MOBILIDADE	
ENCAMINHAMENTOS	
RELATÓRIO	

DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

PANO DE AÇÃO DA EQUIPE/INTERVENÇÃO
PROFISSIONAL/RESPONSÁVEL:

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

CURTO PRAZO	
MÉDIO PRAZO	
LONGO PRAZO	

PERIODICIDADE DO ACOMPANHAMENTO

PROFISSIONAL/ EQUIPE	TURNO DA VISITA	DATA

Figura 2 – Formulário para recolher dados para formulação do PTS.

Fonte: Elaboração própria.

Para a construção do PTS além do formulário a equipe ainda lançou mão de algumas ferramentas tecnológicas em saúde. A primeira delas foi o desenho de um Genograma, o qual favorece a compreensão da dinâmica familiar, onde são registradas informações sobre os sujeitos, história familiar (laços frágeis ou fortes,

rupturas, atritos), mudanças que ocorrem ao longo do tempo e influenciam no processo saúde-doença. Consiste em um importante instrumento no acompanhamento em saúde das famílias assistidas pela ESF. Este registro permite que os profissionais planejem ações tanto de assistência quanto de prevenção e promoção de saúde apoiados nos vínculos afetivos encontrados nos apontamentos do Genograma para promoção de atenção integral as famílias (BORGES et.al., 2015).

De acordo com o Genograma abaixo, o núcleo familiar da usuária AJS é composto por 08 integrantes, pai, mãe, quatro filhas e dois netos. As pessoas que geram renda para a família são a irmã da usuária e o pai.

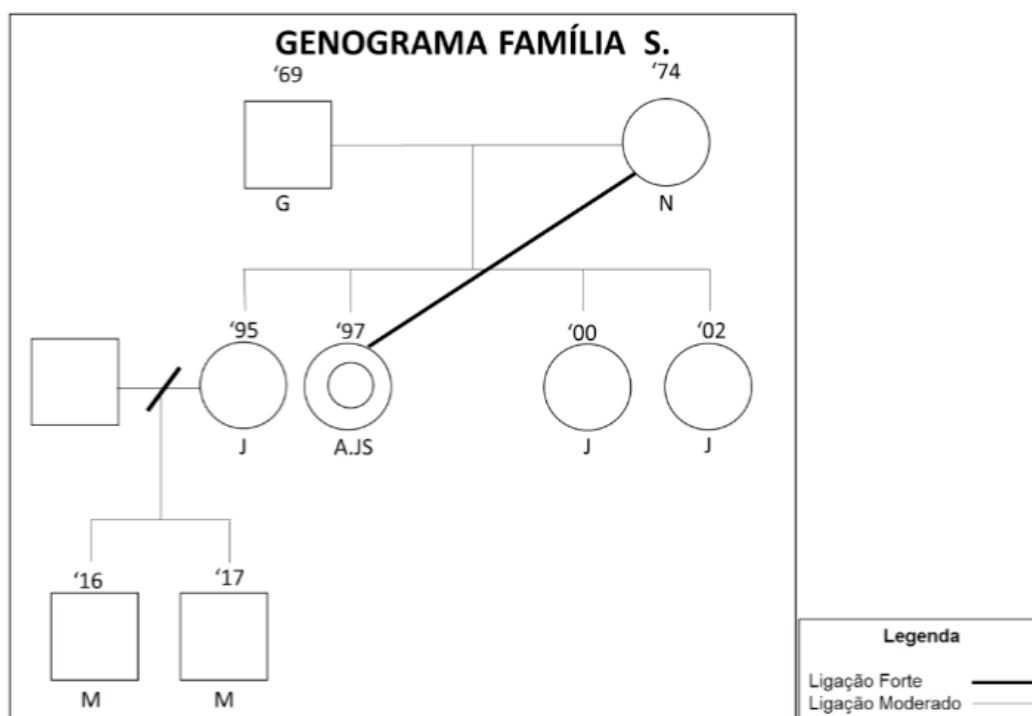


Figura 2 – Genograma da família da paciente AJS.

Fonte: Elaboração da equipe da ESF envolvida no PTS.

Nesse sentido o Genograma (que complementa e integra a história biomédica e psicossocial de um indivíduo) foi peça integrante para construção do PTS. Utilizando símbolos e tendo como indivíduo alvo a paciente AJS, tornou mais fácil a visualização da dinâmica, conflitos, doenças e ligações pessoais que acontecem nesse grupo familiar (MUNIZ E EISENSTEIN, 2009; MENDES, 2012).

Outra ferramenta tecnológica de apoio adicionada ao PTS foi o Ecomapa. Este instrumento identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita, por meio de símbolos e representações gráficas dos padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio. Apresenta grande relevância para a equipe saber como as relações se estabelecem, uma vez que a família, com poucas ligações, precisa de maior atenção visando a melhoria de seu bem-estar

(AGOSTINHO, 2007).

Neste relato de caso o Ecomapa teve como componentes de análise os seguintes itens: APAE do município natal da usuária (Cerquilho) como instituição apoiadora, ESF Santa Rosa como atual responsável pelo cuidado em saúde, e suporte financeiro através do trabalho do pai e de uma das irmãs.

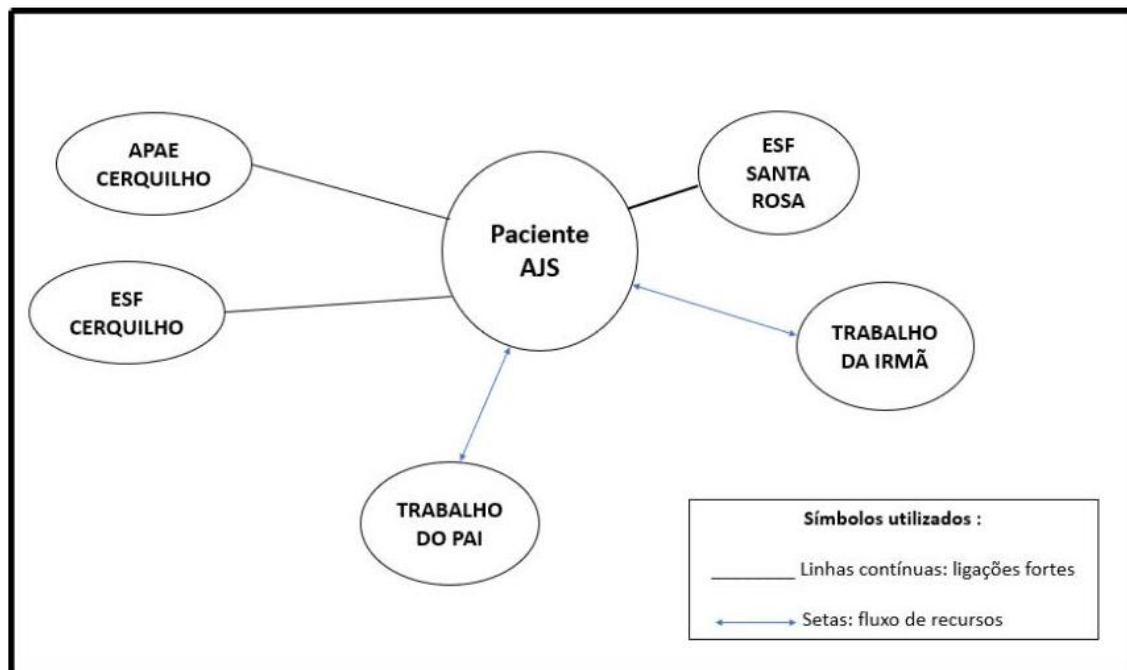


Figura 3– Ecomapa da família AJS.

Fonte: Elaboração da equipe da ESF envolvida no PTS.

Durante as VDs os familiares da paciente alvo foram incentivados a relatar suas expectativas ansiedades e medos. A mãe, cuidadora principal, relatou suas dificuldades e todo seu cansaço físico e emocional diante da complexidade do quadro de sua filha.

Os profissionais verificaram que a paciente apresentava dificuldade de locomoção, mas não realizava fisioterapia. Apresentava também alterações motoras, respiratórias, na deglutição e fala.

A equipe observou pontos críticos que necessitariam de intervenção: alimentação inadequada, sobrecarga do cuidador, baixa renda familiar, prontuário fragmentado e várias ausências como o acompanhamento multiprofissional, infraestrutura e acessibilidade na casa, higiene pessoal, informação, capacitação e possíveis alternativas para auxiliar o cuidado.

Diante do quadro clínico intrincado encontrado, a equipe definiu propostas e metas para possíveis intervenções, como levar à família orientações sobre exercícios domiciliares preventivos relativos à parte motora da paciente. Além disso, visando a continuidade do cuidado, foi solicitado a equipe de saúde que anteriormente fazia

acompanhamento da paciente que enviasse o prontuário, haja vista que a mesma veio de mudança de outro município.

Após a terceira VD, verificou-se mudança (piora) do quadro clínico da paciente tornando-se imprescindível mudanças nas intervenções por parte da equipe de ESF. A equipe então sugeriu atuação em duas abordagens distintas: uma preventiva e outra curativa. Na execução preventiva foi realizada orientação para a mãe (cuidadora principal), meios para evitar a formação de escaras, exercícios metabólicos, para mobilidade torácica e treinamento de sentar e levantar. No que diz respeito a abordagem curativa assistencial a ESF ofertou os seguintes serviços: agendamento de consulta com médico e enfermeira, prescrição de medicamentos e solicitação de

exames para identificar motivo do agravamento do quadro clínico da paciente.

Porém, o grupo familiar não demonstrou interesse em receber orientações preventivas da equipe de ESF, apesar desta vertente (a preventiva) ter sido definida em reunião de equipe como um dos fundamentais alicerces do PTS da paciente em questão. Tanto assim que nenhum outro membro da família acompanhou AJS em qualquer consulta à não ser a mãe.

A paciente AJS continua sob os cuidados da equipe de ESF, que através de VDs constantes monitora o estado de saúde da mesma e oferece apoio à mãe cuidadora. A paciente realiza consultas frequentes com neurologista, consultas a cada três meses com o médico da unidade para renovação de receitas e consulta odontológica a cada seis meses. Apesar desse acompanhamento, a usuária ainda não realiza fisioterapia, psicoterapia nem participa de oficinas terapêuticas devido à dificuldade de transporte.

5 | DISCUSSÃO

Poucos artigos tratam da aplicação do PTS como ferramenta de uso comum e corriqueiro nas UBS, embora vise colocar em prática os princípios do SUS, como a atenção integral do indivíduo e promoção de qualidade de vida com enfoque no usuário através da atuação de toda a equipe (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010)

Apesar de a construção de um PTS envolver vários profissionais de saúde, a formação acadêmica em saúde pública geralmente não aprofunda conhecimentos que deveriam integrar o conteúdo de disciplinas de acordo com Diretrizes Nacionais Curriculares (DCNs). (É uma ferramenta de grande valor e capacidade de aproximação de problemática intra e extra familiares que ainda parecem não ser devidamente abordadas nas academias (CARVALHO et al., 2012; TOASSI et.al, 2012).

A elaboração de um PTS exitoso envolve o compartilhamento de percepções e

reflexões de vários profissionais de diversas áreas de conhecimento, comprometidos pela compreensão e resolução da situação ou problema em questão. Assim, é desafiador elaborar um PTS visto que contém propostas que não envolvem apenas ação dos profissionais da AB e do apoio de serviços de saúde presentes no território, mas também, seu sucesso exige a presença e comprometimento do sujeito e o estabelecimento do vínculo entre a equipe (HORI e NASCIMENTO, 2014). Para que haja uma evolução no processo saúde-doença o indivíduo e sua família devem ter a consciência de seu protagonismo nesta mudança, haja vista que o próprio princípio do PTS envolve o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas articuladas a fim de facilitar o compartilhamento e a gestão do cuidado.

6 | CONCLUSÃO

Verifica-se que a proposta do PTS para a paciente em questão contribuiu positivamente para dar suporte a sua cuidadora, para a identificação das necessidades de cuidado à saúde da paciente bem como para o processo de assistência continuada. O trabalho e apoio à partir do olhar ampliado e acolhedor da equipe mostrou-se de extrema relevância para a melhora do quadro da paciente, que foi vista além de suas demandas físicas e mentais. Através de abordagem biopsicossocial, por intermédio do PTS a equipe levou em consideração o contexto familiar (contexto cultural, socioeconômico e crenças). Além disso, o trabalho realizado pela equipe de saúde durante o PTS, estudando e chegando a um tratamento individual do caso trouxe resultados positivos em vários domínios da saúde do paciente.

Diante de casos complexos e singulares em saúde lançar mão de um PTS contribui significativamente para o estabelecimento de planejamento adequado das intervenções, com definição de metas claras direcionadas às necessidades do caso.

A atenção multiprofissional no atendimento a paciente ressaltou a importância da APS como coordenadora do cuidado. Entretanto, é importante ressaltar que muito ainda deve ser realizado para potencial melhora das circunstâncias da paciente e sua família. Pode ser incluído no PTS ações de promoção em saúde que diminuam a ansiedade da principal cuidadora como participação em grupos de discussão realizados na unidade. Além de propostas que viabilizem o tratamento fisioterápico e psicoterápico da usuária que irão influenciar e impactar a melhora da qualidade de vida.

No entanto, percebe-se que existe a necessidade do envolvimento de mais profissionais e serviços de saúde a fim de ofertar atenção integral. Há também ainda que se desenvolver ações que estimulem maior adesão do conjunto familiar para a participação nos cuidados e desenvolvimento das ações propostas.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Rev. Port. Clin. Geral**, v. 23: 327-30, 2007.

BARBOSA, DCM et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.49, n.4:360-366, 2016.

BORGES, CD; COSTA, MM; FARIA, JG. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2: 133-141, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção domiciliar. **Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de Atenção Domiciliar. v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, LGP., et al A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.36, n. 3:526-530, 2012.

CORRÊA, VAF. et al. Projeto terapêutico singular: reflexões para a enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n. 6: 1-6, 2016.

HORI, AA; NASCIMENTO AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.8:3561-3571, 2014.

MENDES, Álvaro. Doenças hereditárias, aconselhamento genético e redes familiares e sociais: da ética intergeracional ao papel dos mais velhos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, n. Especial11: 199-216, 2012.

MIRANDA, FAC; COELHO, EBS; MORÉ, CLOO. Projeto terapêutico singular. Projeto terapêutico singular [Internet]. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**; 2012 [Acesso 03 abr 2020]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1089>

MUNIZ, JR; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in) formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 72-79, 2009.

NASCIMENTO, DDG; OLIVEIRA, MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo Saúde** (1995); 34(1):92-96, 2010.

PINTO, DM., et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Rev Texto Contexto Enferm**, v. 20, n.3: 493-302, 2011.

SILVA, EP., et al. Projeto terapêutico singular como estratégia da praticada multiprofissionalidade nas ações da saúde. **Rev. Bras. Cien. Sal**, v. 17, n. 2: 197-202, 2013.

TOASSI, RFC; DAVOGLIO, RS; LEMOS, VMA. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia. **Educação em Revista**, v. 28, n. 4: 223-242, 2012.

APLICATIVOS TRADUTORES PARA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS, PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE E USUÁRIOS NO CUIDADO AO CÂNCER

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 12/04/2020

Nadyr Cristina Bezerra

Enfermeira. Pós-graduanda em Auditoria em Enfermagem. Faculdade FAVENI.

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8705393074432933>

05073775597

Venâncio de Sant'Ana Tavares

Enfermeiro. Doutorando em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center. Docente assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/0987053231294557>

71463860404

Patrícia Shirley Alves de Sousa

Enfermeira. Mestre em Ciências. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2023639330712069>

04109508312

Andréa Cristina Bezerra Duarte

Discente em Pedagogia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/4413776592918358>

68898290500

Diana Lima Villela

Enfermeira, PHD em Ciências na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

São Paulo - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/2975821934729459>

22103794826

Luciana Paula Fernandes Dutra

Enfermeira. Doutoranda em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center. Docente assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3239266534970665>

83773509472

Lucineide Santos Silva

Enfermeira. Doutoranda em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center. Docente assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3046360095835240>

97632104534

Jorge Luis Cavalcanti Ramos

Engenheiro Elétrico, Doutor em Ciências da Computação. Docente adjunto do Colegiado de Engenharia de Computação da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1438322656914569>

48224260410

Sally Andrade Silveira

Enfermeira. Pós-Graduanda na Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela
Universidade Federal do Vale do São Francisco

Petrolina - PE

<http://lattes.cnpq.br/1526766433141825>

03243029597

Victor Hugo da Silva Martins

Enfermeiro. Mestrando em Educação pela Universidade de Pernambuco

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2931174725571956>

04465836503

Ana Letícia Freire Menezes

Enfermeira. Universidade Federal do Vale do São Francisco

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3920989747224824>

09916657408

Paula Ferrari Ferraz

Enfermeira. Universidade Federal do Vale do São Francisco

Petrolina - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/0205220025933173>

05778479530

RESUMO: Este estudo tem como objetivo conhecer os aplicativos tradutores disponíveis em língua portuguesa para LIBRAS e indicar qual(is) podem ajudar na comunicação entre usuários e profissionais de saúde. Trata-se de uma investigação por aplicativos tradutores de LIBRAS, onde foram encontrados cinco aplicativos voltados ao ensino de LIBRAS: VLibras, Hand Talk, Rybená, ProDeaf, Giulia. Esses aplicativos para smartphone que têm como função traduzir LIBRAS para português ou o contrário, representam uma alternativa favorável para desconstruir a barreira comunicativa entre profissionais e pacientes surdos. Percebe-se ainda diversos avanços no que se refere ao incremento da acessibilidade à pessoa surda a conhecimentos de saúde, no entanto, torna-se imperioso a continuidade dos esforços para a elaboração de ferramentas e dispositivos que garantam a acessibilidade e a integração social dos portadores de deficiência auditiva.

PALAVRAS-CHAVE: LIBRAS; Língua culta; Variação linguística; Dicionarização de termos.

TRANSLATORS FOR BRAZILIAN SIGN LANGUAGE, FOR HEALTH PROFESSIONALS AND USERS IN THE CARE OF CANCER

ABSTRACT: This study aims to know the translator applications available in Portuguese for LIBRAS and indicate which ones can help in the communication between users and health professionals. This is an investigation by LIBRAS translator applications, where five applications were found aimed at teaching LIBRAS: VLibras, Hand Talk, Rybená, ProDeaf, Giulia. These smartphone apps whose function is to translate LIBRAS into Portuguese or the other way around, represent a favorable alternative to deconstruct the communicative barrier between professionals and deaf patients. Several advances can also be perceived with regard to increasing accessibility to deaf people to health knowledge, however, it is imperative to continue efforts to develop tools and devices that guarantee accessibility and social integration of patients hearing impairment.

KEYWORDS: LIBRAS; Cultured language; Linguistic variation; Dictionary of terms.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer atualmente, é considerado o principal problema de saúde pública. Como também já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maior parte dos países (INCA,2020).

Desta forma a estimativa mais recente, do ano de 2018, aponta que ocorreram 18 milhões de casos novos de câncer no mundo, no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022 a estimativa é que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (INCA, 2019).

Na mulher o de mama é o primeiro mais frequente (24,2%) e no estado de Pernambuco estima-se 2390 casos. Já no homem o de próstata é considerado o segundo mais frequente (13,5%) e no estado de Pernambuco estima-se 2.630 casos (INCA,2019).

Mesmo com o avanço científico na formas de prevenção, no diagnóstico e tratamento do câncer, esta patologia ainda gera um grande impacto para o paciente e família. O câncer vem carregado de mistério, sofrimento, dor e frequentemente é sinônimo de “*sentença de morte*” para grande parte da população, contribuindo em uma parcela na busca precoce de informações. Estas podem ser veiculadas de várias maneiras, principalmente na atenção primária de saúde, por meio de folhetos informativos ou ainda através dos meios de comunicação como: televisão, rádio e atualmente, cada vez mais utilizando-se da internet, porém percebe-se uma carência de informações comprovadas cientificamente (BUETTO; SONOBE; ZAGO, 2014; ROCHA, 2019).

O câncer de próstata é o segundo câncer mais frequente em homens no mundo (BRAY et al., 2014). No Brasil, estimam-se 65.840 casos novos de câncer

de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata ocupa a primeira posição no país em todas as regiões brasileiras, com um risco estimado de 72,35/100 mil na região Nordeste, que ocupa a primeira posição entre as demais regiões do país (INCA, 2019). Com isso, vê-se que há uma necessidade de atenção, principalmente dos homens, com relação às medidas de prevenção e exames de rastreamento.

No Brasil, há cerca de 9,7 milhões de pessoas surdas, segundo o Censo IBGE/2010, por ser população minoritária, os surdos enfrentam incontáveis barreiras na acessibilidade em diversos serviços e o mesmo ocorre nos serviços de saúde (IBGE, 2010). Muitos dos profissionais da saúde não possuem o conhecimento mínimo da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), somando-se ao fato de que os surdos nem sempre são alfabetizados na língua portuguesa, ou estão acompanhados de tradutores, tendo, desta forma, dificuldade para comunicação formal, além de não se fazer entendido também quanto às queixas de saúde, sinais, sintomas, necessários ao atendimento de suas necessidades de saúde. Este obstáculo enfrentado pelos surdos resulta em falta de humanização na relação entre o profissional de saúde e o paciente (SOUZA et al., 2017).

A língua de sinais utiliza-se de gestos, expressões faciais e corporais, tal método não emite sons, são gesto-visuais. Diante desse cenário, o conhecimento humano perpassa a natureza e cria a tecnologia, supera-se então a noção de supercomputadores e alcança o imprescindível garantindo à pessoa com deficiência maior acessibilidade através de ferramentas, mecanismos e desenvolvimento de ferramentas computacionais de comunicação (SCATOLIM et al., 2017).

Um destas ferramentas mais utilizados é o telefone, o mesmo é um dos meios de comunicação mais antigos e atualizados ao mesmo tempo, ao longo do tempo o telefone, deu lugar ao telefone celular, hoje denominado smartphone, possibilitam que diversas funções sejam desempenhadas ao mesmo de uma simples ligação. Desta maneira, nota-se que o aparelho, é um dos meios tecnológicos mais utilizados para aprender e estudar (BRASIL; SANTOS; FERENHOF, 2018).

Smartphones e tablets são dispositivos que reúnem funções de telefone e computador/notebook, cujas telas atualmente têm de cinco a sete polegadas, podem executar diversas funções de forma simultânea, estão disseminados em duas principais plataformas, IOS® da Apple® e o Android® da Google®, em 2019 estimava-se haver 3,2 bilhões deles em todo mundo, no Brasil, calcula-se em torno de 141 milhões (GALINARI et al., 2016; STATISTAA, STATISTAB, 2020)

O uso destes aparelhos de comunicação para ensino e aprendizagem, vem crescendo a cada ano, com atualizações na tecnologia que ampliam a imersão e melhoram o processo de aprendizagem, estando presentes na área de Tecnologia

de Informação e Comunicação (TIC) com uma melhor interação entre usuário, aparelho e conteúdo apresentado (BRASIL; SANTOS; FERENHOF, 2018).

Visando a inclusão da maior quantidade possível de pessoas com deficiência auditiva na busca de informações de saúde, através de smartphones, muitos desenvolvedores buscaram formas de ajudá-los desenvolvendo aplicativos tradutores do português para LIBRAS, visto que muitos profissionais de saúde não conhecem a língua de sinais e o surdo por vezes não é oralizado (não alfabetizado no português).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é conhecer os aplicativos tradutores disponíveis em língua portuguesa para LIBRAS e indicar qual(is) podem ajudar na comunicação entre usuários e profissionais de saúde.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma investigação por aplicativos tradutores de LIBRAS no site de busca Google. Foram utilizados como critério de inclusão a disponibilidade dos aplicativos gratuitamente na Apple Store (IOS) e Google Play (Android) e após o download, a presença dos sinais relativos a dezesseis palavras escolhidas aleatoriamente (**dor, saúde, diarreia, obstetra, enfermeiro, injeção, febre, catapora, cirurgia, câncer, alergia, ginecologista, asma e queda, próstata, mama**). Ao pesquisar no Google, foram encontrados cinco aplicativos voltados ao ensino de LIBRAS: VLibras, Hand Talk, Rybená, ProDeaf, Giulia. Nenhum destes aplicativos encontrados disponibiliza o total de palavras/sinais previamente traduzidas em seu site. Por isto, não há como mencionar quantos sinais relacionados à área da saúde tem em cada um.

Esta pesquisa faz parte da tese “Vídeos educativos para prevenção de câncer para pessoas surdas: um estudo de intervenção”, submetido sob a CAAE: 77453417.5.0000.5196 e protocolo de aprovação nº 2.343.939.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao pesquisar no mecanismo de pesquisa do Google, foram encontrados cinco aplicativos voltados ao ensino de LIBRAS: VLibras, Hand Talk, Rybená, ProDeaf, Giulia. Nenhum destes aplicativos encontrados disponibiliza o total de palavras/sinais previamente traduzidas em seu site. Por isto, não há como mencionar quantos sinais relacionados à área da saúde tem em cada um. O VLibras, Hand Talk e o Rybená, podem ser encontrados nas duas lojas citadas. Já, o ProDeaf e o Giulia são disponibilizados somente para celulares com sistema Android. Ao inserir as palavras em cada aplicativo, observou-se se as mesmas eram soletradas ou se

havia sinais específicos cadastrados (Quadro 1). Assim, pode-se indicar qual dos aplicativos é o mais indicado para profissionais de saúde utilizarem como forma de comunicação e aprendizagem para melhor atendimento de pessoas surdas.

PALAVRAS	VLBRAS	HAND TALK	RYBENÁ	PRODEAF	GIULIA
DOR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
SAÚDE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
DIARREIA	Soletorado	Sim	Soletorado	Sim	Sim
OBSTETRA	Soletorado	Sim	Soletorado	Soletorado	Soletorado
ENFERMEIRO	Soletorado	Sim	Sim	Sim	Soletorado
INJEÇÃO	Sim	Sim	Sim	Soletorado	Sim
FEBRE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CATAPORA	Sim	Sim	Soletorado	Soletorado	Sim
CIRUGIA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
CÂNCER	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
ALERGIA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
GINECOLOGISTA	Soletorado	Sim	Soletorado	Soletorado	Soletorado
ASMA	Sim	Sim	Soletorado	Soletorado	Sim
QUEDA	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Mama	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Próstata	Soletorado	Soletorado	Sim	Não	Soletorado

Quadro 1 – Aplicativos e palavras escolhidas para identificar sintomatologia para usuários e profissionais da saúde.

Fonte: Os autores, 2020.

Com base nos benefícios e nas palavras escolhidas, observa-se que o Hand Talk é o aplicativo mais indicado atualmente, pois o mesmo possui grande parte dos sinais referentes às palavras escolhidas e está disponível gratuitamente nas duas principais lojas de aplicativos. Vale salientar que o Giulia, apesar de ser encontrado apenas na loja Google Play® e não possuir todos os sinais relacionados às palavras da tabela(1), além de ensinar o sinal, fala a palavra escolhida. Como também, recentemente, a Prodeaf fundiu-se a Hand Talk (BOGAS, 2018).

Sabe-se que para prestar uma assistência de qualidade a um paciente é

imprescindível boa comunicação ou seja comunicação efetiva. Nesse contexto, os aplicativos para smartphone que têm como função traduzir LIBRAS para português ou o contrário, representam uma alternativa favorável para desconstruir a barreira comunicativa entre profissionais e pacientes surdos. Contudo, percebe-se que existe a necessidade de aperfeiçoamento, visto que a Língua Brasileira de Sinais não é compreendida apenas como a gesticulação da língua portuguesa; trata-se de um complexo arranjo entre gestos, expressões faciais e corporais, de gramática própria (LUZ, 2019).

Um esforço para o incremento de sinais tem sido realizado através da plataforma colaborativa WIKILIBRAS, que está inserida no projeto VLibras iniciado em 2014 com financiamento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) do Governo Brasileiro em associação com o Laboratório de Aplicações de Vídeo Digital (LAVID) integrado ao Departamento de Informática (DI) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (VLIBRAS, 2020).

Suas características tornam difícil a reprodução, e até mesmo a tradução para o português, por meio de imagens usadas em aplicativos, visto que pode não ser sensível à complexidade da mensagem. Tendo em vista que a LIBRAS é um sistema linguístico constituído por regras, assim como outras línguas, sofrendo modificações específicas relacionadas ao meio social em que se insere. Dessa forma, variações linguísticas são comuns na língua de sinais. O que surge a partir da necessidade de cada comunidade surda de se comunicar, de transmitir sua mensagem, se tornando uma barreira na construção de um aplicativo que seja universal, que abranja todas as comunidades surdas, e dessa forma, seja melhor traduzida para o português (DIZEU; SILVA, 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa elencou vários aplicativos para ajudar no aprendizado de sinais na área da saúde, não apenas para ouvintes, como também para pessoas surdas, que podem utilizá-los inclusive durante o atendimento diário, garantindo um atendimento humanizado. Percebe-se ainda que os avanços tecnológicos nos aparelhos possibilitam o incremento da acessibilidade à pessoa surda aos conhecimentos de saúde, no entanto para que isto seja possível, evidencia-se a necessidade de unificar a contribuição dos sinais em um único vocabulário nacional, com os respectivos regionalismos devidamente identificados, porém considerando, quais sinais devam ser considerados como cultos e assim serem adotados por todos, evitando que determinados sinais sejam soletrados, ou mesmo que ajam duplicatas a exemplo da língua portuguesa, a exemplo disto é o Wikilibras.

Com isto, pode-se observar que, mesmo com tantas dificuldades, a tecnologia

está em favor das pessoas, para ajudar todos, sejam surdos ou ouvintes, em uma inclusão que é não só obrigatória, como também, necessária.

Não foi disponibilizado nos sites oficiais, nem informado nos aplicativos, o total de verbetes dos respectivos vocabulários, nem foram encontradas as respectivas validações, seja dos sinais contidos ou mesmo do layout dos aplicativos.

Demonstra-se assim que há avanços no que se refere à possibilidade de garantia da acessibilidade à pessoa surda, no entanto, torna-se imperioso a continuidade dos esforços para a elaboração de ferramentas e dispositivos que garantam a acessibilidade e a integração social dos portadores de deficiência auditiva.

REFERÊNCIAS

BOGAS, J. V. **Compramos a ProDeaf, nossa concorrente na tradução para Libras!**. 2018. Disponível em: <<http://blog.handtalk.me/tag/fusao/>>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

BRASIL, S. B.; SANTOS, B. P.; FERENHOF, H. A. **MOBILE LEARNING: um estudo exploratório sobre aprendizagem com mobilidade no Brasil**. International Journal of Knowledge Engineering and Management, v. 7, n. 19, p. 12-24, 2018. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/IJKEM/article/view/5239>>. Acesso em: 8 Abr. 2020.

BRAY, F. et al. **Planning and developing populations-based cancer registration in low-and middle-income settings**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2014. (IARC technical publication, n. 43). Disponível em: <http://www.rho.org/files/IARC_Planning_developing_cancer_registries_2014.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020

BUETTO, L. S.; SONOBE, H. M.; ZAGO, M. M. F. **Os direitos legais dos sobreviventes brasileiros com câncer**. Rev. PerspectivasOnLine, v. 5, n. 17, p. 142–148, 2014. Disponível em: <http://ojs3.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/486> Acesso em: 09 abr. 2020

GALINARI, R. et al. **Comércio eletrônico, tecnologias móveis e mídias sociais no Brasil**. **BNDES Setorial**, v. 41, p. 135–180, 2016. Disponível em: <<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/4285>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>> . Acesso em: 07 de abril de 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 07 de abril de 2020.

LUZ, H. S., **Uma Revisão de Estudos sobre o uso de Tecnologias Digitais Educacionais para o Ensino-aprendizagem da Comunidade Surda**. Interdisciplinary Scientific Journal, v.6, n.1, p.64-79, 2019. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/644/361/>>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

ROCHA, et. al. **Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total**. Rev. Cuidarte, v. 10, N. 1, 2019. Disponível em: <<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/4285>>. Acesso em: 11 Abr. 2020.

RYBENÁ. **Tradutor Libras Voz, Sobre**. Disponível em: <<http://portal.rybena.com.br/site-rybena/sobre>>.

html>. Acesso em: 03 ago. 2018.

SCATOLIM, Roberta Lucas et al., **Legislação e tecnologias assistivas: aspectos que asseguram a acessibilidade das pessoas com deficiências**. Revista do Núcleo de Educação a Distância da UNESP. 2017. Disponível em:<<https://ojs.ead.unesp.br/index.php/nead/article/view/InFor2120161>> Acesso em: 08 de mar. 2020

SILVA, P.R. da; SILVA, L. C. T. de Brito. **Variação linguística na Língua Brasileira de Sinais utilizada em Maceió/Alagoas**. Revista Leitura v. 1, nº 58. 2017. Disponível em:<<http://200.17.114.107/index.php/revistaleitura/article/view/3167/3366>> Acesso em: 08/02/2020

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de et al., **Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura**. Revista CEFAC, Montes Claros – MG, v.19, n.3, p. 395-405, Maio-Jun, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n3/1982-0216-rcefac-19-03-00395.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2018

STATISTAa. **Number of smartphone users worldwide from 2016 to 2021 (in billions)**. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide/>>. Acesso em: 03 Abr. 2020.

STATISTAb. **Number of mobile phone users in Brazil from 2013 to 2019 (in millions)** . Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/274695/forecast-of-mobile-phone-users-in-brazil/>>. Acesso em: 03 Abr. 2020.

VLIBRAS. **O que é o VLIBRAS?**. 2020 Disponível em: <<http://www.vlibras.gov.br/#vlibras>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

AS DIFICULDADES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATUAÇÃO EM UM NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 11/02/2020

Sara Helen Alves Gomes

Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV,
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/5288512795193252>

Valérya Nóbrega Salles

Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV,
Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

<http://lattes.cnpq.br/5669260551790894>

RESUMO: As Residências Multiprofissionais em Saúde – RMS – têm, em seu arcabouço pedagógico, práticas que colaboram com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, com foco no ensino-serviço, tendo como objetivo formar profissionais para atuarem no SUS de forma interdisciplinar, proporcionando ao usuário humanização e integralidade no cuidado com enfoque na atuação multiprofissional. Buscou-se relatar a atuação e dificuldades na integração ensino-serviço em uma perspectiva interdisciplinar no cenário de prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Mesmo diante dos desafios, as

residências possibilitam o desenvolvimento de competências de práticas de saúde formadoras e interdisciplinares, contribui para mudanças significativas na qualificação profissional e no cuidado integral à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Residência, Interdisciplinaridade, NASF, Integração, Ensino-serviço.

THE DIFFICULTIES OF TEACHING-SERVICE INTEGRATION IN OPERATING A FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER IN A MULTIPROFESSIONAL HEALTH RESIDENCE

ABSTRACT: Multiprofessional Residencies in Health – MRH – has in its pedagogical framework practices that collaborate with the guidelines and principles of the Unified Health System - UHS, focusing on teaching-service to residences with the objective of training professionals to work in UHS in an interdisciplinary way, providing to the user humanization and integrality in care with a focus on multiprofessional performance. It was sought to report the performance and difficulties in teaching-service integration in an interdisciplinary perspective in the practice scenario of the Family Health Support Center - FHSC. Even in the face of challenges,

residences enable the development of competencies in forming and interdisciplinary health practices, contributing to significant changes in professional qualification and comprehensive health care.

KEYWORDS: Residence, Interdisciplinarity, FHSC, Integration, Teaching-service

1 | INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde – RMS – configuram-se como uma modalidade de Pós-graduação Lato-Sensu, ocorrendo como educação em serviço, destinadas às categorias profissionais que integram a área da saúde (BRASIL, 2005). São pautadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, na busca da superação do modelo biomédico, sendo uma ferramenta importante para a formação e construção do SUS (ANDRADE, 2015). A interdisciplinaridade das RMS confere a elas o caráter inovador, pois visa à formação coletiva respeitando as especificidades de cada profissão. (ALVES et al., 2016).

No que tange ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF -, foi criado em 24 de janeiro de 2008 com a finalidade de reorganizar a assistência à saúde, sendo um incremento qualificador da Atenção Básica – AB (BRASIL, 2008). O trabalho do NASF tem como preceito básico a interdisciplinaridade, rompendo com a visão fragmentada tradicional de atenção à saúde no Brasil, prestando apoio às Equipes de Saúde da Família – ESF, objetivando-se oferecer uma atenção à saúde mais eficiente, contribuindo para o acesso da população a equipes multiprofissionais de áreas até então não contempladas no âmbito das ESF (BRASIL, 2010).

Já no que se refere ao SUS, de acordo com seu arcabouço jurídico e legal, tem papel formador nos processos de ensino e serviço, nessa perspectiva as pós-graduações, no formato das residências, têm um redirecionamento de suas estratégias a práticas de formação além do cuidado médico assistencial, no contexto do serviço por meio da Educação Permanente em Saúde - EPS e das práticas de trabalho em equipe (ARAÚJO et al., 2017). Sendo assim, o Trabalho multiprofissional deve extrapolar-se para uma perspectiva interdisciplinar, pois segundo Alvarenga et al. (2013), o risco da fragmentação do cuidado, sobrepondo profissões distintas, balizam a atuação de cada profissional. Já na atuação interprofissional, o trabalho em equipe é marcado pela reflexão da atuação de cada profissional, por meio da construção do conhecimento, com respeito às particularidades dos núcleos e saberes profissionais (BATISTA, 2012). Logo o objetivo deste trabalho é relatar a atuação e dificuldades na integração ensino-serviço em uma perspectiva interdisciplinar no cenário de prática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

2 | METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva do tipo relato de experiência realizado a partir da atuação e vivências de profissionais residentes inseridos em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Para análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas nos cenários de prática, foi utilizada a literatura científica existente sobre a temática. O período da experiência relatado foi de setembro a dezembro de 2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional de início apresentou dificuldades, pois ao longo da prática profissional dos residentes foi proposto o atendimento individualizado, sendo verificadas divergências entre o planejamento e execução das ações propostas e um distanciamento entre os profissionais que, apesar da compreensão da atuação interdisciplinar, a prática se mostrou ainda como desafio (LOCH-NECKEL, 2009), e ultrapassar essas práticas individuais para práticas interdisciplinares também é um grande desafio, no qual as residências se propõem (ARAUJO, 2017). Outro ponto importante de se ressaltar é o quadro reduzido de funcionários que contribuiu com essa problemática, pois os residentes acabaram cobrindo lacunas existentes no serviço devido à falta de profissionais, assim como uma sobrecarga aos preceptores, pois auxiliar os residentes não os isenta da assistência. A preceptoria exerce um papel fundamental na interlocução serviço-residente, porém a integração e percepção desse papel ainda é um desafio, devido ao baixo incentivo institucional, sobrecarga extenuante e a falta de investimentos na formação de preceptores (CHEADE, 2013). Durante a experiência, foi evidenciado que a precarização do trabalho em saúde, a carga horária exaustiva e a falta de comunicação entre os atores prejudicaram a formação e a integração ensino-serviço, o que acabou comprometendo a qualidade da atuação da equipe interdisciplinar, a integração ensino-serviço e a própria interação entre os atores que compõem esse sistema.

4 | CONCLUSÃO

Práticas relativas à interdisciplinaridade e à interação entre educação e processos de trabalho devem ser incentivadas nos serviços de saúde. A formação e a atuação interdisciplinares, e não apenas a mera aglutinação de diversas profissões distintas, devem ser trabalhadas, a fim de contribuir com práticas na atenção integral à saúde do usuário, assim como a formação adequada para preceptoria, requalificação da carga horária das RMS e maiores esclarecimentos do papel

do profissional residente. Considerando que a RMS é uma realidade recente, é preciso que ocorra a conscientização dos profissionais sobre o seu potencial papel transformador.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, José da Paz et al. **Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional**. *Enfermagem*. v. 7, n. 10, p. 5944–51, 2013.
- ALVES, Claudia Cristina et al. **Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde**. *Revista de Nutrição*, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 597–608, 2016.
- ANDRADE, Raquel. **A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional : um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde**. 2015. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, [s. l.], 2015.
- ARAUJO, Thaise et al. **Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores**. *Interfaces Comunicação Saúde Educação*. v. 21, n.62, p. 601-13, 2017.
- BATISTA, Nildo. **Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas**. Caderno FNEPAS. v. 2, p. 25, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de ab, 2005.**
- BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Diretriz do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- CHEADE, Fátima et al. **Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade**. *Cogitare Enferm*. v. 18 , n. 3, p.592-5. 2013.
- LOBATO, Carolina; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana. **A dimensão política na formação dos profissionais de saúde**. *Revista de Saúde Coletiva*. v. 22, n. 4, p. 1273-1291. 2012.
- LOCH-NECKEL, Gecioni et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 14, n. 1, p. 1463-1472. 2009.

ATENDIMENTO INICIAL AO POLITRAUMATIZADO: CONDUTAS DO ENFERMEIRO NA SALA VERMELHA

Data de aceite: 12/05/2020

Ana Carla Silva Alexandre

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE / Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/8832022730343469>

Jhenyff de Barros Remigio Limeira

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE / Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/2396658829629124>

Maria do Socorro Torres Galindo dos Santos

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/0928587911296793>

Vanessa de Carvalho Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/1740764268132146>

Vania Ribeiro de Holanda Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/8925690254365206>

Priscilla Stephanny Carvalho Matias Nascimento

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/7583171583242211>

Adriana Soares de Lima Leandro

Hospital Universitário da Universidade Federal do
Vale do São Francisco
Petrolina – PE

<http://lattes.cnpq.br/1048255389116867>

Nelson Miguel Galindo Neto

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/0593074026473891>

Robervam de Moura Pedroza

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/9100858477299357>

Adson Renato Bezerra Lacerda

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira
Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/8413043838036441>

Silvana Cavalcanti dos Santos

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira

Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/7047403186260136>

Cláudia Sorelle Cavalcanti de Santana

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco IFPE - Campus-
Pesqueira

Pesqueira – PE

<http://lattes.cnpq.br/7927590282667635>

RESUMO: O trauma múltiplo é um evento que afeta dois ou mais órgãos ou sistemas através de lesões que oferecem risco à vida. Devido à gravidade deste desequilíbrio no organismo, as taxas de mortalidade são alarmantes. Sabe-se que a maior ocorrência de mortes para vítimas politraumatizadas é durante a primeira hora após o acidente, o que revela a importância da assistência qualificada e eficaz para a redução de danos ao paciente. O principal objetivo deste estudo foi identificar procedimentos de enfermagem no atendimento inicial do paciente politraumatizado. Esta pesquisa trata-se de uma investigação transversal, quantitativa, realizada com 12 enfermeiros de um hospital referência de traumatismo, em maio de 2014. Os dados foram recolhidos por meio da verificação de atividades dos enfermeiros, prestadas ao politraumatizado na sala de emergência. Os resultados obtidos mostraram que apenas 33,3% dos profissionais são especialistas de urgência e emergência. A maior parte dos cuidados de enfermagem ocorreu de forma incompleta na avaliação inicial, de acordo com o protocolo internacional trauma. Nenhum dos profissionais instalaram monitoração cardíaca na vítima; e não houve o registro do nível de consciência. Além disso, apenas 41,7% dos cuidados de enfermagem foram imediatos. Verifica-se a fragilidade dos enfermeiros quanto a abordagem à vítima com lesões traumáticas, bem como a dificuldade de seguir os protocolos internacionais recomendadas para tal situação. Portanto, a melhora do conhecimento técnico-científico aprimora a qualificação da assistência prestada, e reduz as mortes e lesões secundárias resultantes de causas externas.

PALAVRAS-CHAVE: Emergências; Enfermagem em Emergências; Cuidado crítico; Traumatologia; Ferimentos e lesões.

INITIAL CARE TO THE POLITRAUMATIZED: NURSES 'CONDUCT AT THE RED ZONE

ABSTRACT: The main objective of this study was to identify nursing procedures in the initial care of multiple-trauma patients. A cross-sectional and quantitative research was

carried out with 12 nurses at a trauma- reference hospital in May of 2014. Data were collected through the verification of the nurses' activities, provided to the trauma patient in the emergency room. The results showed that only 33.3% of the professionals are urgency and emergency specialists. Most of the nursing cares occurred incompletely at the initial evaluation, according to the international trauma protocol. None of the professionals performed cardiac monitoring in the victim; there was neither evaluation nor recording of the level of consciousness. In addition, only 41.7% of the nursing cares were immediate. The nurses' fragility regarding the approach to the victim with traumatic injuries as well as the difficulty to follow international protocols recommended for such situation was noticed. Therefore, it was suggested to improve technical-scientific knowledge in order to reduce deaths and secondary injuries resulting from external causes.

KEYWORDS: Emergencies; Multiple trauma; Nursing assessment; Nursing care; Wounds and injuries.

1 | INTRODUÇÃO

O atendimento ao politraumatizado em seu contexto histórico, se deu mediante a uma tragédia ocorrida em 1976, em Nebraska, com a família do médico ortopedista James Styner, onde sua esposa faleceu imediatamente e seus filhos tiveram inúmeros traumas classificados de leves a graves, assim como o próprio médico Styner. A partir daí, ficou definida a padronização do atendimento ao politraumatizado, pois o ortopedista ao observar a forma de conduzir o atendimento, percebeu a limitação de preparo das equipes pré-hospitalares na assistência ao politrauma, e que carecia urgentemente de um método mais representativo (DAMIANI, 2018).

Trauma é um colapso fisiológico resultante de um impacto entre tecidos e o meio ambiente externo, causando trocas de energia entre eles (BONECA et al., 2017). Cerca de 5,8 milhões de pessoas todos os anos, mundialmente, sofrem lesões traumáticas especialmente advindas de acidentes de trânsito e violência, o que consiste em um sério problema de saúde pública e representa aproximadamente cerca de 10% dos óbitos, chegando a superar o número de mortes decorrentes de doenças como malária, tuberculose e HIV/AIDS combinados (GOMES et al., 2018).

Os altos índices de mortes decorrentes de trauma mostram a importância da urgência no fornecimento de atendimento adequado e organizado, esse atendimento imediato e qualificado tem o intuito de minimizar os danos causados por incidentes, evitando futuras sequelas pós-tratamento ou até mesmo a morte (GOMES et al., 2018).

Existe uma sequência utilizada no atendimento ao politraumatizado onde visa estabilizar o paciente tratando imediatamente o que ameaça a vida do mesmo, logo

em seguida conscientizar que mesmo não existindo um diagnóstico definitivo isso não deve ser um empecilho para a realização do tratamento correto e por último salientar que não é necessária uma história detalhada para se iniciar a avaliação do politraumatizado. Através disso o serviço ao politraumatizado segue uma ordem definida pelo mnemônico ABCDE (DAMIANI, 2018).

Para detectar possíveis lesões fatais ao paciente o ABCDE é uma forma de atendimento ao politraumatizado, definido de acordo com as lesões mais graves, tendo como significado: A (airways) – manter as vias aéreas descongestionadas e protegidas.; B (breathing) – respiração, ventilação e avaliação da oxigenação; C (circulation) – que corresponde a manutenção da circulação do paciente; D (disability) – se assemelha a uma avaliação neurológica por meio da Escala de Coma de Glasgow; E (exposure) – correlaciona-se a exposição e controle da temperatura do paciente. Esta sequência deve ser aplicada inicialmente no atendimento primário ao politraumatizado, podendo ser retomado durante a monitorização dos sinais vitais no exame secundário (RODRIGUES; GALVÃO; SANTANA, 2017).

Este modelo de avaliação foi sistematizado porque verificou-se que o trauma mata, seguindo uma cronologia previsível. Assim, por exemplo, obstrução das vias aéreas mata mais rápido do que a perda da capacidade de respiração, que mata mais rápida do que a redução do volume de sangue circulante, seguido do problema mais letal: A presença de uma massa, expansivo, e lesão intracraniana (JORDI et al., 2015).

O ATLS é um protocolo mundial para cuidados hospitalares, projetado para profissionais de saúde de um modo geral - médicos, enfermeiros, paramédicos, socorristas e bombeiros, que trabalham no paciente de trauma se importam tanto dentro como fora do ambiente hospitalar. Portanto, o problema completamente específico dos cuidados de enfermagem adaptações previstas no presente ambiente está contemplado neste protocolo (PFEIFER; PAPE, 2016; LAMPI et al., 2013).

No Brasil, o atendimento de emergência é caracterizado por altas taxas de vítimas politraumatizadas por causas externas. A abordagem inicial é de fundamental importância na redução da morbidade, mortalidade e lesões secundárias devido ao cuidado precária.

Este estudo teve como objetivo analisar o desempenho do enfermeiro em relação ao cuidado de paciente politraumatizado e o conhecimento protocolo ABCDE trauma e uso.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, com abordagem quantitativa desenvolvido em maio de 2014, num hospital público de Pernambuco. Este hospital público de alta complexidade

é uma instituição de referência na assistência a pacientes politraumatizados, com mais de 4 mil cuidados hospitalares realizados por mês (BRASIL, 2014).

A população do estudo foi composta por 14 enfermeiros que trabalham no hospital referido. Os critérios de inclusão foram ser um bacharel em enfermagem; trabalhar em um departamento de emergência (ED) dessa instituição há pelo menos 6 meses em um turno diário; e avaliar pelo menos um paciente politraumatizado durante o período de coleta de dados. Os critérios de exclusão corresponderam aos profissionais que estavam de férias, licenciados ou tiveram qualquer interrupção durante a avaliação do paciente.

Neste sentido, a amostra foi composta por 12 enfermeiros que se adequaram aos critérios estabelecidos, pois 2 estavam de férias. Após o aceite para a participação da pesquisa, a pesquisa foi explanada para os participantes, e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário sócio-demográfico observacional durante o atendimento inicial ao paciente politraumatizado, no que diz respeito às ordens de prioridades dos protocolos internacionais do trauma, mundialmente aceitos, como o ATLS. Vale a pena mencionar que um estudo piloto foi feito para pré-teste do questionário antes do início do estudo.

A pesquisa foi realizada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Ensino Superior, da cidade de Caruaru sob o nº 619.396.

O armazenamento e análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva por meio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

3 | RESULTADOS

Os enfermeiros participantes representaram 85,7% do número de profissionais da sala vermelha. O perfil sócio-demográfico evidenciou a variação da faixa etária entre 23 e 45 anos; 83,3% tinham menos de 39 anos de idade; 83,3% eram do sexo feminino; 58,3% solteiros e 41,7% não tinham filhos.

Quanto ao perfil profissional, a tabela 1 mostra que apenas 33,3% possuíam especialização em Urgência e Emergência. Metade dos profissionais (50,0%) exerciam atividades sem vínculos trabalhistas com a instituição. A maioria (83,3%) afirmou possuir mais de um emprego. A carga horária de trabalho predominou, com 91,7%, em 24x120 horas semanais. Quanto ao tempo de trabalho, 50,1% tinham 6 anos ou mais de atuação e 66,7% trabalhavam por 5 anos ou menos em serviço emergencial.

VARIÁVEL	PACIENTES	
	N	%
ESPECIALIDADE		
Enfermeira da emergência	3	25,0
Obstetrícia Enfermeira / ocupacional enfermeira de saúde	2	16,7
Enfermeira de saúde pública	2	16,7
Enfermeira da emergência / enfermeira de saúde pública	1	8,3
Outras	4	33,3
Total	12	100.0
TIPOS DE CONTRATO DE TRABALHO		
Trabalhadores temporários	6	50,0
Servidor público	4	33,3
Trabalhador Privado - contratos Social	2	16,7
Total	12	100.0
TURNO DE TRABALHO		
24h 120h x (mudança de escala)	11	91,7
8h (diariamente)	1	8,3
Total	12	100.0
2 ou mais trabalhos		
Sim	10	83,3
Não	2	16,7
Total	12	100.0
TEMPO TRABALHO COMO ENFERMEIRA (anos)		
<1	1	8,3
1 a 5	5	41,6
6-A 11	2	16,7
12 a 20	2	16,7
≥ 21	2	16,7
Total	12	100.0
TEMPO ÀS EMERGÊNCIA ENFERMEIRA (anos)		
<1	3	25,0
1 a 5	5	41,7
6-A 11	3	25,0
≥ 12	1	8,3
Total	12	100.0

Tabela 1. Perfil profissional dos enfermeiros das unidades de emergência. Caruaru-PE, Brasil, 2014.

Fonte: Caruaru de 2014.

Como preconiza o protocolo internacional do trauma, a avaliação inicial à vítima de trauma deve seguir uma sequência de procedimentos essenciais para uma assistência eficaz. Eles se dividem-se em: ABCDE; o momento A refere-se à abertura de vias aéreas. Observa-se na tabela 02 que 50% dos pacientes politraumatizado tiveram de instalação colar cervical, e aproximadamente 71,4% do procedimentos não foram realizados por enfermeiros especialistas em emergência. Referente a desobstrução de vias aéreas, 100% dos profissionais que realizaram

este procedimento eram especialista em emergência.

Quanto ao item B, referente à respiração, apenas 50% das vítimas receberam avaliação e conduta relacionada à respiração, assim como a instalação de cânula nasal, por especialistas em urgência e emergência.

A avaliação da circulação, item C do protocolo, apenas 30% dos acessos venosos periféricos foram realizados por profissionais emergencistas, no entanto, 75% da hemostasia foi realizada por estes. Destaca-se que nenhum profissional analisado neste estudo instalou a monitorização cardíaca nos pacientes politraumatizados.

Não houve relato dos profissionais quanto a avaliação do estado neurológico, assim como registros no prontuário das vítimas, o que impossibilitou a análise do item D, referente a esta condição.

Com relação à exposição da vítima, item E, observa-se que 62,5% da proteção contra hipotermia foi realizada por enfermeiros sem especialização na área de emergência, e 80% das vítimas também foram despidas por esses profissionais.

PROCEDIMENTOS POR ENFERMEIROS	ESPECIALIDADE DE EMERGÊNCIA			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
VIA AÉREA DE MANUTENÇÃO COM CERVICAL E PROTEÇÃO DA COLUNA				
Instalação do colar cervical	2	28,6	5	71,4
Manutenção das vias aéreas	3	100,0	0	0,0
Não testada	1	16,7	5	83,3
RESPIRAÇÃO				
Cânula nasal	3	50,0	3	50,0
Não testada	3	30,0	7	70,0
CIRCULAÇÃO				
Acesso venoso periférico	3	30,0	7	70,0
Hemostasia	3	75,0	1	25,0
Monitorização da pressão arterial	0	0,0	2	100,0
Não-invasiva cardíaca	0	0,0	0	0,0
Monitoração				
EXPOSIÇÃO				
Prevenção de hipotermia	3	37,5	5	62,5
Despir a vítima	1	20,0	4	80,0
Imobilização do paciente	1	33,3	2	66,7

Tabela 2. Atendimento inicial ao politraumatizado por especialidade em emergência. Caruaru-PE, Brasil, 2014.

Fonte: Caruaru, 2014.

A distribuição dos procedimentos realizados de acordo com o tempo de resposta por tipo de ocorrência. A tabela 03 mostra que todas as vítimas de acidentes de carro recebeu atendimento imediato; cerca de 50,0% dos acidentes de motocicleta foram atendidos em 11 a 20 minutos, enquanto nenhum dos outros tipos de lesões como agressões e armas brancas foram atendidas em menos de 11 minutos.

TEMPO DE RESPOSTA	TIPO DE ACIDENTE					
	Acidente de carro		Acidente de moto		Outras	
	n	%	N	%	n	%
Imediato	12	100.0	5	41,7	0	0.0
Até 10 minutos	0	0.0	1	8,3	0	0.0
Entre 11 a 20 minutos	0	0.0	6	50,0	12	100.0
Total	12	100.0	12	100.0	12	100.0

Tabela 3. Distribuição dos procedimentos realizados por um tempo de resposta de frequência para o tipo de atendimento. Caruaru- Pernambuco, Brasil de 2014.

Fonte: Caruaru, 2014

4 | DISCUSSÃO

Os acidentes são a transferência de energia de um ou mais objetos para as vítimas que provoca lesões. Além disso, pode levar a graves problemas de saúde e uma gravidade das lesões variadas. Trauma reflete em um grande problema de saúde pública mundial, porque os acidentes de trânsito apresentam uma alta incidência de jovens vítimas, impacto social e económico negativo que tem consequências directas na força de trabalho. No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de mortes, e nas últimas duas décadas, os acidentes de trânsito tem a liderança como a principal causa dessas mortes (PESTANA *et al.*, 2013; BRASIL, 2014).

Os enfermeiros urgencistas são essenciais para a prestação de cuidados de trauma qualidade como uma chave para reduzir riscos e complicações médicas, proporcionando segurança e qualidade de vida para o cliente. Os profissionais que trabalham na necessidade de usar um conhecimento altamente técnico-científica, um paciente com foco e cuidado holístico para orientar o atendimento inicial e melhorar a qualidade. Continuamente, o processo de tomada de decisão tem que ser hábil para cada situação em sua vida diária, e eles precisam para enfrentar todos intercorrências como importante maturação técnica (LARSSON *et al.*, 2016). No entanto, como observado na tabela 1, esta prioridade não ocorreu na unidade de estudo, uma vez que nem todos os profissionais são especialistas e a maioria deles têm pouca experiência nessa área.

Os enfermeiros devem ser especialistas, e deve ter tido uma base teórica, liderança, proatividade, agilidade, maturidade, inteligência emocional e atualização profissional para atuar de situações inesperadas e riscos que envolvem o paciente de forma objetiva e sincronizado com todo o pessoal bem (JORDI *et al.*, 2015, BRASIL, 2014).

Além de toda especialização e aprimoramento técnico e científico contínuo, é uma necessidade do enfermeiro urgentista para melhorar-se como profissionais para promover a melhor avaliação, tratamento, cuidado holístico e individual para

beneficiar a pessoa, a família e a comunidade. Um estudo brasileiro, com 146 enfermeiros, enfatiza que os enfermeiros reconhecem que a educação contínua é um importante ferramenta que tem uma influência positiva no cuidado de enfermagem de uma forma que eles poderiam melhorar os seus conhecimentos (BEZERRA *et al.*, 2012).

Os avanços obtidos ao longo do tempo no atendimento de emergência têm contribuído para o desenvolvimento de tecnologias complexas e especializadas que permitem a sobrevivência de pacientes de trauma, independentemente do nível da lesão. No entanto, há uma corrente crescente discussão mundial em combinar avanços tecnológicos com um cuidado com base em raciocínio crítico-reflexiva realizada por profissionais que trabalham no atendimento inicial do paciente politraumatizado (LARSSON *et al.*, 2016).

O ABCDE é um método que deve ser seguido por atendimento inicial da vítima de trauma, e os usos profissionais este atributo para identificar lesões, determinando medidas de intervenção com o objetivo de manter estável a hemodinâmica do paciente, e tratar as irregularidades, seguindo uma ordem de prioridades conhecido no mundo todo. (LAWTON *et al.*, 2014; LAMPI *et al.*, 2013).

Os pacientes com traumatismos múltiplos deve ser tratada em um curto período de tempo e, dependendo da biomecânica do trauma e da região anatômica que tem sido alcançado, a gravidade do evento provoca grandes danos às suas funções vitais, e pode causar, por causa da cuidados de atraso, seqüelas irreversíveis e até mesmo a morte (PFEIFER; PAPE, 2016). O tratamento das principais condições que ameaçam a vida trauma requer uma ação imediata (SOARES *et al.*, 2015).

A execução desse processo durante a pesquisa observacional de trabalho do enfermeiro em estudo foi realizado, mesmo que incompleta, e notou-se que alguns profissionais de distribuir as tarefas com os membros de sua equipe na admissão do cliente. A Equipe de Enfermagem necessita de um olhar técnica e cientificamente sobre os procedimentos ABCDE antes de seu desempenho com os pacientes gravemente feridos (JORDI *et al.*, 2015; MOCERI; DREVDAHL, 2014).

Ao se referir a todas as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem em um hospital, podemos dizer que, mesmo quando esses profissionais estão envolvidos na prestação de atendimento direto ao paciente, em muitos casos; há uma sobrecarga de atividades administrativas em detrimento das atividades de assistência e de ensino (MOCERI; DREVDAHL, 2014).

É necessário destacar as necessidades de enfermeiros a repensar a sua prática profissional, uma vez que assumir a sua função primária como coordenador dos cuidados de enfermagem, implementando-o através de um esquema de planejamento. Ao mesmo tempo em que é garantido o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativa, assistência e ensino) e, conseqüentemente,

promovida a melhor organização do trabalho da equipe, que começa a dirigir os seus esforços em grande parte de um objetivo comum que é o de proporcionar assistência de qualidade, tendo em conta as necessidades reais apresentados pelos pacientes ao seu cuidado (SOARES *et al.*, 2015).

Estudo realizado em Maringá Brasil em 2014, com 45 médicos aponta que apenas 30% analisou a avaliação neurológica no ABCDE e a média de permanência de 6 horas preconizadas para emergências foi de apenas 10% dos pacientes. Esses dados, apresentam a fragilidade geral dos profissionais de saúde durante a avaliação ao politraumatizado, bem como a não resolutividade em tempo efetivo (MARQUES *et al.*, 2016)

Durante a execução desse estudo, observou-se que houve uma limitação quanto as habilidades uma vez que o protocolo ABCDE quase não foram cobrados, porque eles foram considerados especialistas nessas áreas. Não houve diferença significativa entre os especialistas e não especialistas relacionados com a avaliação e tratamento desses pacientes politraumatizados.

5 | CONCLUSÃO

O atendimento de urgência prestado por essas especialidades, deve ser ligado ao tipo de lesão da vítima e ao procedimento específico para cada cliente. Esses fatores devem ser levados em conta, buscando a análise científica no cuidado e levando a excelência do desempenho.

Implementação de protocolos mundialmente conhecidas são uma ferramenta importante para ajudar o enfermeiro de emergência, porque é devido ao fato de que os profissionais organizam e priorizam as ações de enfermagem para a vítima de trauma grave, que precisa de avaliação e classificação constante em um ambiente estressante, como a tomada de decisões.

O cuidado de enfermagem maneira geral realizada na instituição estudada mostrou fragilidade dos profissionais sobre a abordagem inicial ao paciente traumatizado. Percebe-se a necessidade de percepção reflexiva, a fim de compreender a razão para cada cuidado, contribuindo para a desmistificação do aspecto técnico designado para profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. L. Q. *et al.* O processo de educação continuada a partir da perspectiva de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 14, n 3, p. 618-25, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf>. Acesso em: 12 fev 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DATASUS. Informação de saúde. As estatísticas de mortalidade. Mortes causadas por causas externas e as taxas de mortalidade no Brasil. Brasília, DF, 2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c09.def>. Acesso em: 12 fev 2020.

BONECA, D. *et al.* Penetrando pacientes com trauma torácico com desarranjo fisiológico bruta: a responsabilidade pelo cirurgião geral na ausência de trauma ou cirurgião cardiorácico? **Mundial J Surg.** v.41, n.1, p.170-175, 2017. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27553197>. Acesso em: 12 fev 2020.

DAMIANI, D. Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado. Revisão crítica. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica.** São Paulo. v.15, n.2, p.131-136, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875615/152_131-136.pdf. Acesso em: 12 fev 2020.

GOMES, A. T. L. *et al.* Validação de protocolos gráficos para avaliação da segurança do paciente politraumatizado. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, n. 5, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000500504. Acesso em 12 fev 2020.

JORDI, L. K. *et al.* Precisão e auto-percepção capacidade dos enfermeiros usando o Gravidade Indextriagetool de emergência: Um estudo transversal em quatro hospitais suíços. **Scand J Trauma Resus.** v. 23, p. 62, 2015. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-015-0142-y>. Acesso em: 12 fev 2020.

LAMPI, H. *et al.* Desempenho triagem de médicos suecos usando o algoritmo ATLS em um incidente de massa acidente simulado: um estudo transversal prospectivo. **Scand J Trauma Resus.** v.21, p.90, 2013. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-7241-21-90>. Acesso em 12 fev 2020.

LARSSON, L. *et al.* Atendimento pré-hospitalar Fast Track para pacientes com fratura de quadril: Impacto no tempo de cirurgia, tempo de internação, complicações pós-operatórias e mortalidade Um estudo randomizado, controlado julgamento. **INJURY**, v. 47, n. 4, p.881- 886, 2016. Disponível em: [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(16\)00068-1/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(16)00068-1/fulltext). Acesso em 12 fev 2020.

MARQUES, V. D. *et al.* Avaliação do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito por plantonista clínico e cirurgião na sala de emergência hospitalar. **Rev do Colégio Brasileiro de Cirurgias.** Rio de Janeiro.v.43, n.6. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912016000600458&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 12 fev 2020.

MOCERI, J. T; DREVDAHL, D. J. **Conhecimento e Atitudes** .Nurses' Toward Dor no Departamento de Emergência. *J Emerg Nurs.* v..40, n.1, p.6-12. 2014. Disponível em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(12\)00192-4/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(12)00192-4/fulltext). Acesso em 12 fev 2020.

PESTANA, A. *et al.*. Estratégias de promoção da saúde e prevenção de acidentes no ambiente domiciliar: uma análise reflexiva. **Journal of Nursing UFPE**, v.7, n.11, p..6524-6532, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12300>. Acesso em: 12 fev 2020.

PFEIFER, R.; PAPE, H. C. Diagnóstico e estratégias de tratamento para pacientes politraumatizados. **Chirurg**, v. 87, n.2, p.165-173, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00104-015-0139-0>. Acesso em 12 fev 2020.

RODRIGUES, M. S; GALVÃO, I. M; SANTANA, L. F. Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. **Revista De Medicina.** São Paulo. v.96, n.4, p.278-280, 2017. Disponível em:<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/123390>. Acesso em: 12 fev 2020.

SOARES, G.D. *et al.* Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 23, n.1, p. 115-121, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a19.pdf>. Acesso em: 12 fev 2020.

LAWTON, L.D. A utilidade da Advanced Trauma Life Support (ATLS) Choque clínica classificação na avaliação de trauma. **Emerg Med J**. v.31, n.5, p.384-9, 2014. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/31/5/384>. Acesso em: 12 fev 2020.

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ESGOTAMENTO (BURNOUT) EM UM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 26/02/2020

Andrielle Cristina Chaikoski

Universidade Estadual de Ponta Grossa /
Departamento de Medicina
Ponta Grossa – PR
<http://lattes.cnpq.br/7436321480702797>

Fabiana Postiglione Mansani

Universidade Estadual de Ponta Grossa/
Departamento de Medicina
Ponta Grossa -PR
<http://lattes.cnpq.br/0240004789714970>

Felício de Freitas Netto

Universidade Estadual de Ponta Grossa /
Departamento de Medicina
Ponta Grossa – PR
<http://lattes.cnpq.br/1671468480841732>

RESUMO: Níveis alarmantes de transtornos psiquiátricos em programas de pós-graduação vem sendo divulgados por pesquisas nos últimos tempos. Fatores como extensa carga horária, grande quantidade de atividades, falta de convívio social, dentre outros vem sendo relacionados à altos índices de depressão, ansiedade, esgotamento físico e mental. Um dos transtornos psiquiátricos comuns a

esse meio é a síndrome Burnout, entendida como um conceito multidimensional que envolve 3 componentes: exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal nos afazeres pessoais. Neste trabalho, realizamos um levantamento acerca da saúde mental dos pós-graduandos em ciências da saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Para avaliação da Síndrome de Burnout, foi aplicado o questionário de Maslach Burnout Inventory. Observou-se que houve associação significativa entre lazer e BurnoutDP e entre uso de psicotrópico e BurnoutEE. Assim, fica evidente que há necessidade de um olhar cauteloso aos problemas psiquiátricos como a Síndrome de Burnout em estudantes universitários, sobretudo aos que estão na pós-graduação, a fim de diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

EVALUATION OF THE EXHAUST LEVELS (BURNOUT) IN A POSTGRADUATION PROGRAM

ABSTRACT: Alarming levels of psychiatric disorders in postgraduation program have been released by research in recent times. Factors such as extensive, large workload, number of activities, lack of social interaction, among

others, have been related to the high rates of depression, anxiety, physical and mental exhaustion. One of the common psychiatric disorders to this group is Burnout syndrome, understood as a multidimensional concept approach involving 3 components: emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal involvement in personal matters. In this work, we performed a mental health research of undergraduate health sciences students State University of Ponta Grossa. For the assessment of Burnout Syndrome, The Maslach Burnout Inventory questionnaire was applied. It was observed that there was an association between leisure and BurnoutDP and between use of psychotropics and BurnoutEE. So, it is evident the need for a careful analysis of psychiatric problems such as Burnout syndrome in college students, especially those in graduate school, to reduce suffering and improve their quality of life.

KEYWORDS: Burnout, Esgotamento Profissional, Pós-graduação.

1 | INTRODUÇÃO

Níveis alarmantes de transtornos psiquiátricos em programas de pós-graduação vem sendo divulgados por pesquisas nos últimos tempos. Esses estudantes são frequentemente expostos à diversas situações as quais precisam de adaptação, como demandas e pressões externas vindas da família, do convívio social, do trabalho e do ambiente escolar. Acrescenta-se a isso as responsabilidades, obrigações, autocríticas, distúrbios fisiológicos e patológicos. Esses problemas dentre outros vem sendo relacionados aos altos índices de depressão, ansiedade e esgotamento físico e mental nessa população (RIOS, 2006). Pesquisas recentes vêm evidenciando uma maior prevalência de quadros de ansiedade, depressão e Burnout em estudantes de pós-graduação (LOWE *et al.*, 2008; SILVA e VIEIRA, 2015; SOUZA *et al.*, 2010).

Pesquisas brasileiras sobre o estresse, depressão e sua relação com o desempenho acadêmico e a vida dos universitários são escassas comparativamente à produção internacional no assunto. Um dos transtornos psiquiátricos mais comuns a esse meio é a síndrome Burnout. Esta síndrome foi mencionada pela primeira vez nos Estados Unidos na década de 70, nos estudos de Freudenberger, cujos achados evidenciaram a situação física e mental prejudicial dos trabalhadores de uma clínica de desintoxicação, que incluiu sintomas como exaustão, irritação e cinismo pacientes (OLMEDO, 1998). Estudos recentes apontam que estudantes podem desenvolver a síndrome de Burnout, principalmente os de pós-graduação, tendo em vista as exigências e pressões características do ambiente acadêmico (SILVA e VIEIRA, 2015). A definição mais aceita sobre a síndrome de Burnout fundamenta-se na perspectiva social- psicológica de Maslach & Jackson, que classificaram a síndrome entendida como um conceito multidimensional em três dimensões: Exaustão Emocional

(escassez de energia e de recursos emocionais próprios), despersonalização (desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas) e falta de envolvimento pessoal nos afazeres pessoais (MASLACH e JACKSON, 1981).

O tema do burnout tem sido pesquisado em vários países e é considerado um problema global. Portanto, a frequência e a distribuição da Síndrome de Burnout tornaram-se algo de preocupante, razão pela qual tem sido muito pesquisada (INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION, 2013). Assim, uma das escalas mais utilizadas para avaliar a Síndrome de é a MBI (Maslach Burnout Inventory), elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson (MONTE *et al.*, 2010).

O MBI é um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências de seu processo. É um instrumento multifatorial com três versões. Duas versões são formadas por 22 itens cada, distribuídos entre os fatores Exaustão Emocional (9 itens; p.ex., sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho), Despersonalização (5 itens; p.ex., trato alguns pacientes como se eles fossem objetos) e Realização Pessoal (8 itens; p.ex., eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho). Cada item está acompanhado por uma escala de resposta de 7 pontos (nunca até todos os dias) que mensura a freqüência de sentimentos relacionados à síndrome. Uma dessas versões destina-se aos profissionais cujo trabalho tem caráter assistencial (MBI – Human Services Survey) e a outra se direciona aos trabalhadores do ensino (MBI – Educators Survey). Uma terceira versão do MBI, a General Survey, com 16 itens, é utilizada em categorias profissionais que não se enquadram nos dois grupos anteriores (MASLACH, JACKSON e LEITER, 1996).

Neste trabalho, os questionários MBI foram autoaplicados por alunos da pós-graduação em Ciências da saúde (PPGCS-UEPG). O resultado obtido pelas escalas avaliadas evidenciou a necessidade de se buscar programas de apoio a essas pessoas, garantindo que estes profissionais estejam preparados para se tornarem força de trabalho com saúde mental. Uma das alternativas é educar os professores e orientadores sobre saúde mental, com treinamentos, que visem comprovar que há capacidade de apoiar seus orientandos, fornecendo orientação e encaminhamento adequado. Também deve-se quebrar o estigma de que os acadêmicos não podem expressar suas dificuldades e angustias, podendo assim melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa científica enquadra-se na categoria estudo descritivo, transversal, do tipo exploratório e de ordem quantitativa. A amostra estudada foi formada por alunos dos Programas de Pós-Graduação da temática de saúde em

uma universidade estadual no sul do Brasil, sendo eles: Mestrado em Ciências da Saúde (interdisciplinar), Mestrado em Odontologia e Doutorado em Odontologia. A coleta de dados foi realizada de setembro de 2018 a maio de 2019, contando com a participação de 69 indivíduos de um total de 134 alunos matriculados. Dos 65 alunos faltantes para completar o total de 134 matriculados nos programas de Pós-Graduação, 61 não foram abordados, e 4 se negaram participar da pesquisa. Na amostra dos 69 participantes, 25 estudantes pertenciam ao programa de pós-graduação em Ciências da Saúde e 44 estavam vinculados aos programas de pós-graduação em Odontologia, sendo 19 alunos do mestrado e 25 alunos do doutorado. Os questionários foram entregues e auto aplicados pelos 69 participantes, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para aferição de variáveis descritivas e caracterização da amostra os pesquisadores utilizaram questionário sociodemográfico e complementar, proposto pelos autores, contendo variáveis como sexo, idade, frequência de realização de atividades de lazer, moradia compartilhada, presença de parceiro fixo, renda familiar, tabagismo, ingestão de bebidas de álcool, uso de drogas ilícitas, estimulantes do Sistema Nervoso Central, remédios de uso contínuo, presença de doenças, realização de tratamento psicológico/psicoterapia e/ou médico para transtornos mentais (com psiquiatra, neurologista ou clínico geral). Para o diagnóstico da Síndrome de Burnout, foi aplicado a Maslach Burnout Inventory (DP e EE). Os questionários foram autoaplicados por alunos da pós-graduação em Ciências da saúde (PPGCS-UEPG) e de Odontologia (mestrado e doutorado). Os resultados obtidos pelas escalas avaliadas foram coletados e tabulados pelos pesquisadores e foram efetuadas análises estatísticas para comparação entre os diferentes cursos deste programa, gênero, idade, uso de medicamentos, entre outros. As variáveis associadas às diferentes escalas Maslach Burnout Inventory (MBI – DP e MBI – EE) foram: Transtorno de ansiedade generalizado, transtorno depressivo maior, sexo, idade, lazer, com quem mora, estado civil, renda (reais), tabagismo atual, ingestão de álcool, uso de drogas, uso de maconha, uso de neuroestimulante, uso de psicoterápico, tratamento psiquiátrico, uso de psicotrópico, comorbidades psiquiátricas, satisfação com rendimento acadêmico. As variáveis foram analisadas utilizando-se frequências absoluta e relativa. Foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para analisar as associações. A significância estatística foi estabelecida com valor de $p < 0,05$. Os dados foram processados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Office Excel® 2010 para Windows®. A análise estatística foi obtida com o auxílio do Programa *Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS *Statistics*), versão 15.0.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade entre todos os participantes variou de 22 a 56 anos, sendo 25 (36,2%) com idade até 29 anos e 44 (63,8%) acima de 30 anos, onde 20 (29%) eram homens e 49 (71%) eram mulheres. Dentre todos apenas 13 (18,8%) moravam sozinhos e 56 (81,2%) com outra(s) pessoa(s), desses últimos 53 (76,8%) tinham parceiro fixo e 16 (23,2%) não tinham. Em relação a renda mensal, 17 (24,6%) reportaram renda familiar de até R\$3.000,00 e 52 (75,4%) renda acima de R\$3.000,00. As variáveis associadas às diferentes escalas Maslach Burnout Inventory (MBI – DP e MBI – EE) foram: Transtorno de ansiedade generalizado, transtorno depressivo maior, sexo, idade, lazer, com quem mora, estado civil, renda (reais), tabagismo atual, ingestão de álcool, uso de drogas, uso de maconha, uso de neuroestimulante, uso de psicoterápico, tratamento psiquiátrico, uso de psicotrópico, comorbidades psiquiátricas, satisfação com rendimento acadêmico.

Observou-se que houve associação significativa entre o lazer e BurnoutDP. Realizar sempre o lazer foi associado a maior proporção de baixo nível de BurnoutDP (66,7%) e também houve associação significativa entre o uso de psicotrópico e BurnoutEE. Usar psicotrópico foi associado a maior proporção de baixo nível de BurnoutEE (33,3%).

Os dados mais importantes do presente estudo estão relacionados a aferição das prevalências dos alunos de pós-graduação entrevistados, em uma Universidade Estadual do Sul do Brasil, quanto ao BurnoutBP foram 69,5 % leve, 23,1 % moderada e 7,2% severa e de BurnoutEE 21,7 leve, 26,0 % moderada e 52,1 % severa. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos no Brasil, mostrando uma similaridade quantitativa das prevalências registradas de Burnout na população estudada e as reportadas nas diversas publicações citadas anteriormente, em que os níveis encontrados são elevados (SILVA e VIEIRA, 2015; SOUZA et. al., 2010). É importante ressaltar que alunos de pós-graduação estão sujeitos a enfrentar estes transtornos, devido a todo o contexto em que estão inseridos, conforme descrito na literatura o desgaste não é só físico, mas também emocional, de causa acadêmica ou pessoal, e tem impactado de maneira extrema na saúde mental desta população.

4 | CONCLUSÕES

Fica evidente que há necessidade de um olhar cauteloso aos problemas psiquiátricos como a Síndrome de Burnout em estudantes universitários, sobretudo aos que estão na pós- graduação, a fim de diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- LÖWE, B *et al.* **Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population.** *Med Care.* 2008 Mar;46(3):266-74.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **The measurement of experienced burnout.** *Journal of Occupational Behavior*, Sussex, England, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981,
- OLMEDO, MM. **Reseña de: Buendía Vidal, José. Estrés laboral y salud. Madri: Biblioteca Nueva;** 1998. *Rev Psicopat Psicol Clín.* 1998; 3 (1): 73-6.
- RIOS, OFL. **The stress index with the depression intensity in college students.** 2006. 197 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.
- SILVA, AH; VIEIRA KM. **Burnout Syndrome in graduate students: Analysis of the influence of self-esteem and relationship advisor-advisee.** *Pretexto*, 2015, Belo Horizonte, vol 16, n1, p52-68, jan/mar, issn 1517-672.
- SOUZA, RS; TRIGUEIRO, RPC; ALMEIDA, TNV *et al.* **A post-graduate and burnout syndrome: a study of students with masters' degree in administration.** *RPCA*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, set./dez. 2010.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 29/03/2020

Wellington Manoel da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5920476755856221>

Maria Eduarda da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7588818950329216>

Maria Angélica Álvares de Freitas

Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7109314826045701>

Nayara Ranielli da Costa

Universidade de Pernambuco, Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/6249680642811647>

Beatriz Maria Ferreira

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7430247908934617>

Lívia Mirelly Ferreira de Lima

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7080963176856190>

Willaine Balbino de Santana Silva

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8450088682330711>

Gizele Alves da Silva Frazão

Faculdade Estácio, Recife – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/7079500628967970>

Angélica Daniella dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/2192924535296346>

Manuel Santana e Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5249532570239501>

Simone Souza de Freitas

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<https://wwws.cnpq.br/3885340281560126>

Douglas Elias Pereira da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5512849168004438>

RESUMO: Introdução: O Atendimento pré-hospitalar (APH) é o primeiro atendimento prestado por profissionais da saúde, em situações ocorridas fora do hospital, em casos de traumas resultantes de acidentes automobilísticos, distúrbios em pacientes crônicos, mal súbito de qualquer etiologia e/ou distúrbios psiquiátricos de maneira que, visa a

estabilização clínica do paciente no local do ocorrido e em seguida sua segura remoção para uma unidade hospitalar adequada ao quadro clínico apresentado pela vítima (Crespilho, 2015). O APH objetiva a execução de intervenções rápidas, seguras e com o intuito de evitar possíveis sequelas transitórias ou permanentes, sendo assim, a preocupação acerca da segurança do paciente norteia todos os níveis da assistência.

Objetivo: O estudo tem como objetivo analisar como se encontra a publicação científica acerca de iniciativas que promovam a maior segurança do paciente atendido nos serviços de urgência e emergência pré-hospitalar. **Metodologia:** Para orientar este estudo, estabeleceu-se a questão norteadora: “O que há na literatura acerca dos fatores determinantes na ocorrência Eventos Adversos durante o processo de cuidado no atendimento pré-hospitalar?” O levantamento de artigos foi realizado de agosto a outubro de 2018, por meio do acesso on-line no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde a averiguação dos artigos é feita de forma ampla, utilizando todas as bases de dados ali contidas, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), entre outras, utilizando-se os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library nos idiomas português, inglês ou espanhol: segurança do paciente, enfermagem em emergência e primeiros socorros. Do total de 627 trabalhos encontrados, foram excluídos 622, editoriais, artigos que não respondessem à pergunta condutora (594), incompletos (4), cartas ao editor, dissertações, teses e artigos repetidos (24). **Resultados e Discussão:** Foram selecionados cinco artigos em português. Todos os artigos referem que após a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, que apontou as condições de vulnerabilidade a eventos adversos às quais os pacientes estavam expostos durante o processo de cuidado no atendimento pré-hospitalar (Institute of Medicine, 2017), as Organizações Nacionais e Internacionais tem investido no estímulo de práticas que promovam maior segurança ao paciente e reduzam os riscos de danos para os mínimos possíveis. O Ministério da Saúde define eventos adversos (EA's) como incidentes resultantes da assistência e não relacionados à evolução da doença de base do paciente (Brasil, 2012). Desta forma, ocasionando lesões nos pacientes afetados e aumentando seu tempo de atendimento e internação podendo ocasionar o óbito, ou seja, aumentam a probabilidade de um prognóstico desfavorável na recuperação do indivíduo (Souza, 2014). A literatura revisada relaciona o aumento de eventos adversos à falta de qualificação profissional e ausência de educação continuada dos profissionais das urgências (Souza, 2014). Em três artigos pesquisados, a falta de capacitação contínua leva a desmotivação para o atendimento, de forma que compromete a qualidade da assistência (Reis, 2012) (Crespilho, 2015) (Macedo, 2016). A assistência segura visando a proteção do paciente é responsabilidade de cada profissional e do estímulo promovido e estabelecido pelas instituições de saúde

(Macedo, 2016). Apesar de o fator humano estar presente nos eventos adversos, aspectos estruturais, condições de trabalho e atividades desenvolvidas podem estar relacionadas ao surgimento de erros (Crespilho, 2015). Percebe-se que diversos fatores estão envolvidos nas ocorrências de EA's (sobrecarga de trabalho, estresse, esgotamento), fatores estes, que comprometem a assistência a ser prestada ao paciente, podendo levar a sequelas transitórias ou permanentes, o que resulta em custos sociais, além dos custos assistenciais (Macedo, 2016). **Conclusão:** A contínua capacitação dos profissionais, através de treinamentos em serviços de educação em saúde, apresenta-se como uma estratégia para promover a segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência. Nota-se que a padronização das rotinas protocoladas pode se caracterizar como um norteador para promover o alinhamento entre rotinas e prática profissional, de forma a evitar os EA's. Conclui-se ainda que, existem poucas publicações acerca da temática e reafirma-se a necessidade de realização de estudos que visem o atendimento seguro de pacientes em serviços de urgência e emergência pré-hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente, enfermagem em emergência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília; 2012.

Acesso em 06 de Abril de 2012 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

SOUZA F.T.; GARCIA M.C.; RANGEL P.P.S.R.; ROCHA P.K.; **Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico.** Revista de Enfermagem da UFSM. 2014;4(1):152-62.

REIS C.T.; LANGUARDIA J.; MARTINS M. **Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey On Patient Safety Culture: etapa inicial.** Caderno de Saúde Pública. 2012; 28

MACEDO, T. R.; ROCHA, P. K.; SOUZA, S.; ANDERS, J. C.; DAVIS, K.; **Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas.** Revista Escola de Enfermagem da USP. 2016: 757-763

CRESPILHO, D. F.; ARAÚJO, T. S.; COSTA, M. A. R.; SOUZA, V. S.; **Segurança do paciente na assistência pré-hospitalar de emergência: uma revisão integrativa.** Revista UNINGÁ, Vol.24,n.1, pp. 45-49(Out - Dez 2015)

INSTITUTE OF MEDICE. **To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America.** Washington: National Academy; 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>. Acesso em: 15 de abril de 2017.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 30/03/2020

Rafael Bruno

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6079594078080825>

Vágner Caldas de Oliveira

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8797203357593682>

Lauro Leite Tavares Júnior

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza-Ceará

Levi Paulo da Costa

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0164621618163559>

Otávio Ferreira Bezerra Neto

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4988187925533367>

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina

Fortaleza-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1424271304230759>

Maria das Graças Barbosa Peixoto

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina
Fortaleza-Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0082198689343953>

RESUMO: Objetivou-se descrever uma ação de educação em saúde sobre transplante e doação de órgãos junto a pacientes hepatopatas crônicos e seus cuidadores. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na forma de um relato de experiência de uma atividade educativa conduzida por discentes do 4º semestre do Curso de Medicina de uma instituição de ensino pública localizada em Fortaleza-Ceará. A atividade foi desenvolvida no Ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio no mês de maio de 2018 e teve como participantes 30 pessoas, entre pacientes e cuidadores. Para a realização da atividade educativa foi utilizada a técnica da exposição dialogada mediada por apresentação na forma de slide e vídeo, a dinâmica “mitos e verdades” e um folder informativo. Ao longo da execução da atividade, foi possível perceber que houve uma excelente receptividade do público-alvo, expressa pela atenção dispensada e pela

participação ativa. Durante a atividade, os pacientes apresentaram relacionadas tanto às hepatopatias crônicas que ocasionam o transplante, quanto ao processo que norteia a doação de órgãos. Dentre as facilidades encontradas para a realização da atividade podem ser citadas a infraestrutura da sala de espera e a participação da Coordenadora do serviço. Por sua vez, o fato de nem todos os pacientes e cuidadores terem permanecido até o final da atividade foi identificado como dificuldade. A condução da vivência oportunizou a fixação de conhecimentos por parte dos acadêmicos, bem como uma melhor compreensão sobre o processo de espera para o transplante e a triagem dos pacientes elegíveis. Para os pacientes e cuidadores, a atividade representou um momento de aprendizagem a partir do diálogo e da reflexão, promovendo o esclarecimento de dúvidas e desmistificação de crenças sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Transplante de órgãos. Transplante de fígado. Obtenção de Tecidos e Órgãos.

HEALTH EDUCATION ON TRANSPLANTATION AND ORGAN DONATION

ABSTRACT: The objective of this study was to describe an action of health education on organ transplantation and donation to chronic liver patients and their caregivers. This is a descriptive, qualitative study, in the form of an experience report of an educational activity conducted by students of the 4th semester of the Medicine Course of a public educational institution located in Fortaleza-Ceará. The activity was developed at the Liver Transplant Outpatient Clinic of the University Hospital Walter Cantídio in May 2018 and had as participants 30 people, among patients and caregivers. For the accomplishment of the educational activity was used the technique of dialogic exhibition mediated by presentation in the form of slide and video, the dynamic “myths and truths” and an informative folder. During the execution of the activity, it was possible to perceive that there was an excellent receptivity of the target public, expressed by the attention paid and the active participation. During the activity, the patients presented related to both the chronic liver diseases that cause the transplant, and the process that guides the donation of organs. Among the facilities found for the accomplishment of the activity can be mentioned the infrastructure of the waiting room and the participation of the Service coordinator. In turn, the fact that not all patients and caregivers remained until the end of the activity was identified as difficulty. The conduction of the experience facilitated the setting of knowledge by the academic, as well as a better understanding about the waiting process for the transplantation and the screening of eligible patients. For the patients and caregivers, the activity represented a moment of learning based on dialogue and reflection, promoting clarification of doubts and demystification of beliefs about the theme.

KEYWORDS: Organ Transplantation. Liver Transplantation. Tissue and Organ Procurement

1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos do Brasil está fundamentada na legislação vigente, mais especificamente nas Leis nº 9.434/1997, nº 10.211/2001 e no Decreto nº 9.175/2017. A Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Segundo essa lei, os procedimentos de transplante ou enxertos de tecidos e órgãos somente podem ser realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde com equipes que tenham sido autorizadas pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

Por sua vez, a Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001 altera dispositivos da Lei nº 9.434/1997 e regulamenta a doação consentida por parte da família. Preconiza que a autorização para doação de órgãos de falecidos é uma prerrogativa exclusiva de parentes até 2º grau. Isto significa que a família é responsável por autorizar a doação de algum parente que faleceu e seja doador em potencial. Além disso, essa lei regula a doação de órgãos entre pessoas vivas, sendo a doação voluntária de tecidos e órgãos entre pessoas vivas permitida somente entre parentes até 4º grau ou com autorização judicial, exceto quando se trata de transplante de medula óssea (BRASIL, 2001).

Já o Decreto nº 9.175 de outubro de 2017 regulamenta a Lei nº 9.434/1997, trata da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Esse decreto regula dentre outras questões o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a autorização de estabelecimentos de saúde e equipes especializadas, a disposição *post mortem* de órgãos, o consentimento familiar, a preservação de órgãos, a recomposição do cadáver e a doação intervivos (BRASIL, 2017).

As doenças que acometem o fígado, principalmente as hepatopatias crônicas, são as principais causas relacionadas à necessidade de transplante hepático, devido ao quadro de cirrose, ocasionando insuficiência hepática irreversível. As principais hepatopatias crônicas relacionadas à necessidade de transplante hepático são as hepatites virais (B, C e D), a hepatite autoimune, a lesão hepática induzida pelo álcool, drogas ou toxinas, o hepatocarcinoma e a cirrose criptogênica (causa desconhecida) (FOX; BROWN, 2012).

Essas patologias podem evoluir para um quadro de cirrose hepática, definida como uma condição progressiva na qual o tecido saudável e funcional do fígado, após inúmeras agressões, morre e é substituído por tecido fibrótico e sem função do tecido original. Por fim, esse processo de fibrose no fígado ocasiona redução da sua função e, não mais podendo suprir as necessidades do organismo, evolui para a insuficiência hepática crônica. Na ausência de um tratamento medicamentoso

específico para a cirrose hepática e dependendo do estágio da mesma, o transplante de fígado se destaca como tratamento definitivo (TSOCHATZIS; BOSCH; BURROUGHS, 2014).

O transplante hepático consiste em um procedimento cirúrgico no qual o fígado doente de um receptor é trocado pelo fígado saudável de um doador. No Brasil, 2.109 transplantes de fígado foram realizados em 2017, com 69 equipes atuando nesse tipo de procedimento para suprir uma necessidade anual estimada de 5.152 transplantes hepáticos. Já no estado do Ceará, foram realizados 201 transplantes hepáticos no ano de 2017, com três equipes realizando esse tipo de procedimento no estado e com necessidade anual estimada de 224 transplantes hepáticos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2017).

Com base na importância do transplante hepático e na necessidade de conscientização sobre o processo de doação de órgãos e transplante, se faz necessária uma atividade educativa para orientar pacientes e cuidadores sobre essa temática, com vistas a desmistificar crenças e esclarecer dúvidas. Ressalta-se que não foram encontrados na literatura científica relatos associados ao uso da sala de espera para abordar questões relacionadas ao transplante hepático, seja em pacientes pré ou pós-transplante (SOUZA et al., 2017).

Consoante, o presente estudo objetivou descrever uma ação de educação em saúde sobre transplante e doação de órgãos junto a pacientes hepatopatas crônicos e seus cuidadores.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido na forma de um relato de experiência de uma atividade educativa sobre a Política Nacional de Transplantes. A atividade foi realizada na sala de espera do ambulatório de transplantes do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) nos dias 21 e 28 de maio de 2018, sendo conduzida por cinco acadêmicos do 4º semestre do Curso de Medicina de uma instituição pública de ensino estadual, sob a supervisão de uma professora orientadora. A ação consistiu em uma atividade prática da disciplina de Políticas Públicas de Saúde, pertencente à matriz curricular do Curso de Medicina.

O HUWC foi inaugurado oficialmente em 1959, estando hierarquicamente subordinado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) desde 1967, constituindo-se em uma instituição de referência na realização de transplantes de córnea, rim e fígado. Até 24 de outubro de 2013 foram realizados 1.122 transplantes de órgãos, sendo esse serviço considerado um dos maiores centros transplantadores em nível nacional, com realização de atendimentos a pacientes de outros Estados (GURJAO, 2015). O ambulatório de transplante

hepático do HUWC/UFC realiza o acompanhamento de pacientes com hepatopatias terminais e transplantados hepáticos. Os atendimentos ocorrem semanalmente nos períodos da manhã e da tarde, sendo os pacientes acolhidos em uma sala de espera enquanto aguardam atendimento. Esse serviço realiza o transplante hepático em doadores falecidos e possui uma perspectiva futura para realização em doadores vivos.

Previamente à atividade educativa foi realizada uma oficina conduzida pela coordenadora da Central de Transplantes do Estado do Ceará e pela coordenadora da Central intra-hospitalar de Transplantes do Instituto Doutor José Frota, um hospital terciário localizado em Fortaleza-Ceará de referência na captação de órgãos para transplantes. O intuito da oficina foi oportunizar aos acadêmicos uma aproximação com a Política Nacional de Transplantes, sendo abordados os seguintes temas: detecção e avaliação do potencial doador de múltiplos órgãos e tecidos; entrevista familiar; e funcionamento da central de transplantes do Estado do Ceará. Além disso, a professora orientadora recomendou aos acadêmicos a realização de um curso a distância oferecido gratuitamente pelo Hospital Albert Einstein sobre o processo de doação de órgãos para transplante, de maneira a consolidar o conhecimento.

Na semana seguinte, houve uma reunião entre a orientadora e os acadêmicos para planejamento da atividade educativa. Na ocasião, foi explicado o funcionamento do ambulatório de transplante hepático do HUWC, a composição da equipe multidisciplinar, o fluxo de atendimento e o perfil de pacientes atendidos. Também foram esclarecidas dúvidas sobre as hepatopatias, os critérios para análise da gravidade dos pacientes e a alocação na lista de transplantes. Foi estabelecido um consenso entre os pares para a escolha do tipo de estratégia de mediação a ser utilizada.

O público-alvo da atividade educativa foram 30 pessoas que aguardavam atendimento médico na sala de espera, entre pacientes com hepatopatias crônicas e cuidadores, de ambos os sexos e procedentes de todo o Brasil. Esses pacientes são encaminhados por meio do Programa de Tratamento Fora do Domicílio ou por outros serviços de saúde, com posterior avaliação do quadro clínico e da urgência para realização do transplante hepático através de consultas ambulatoriais, da solicitação de exames clínicos e laboratoriais e das classificações de Child-Pugh e do MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*). Então a equipe médica avalia quem deve ser incluído na fila de transplante e sua posição na lista de espera.

Os assuntos escolhidos para a atividade educativa foram as principais doenças do fígado associadas à necessidade de transplante e a legislação brasileira sobre transplantes e doação de órgãos. Para a realização da atividade educativa foi utilizada a técnica da exposição dialogada mediada por apresentação na forma de slide e vídeo, a dinâmica “mitos e verdades” e um folder informativo. Os recursos

utilizados foram: televisor, *notebook*, apresentação em slides, vídeo “O homem e o cachorro”, lista de frequência dos participantes, folder impresso e brindes para sorteio ao final da atividade. A duração da atividade foi de 1 uma hora, em cada um dos dois dias de mediação.

A dinâmica “mitos e verdades” consistiu em afirmações sobre a legislação brasileira sobre a temática projetadas em slides, seguidas do questionamento aos pacientes e cuidadores se a afirmação consistia em um “mito” ou uma “verdade”. Para facilitar a participação foram entregues aos participantes placas com as palavras “mito” e “verdade”. Após cada afirmação, eram debatidas as respostas e ao final houve o sorteio de brindes, com avaliação qualitativa do momento educativo. As afirmações utilizadas na dinâmica foram: para ser doador, é necessário deixar algum documento por escrito; a doação de órgãos beneficia muitas pessoas; a doação de órgãos deforma o corpo do doador; para receber um órgão, o potencial receptor deve estar inscrito em uma lista de espera; a maioria das religiões é favorável à doação de órgãos; o doador ou a família podem escolher quem vai receber o fígado; e o fígado só pode ser doado por pessoas falecidas.

O folder abordou as seguintes questões centrais: o fígado (O que é? Para que serve? Quais são as principais doenças que destroem o fígado?); transplante de fígado (Quem pode ser doador? Quais são as etapas da doação?); fila para transplante; o que é MELD; e compatibilidade sanguínea para o transplante (Figura 1).

O QUE É MELD?



Desde 2006, no Brasil, o critério de espera na fila para o transplante de fígado é baseado na gravidade da doença, conhecido como MELD (*Model for end-stage liver disease*).

Esse índice corresponde a um valor numérico que varia de 0 a 40, e demonstra quão urgente o paciente necessita do transplante. Os pacientes mais graves apresentam MELD mais elevado, e serão priorizados na fila de transplante.

COMPATIBILIDADE SANGÜÍNEA



O doador necessita ter o mesmo tipo sanguíneo do receptor. Também é necessário que tenha um peso equivalente ao do receptor. Assim, para cada tipo de sangue, existe uma fila específica.

A ESPERANÇA É A
PERSISTÊNCIA DA FÉ.

Transplante
de Fígado



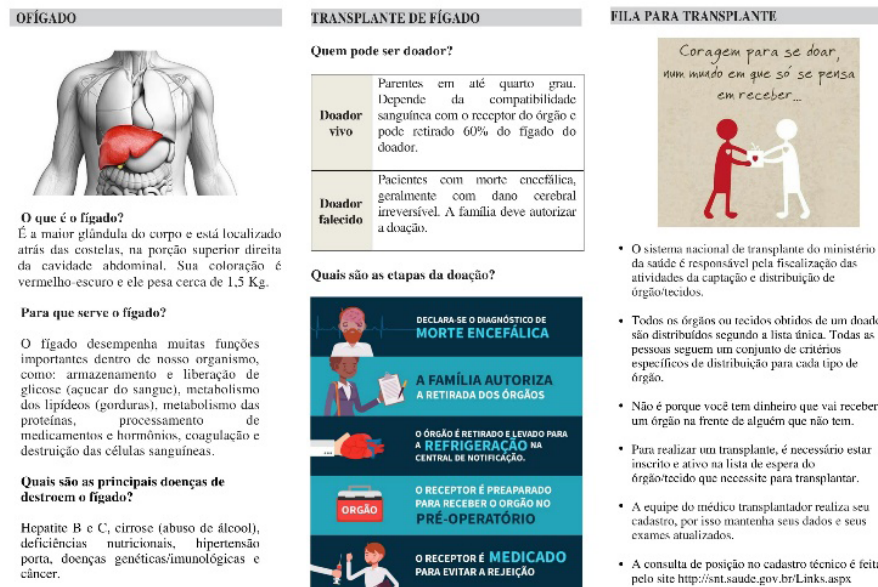


Figura 1 - Folder utilizado na atividade de educação em saúde

Entre os dois dias de mediação da atividade educativa, foram realizados ajustes na estratégia adotada, de maneira a torná-la mais lúdica e focada no grau de compreensão do público-alvo. As principais alterações foram: ajustes na linguagem e a inclusão do vídeo “O homem e o cachorro”, que abordava de forma lúdica a questão da doação de órgãos.

Para facilitar a captação de informações sobre a atividade educativa, foi utilizado um diário de campo. A análise dos resultados foi baseada nas seguintes categorias: descrição detalhada da atividade educativa; facilidades e dificuldades encontradas na mediação; e reflexão sobre a importância da atividade educativa para os acadêmicos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade desenvolvida foi conduzida em dois dias. No dia 21 de maio de 2018, o grupo se apresentou aos pacientes na sala de espera do ambulatório e foi ministrada uma explicação teórica sobre o fígado, sua anatomia e fisiopatologia de uma forma mais acadêmica, no formato de exposição dialogada com utilização de slides. Em seguida realizou-se a dinâmica “mitos e verdades” sobre a legislação brasileira relativa à doação de órgãos e transplantes, uma maneira de interagir com os pacientes e transmitir as informações de uma forma mais informal. Ao final das perguntas houve sorteio de brindes, o que tornou uma experiência mais atrativa para os pacientes e cuidadores. Já no dia 28 de maio de 2018, a exposição dialogada ocorreu de uma forma mais informal e menos técnica, o que propiciou uma melhor interação e participação do público-alvo.



Figura 2 - Educação em Saúde com pacientes hepatopatas e seus cuidadores

Foram realizados alguns ajustes visando à correção de pequenas falhas percebidas no primeiro dia. Como exemplo, é possível citar as alterações realizadas na apresentação de slides com o objetivo de simplificar a linguagem e tornar a apresentação menos técnica. Além disso, no segundo dia de apresentações, as placas com as inscrições “mito” e “verdade” já estavam separadas aos pares, facilitando, assim, a sua distribuição entre os participantes.

Conforme indicado na literatura científica, as intervenções educativas podem ser abordadas de maneiras diversas, com destaque para as atividades grupais, as quais podem promover a interação social e auxiliar na melhoria da qualidade de vida e do conhecimento sobre um determinado assunto, o que dependerá dos meios utilizados para conduzir tais atividades, da abordagem dos assuntos e das necessidades do público-alvo (MALLMANN et al., 2015).

Ressalta-se ainda que a comunicação eficaz entre cliente e profissional é um aspecto central na assistência em saúde. Para tanto, faz-se necessário fornecer informações a partir de uma linguagem adequada ao nível educacional e cultural do cliente (BENEVIDES et al., 2016). Portanto, a substituição de termos técnicos pode favorecer a compreensão das informações e torná-las mais atrativas (LIMA et al., 2017). Consoante, considera-se que as adaptações realizadas auxiliaram no alcance dos objetivos e na compreensão das informações por parte dos pacientes e seus cuidadores.

Ao longo da execução da atividade, foi possível perceber que houve uma excelente receptividade do público-alvo, expressa pela atenção dispensada e pela participação ativa. Esse notório envolvimento dos pacientes foi resultado de condução apropriada da atividade por parte dos acadêmicos. De fato, a atividade teve como foco a elucidação de questões sobre a doação, captação e transplante, além de abordar questões legais acerca desse tema, tópicos estes que são de grande interesse para o público presente durante a atividade. Desse modo, os

pacientes e os cuidadores interagem tanto respondendo às indagações, quanto formulando os seus próprios questionamentos.

O uso de metodologias participativas que promovem o diálogo e a autonomia contribuem para o reconhecimento do saber do outro, promovendo uma construção coletiva do conhecimento a partir da realidade sociocultural dos participantes da ação educativa. O diálogo desmistifica crenças e valores conduzindo à reflexão (FERREIRA; TEIXEIRA; BRANCO, 2018). A boa receptividade dos pacientes e cuidadores à atividade educativa realizada na sala de espera converge com os resultados de uma pesquisa baseada na realização de oficinas junto a pacientes candidatos ou já submetidos ao transplante hepático sobre educação nutricional e alimentar (SOUZA et al, 2017).

Foi possível perceber, durante a atividade realizada pelos acadêmicos, que muitos pacientes tinham dúvidas cruciais para o fortalecimento da política de doação de órgãos e transplantes, como a importância da notificação à família e o conceito de morte encefálica. De acordo com Moraes e Moraes (2012), as famílias que possuem uma melhor compreensão do conceito de morte encefálica são mais favoráveis ao processo de doação de órgãos.

Segundo Traiber e Lopes (2006), apesar de a temática de transplantes de órgãos ser bem vista pela população em geral, há muitas recusas familiares devido a diversos fatores, muitos deles relacionados à falta de informação sobre a legislação ou sobre os procedimentos em si. De fato, certos conceitos, como o de morte encefálica, são de difícil entendimento para a população em geral e podem representar entraves ao processo de doação. Consoante, se faz necessário o diálogo junto à comunidade para esclarecimento de dúvidas e conscientização sobre a importância da doação de órgãos, com vistas a ampliar o número de captações.

Segundo Zambudio (2018), o transplante de órgãos é um dos avanços mais espetaculares da medicina. Ele representa um exemplo de como a medicina moderna progrediu extraordinariamente graças às suas características de trabalho em equipe, de superespecialização e sua natureza multi e interdisciplinar. Nesse sentido, deve ficar claro quais são os aspectos fundamentais para aumentar as taxas de doação. O primeiro é ter uma infraestrutura que permita desenvolver a doação em todos os territórios de saúde do país. O segundo é a otimização da doação, reforçar a doação de múltiplos órgãos. O terceiro aspecto é diminuir as taxas de recusas a doação, que continua sendo um aspecto fundamental nas taxas de doação.

Segundo MORAIS & MORAIS (2012), o baixo nível de escolaridade e a desinformação da população podem gerar interpretações deturpadas a respeito da captação e do transplante de órgãos. Segundo os princípios da bioética, indivíduos mal informados sobre o tema em questão não são capazes de decidir

conscientemente se desejam realizar a doação dos órgãos de seu ente falecido. As informações veiculadas pelos meios de comunicação de massa não têm sido suficientes nem eficientes para modificar tal panorama; ao contrário, reforçam o imaginário popular repleto de mitos, credences e desinformações sobre a atividade relacionada aos transplantes no Brasil e no mundo.

Diante dessa problemática que envolve o processo saúde-doença do ser humano, a atividade educativa é uma oportunidade de troca de experiências das pessoas entre si e com os profissionais de saúde, possibilitando-lhes o acesso a informações e a troca de vivências pessoais, tão comumente carregadas de conflitos e dificuldades que interferem na escolha de doar ou não os órgãos do ente falecido.

Frente a essa realidade, o profissional de saúde deve atuar como educador, para modificar a opinião pública quanto aos conceitos errôneos; mas as crenças desfavoráveis só poderão ser modificadas se os educadores estimularem a população a participar de debates sobre transplantes de órgãos e legislação. Modificar a realidade existente implica, também, desenvolver programas planejados e avaliados dentro de um processo educativo contínuo, respaldado por referenciais teóricos e modelos cientificamente reconhecidos destinados a todos os segmentos da comunidade.

Dentre as facilidades encontradas para a realização das atividades podem ser citadas a infraestrutura da sala de espera do ambulatório, que possuía um ambiente climatizado, cadeiras confortáveis para pacientes e cuidadores, além de um local tranquilo com funcionários educados e acolhedores. Outra característica facilitadora foi a cooperação e uma boa interação de pacientes e cuidadores no transcorrer da ação. Além disso, o grupo pôde contar com a presença da coordenadora do serviço para elucidar possíveis dúvidas dos pacientes sobre o funcionamento do ambulatório, o que trouxe mais segurança no momento do diálogo com os pacientes e cuidadores.

Como exemplo de dificuldade encontrada para a realização da atividade, pode ser destacado o fato de nem todos os pacientes e cuidadores terem permanecido até o final da atividade, em decorrência na necessidade de se deslocar ao consultório médico para atendimento. Além disso, a sala de espera apresentava fluxo de pessoas contínuo, o que pode ter dificultado a concentração. Esses aspectos também foram mencionados em outros estudos que também realizaram a sala de espera (GOMES et al., 2006) (SOUZA et al., 2017).

Uma estratégia utilizada pela equipe para atenuar essa dificuldade foi a entrega do folder como material complementar, o qual continha as informações mencionadas ao longo da educação em saúde. Conforme indicado, além de complementar as informações, a entrega de materiais complementares em atividades realizadas em sala de espera facilita a disseminação do tema abordado para outras pessoas

(GOMES et al., 2006).

A atividade educativa realizada pelos acadêmicos possibilitou uma experiência prática junto ao ambulatório de transplante hepático do HUWC. A aplicação do conteúdo teórico ministrado na oficina realizada previamente à mediação da atividade educativa, norteou as ações desenvolvidas pelo grupo discente, com o auxílio da professora orientadora. Dessa forma, foi possível vivenciar a realidade vivida pelo paciente acometido por hepatopatias crônicas, proporcionando um melhor entendimento sobre os protocolos nacionais de doação e recepção de órgãos, seus trâmites legais desde a captação até o transplante do órgão, além do funcionamento da fila de espera.

Além da consolidação desse conhecimento junto à população, a atividade realizada foi de grande importância para que os acadêmicos envolvidos aprendessem sobre a doação de órgãos e sobre a Política Nacional de Transplantes. A apropriação de conhecimentos sobre essa política entre os profissionais de saúde é de extrema importância para possibilitar um adequado funcionamento da política, desde o processo de captação até o transplante.

Neste sentido, os profissionais da saúde têm papel importante na divulgação de informações sobre doação de órgãos, pois têm acesso a grande parte da população e causam impacto maior que outros meios de comunicação atitudes com relação ao tema nas campanhas de esclarecimento deveriam ocorrer dentro das próprias instituições, com a participação de médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e todos os profissionais que trabalham no hospital. O mesmo deveria acontecer em unidades de saúde, clínicas e hospitais menores. Essas campanhas deveriam disponibilizar informações claras e específicas a respeito dos conceitos básicos de morte encefálica, doação de órgãos, custos da doação, aparência do corpo após a retirada de órgãos, aspectos éticos, experiências da família do doador e do receptor, entre outras orientações; pois essas pessoas, como são formadoras de opinião, influenciam os pacientes e seus familiares (TRAIBER; LOPES, 2006).

Ainda acerca dessa questão, destaca-se que boa parte dos problemas relacionados à captação, alocação e qualidade dos órgãos para transplante estão relacionados à desinformação entre os profissionais, o que reforça a necessidade de aproximação com essa política no ambiente acadêmico (GALVÃO et al., 2007).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução da atividade educativa e o esclarecimento das dúvidas dos pacientes e cuidadores sobre a temática oportunizou a fixação de conhecimentos por parte dos acadêmicos. Foi possível uma melhor compreensão sobre o processo

de espera para o transplante, a triagem dos pacientes elegíveis para transplante e o trabalho dos profissionais da equipe multidisciplinar em cada uma dessas etapas. Além disso, essa experiência promoveu o desenvolvimento da capacidade de comunicação, interação e condução de uma atividade de educação em saúde.

Destaca-se ainda o impacto da atividade educativa para os pacientes e cuidadores, representando um momento de aprendizagem sobre as hepatopatias; as etapas necessárias para o transplante; em quais situações esse procedimento se torna necessário; e a legislação nacional sobre essa temática. Essa aprendizagem ocorreu de forma dialógica e participativa, a partir da troca de experiências, esclarecimento de dúvidas e desmistificação de crenças.

Reforça-se a necessidade de mais ações com essa finalidade para promover o conhecimento de pacientes, cuidadores e acadêmicos acerca dessa temática, com vistas a subsidiar uma atuação proativa como multiplicadores do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017)**. RBT - Registro Brasileiro de Transplantes 2017 (JAN/DEZ). Ano XXIII Nº 4.

BENEVIDES, J. L. et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 306-12, 2016.

BRASIL. **Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1997.

BRASIL. **Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001**. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. **Decreto nº 9.175 de outubro de 2017**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

FERREIRA, S. A. M. N.; TEIXEIRA, M. L. O.; BRANCO, E. M. S. C. Relação dialógica com o cliente sobre transplante renal: cuidado educativo de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. e52217, 2018.

FOX, A. N.; BROWN, R. S. Is the patient a candidate for liver transplantation? **Clinical Liver Disease**, v. 16, n.2, p. 435-48, 2012.

GALVAO, F. H. F. et al. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 53, n. 5, p. 401-406, 2007.

GOMES, A. M. A. et al. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 7-18, 2006.

GURJAO, F. M. et al. O diálogo necessário entre as políticas de seguridade social: a experiência do trabalho das assistentes sociais no serviço de transplante hepático do Hospital Universitário Walter

Cantídio da Universidade Federal do Ceará. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS, 7., 2015, São Luís. **Anais...** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2015.

LIMA, C. V. L.; GALVÃO, M. T. G.; PEDROSA, S. C.; SILVA, C. A. C.; PEREIRA, M. L. D. Validação de mensagens telefônicas para promoção da saúde de pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 227-232, 2017.

MALLMANN, D. G.; NETO, N. M. G.; SOUSA, J. C. S.; VASCONCELOS, EL M. R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 633-639, 2012.

SOUZA, H. M. A. V.; COSTA, M. L. L.; REIS, D. O. ; PEDRO, I. C. S.; CORREIA, M. I. T. D.; GENEROSO, S. V. Sala de espera: diálogo entre extensão universitária e educação alimentar e nutricional com pacientes pré e pós-transplante hepático. **Braspen Journal**, v. 32, n. 1, p. 42-48, 2017.

TRAIBER, C.; LOPES, M. H. I. Educação para doação de órgãos. **Scientia Medica**, v. 16, n. 4, p.178-182, 2006.

TSOCHATZIS, E. A.; BOSCH, J.; BURROUGHS, A. K. Liver cirrhosis. **Lancet**. v. 383, p.1749-1761, 2014.

ZAMBUDIO, A. R. Projeto internacional de doadores colaborativos. **Cirurgia Espanhola**, v. 96, n. 2, p. 69-75, 2018.

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: O DIÁLOGO ENTRE PSICOLOGIA, ENGENHARIA E FISIOTERAPIA

Data de aceite: 12/05/2020

Data de Submissão: 10/03/2020

Paulo Yoo Chul Choi

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/3314456502798241>

João Francisco Goes Braga Takayanagi

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/7547285217821005>

Priscila Jusley Kim

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/5629599791374031>

Gabriel Maggio de Moraes

Escola Politécnica da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/7183649115800122>

Maria Victória Bachert Gennari

Escola Politécnica da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP
<http://lattes.cnpq.br/6516059834733897>

Beatriz Eri Yazaki

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP

<https://orcid.org/0000-0002-3317-7078>

Luciana Maria Caetano

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo - SP

<http://lattes.cnpq.br/5916527212836069>

Betânia Alves Veiga Dell' Agli

Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino FAE
São João da Boa Vista - SP
<http://lattes.cnpq.br/6193978901554971>

RESUMO: A saúde mental é um tema de destaque na sociedade atual, e tal é sua complexidade que a psicologia, de forma isolada, não é capaz de abrangê-la inteiramente. O ideal de saúde contemporâneo associado à integralidade do cuidado requer a elaboração de novas formas de trabalho, envolvendo a integração de diversas áreas do conhecimento e a colaboração em equipe no modelo conhecido por práticas interprofissionais. Neste contexto, sobressai-se a importância do aprendizado a respeito da interprofissionalidade na formação de estudantes da saúde, visando promover desde cedo este modo de atuação. Neste trabalho, será apresentada a experiência de estudantes de graduação da Psicologia, Engenharia e Fisioterapia em três atividades

ligadas ao Ensino Interprofissional, com os temas: “Saúde do Trabalhador”, “Atenção à População Rural” e “Visitas Domiciliares”, desenvolvidas em projetos de extensão da Universidade de São Paulo. Este estudo visa contribuir com as discussões acerca da interdisciplinaridade em saúde a partir da experiência vivenciada pelos estudantes, dialogando a prática com a teoria.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Interprofissional; Interdisciplinaridade; Saúde Coletiva; Saúde Mental

INTERDISCIPLINARY EDUCATION IN HEALTHCARE: THE DIALOGUE BETWEEN PSYCHOLOGY, ENGINEERING AND PHYSIOTHERAPY

ABSTRACT: Mental health is a hot topic in current society, and its complexity means that psychology, on its own, is not capable of encompassing it entirely. The contemporary ideal of health associated with the concept of integrality of care requires the elaboration of new means of acting, involving the integration of multiple fields of knowledge and team collaboration, in the form of interprofessional practices. In this context, the importance of interprofessional learning for students in health related courses stands out, as a mean to promote this way of acting early on. In this study, we present the experience of undergraduate Psychology, Engineering and Physiotherapy students, in three activities associated to Interprofessional Education, within the subjects of “Health at Work”, “Rural Population Care” and “Home Visit”, developed in extension projects of the University of São Paulo. This study aims to contribute to the discussion about interdisciplinarity in healthcare departing from the experience of students, connecting practice and theory work.

KEYWORDS: Interprofessional Education; Interdisciplinarity; Collective Health; Mental Health

1 | INTRODUÇÃO

Senhor Antônio é um homem na casa dos 60 anos, que veio para São Paulo após ter trabalhado a maior parte de sua vida na lavoura. Mora em território invadido, numa pequena casa de madeira com aposentos estreitos, sem saneamento básico ou distribuição de energia. Tem 5 filhos de seu casamento passado, mas não convive com eles em seu dia a dia, morando atualmente com sua irmã e seu cunhado, de quem é dependente. Além de sua família, não possui rede de apoio e se encontra em uma situação de profundo isolamento social, permanecendo em casa a maior parte do dia. Senhor Antônio apresenta dependência de bebida alcoólica, se sente rotineiramente muito desmotivado e se encontra em um quadro inicial de demência. Contou ter sofrido um episódio delirante alguns anos antes e relatou também ter tido pensamentos de morte recorrentes, confessando que se sentia desprezado pelo

cunhado, e diminuído e injustiçado pelo mundo, sem conseguir encontrar motivos para ter esperança.

O caso do Senhor Antônio ilustra uma situação que, com variações apenas de conteúdo, é vivenciada por uma porção significativa da população brasileira vivencia, caracterizada por um alto grau de marginalização e desamparo. O sentimento de frustração e impotência é muito comum entre os profissionais da psicologia, quando se encontram com indivíduos em tais circunstâncias, marcadas por violência e vulnerabilidade, causadoras de um nível de sofrimento psíquico extremo. Nesses momentos, emerge a sensação de que nenhuma escuta ou apoio psicológico é capaz de dar contorno ao sofrimento daquela pessoa, já que tais práticas não podem remediar a injustiça e brutalidade vivida pelo outro. Diante de casos como esse, como é possível para o psicólogo promover o bem estar frente a tantos obstáculos na vida de uma pessoa?

A temática da saúde mental no Brasil tem recebido uma posição de destaque nas últimas décadas em resposta às mudanças no contexto sociopolítico e ao aumento da demanda pelo serviço. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2017, 11,5 milhões de brasileiros foram diagnosticados com depressão e 18,6 milhões com ansiedade, uma taxa muito elevada em comparação aos outros países da América Latina (RESENDE, 2018).

A psicologia, como uma das áreas representantes da saúde mental, se fez mais presente a partir dessas demandas, porém, na sua maior parte, via atendimento clínico. Os psicólogos focaram na atuação de resoluções de conflitos pessoais e nos ajustamentos intrapsíquicos por meio de uma escuta não julgadora (MAZER; MELO-SILVA, 2010; REIS; GUARESCHI, 2010). No entanto, diversos estudos apontaram para o fato de que a prática psicoterapêutica, quando realizada de forma isolada, pode se mostrar insuficiente para promover mudanças e melhorias no bem-estar social, até porque os aspectos ambientais, biológicos e sociológicos são muitas vezes negligenciados nesses atendimentos (DAVI; DOMINGUEZ; ARAÚJO; FRANCO, 2016). A saúde precisa ser vista integralmente, pois a natureza humana é composta pela ligação dos aspectos psicológicos e fisiológicos: “A mente não existe enquanto uma entidade, e muito menos ainda uma entidade que se oponha ao corpo” (FULGENCIO, 2016).

Essa concepção de saúde traz à tona a necessidade de uma atuação ampliada da psicologia, para além da tradição individualizante e mecanicista restrita às clínicas e hospitais. O sofrimento psíquico do indivíduo não pode ser entendido em toda sua completude sem se levar em conta sua rotina, suas relações interpessoais, sua atuação no trabalho, sua classe social, raça e sexualidade, assim como, o espaço físico que ela ocupa e os diversos outros fatores que atuam no modo de ser de cada pessoa. O reconhecimento dessas dimensões da determinação social da saúde

do indivíduo, favorecidos por uma abordagem territorial no trabalho do psicólogo, possibilita adentrar aos contextos que envolvem o indivíduo e reconhecer aspectos que não são revelados nos discursos (DIMENSTEIN; SIQUEIRA; MACEDO; LEITE; DANTAS, 2017).

A interdisciplinaridade surge perante uma necessidade de complementação à psicoterapia, para trabalhar mais detalhadamente o sofrimento psíquico. Não é à toa que a integralidade se tornou um dos princípios orientadores dos serviços de saúde públicos brasileiros, baseados nas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo uma interconexão das áreas do conhecimento baseadas na humanização, ética e responsabilidade social (DIAS; CARVALHO; LANDIM; CARNEIRO, 2018). A saúde integral pode ser entendida como o cuidado que considera todos os aspectos na vida de um indivíduo, desde os sinais clínicos, até a compreensão do território de onde ele vive, quais são suas dificuldades diárias, como se estrutura sua rede de apoio, enfim, tudo o que o envolve. Esse conceito vem se delineando como estratégia de saúde, uma vez que esta não envolve somente aspectos biológicos e sociais, mas também outros fatores de desenvolvimento do ser. O objetivo deste trabalho é refletir sobre a interdisciplinaridade como uma proposta de promoção da saúde. Para alcançar esse objetivo, o capítulo se divide em três partes, a saber: a primeira discute o construto da interdisciplinaridade e sua relação com a saúde, a segunda apresenta três modelos interventivos interdisciplinares e na última parte apresentam-se considerações finais sobre a temática.

2 | INTERDISCIPLINARIDADE & SAÚDE

A prática integral em saúde mental requer um movimento de reconhecimento das limitações e potencialidades de cada profissão da saúde perante sua atuação individual, da familiarização em relação à sua posição em uma rede de atenção à saúde, e um esforço em direção à integração das diversas áreas de conhecimento, com a finalidade de contemplar cada pessoa em toda sua complexidade e assim promover o bem-estar da forma mais completa possível (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A tendência à interprofissionalidade se mostra como uma reação ao processo de profissionalização, que causa a compartimentalização e repartição excessivas do conhecimento e das técnicas das profissões de saúde, erguendo diversas barreiras ao trabalho em grupo da equipe de cuidado. O processo de divergência das áreas é inevitável, decorrendo da especialização em virtude do aprofundamento da produção de conhecimento, porém suscita um movimento oposto de integração, impedindo que autonomia do profissional se sobreponha à saúde e à centralidade do paciente em seu processo de cuidado (FURTADO, 2009).

O tema da Interprofissionalidade tem ganhado tração conforme se mostra que as práticas interprofissionais em saúde proporcionam aos pacientes diversos benefícios, dentre os quais se pode citar períodos de recuperação menor, menor número de complicações, menor tempo de hospitalização, menos morbidade, e maior satisfação dos pacientes em comparação às estratégias de cuidado tradicionais (KIM; RADLOFF; STOKES; LYSAGHT, 2019).

Sutter e seus colaboradores (2019) apontam que a prática interprofissional pode colaborar para aumentar o ânimo da equipe de saúde e diminuir o fardo percebido de se cuidar de pacientes com transtornos mentais na atenção primária. Os autores mostram que a introdução de uma equipe interdisciplinar de saúde mental para colaborar com os funcionários de um centro comunitário de saúde, promovendo a possibilidade dos profissionais de compartilhar suas emoções, compartilhar conhecimentos e dividir a carga de trabalho, possibilitando uma melhora significativa na vida de funcionários, pacientes e comunidade local.

No entanto, a implementação do trabalho interprofissional também requer esforço por parte dos profissionais, para a criação de canais de comunicação e desenvolvimento de capacidade para se articular conhecimentos diferentes e visões conflitantes. Peduzzi e seus colaboradores (2009) diferenciam os modos de equipe aglutinação, que gera apenas uma justaposição das diferentes ações, dos modos de equipe integração, que promovem uma colaboração e articulação das funções tendo em vista um projeto assistencial comum. O trabalho interdisciplinar não se resume à mera aglutinação de profissionais de diferentes áreas, que trabalham de forma independente, sem diálogo ou trocas.

Desta forma, é necessário que a interprofissionalidade seja incentivada desde cedo: A OMS recomenda que a interprofissionalidade comece a ser trabalhada durante a formação dos profissionais (OMS, 2010), de forma que os estudantes possam se familiarizar com o conceito e começar a trabalhar as habilidades relativas à colaboração em paralelo com a aquisição de conhecimentos específicos de sua área. Marcussen e seus colaboradores (2019) mostram que um esforço para introduzir a temática da interprofissionalidade e cooperação entre as áreas do conhecimento através de aulas e oportunidades práticas de trabalho em equipe podem ter resultados positivos no aumento de nível de preparação para aprendizagem interprofissional e colaboração de equipe dos alunos em cursos relacionados à saúde mental.

Apresentamos a seguir o relato reflexivo de atividades vivenciadas pelos estudantes em projetos de extensão da Universidade de São Paulo. Os relatos revelam a experiência de intersecção de três áreas do conhecimento: a Psicologia, a Fisioterapia e a Engenharia, enquanto espaço de formação e construção dos conceitos da interprofissionalidade sendo postos em prática.

3 | EXPERIÊNCIAS DE UNIVERSITÁRIOS NA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR

Nesta segunda parte do capítulo, apresentamos três projetos interventivos de caráter interdisciplinar, realizados através de atividades criadas e executadas por estudantes universitários durante a sua formação interprofissional. Juntamente com uma explicação breve da atividade, foram adicionados relatos sobre a experiência dos estudantes na participação do projeto, visando oferecer ao leitor uma visão da vivência no Ensino Interprofissional.

3.1 Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador tem sido discutida e estudada por diversos especialistas nos últimos anos e tem se consolidado como preocupação de importante impacto social e econômico, uma vez que o absenteísmo decorrente de doenças relacionadas ao trabalho prejudicam a produção (ANDRADE; SOUZA; SIMÕES; ANDRADE, 2008) e os gastos com a saúde oneram o Estado e sobrecarregam o Sistema de Saúde.

Os primeiros trabalhos científicos começaram com um esforço conjunto entre diversas áreas do conhecimento para otimizar a produção nas indústrias no final do século XIX e participaram desse processo engenheiros, antropólogos, médicos e psicólogos (DUL; WEERDMEESTER, 2012). A soma da constante insatisfação dos trabalhadores que exigiam melhores condições de trabalho e os resultados positivos da inserção de profissionais de saúde nas fábricas, juntamente com os avanços tecnológicos das máquinas levou à uma mudança do cenário e melhora da produtividade. Desse modo, instituiu-se a Ergonomia, ciência que estuda a relação do homem com o ambiente de trabalho visando à segurança e à eficiência do mesmo, através de normas e portarias.

Desde o início, a saúde ocupacional foi vista como um campo interprofissional com a colaboração de saberes biológicos, tecnológicos e sociais, e por este motivo diversos profissionais têm contribuído para entender e desenvolver tecnologias e conhecimentos que otimizem a produção sem prejudicar a saúde do trabalhador, que deve realizar sua tarefa com segurança (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Uma experiência de trabalho interdisciplinar com o tema “Saúde do Trabalhador” foi compartilhada pelos alunos da Fisioterapia e Psicologia. Discutiu-se questões relacionadas ao trabalho, como a influência dos ruídos do meio e como eles são prejudiciais, o estresse psíquico decorrente das relações e pressões, o modo como os movimentos e as posturas sem uma preparação pode sobrecarregar os músculos e as articulações levando à dor, e a rede de apoio do trabalhador. Nesse contexto, os alunos das diversas áreas contribuíram com seus olhares sobre o tema

e seus conhecimentos específicos. Foi desenvolvida, a partir disso, uma cartilha de orientações para evitar ou diminuir os riscos à saúde no ambiente de trabalho, além de listar os equipamentos de saúde e sociais que é de direito do trabalhador usufruir.

Apesar dos cursos de Engenharia não terem participado desse projeto, discutimos o potencial que essa área teria para contribuir. Estudar questões relativas à ergonomia e segurança do trabalho, ou seja, a relação do corpo com as atividades da ocupação além de adaptações a serem feitas no ambiente são competências do engenheiro que se situam na interface desta área com a saúde do trabalhador. O cuidado com o corpo é fundamental para a garantia de um ambiente de trabalho confortável e agradável, além de prezar pelas boas relações de trabalho (SILVA; GRACINI; MELO; TAVARES; GERIBELLO; AMARANTE, 2019). De fato, muito já tem sido feito nesse campo, com adaptações de diversos equipamentos, além de legislações específicas. Porém os treinamentos e conversas com os trabalhadores continuam sendo essenciais na capacitação e formação destes profissionais quanto aos cuidados de sua saúde no ambiente de trabalho.

A seguir, serão apresentados os relatos dos estudantes.

“Colaborar com este projeto, como estudante de Fisioterapia, permitiu que eu pudesse ter uma visão mais integral do trabalhador e entender que quando um fisioterapeuta atende uma pessoa com queixas decorrentes do trabalho, muitos fatores, além das causas biológicas, contribuem para a dor que o indivíduo está sentindo. Considerar todos esses aspectos é importante para o prognóstico de melhora dessa pessoa e sucesso da terapia. Além da oportunidade de entender melhor os equipamentos sociais que sustentam a rede de apoio do trabalhador. A principal dificuldade vivenciada ao desenvolver essa atividade, foi achar um momento que pudéssemos nos reunir para conversar sobre o tema, pois nós estudantes, imersos no nosso cotidiano e nos nossos afazeres temos que dedicar um tempo extra para discutir com outras áreas suas visões sobre a mesma situação e isso não foi tão fácil” (Estudante de Fisioterapia, 22 anos, 2020).

“Adentrar a uma perspectiva de saúde diferente da sua é muito desafiador, ainda mais quando você não é formado. Sinto que esta atividade interdisciplinar me proporcionou vários ensinamentos, afinal é necessário aprender um pouco da área do outro para conseguir dialogar. Trabalhar ao lado da fisioterapia foi fantástico! A participação dela foi essencial para eu conseguir entender melhor a complexidade do sofrimento que abarca o campo de trabalho. Percebi, ao longo de toda preparação, que a saúde mental e física está muito conectada. Por exemplo, uma pessoa que sente dor física também apresentará sofrimento psíquico e vice-versa. Deixo registrado aqui toda minha gratidão aos estudantes de fisioterapia envolvidos no projeto, vocês contribuíram muito na minha formação” (Estudante de

3.2 Atenção à Zona Rural

Ao iniciar projetos e pesquisas na zona rural, percebe-se com frequência a desatualização e imprecisão dos dados em relação à população local e suas demandas. Muitas vezes a realidade e o contexto da zona rural não são contemplados com os dados quantitativos dos medidores socioeconômicos feitos para a zona urbana e aplicados de forma incoerente à essa realidade. Com isso, estudantes da Engenharia, Fisioterapia e Psicologia se reuniram para criar um questionário que propõe entrar em contato direto com a população, para conhecer sua realidade, buscar possíveis demandas para a gestão municipal e criar um ambiente de troca de experiências entre estudantes e os moradores, além de identificar dificuldades e contradições que não estejam claramente explicados (DUARTE, 2004; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Diversas pesquisas demonstram que mapear a zona rural do município, bem como georreferenciar as demandas das populações por bairros e áreas serve como ferramenta de comunicação para a população local, além dos governantes, além de facilitar o diagnóstico espacial acerca das necessidades que cada comunidade possui, como ferramenta de comunicação para a população local (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013; FERREIRA; CASTILHO-SALGADO; RIBEIRO, 2017). Além disso, tal prática de pesquisa já é amplamente difundida na vigilância em saúde ambiental, cuja organização é considerada parte integrante do SUS, que incorpora o território em sua dimensão biológica, cultural e social, como um campo fértil para análises e ações (BEZERRA, 2017).

Desse modo, este projeto teve como objetivo entender quais são as demandas locais, esboçando suas possíveis causas, bem como maneiras em que as áreas que compõem a atividade, seja de forma direta com a população ou por meio de propostas desenvolvidas com a gestão municipal, fomentem a aproximação entre gestores e munícipes. É importante ressaltar que a questão ambiental influencia na saúde e no bem-estar da população rural e, por isso, deve-se considerar o saneamento e qualidade ambiental como um meio promotor da saúde. Através do conhecimento e diagnóstico em relação à contaminação do solo e corpos d'água é possível a criação de políticas públicas adequadas à realidade rural (HOLGADO-SILVA; PADUA; CAMILO; DORNELES, 2014).

A seguir, serão apresentados os relatos dos estudantes.

“Participar dessa atividade e entrar em contato com a população rural me mostrou um lado humano da Engenharia. Quando pensamos na saúde e bem-estar da pessoa que está ali na minha frente me contando de seu cotidiano e respondendo nossas perguntas, a resposta para a questão ambiental e de saneamento se confunde

com o que se entende por saúde em sua definição conservadora. E isso acontece de uma forma que as propostas e diagnósticos se tornam muito mais condizentes com a realidade da comunidade que foi ouvida e compreendida. Trabalhar de forma interdisciplinar te coloca numa posição de constante debate e criação à medida que começamos a entender as intersecções e correlações entre as áreas e o quão rica essa zona cinzenta é - tanto para nós estudantes quanto para a população que está sendo observada de forma esférica” (Estudante de Engenharia, 22 anos, 2020).

“As entrevistas na zona rural me fizeram entrar em contato com uma realidade muito diferente da que eu estava acostumado, me causou um certo choque e pude ver que nossa presença também trazia um estranhamento para a população. Em alguns momentos, nós éramos tratados com desconfiança, como espiões infiltrados naquela região, enquanto em outros éramos chamados para entrar e tomar café, como se fossemos velhos conhecidos da casa. A oportunidade de trabalhar em um grupo com várias áreas também foi muito enriquecedora, me trazendo visões diferentes que nunca haviam me ocorrido: a influência das construções e infraestrutura no dia a dia e bem estar da pessoa, a acessibilidade na presença ou ausência de transporte, a questão geográfica e social do espaço, em uma zona tratada como uma periferia em relação à cidade. Foi um vislumbre de como tudo está conectado, como a saúde não é uma caixinha fechada e bem definida” (Estudante de Psicologia, 26 anos, 2020).

3.3 Visita Domiciliar

As visitas domiciliares possuem um papel fundamental no sistema de saúde. Com o objetivo primário de garantir o direito de acesso à saúde, pode produzir ainda a melhoria objetiva de indicadores de saúde, da percepção individual de satisfação para com seu próprio estado de saúde, de familiares e da comunidade a que se pertence (BARROS; SOUSA, 2016).

Em um país plural e multifacetado, cada domicílio e cidadão são únicos, de forma que cuidar de pacientes em diferentes faixas etárias, cada um com suas características e dinâmicas própria requer cuidados a fim de garantir o modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS, sendo a visita domiciliar um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. A visita domiciliar é uma estratégia que permite criar espaços de intersubjetividade, através dos quais acontecem falas, escutas e interpretações. Estes são momentos de cumplicidade nos quais pode haver a responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados (LOPES, SAUPE, MASSAROLI, 2008).

As visitas domiciliares incluem, em muitos casos, por consequência, um cuidado ao olhar a família que circunda e ajuda o paciente domiciliado a realizar suas tarefas básicas do dia a dia, a família detém o papel significativo junto ao

processo de cuidado e cura do paciente. O papel do psicólogo visa ter um olhar diferenciado que viabilize, dentre contextos familiares tão complexos, criação de uma autonomia que possibilite autogestionar, com seus próprios recursos, suas principais dificuldades (ROCHA; CONS; BARCINSKI; PAIVA; PIZZINATO, 2017).

A autonomia é um ponto interessante na formação de novas maneiras de se discutir saúde, e sendo assim, a construção multidisciplinar que viabilize a formação de um ser autônomo pode ser uma maneira de se construir saúde. Indisposições físicas, má alimentação, limitações estruturais da casa podem acarretar na própria limitação do indivíduo, e no caso da visita domiciliar a importância de um trabalho da equipe interdisciplinar.

A exemplo disso, além de também poder elencar uma possível atuação das áreas da psicologia, engenharia e fisioterapia nas visitas domiciliares multidisciplinar, há um caso experienciado dentro do projeto de uma faculdade pública por seus estudantes. Um homem, de 26 anos, nascera com hidrocefalia congênita, e desde então, o cuidado deste filho recaia sobre os cuidados totais da mãe. A acessibilidade da casa também a dificultava muito, com degraus logo na entrada de sua casa, impossibilitava a passagem de qualquer cadeira de rodas, e sem o filho poder sair de casa, a mãe, conseqüentemente, se mantinha também. Um quadro de mãe e filho em isolamento social, a mãe se colocava sempre em segunda prioridade frente às necessidades do filho. A psicologia trabalha, conjuntamente com a fisioterapia, a importância dessa questão do autocuidado, e como é fundamental para uma boa condição de vida não só para ela como para o filho também. Quanto a discussão da acessibilidade da casa, a engenharia poderia atuar na garantia do direito para essa mãe e filho, mostrando significativos detalhes para a saúde mental e cuidado de todos.

A visão do engenheiro foi fundamental, pois devido à falta de assistência técnica, as intervenções construtivas eram feitas com base em experiências passadas da família. Faltava ali orientação quanto às questões projetivas, o que é assegurado pela Lei 11.888, 2008, que garante às famílias de baixa renda assistência técnica pública e gratuita para o projeto e a construção de habitação de interesse social. Já amplamente difundida no país desde sua promulgação, vários casos de municípios, como Teófilo Otoni (MG), adotam medidas segundo a Lei que asseguravam a sociabilidade entre as pessoas pelo planejamento de mutirões sociais autogeridos, em que os próprios moradores sob a orientação e supervisão técnica, realizam as obras necessárias às residências dos acobertados por esta lei (ALMEIDA, 2018). Após recomendações de rampas e tamanhos limites de degraus visando a ergonomia e redução dos esforços do paciente, possivelmente haja maior integração dela com os vizinhos, dada a maior facilidade de deslocamentos dentro e ao redor de sua residência.

A seguir, serão apresentados os relatos dos estudantes.

“A experiência foi excelente dada a maneira interdisciplinar conduzida nas visitas domiciliares. Em um caso, a visita à casa de um senhor que possuía dificuldade de locomoção e de socialização com os vizinhos do bairro, devido a seu isolamento por conta de questões ortopédicas, pode ser discutido em conversas nas quais o paciente falou sobre seus problemas de maneira indistinta aos diversos profissionais da saúde, gerando muita liberdade ao longo do atendimento para, ao final, cada área fazer suas intervenções e recomendações necessárias” (Estudante de Engenharia, 20 anos, 2020)

“Realizar a visita domiciliar me proporcionou um dos momentos que realmente me senti integrado à rede que compõe os equipamentos do SUS, a integralidade, equidade e igualdade foram realmente sentidos nessa atividade. Visitando um caso de uma mãe que construiu sua vida para cuidar do filho, congênito de hidrocefalia, fazia e deixava de fazer tudo em prol dele em suas mais simples dependências. As visitas então recaiam, não só sobre um cuidado com o filho, que apesar de ser acometido por uma grave doença vivia bem graças aos cuidados impecáveis da mãe, mas como também uma escuta a essa mãe que sofria tanto as dores do filho quanto com as suas próprias. A visita domiciliar é um espaço de cuidado e construção de maior autonomia de seus indivíduos” (Estudante de Psicologia, 22 anos, 2020).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde integral é potencializada quando se dá o trabalho interprofissional das áreas envolvidas, quando os profissionais discutem juntos a saúde do usuário, promovendo a colaboração do mesmo em seu processo de saúde-doença. Desse modo, as chances de alcançar um objetivo em comum e conseqüentemente ter maior êxito no tratamento, são consideravelmente ampliadas. Este trabalho teve como objetivo principal ampliar a discussão sobre a importância da interdisciplinaridade, não só na prática profissional, mas também na formação dos estudantes.

Conforme os parágrafos aqui apresentados, os estudantes envolvidos nos projetos interdisciplinares relataram a experiência vivenciada como uma oportunidade excepcional de construir conhecimento, elaborar novas perguntas, entrarem em contato com a realidade dos atendimentos e das experiências que os projetos lhes propuseram. Porém, foi o contato com os colegas de outros cursos, ou seja, foi a oportunidade da troca de pontos de vista que tornou a experiência ainda mais rica, proporcionando de fato a possibilidade para os estudantes de ampliarem a sua visão sobre a situação vivenciada, a possibilidade de aprender com o colega,

a percepção de que a saúde é fruto de uma multifatorialidade de condições e que, a segmentação do tratamento e a desconsideração de todos os aspectos envolvidos no adoecimento, pode ser desencadeadora de maiores dificuldades para os pacientes e menos sucesso por parte dos profissionais envolvidos. Sugere-se que futuros trabalhos deem a continuidade na temática, uma vez que a prática interdisciplinar do estudante universitário ainda está em processo de se estabelecer como base na formação dos alunos de graduação, sendo esta uma grande oportunidade para tornarmos o ensino mais completo e humanizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sérgio Souza. **A lei federal nº 11.888/08, como um instrumento da política habitacional aplicada na cidade de Teófilo Otoni – MG**. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Ambiente e Sociedade, UFVJM, 2018.

ANDRADE, Tania Bof et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171. 2008.

BARROS, Fernando Passos Cupertino; SOUZA, Maria Fátima. Equity: concepts, meanings and implications for the Brazilian National Health System. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. **Saude soc. [online]**, v. 26, n. 4, p. 1044-1057, 2017. ISSN 0104-1290. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170093>

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>

DAVI, Renata Souza et al. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS. **Act.Psi**, José, San Pedro Montes de Oca, v. 30, n. 120, p. 71-83, 2016. <http://doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>

DIAS, Matheus Martins de Souza et al. A integralidade em saúde na educação médica no Brasil: o estado da questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 123-133, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180094>

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, n. 24, p. 213-225, 2004. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>

FERREIRA, Tiago Canelas; CASTILLO-SALGADO, Carlos; RIBEIRO, Helena. Geografia da saúde e utilização de tecnologias de geoprocessamento. **Geoprocessamento e saúde: muito além de mapas**, 2017.

FULGENCIO, Leopoldo. **Por que Winnicott?**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2016.

FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 178-189, 2009.

HOLGADO-SILVA, Heloiza Cristina et al. A qualidade do saneamento ambiental no assentamento rural

Amparo no município de Dourados-MS. **Soc. nat.**, Uberlândia, v. 26, n. 3, p. 535-545, 2014. <https://doi.org/10.1590/1982-451320140311>

KIM, Young Joo et al. Interprofessional education for health science students' attitudes and readiness to work interprofessionally: a prospective cohort study. **Brazilian journal of physical therapy**, v. 23, n. 4, p. 337-345, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.09.003>

LOPES, Wanda Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i2.5012>

MARCUSSEN, Michael; NØRGAARD, Birgitte; ARNFRED, Sidse. The effects of Interprofessional education in mental health practice: findings from a systematic review. **Academic Psychiatry**, v. 43, n. 2, p. 200-208, 2019. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0951-1>

MAZER, Sheila Maria; MELO-SILVA, Lucy Leal. Identidade profissional do Psicólogo: uma revisão da produção científica no Brasil. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30(2), p. 276-295, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200005>

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. 21-32, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 44-57, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals**. World Health Organization, 2016.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe. In: LIMA, J.C.F.; PEREIRA, I.B. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p.419-26. 2009.

REIS, Carolina dos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 854-867, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000400014>

RESENDE, Briseida. O corpo, o lúdico, e o bem-viver. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 323-324, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-656420182903>

ROCHA, Kátia Bones et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017. <http://doi.org/10.15309/17psd180115>

SILVA, Moraes Lopes da Silva et al. A correlação entre ergonomia e saúde ocupacional. **Revista Pesquisa e Ação**, v. 5(1), p. 109-126. 2019.

SUTTER, Marieke et al. Inter-professional collaboration reduces the burden of caring for patients with mental illnesses in primary healthcare. A realist evaluation study. **European Journal of General Practice**, v. 25, n. 4, p. 236-242, 2019. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1640209>

TEDESCO, Sílvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>

MÃES NO PUERPÉRIO IMEDIATO E O CONHECIMENTO SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Data de aceite: 12/05/2020

Fabiola Pansani Maniglia

Docente dos Cursos de Nutrição e Enfermagem e Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca.

E-mail: fa_nutricao@hotmail.com

Camila Peres Ferreira

Nutricionista pela Universidade de Franca

E-mail: camila_peresssp@hotmail.com

Tarcielle Nayara de Paula Santos

Nutricionista pela Universidade de Franca

E-mail: tarciele_nayara@hotmail.com

Bruno Affonso Parenti de Oliveira

Mestre e Doutorando em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP USP.

E-mail: bruno_parenti@hotmail.com

RESUMO: Objetivo: avaliar o conhecimento das mães, no puerpério imediato, sobre amamentação e alimentação complementar. Métodos: Trata-se de uma pesquisa transversal realizada com puérperas internadas na Santa Casa de Misericórdia de Franca. Foram coletadas informações relacionadas ao perfil socioeconômico e demográfico e ao conhecimento sobre aleitamento materno e alimentação complementar. Resultados: 74%

das mães realizaram 6 ou mais consultas pré-natal, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. 38% das puérperas afirmaram ter recebido orientações sobre amamentação e 33% sobre alimentação complementar durante as consultas. Das 100 mulheres entrevistadas, 33% acreditavam que podiam oferecer chá para o bebê antes do 6º mês e 83% afirmaram que a papinha deve ser introduzida também antes do 6º mês. Conclusão: Muitas mães apresentaram conhecimentos equivocados sobre amamentação e alimentação complementar, sugerindo que as orientações recebidas no pré-natal não são suficientes.

Palavras-chave: puérperas, amamentação, alimentação complementar, conhecimento.

MOTHERS IN THE IMMEDIATE

POSTPARTUM PERIOD AND KNOWLEDGE

ABOUT INFANT FEEDING

ABSTRACT: Objective: evaluate the knowledge of mothers, in the immediate postpartum period, about breastfeeding and complementary feeding and the influence of maternal and gestational characteristics on the newborn. Methods: This is a cross-sectional study conducted with women admitted to the Santa Casa de Misericórdia de Franca. The information about socioeconomic

and demographic profile, and knowledge about breastfeeding and complementary feeding was collected. Results: 74% of mothers had 6 or more prenatal consultations, as recommended by World Health Organization. 38% of the mothers said they had received breastfeeding guidance and 33% about complementary feeding during the consultations. Of the 100 women interviewed, 33% believe they could offer their baby tea before the 6th month and 83% said that the baby food should be introduced before the 6th month. Conclusion: Many mothers had misperceptions about breastfeeding and complementary feeding, suggesting that guidance received during prenatal care is not sufficient.

KEYWORDS: postpartum women, breast-feeding, complementary feeding, knowledge.

INTRODUÇÃO

A alimentação no início da vida de uma criança é determinante para sua saúde, pois os fatores metabólicos e nutricionais irão contribuir para a formação de seu organismo e manutenção da saúde até a vida adulta ¹.

A recomendação primordial para os primeiros anos de vida é o aleitamento materno, que fornece todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança. Além das propriedades nutricionais, o leite materno oferece ao lactente anticorpos importantes para sua defesa imunológica. Seu consumo deve ser exclusivo até os seis meses de vida, não havendo necessidade de ofertar água ou qualquer outro alimento neste período ². A partir dos seis meses de vida inicia-se a introdução de outros alimentos por meio de papa de frutas e papa salgada, cujo objetivo é complementar a amamentação ³.

Estas recomendações sobre a nutrição infantil são determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e reforçadas pelo Ministério da Saúde ^{4,2}. No entanto, percebe-se que muitas mães ainda possuem conhecimentos equivocados sobre a amamentação e a introdução alimentar, que podem prejudicar o desenvolvimento do bebê e favorecer o desenvolvimento de doenças agudas, bem como de agravos crônicos decorrentes de um desequilíbrio nutricional ^{5,6}.

Neste cenário, torna-se imprescindível o entendimento do pré-natal não apenas como o período de cuidado das condições clínicas da gestante e dos aspectos intrauterinos, mas também como forma de promover educação em saúde ⁷. Além disso, muito se sabe sobre a influência do comportamento materno nas condições da gestação e do neonato ⁸, mas poucos estudos procuraram investigar se a obtenção de informações sobre a amamentação e a alimentação infantil podem também estar relacionadas a estas características.

Com base nas informações supracitadas, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento das mães no puerpério imediato sobre amamentação e

alimentação infantil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal realizada com puérperas internadas na Santa Casa de Misericórdia de Franca no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019.

Caracteriza-se puerpério o período de seis a oito semanas após o nascimento do bebê. Pode-se dividir o puerpério em três momentos, sendo eles: puerpério imediato (1º ao 10º dia), puerpério tardio (11º ao 45º dia) e puerpério remoto (a partir do 45º dia).

O recrutamento das mulheres em pós-parto se deu de forma aleatória, respeitando os seguintes critérios de inclusão para o estudo: idade maior ou igual a 18 anos, ausência de disfunções neuropsiquiátricas e ausência de risco de morte do bebê ou óbito do mesmo. As puérperas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram seus dados clínicos e sociodemográficos identificados por meio de entrevista e análise de prontuário. As informações coletadas foram: idade, tempo de pré-natal, ganho de peso gestacional, tipo de parto, número de gestações, número de filhos, profissão, estado civil, renda familiar, prática de atividade física, histórico de doenças e uso de medicamentos.

O conhecimento das mães sobre a alimentação infantil foi investigado por meio da aplicação de um questionário composto por perguntas que abordavam desde a amamentação até a alimentação complementar. Este questionário foi desenvolvido pelas pesquisadoras com a intenção de identificar os erros que são mais comumente cometidos desde a amamentação, com a introdução de chás, por exemplo, até a alimentação complementar, na qual alguns alimentos industrializados são precocemente apresentados ao bebê.

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram tabulados para a aplicação da análise descritiva, por meio da obtenção de média, desvio-padrão, valores absolutos e porcentagem. Posteriormente foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para verificar a normalidade dos dados. As associações entre as variáveis qualitativas do estudo foram testadas por meio do teste Qui-quadrado e as correlações entre as variáveis quantitativas pelo teste de correlação de Pearson, ainda para verificar a contribuição das variáveis independentes na determinação do peso da criança foi utilizada a regressão linear múltipla. Considerou-se o nível de significância de 5% e as análises foram realizadas por meio do software SPSS, versão 20.0.

A pesquisa foi aprovada em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Franca sob o parecer de número 03217118.1.0000.5438.

RESULTADOS

Foram avaliadas 100 puérperas internadas na maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Franca. A média de idade destas mulheres foi de $25,8 \pm 5,8$ anos e os valores mínimo e máximo para essa variável corresponderam a 18 e 41 anos, respectivamente. Vale mencionar que apenas 13% das entrevistadas responderam ser praticantes de exercício físico e esta variável não se correlacionou com a classificação do estado nutricional ($p=0,723$).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e gestacionais da população estudada.

Variável	N / %
Idade (anos)	
18 a 22	36
23 a 27	29
28 a 34	25
≥ 35	10
Profissão	
Dona de casa	40
Sapateira	12
Desempregada	3
Estudante	2
Nenhuma	4
Outras	39
Estado civil	
Solteira	39
Casada ou união estável	58
Divorciada	3
Renda familiar	
1 a 2 salários mínimos	58
2 a 4 salários mínimos	29
4 a 6 salários mínimos	3
Prática de atividade física	
Não	87
Sim	13
Histórico de doenças	
Não	17
Sim	83
Classificação do IMC	
Baixo peso	10
Eutrofia	43
Sobrepeso	25
Obesidade	22
Tempo de pré-natal	
≤ 5	26
6 a 10	65
> 10	9

Tipo de parto	
Normal	44
Cesária	56
Número de gestações	
1 a 3	91
4 a 6	8
12	1
Abortos	24
Semanas gestacionais	
34 a 39	87
40 a 42	13

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas das puérperas (n = 100). Franca (SP), 2019.

IMC: Índice de Massa Corporal.

Ainda sobre as características gestacionais, o número médio de gestações entre as mulheres avaliadas foi de $2,2 \pm 1,5$, sendo os valores mínimo e máximo correspondentes a 1 e 12, respectivamente.

Os valores médios de consultas de pré-natal e semanas gestacionais entre as participantes do estudo foram: $7,2 \pm 2,7$ e $38,2 \pm 1,4$, respectivamente. O tempo de pré-natal se correlacionou positivamente com a renda familiar ($r=0,295$; $p=0,006$). Esta última variável apresentou um valor médio de R\$1850,00, sendo os valores mínimo e máximo equivalentes a R\$0 e R\$5.500, respectivamente. Houve correlação positiva entre renda familiar e a idade das entrevistadas ($r=0,358$; $p=0,001$).

Quanto ao tipo de parto, 44% foram do tipo normal e 56% cesárea. Não houve associação do tipo de parto com o estado nutricional da mãe ($p=0,235$), nem com o peso ($p=0,059$) e a estatura do bebê ($p=0,897$).

A respeito dos resultados do questionário de conhecimento aplicado às mães, a média de acertos foi de 49,7% (13,3), sendo os valores mínimo e máximo correspondente a 16,7% e 83,3%, respectivamente. Curiosamente, não houve associação do mesmo com nenhuma variável investigada no presente estudo.

Das 100 mulheres avaliadas, apenas 38 afirmaram ter recebido orientações sobre a amamentação no pré-natal. No entanto, apenas 27 realmente foram orientadas quanto aos cuidados com a mama, pega correta e importância do leite materno.

A respeito das recomendações alimentares, 33 mães foram orientadas quanto à adequação do consumo de frutas e hortaliças, redução da ingestão de refrigerante, adequação hídrica, dentre as outras recomendações visando o controle das doenças associadas como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica.

Quando questionadas sobre as necessidades do bebê, 90% das puérperas disseram que o leite é suficiente para suprir as demandas até o 6º mês, enquanto que as outras mães relataram que o bebê também precisa de água, complemento e chá nesse período. A respeito desse último alimento, 33 mães disseram que o

chá pode ser ofertado aos bebês menores de 6 meses quando eles apresentarem cólica.

A respeito da oferta do leite materno, a maior parte das mães referiu que o mesmo deve ser oferecido em livre demanda. Algumas, entretanto, acreditam que deva ser dado no intervalo de 3 em 3 horas.

Sobre a idade mínima que o bebê deve ser amamentado, 30 mães afirmaram que o correto seriam dois anos e 12 delas responderam que não existe um tempo ideal e que o desejo da criança deve prevalecer. Além destas, 58 entrevistadas referiram idades variadas, desde 4 meses a 1 ano.

Em relação ao tempo indicado para se introduzir a papinha, 83 mães responderam que o correto seria antes do 6º mês, 13 delas referiram do 7º mês até 1 ano e 4 não souberam opinar. Sobre o modo de preparo da papa, 63 mães referiram que não utilizariam temperos, 36 delas disseram que iriam adicionar cebola, alho, sal, óleo ou azeite, e 1 participante respondeu que utilizaria temperos industrializados.

Quando perguntadas sobre a idade ideal para se introduzir doces na alimentação do bebê ou adoçar os alimentos, 43 das entrevistadas responderam a partir 6º mês até 1 ano de vida, 22 delas julgaram não ser necessário, 16 mães acreditam que possam oferecer somente após 1 ano e 6 meses, e 1 participante respondeu que pode ser ofertado logo no primeiro mês de vida. Além disso, 18 mães não souberam responder.

A respeito da forma física do bebê, 39 mães disseram que se preocupam mais com o bebê magrinho, 32 delas com o bebê gordinho e 22 mães responderam que ambos são alarmantes. Por outro lado, 5 das entrevistadas disseram que nenhum dos dois as preocupam e 2 não souberam responder.

Quando perguntadas se a alimentação que elas mesmas praticam poderia interferir no desenvolvimento dos hábitos alimentares do bebê, 79 responderam que sim. A maioria também respondeu que teria disponibilidade para preparar as refeições do filho.

Em casos de recusa à comida, 79 mães disseram que continuariam insistindo, usando estratégias como: cantar, brincar, oferecer outro alimento ou alterar o modo de preparo. 7 delas referiram que procurariam orientação médica, 8 não souberam o que iriam fazer e apenas 5 mães responderam que não fariam nada.

DISCUSSÃO

As participantes do estudo eram majoritariamente jovens, pertencentes à faixa etária de 18 a 29 anos. Ainda assim, o número de participantes acima dos 30 anos

foi considerável, corroborando os dados do IBGE que apontam para o aumento do número de gestações consideradas tardias no Brasil nos últimos 10 anos. ⁹

Sobre as características antropométricas, de acordo com a classificação do IMC, a maior parte das mães se encontrava eutrófica no início da gestação. Vale mencionar que o estado nutricional materno não foi influenciado pela prática de exercício físico, mesmo com o alto índice de sedentarismo, contrariando as evidências do benefício de se manter ativo no cuidado do corpo e preservação da saúde. ¹⁰

A respeito das características da gestação e do parto, notou-se um número expressivo de cesáreas na presente pesquisa. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontou recentemente para a queda no número de partos natural ao longo dos anos e, conseqüente aumento de cesáreas, as quais correspondem em média a 57% dos partos.¹¹ Muito se sabe sobre os riscos de uma cirurgia, juntamente com as questões biomédicas que determinam a mortalidade materna no Brasil. Além disso, do ponto de vista neonatal, o procedimento passa a ser um contribuinte para a prematuridade tardia iatrogênica, decorrente de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva. Em contrapartida o parto natural oferece mais segurança à mãe e ao filho, além do menor risco de infecções hospitalares. ^{10, 11}

Sobre o tempo de pré-natal, a média de consultas no presente estudo foi acima do mínimo recomendado. Segundo a OMS, este acompanhamento deve ser periódico e contínuo, em intervalos pré-estabelecidos (mensalmente, até a 28^a semana; quinzenal da 28^a a 36^a semana e semanalmente até o fim da gestação). Segundo o Ministério da Saúde, deve ser realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal, sendo três delas no terceiro trimestre, momento principal de ganho ponderal e estatura do bebê. ² Estudos apontam que a qualidade da orientação durante o pré-natal favorece a adesão ao aleitamento materno e uma correta introdução alimentar. “De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento pré-natal é o primeiro contato que a mulher vivencia para entender como ela poderá nutrir seu filho da melhor maneira possível, sendo considerada uma importante oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem” ^{2, 12}. Barbieri et al (2015) ¹³ reforçam a ideia de que um bom pré-natal deve assegurar o desenvolvimento saudável da gestação e fornecer informações válidas para o cuidado do bebê após o nascimento.

A respeito do objetivo principal do presente estudo, verificou-se que a média de acertos do questionário de conhecimento correspondeu a menos de 50%, indicando um resultado bastante insatisfatório. Tal resultado evidencia a inadequação do conhecimento das mães sobre a amamentação e a alimentação complementar do bebê. O estudo de Carvalho et al (2016) ¹⁴, buscaram avaliar o conhecimento das mães sobre amamentação e alimentação complementar. Os resultados foram

bastante semelhantes aos da presente pesquisa, sendo que apenas 21,2% das mães apresentaram bom conhecimento sobre aleitamento materno, e em relação a alimentação complementar, a defasagem foi ainda maior, representada por apenas 5% das mulheres com um conhecimento aceitável. Este achado reitera a questão de que falta a estas nutrizes, mais incentivo e informação sobre o aleitamento materno e alimentação complementar, sobretudo nos atendimentos de saúde.

Quando questionadas especificamente sobre a amamentação, muitas mães não sabiam que o leite materno deve ser ofertado exclusivamente até o sexto mês de vida e no regime de livre demanda. Souza et al. (2011)¹⁵ realizaram um estudo que mostrou valores similares, 77% das mulheres entrevistadas praticaram a amamentação em livre demanda, ou seja, assim que o bebê chorava elas ofereciam o peito, enquanto 23% determinavam horário para as mamadas.

Além disso, muitas puérperas acreditavam que podiam oferecer outros líquidos nesse período, como chás. Um estudo publicado pela USP, buscou investigar a prática da amamentação exclusiva e a introdução de outros líquidos, e encontrou resultados semelhantes aos desta pesquisa. Cerca de 30% das mães disseram que ofertariam chás e outros líquidos aos recém-nascidos antes dos 6 meses de vida.⁵

No presente estudo as mães foram questionadas sobre até que idade deveriam amamentar os seus bebês e 67% delas não sabiam ao certo. A pesquisa feita por Carvalho et al (2016), também buscou avaliar o conhecimento das mães sobre amamentação e encontrou 51% de inadequação nas respostas relacionadas ao tempo de amamentação.¹⁴

Acerca da introdução da alimentação complementar, as respostas equivocadas foram desde a idade correta para inicia-la até sobre o uso de tempero nas preparações. De acordo com o Ministério da Saúde, a alimentação complementar deve ser iniciada após o sexto mês de vida do bebê, com alimentos amassados ou cozidos somente com água e adicionados de pequena quantidade de óleo e alguns temperos naturais, não sendo necessário o acréscimo de sal².

Em relação à introdução do açúcar e alimentos doces, quando questionadas sobre a idade aceitável, apenas 9% responderam corretamente, respeitando a recomendação do Ministério da Saúde de só oferecer esse tipo de alimento após os 2 anos de vida (2). O estudo de dos Santos (2016)¹⁶, buscou avaliar o conhecimento e a prática das mães na introdução alimentar, foi observado que 61% delas afirmaram colocar açúcar nas preparações do bebê durante o primeiro ano de vida.

Sabe-se que as crianças que foram amamentadas tendem a receber melhor os alimentos nessa fase, pois por intermédio do leite materno foram expostas anteriormente a aromas e sabores provenientes da dieta da mãe.¹⁷ Sendo assim, reconhece-se que os hábitos alimentares maternos interferem na nutrição do bebê, assim como foi mencionado pela maioria das mães entrevistadas.

De todo modo, a introdução dos alimentos deve ser feita gradualmente. É muito comum que as crianças recusem os novos alimentos e isso não deve ser interpretado como uma aversão permanente. Em média, recomenda-se que a criança seja exposta à um novo alimento de 8 a 10 vezes para que o aceite bem.¹⁸

Vale mencionar que durante essa nova experiência muitas mães se preocupam com o ganho ponderal dos bebês. Nessa pesquisa a maior parte das mães referiu se preocupar mais com um bebê magrinho do que gordinho, evidenciando a tendência cultural de que o bebê mais gordo se encontra mais saudável e bem nutrido.¹² No entanto, pesquisadores afirmam que essa interpretação não é correta e reforçam ainda que uma criança acima do peso tem maiores chances de se tornar um adulto obeso.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu concluir que o conhecimento das mães se encontra defasado desde os conceitos relacionados à amamentação, bem como a respeito da introdução da alimentação complementar. Apesar do número médio de consultas pré-natal ser superior ao limite inferior preconizado pela Organização Mundial de Saúde, acredita-se que as orientações sobre nutrição infantil sejam insuficientes.

Ressalta-se a necessidade de promover o cuidado com o ganho ponderal materno e com o número de semanas gestacionais, uma vez que ambas as condições se associaram às características antropométricas do bebê.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes BS, Carvalho EAA, Andrade RG, Simao TJ, Fonseca MC, Silva AF. Cartilha de orientação nutricional infantil. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Oliveira JM, de Castro IRR, Bioni e Silva B, Vanancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2): 377-394.
4. WHO - World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva, Switzerland, 2001.
5. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, do Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(2): 283-290.
6. Lopes WC, Marques FKS, de Oliveira CF, Rodrigues JÁ, Silveira MF, Caldeira AP, de Pinho L. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. Rev Paul Pediatr. 2018; 36(2): 164-170.

7. Silva ALS, do Nascimento ER, Coelho EAC, Nunes IM. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. 2014; 30(1).
8. Dos Santos MTM, Campos T, Silva ACP, Nemer ASA, Luquetti SCPD, Netto MP. Fatores relacionados ao peso ao nascer: influência de dados gestacionais. Rev. Med Minas Gerais. 2015; 25(2): 186-191.
9. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE notícias. Editoria: Estatísticas Sociais. Brasil; 2019. [acesso 17 jul 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/22870-cresce-proporcao-de-mulheres-que-tiveram-filhos-apos-os-30-anos>
10. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet. 2010; 375(9713): 490-499.
11. Nações Unidas – Brasil. UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil. Brasil; 2017. [acesso 20 jul 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/> publicado 20/04/2017.
12. Algarves TR, Julião AMS, Costa HM. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. Rev. Saúde em Foco. 2010; 2(1): 151-167.
13. Barbieri MC, Bercini LO, Brondani KJM, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Sant’anna FL. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2015; 36 (1): 17-24.
14. Carvalho JLS, Cirino IP, Lima LHO, de Sousa AF, de Carvalho MF, Oliveira EAR. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. Saúde em Redes. 2016; 2(4): 383-392.
15. Souza MFL, Ortiz PN, Soares, PL, Vieira TO, Vieira GO, Silva LR. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. Rev. paul. Pediatr. 2011; 29(4): 502-508.
16. Sullivan AS, Birch LL, Infant dietary experience and acceptance of solid foods. Pediatrics. 1994 ;93(2): 271-7.
17. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. J Pediatr. 2004; 80(5 Supl): S131-S141.
18. dos Santos AT, Uchoa FNM, Lima MS, Lustosa RP, Daniele TMC, Uchôa NM, Foschetti DA. Conhecimento e práticas maternas em relação à alimentação complementar. EFDeportes.com. 2016; 20 (213).
19. Honorato T. Uma a cada três crianças brasileiras está com sobrepeso. Jornal da USP. 2018. Brasil; 2018. [acesso 22 jul 2019] Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/obesidade-atinge-35-das-criancas-brasileiras/>

MODELO DIDÁTICO TRIDIMENSIONAL PARA ESTUDO DE DERMÁTOMOS E INERVAÇÃO SENSITIVA

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 05/02/2020

Mateus Mondadori Sironi

Universidade Luterana do Brasil

Canoas – Rio Grande do Sul

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3490262083298280>

Thaís Caporlingua Lopes

Universidade Luterana do Brasil

Canoas – Rio Grande do Sul

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6169685330663572>

Magda Patrícia Furlanetto

Centro Universitário Ritter dos Reis – UniRitter

Canoas – Rio Grande do Sul

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8369723307369569>

RESUMO: As Diretrizes Curriculares Nacionais incentivam as instituições da área da saúde a implementar novas práticas pedagógicas facilitadoras do aprendizado e da obtenção de melhores resultados na educação. Este trabalho objetivou criar um modelo didático capaz de reproduzir a inervação sensitiva da pele, dermatômos, a inervação sensitiva e principais nervos dos membros e avaliar o impacto deste exemplar no aprendizado. O modelo foi confeccionado a partir de um manequim plástico

(1,70m de altura). Inicialmente, foi realizada a reprodução dos dermatômos na metade direita e, posteriormente, foi feita a pintura utilizando quatro cores diferentes. Na metade esquerda, foi representada a área de inervação sensitiva de cada nervo dos membros superior e inferior, cada um com coloração distinta. Realizou-se estudo quantitativo com 105 estudantes de medicina, que cursaram a disciplina de Morfologia Aplicada de uma universidade no Rio Grande do Sul através da aplicação de um questionário impessoal com quatro perguntas fechadas que buscaram investigar a eficácia do método. O modelo didático tridimensional representou o mapa de dermatômos na sua metade direita e as regiões referentes à inervação sensitiva dos principais nervos dos membros superior e inferior, na sua metade esquerda. Quando perguntados se o modelo facilitaria a visualização e aprendizado dos dermatômos e da inervação sensitiva, 99,04% dos estudantes responderam sim. Questionados sobre o quanto o modelo contribuiria para facilitar o seu aprendizado, 49,52% responderam que facilitaria extremamente o aprendizado e 42,86% que facilitaria bastante. Ademais, responderam que a utilização do modelo didático tridimensional tornaria a aula expositiva muito melhor 94,29% dos alunos. Conclui-se

que a elaboração do modelo didático possibilitou visualizar de forma tridimensional aquilo que é estudado apenas através dos atlas anatômicos. Assim, o modelo facilita o domínio de conteúdos exigidos na prática médica e pode ser utilizado por acadêmicos da área da saúde, auxiliando no seu aprendizado.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica; Nervos Periféricos, Modelos Educacionais, Modelos Anatômicos.

THREE-DIMENSIONAL TEACHING MODEL FOR THE STUDY OF DERMATOMES AND SENSITIVE INNERVATION

ABSTRACT: National Curriculum Guidelines encourage health institutions to implement new pedagogical practices that facilitate learning to obtain better results in education. This work aimed to create a didactic model capable of reproducing the sensitive innervation of the skin, dermatomes, the sensitive innervation and the main nerves of the members and to evaluate the impact of this model on learning. The model was made from a plastic mannequin (1.70m). Initially, the dermatomes were reproduced in the right half and, later, the painting was done using four different colors. In the left half, the area of sensitive innervation of each nerve of the upper and lower limbs was represented, each with a different color. A quantitative study was carried out with 105 medical students, who attended the discipline of Applied Morphology at a university in Rio Grande do Sul through the application of an impersonal questionnaire with four closed questions that sought to investigate the effectiveness of the method. The three-dimensional didactic model represented the map of dermatomes in its right half and the regions referring to the sensory innervation of the main nerves of the upper and lower limbs, in its left half. When asked if the model would facilitate the visualization and learning of dermatomes and sensitive innervation, 99.04% of students answered yes. Asked how much the model would contribute to facilitate their learning, 49.52% answered that it would greatly facilitate learning and 42.86% that it would facilitate a lot. Furthermore, they responded that the use of the three-dimensional didactic model would make the expository class much better 94.29% of the students. It is concluded that the elaboration of the didactic model made it possible to visualize in a three-dimensional way what is studied only through the anatomical atlases. Thus, the model facilitates the mastery of content required in medical practice and can be used by academics in the health field, helping in their learning.

KEYWORDS: Medical education; Anatomical Models; Educational Models; Peripheral Nerves.

1 | INTRODUÇÃO

Os debates a respeito da educação e da formação de profissionais da área da

saúde em concordância com os princípios defendidos pelo Sistema único de Saúde (SUS) tornam-se cada vez mais presentes nas instituições de ensino superior. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), a partir do ano 2000, vêm incentivando mudanças no país e nas instituições formadoras dos cursos da área da saúde através da implementação de práticas pedagógicas (XAVIER, 2014, p.76-83) o que permite maior facilidade na compreensão e obtenção de melhores resultados no aprendizado. Dessa forma, novas metodologias de ensino visam propiciar que a formação do profissional de saúde englobe além do conhecimento técnico-científico a aplicação prática de suas habilidades.

De acordo com a Teoria da Aprendizagem significativa, um sujeito consegue aprender significativamente determinado conteúdo à medida que incorpora novas informações aquelas já presentes no seu cognitivo (GOMES et al, 2008, p. 105-111). Portanto, para que ocorra aprendizado é necessário disposição para aprender e que o conteúdo exposto seja relevante para o estudante. As metodologias ativas de aprendizagem permitem que o estudante adquira o conhecimento técnico-científico necessário e possa, de maneira objetiva, aplicá-lo na prática clínica.

O processo de formação de profissionais da saúde aponta para necessidade de se vivenciar situações relacionadas à saúde e educação durante a graduação (CHIESA, et al, 2007, p. 236-240). Entretanto, nem todos os conteúdos abordados nas disciplinas são palatáveis ou estão integrados a novas metodologias de ensino, o que desestimula o aprendiz, dificultando o processo de aprendizagem e implicando negativamente na prática clínica dos egressos da saúde.

Neste contexto, o estudo de dermatomas e inervação sensitiva do corpo humano é um conteúdo de difícil aplicabilidade em novas metodologias de ensino. O aprendizado ainda se concentra no estudo teórico dos livros texto e na visualização de imagens dos atlas anatômicos de referência, pois não existem modelos anatômicos próprios para esses conteúdos. A prática clínica e a correlação com as patologias muitas vezes só ocorre no final da graduação, o que cria uma dissociação muito grande entre a teoria e a prática.

A partir da elaboração de um exemplar em tamanho real e tridimensional este trabalho teve por objetivo criar o primeiro modelo didático capaz de reproduzir a inervação sensitiva da pele, dermatomas, a inervação sensitiva e principais nervos dos membros superior e inferior bem como avaliar o impacto deste modelo em estudantes do curso de medicina de uma universidade no Rio Grande do Sul.

2 | METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido em um manequim de tamanho real (1,70 m de altura) em material plástico. Inicialmente, foi realizada a reprodução dos dermatomas

a lápis na metade direita da peça com base no atlas anatômico de Frank Netter (2014) e, posteriormente, foi feita a pintura com tinta automotiva utilizando quatro cores diferentes, uma para cada região medular. Já na metade esquerda do manequim, foi representada a área de inervação sensitiva de cada nervo dos membros superior e inferior, cada um com coloração distinta, obedecendo as mesmas etapas e materiais descritos anteriormente.

A seguir, mediante explanação e exposição do modelo foi realizado estudo quantitativo com 105 estudantes de Medicina, que cursaram a disciplina de Morfologia Aplicada – ênfase em Neuromuscular. Foi aplicado um questionário com quatro perguntas fechadas e não pessoais que buscaram investigar se o método é eficaz no entendimento dos dermatômos e da inervação sensitiva de membro superior e inferior, em comparação com outros métodos utilizados tradicionalmente.

3 | RESULTADOS

O modelo didático tridimensional utilizou um manequim de tamanho real para representar o mapa de dermatômos na sua metade direita e as regiões referentes a inervação sensitiva dos nervos dos membros superior e inferior, na sua metade esquerda. No que se refere a região direita, foram ilustrados sete dermatômos cervicais (C2-C8), doze torácicos (T1-T12), cinco lombares (L1-L5) e cinco sacrais (S1-S5), respectivamente nas cores azul, verde, vermelho e amarelo. Já na metade esquerda, foram demarcadas as regiões de inervação sensitiva dos nervos intercostobraquial, cutâneo medial do braço, axilar, ulnar, mediano, cutâneo lateral, radial – membro superior; nervos femoral, safeno, cutâneo femoral lateral, cutâneo femoral posterior, sural, obturatório, fibular comum, fibular profundo, fibular superficial – membro inferior (figura 1).



Figura 1 – Modelo didático tridimensional para estudo de dermatômos e inervação sensitiva – laboratório de anatomia da Universidade Luterana do Brasil.

Quanto a aplicabilidade do modelo, dos 105 estudantes avaliados 89 deles responderam que julgavam necessário uma explicação teórica para melhor compreensão do modelo tridimensional de dermatômos e inervação sensitiva. Quando perguntados se o modelo facilitaria a visualização e aprendizado dos dermatômos e da inervação sensitiva, 99,04% dos estudantes responderam que sim. Questionados sobre o quanto o modelo contribuiria para facilitar o seu aprendizado, 49,52% responderam que facilitaria extremamente o aprendizado, 42,86% que facilitaria bastante, 4,76% que seria moderada, pouco facilitador do aprendizado e muito pouco facilitador do aprendizado 1,90% e 0,95%, respectivamente. Além disso, responderam que a utilização do modelo didático tridimensional tornaria a aula expositiva muito melhor 94,29% dos alunos, 5,71% disse que seria pouco melhor, nenhum estudante julgou que a utilização do modelo didático tornaria a aula expositiva similar, pouco pior ou muito pior, demonstrando assim grande aprovação por parte dos alunos.

4 | CONSIDERAÇÕES

Com base nos resultados positivos das avaliações feitas pelos alunos, conclui-se que o modelo tridimensional de dermatômos e da inervação sensitiva de membro superior e inferior auxilia no aprendizado, sendo eficaz para o entendimento do tema.

A elaboração do modelo tridimensional de dermatômos e inervação sensitiva possibilitou a visualização mais clara e objetiva dos conteúdos teóricos, o que poderá ser utilizado amplamente por acadêmicos da área da saúde, auxiliando no seu aprendizado. Nesse sentido, o modelo facilitará o domínio de conteúdos que são exigidos no cotidiano da prática médica, pois permite visualizar em tamanho real e de forma tridimensional aquilo que é estudado apenas através dos atlas anatômicos.

REFERÊNCIAS

CHIESA, A.M.; NASCIMENTO D.D.G.; BRACCIALI A.D.; OLIVEIRA M. A.C.; CIAMPONE M.H.T.; **A formação de profissionais da saúde: Aprendizagem Significativa à luz da promoção de saúde.** Cogitare enferm. 2007. v.12, n.2, p. 236-240.

GOMES, A.P.; DIAS-COELHO, U.C.; CAVALHEIRO, P.O.; GONÇALVES, C.A.N., RÔÇAS, G; SIQUEIRA-BATISTA, R; **A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida.** Rev. bras. educ. méd. 2008; v. 32, n. 1, p. 105 - 111.

NETTER, Frank. **Atlas de anatomia humana.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

XAVIER, L; OLIVEIRA, G; GOMES, A; SOUZA, M; MACHADO, S. **Analisando as Metodologias Ativas na Formação dos Profissionais de Saúde: Uma Revisão Integrativa.** Sanare, Sobral, v.13, n.1, p.76-83, 2014.

O COTIDIANO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE À SUA ATUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 12/05/2020

Luciana Paula Fernandes Dutra

Enfermeira, Doutoranda em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center – Fundação Antônio Prudente, docente assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina - PE. Email: lucianapaula.dutra@yahoo.com.br

Keylla karinna Marques

Enfermeira: Email:keykakarinna@hotmail.com;

Venâncio de Sant'Ana Tavares

Enfermeiro, Doutorando em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center – Fundação Antônio Prudente, docente assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina - PE. Email:venancio.santana@gmail.com

Sônia Lorena Soeiro Argôllo Fernandes

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, docente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina - PE. Email: sonia.lorena@univasf.edu.br

Diana Lima Villela de Castro

Enfermeira, PHD em Ciências na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da USP- SP. Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Fundação Antônio Prudente (AC Camargo Câncer Center). Email: diana@usp.br

Paula Ferrari Ferraz

Discente do curso de Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina - PE. Email: paulaferrariferraz@gmail.com

Sally Andrade Silveira

Enfermeira. Email: sally.andradee@gmail.

Ana Letícia Freire Menezes

Enfermeira. Email: analeticiadmenezes@gmail.com;

Lucineide Santos Silva Viana

Doutoranda em Oncologia pelo AC Camargo Câncer Center – Fundação Antônio Prudente, docente assistente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Petrolina - PE. Email: enflucineide@hotmail.com

RESUMO: **Introdução:** Câncer em crianças, quando o diagnóstico é tardio, tende a ser agudo e agressivo. Mesmo com avanços nas pesquisas, muitos pacientes ainda não conseguem a cura, necessitando de cuidados paliativos. A enfermagem é a categoria profissional da saúde que está próxima do paciente e da família, podendo contribuir para o bem-estar biopsicossocial. **Objetivo:** Conhecer as percepções dos enfermeiros, diante da sua atuação em cuidados paliativos, em um hospital de referência em oncologia pediátrica no município de Petrolina-PE. **Método:** Estudo

descritivo, qualitativo, desenvolvido em um hospital especializado em saúde materno-infantil. A pesquisa foi enviada para o comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco, sendo aprovada pelo CAAE nº 64009517.5.0000.5196. A coleta foi realizada no setor de oncologia pediátrica, com cinco enfermeiras, a entrevista foi guiada por um roteiro semi-estruturado, a análise de dados utilizada foi a Análise Temática de Minayo. **Resultados:** Desta forma emergiu-se a categoria: Ações da Enfermagem nos Cuidados Paliativos Pediátricos: porque “aumentar a qualidade de vida do paciente é necessário” e as seguintes subcategorias: Assistência voltada para cuidados paliativos; Fazem cuidados paliativos sem se dar conta; O que entendem sobre cuidados paliativos; Dificuldades enfrentadas e Como lidam com seus sentimentos. **Conclusão:** Desta forma as ações de enfermagem desempenhadas pelas enfermeiras são influenciadas por suas percepções e entendimento acerca dos cuidados paliativos. A dificuldade mais presente no cotidiano foi a falta de compreensão sobre os cuidados paliativos por parte da família/paciente e equipe. Os sentimentos envolvidos nos cuidados paliativos dessas enfermeiras são impotência e tristeza. Entre as limitações do estudo é possível citar o relacionamento entre a equipe e a interdisciplinaridade. Os resultados sugerem políticas públicas em cuidados paliativos. **PALAVRAS CHAVE:** Enfermeiro; Cuidados Paliativos; Crianças.

ABSTRACT: Introduction: Cancer in children, when diagnosis is delayed, tends to be acute and aggressive. Even with advances in research, many patients still do not get a cure, requiring palliative care. Nursing is the professional health category that is close to the patient and the family, and can contribute to biopsychosocial well-being. **Objective:** To know the perceptions of nurses, in view of their performance in Palliative Care, in a reference hospital in pediatric oncology in the city of Petrolina-PE. **Method:** Descriptive, qualitative study, developed in a hospital specialized in maternal and child health. The research was sent to the Ethics and Research Committee of the Institution, and was approved by CAAE no. 64009517.5.0000.5196. The collection was carried out in the pediatric oncology sector, with five nurses, the interview was guided by a semi-structured script, the data analysis used was Minayo’s thematic analysis. **Results:** Thus, the category emerged: Nursing Actions in Pediatric Palliative Care: because “increasing the quality of life of the patient is necessary” and the following subcategories: Care focused on palliative care; They do palliative care without realizing it; What they understand about palliative care; Difficulties faced and How they deal with their feelings. **Conclusion:** Thus, the nursing actions performed by nurses are influenced by their perceptions and understanding of palliative care. The most present difficulty in daily life was the lack of understanding about palliative care by the family/patient and team. The feelings involved in the palliative care of these nurses are impotence and sadness. Among the limitations of the study, it is possible to mention the relationship between the team and interdisciplinarity. The results suggest public policies in palliative care.

KEYWORDS: Nurse; Palliative Care; Children.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o INCA, os casos de câncer na população infanto-juvenil (0-19 anos) não é tão frequente quanto nos adultos, cerca de 0,5 a 3% de todos os tumores malignos da população ocorrem nesta faixa-etária (BRASIL, 2020).

Nas crianças alguns tipos de câncer são mais prevalentes, sendo eles, as leucemias (25 a 35%), logo depois vem os linfomas (14%) e os tumores do sistema nervoso central (13%). Nos países emergentes, possui um índice de mortalidade de 4 a 5% (ANDRADE, 2019).

As crianças e adolescentes apresentam grande possibilidade de cura em mais de 70% dos casos, quando o diagnóstico é precoce. Proporcionando a esses pacientes uma boa qualidade de vida (SILVA, 2018; SOUSA; 2019).

Desta forma, quando o diagnóstico é recebido, o cuidado humanizado é bastante relevante, devido este paciente se encontrar fragilizado física e psicologicamente (PERONDI, 2019).

Desta forma cuidado paliativo, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde de 2002 e reafirmada em 2017, é “uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais” (ANCP,2018).

A enfermagem possui um papel ativo em todo o processo desses cuidados, pois é a categoria profissional que tem a possibilidade de estar mais próximo do paciente e da família. Não é preciso apenas habilidades técnicas, e sim mais que isso, ter o compromisso de restaurar a autoestima, individualidade e conforto do paciente e de sua família (COSTA, 2019).

Diante do exposto o estudo teve como objetivo conhecer as percepções dos enfermeiros, diante da sua atuação em cuidados paliativos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital especializado em saúde materno-infantil de Petrolina- PE.

O projeto foi enviado para o Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), sendo aprovado pelo CAAE nº 64009517.5.0000.5196, contemplando assim os princípios éticos para realização de pesquisas com seres humanos, obedecendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Foram entrevistadas cinco enfermeiras, sendo utilizados

pseudônimos para proteger as identidades.

Foi utilizado a análise de conteúdo de Minayo (2016) para o tratamento das informações obtidas, permitindo assim a pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação que resultou no delineamento de uma categoria e quatro subcategorias.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Ações da enfermagem nos cuidados paliativos pediátricos: porque “aumentar a qualidade de vida do paciente” é necessário!

Assistência voltada para cuidados paliativos / Fazem cuidados paliativos sem se dar conta

[...]então a enfermagem chega junto em relação a manter o paciente higienizado, uma mudança de decúbito necessário[...] está atento as queixas, que eles são bastante queixosos, e o que ele está precisando em cuidados, banho, mudança de decúbito[...] (MOANA)

[...]paciente com dispneia a gente oferece suporte de oxigênio, e assim com toda as outras sintomatologias: dispneia, cansaço, vômito; enfim, todos os cuidados a gente tenta[...] (BELA)

É necessário que cada criança seja considerada de acordo com suas individualidades. É de grande relevância a criação de um projeto terapêutico singular com a participação do paciente, família e todos os profissionais envolvidos, com a finalidade de atender as suas necessidades (ALFARO, 2019).

Nos cuidados paliativos um de seus pilares é poder proporcionar qualidade de vida às crianças. Podendo ser oferecida de diversas formas, seja a partir do alívio de uma dor, ou de qualquer outra sintomatologia, seja por proporcionar momentos agradáveis a essa criança.

As enfermeiras em suas respostas mostraram que não abrem mão de proporcionar uma melhor qualidade de vida para que essas crianças se sintam o melhor possível.

O que entendem sobre cuidados paliativos

[...] para quando chegar na fase de terminalidade... aumentar a qualidade de vida do paciente, aumentar vida ao seu pouco tempo que ainda lhe resta. (CINDERELA)

[...] a gente facilita a entrada de acompanhante mais do que o permitido pelo hospital, a alimentação dele é diferenciada, o que ele tem vontade a gente dar[...] (ELSA)

Um achado que coincide com outro trabalho, onde os profissionais de enfermagem relataram dar o seu melhor para proporcionar essa qualidade de vida, e ainda foram mais além utilizando de recursos lúdicos para atenuar todo o processo de hospitalização vivido pela criança (BRANDÃO, 2017).

A dor é algo individual e subjetiva, então os profissionais devem estar atentos e não subestimar a queixa da criança, buscar avaliar este sintoma considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais ali presentes. E sempre estarem atentos às crianças que podem sentir dor sem necessariamente verbalizarem (RAMALHO, 2019).

O alívio da dor foi um dos primeiros pontos relatados pelas enfermeiras durante a entrevista. Ficou perceptível a preocupação delas relacionado ao controle desse.

[...] os cuidados paliativos você vai dar um melhor alívio naquele momento, porque a gente sabe que quando o câncer está em sua fase terminal o paciente apresenta muita dor, a depender do câncer, mas ele relata muita dor, muito desconforto, desconforto respiratório isso não quer dizer também que se tem uma infecção instalada que não vá ser tratada, também em alguns casos se realiza antibioticoterapia, e analgesia, muitas vezes continua [...] (MOANA)

É necessário que os enfermeiros encontrem estratégias para proporcionar esse alívio, pois não tem como a criança ter uma morte digna sofrendo com dor (SANTOS, 2019).

O reconhecimento dessa dor e desconforto físico é essencial para as medidas assistenciais a serem tomadas para proporcionar esse alívio. Essas medidas podem vir a ser farmacológicas ou não, por isso os enfermeiros precisam ter ideias alternativas (SANTOS, 2019).

Foi possível perceber que durante as entrevistas a ação mais citada foi proporcionar conforto e apoio emocional, seja ela para o paciente e/ou para a família, mostrando a preocupação desses profissionais no bem-estar dos seus pacientes.

É a enfermagem fica ali com os cuidados diretos né, dando conforto[...]os cuidados paliativos são isso, é prestar uma assistência e fazer com que aquela fase de terminalidade, seja o mais confortável para aquele paciente. (MOANA)

[...]os cuidados que a gente dar é o conforto a família e paciente, conversa né, quando o paciente ainda está consciente, a gente tenta, é, dar um suporte emocional entendeu? Então a gente vai conversando com a família pra ir preparando aquele familiar[...] (VALENTE)

Proporcionar conforto é uma das prioridades dos enfermeiros, visto que é a possibilidade de melhorar as condições dessa clientela (BRANDÃO, 2017).

Deve-se lembrar o que os cuidados paliativos necessitam de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar, que leve em consideração não apenas a sintomatologia física, mas também psicológica, espiritual e social.

Dificuldades enfrentadas

A área de cuidados paliativos é complexa, devido a isso quando se refere a este é discutido em maior ênfase as dificuldades.

Uma das dificuldades mais enfrentadas nessa realidade é o entendimento da família e paciente, seja por diversos motivos, por falta de explicação, conhecimento, ou por não querer aceitar, algo que é realmente doloroso.

[...]pelos familiares não aceitarem, então é uma coisa que a gente tem muita dificuldade, são poucos o que eu vi aqui que aceitaram de fato que aquele paciente não tem mais...não responde mais ao tratamento, não tem mais uma expectativa de cirurgia alguma coisa, então a família é a maior dificuldade. Eu vejo muita dificuldade, mais dos familiares de entender, que aquele paciente chegou na sua fase, em que o tratamento não responde mais aquela patologia “né”, e aí que aquele paciente precisa de um conforto, pra eles instalarem uma morfina por exemplo,[no entendimento da família] é dizer que ele vai a óbito a qualquer momento, já é ..., morfina na cabeça deles já é terminal, é porque “tá” morrendo, então a gente tem uma dificuldade muito grande com a família, muito grande, acho que o problema maior é a família[...]

(MOANA)

A segunda barreira a fazer a família entender a situação daquele paciente, que por exemplo, cuidados paliativos, ele está ali, se ele tiver uma parada cardíaca ele não tem, é ..., ele não tem, é ... como é que diz..(pausa para pensar), ele não pode ser reanimado, na verdade não que ele não possa, mas ele não tem indicação de ser reanimado, ele não tem indicação de uma UTI, então é .. é[...]
(VALENTE)

Para compreender a finitude humana passa-se por cinco estágios, o primeiro deles é a negação, onde o paciente não aceita sua condição. Esse não entendimento está muito relacionado a essa não aceitação dos cuidados paliativos (NUNES, 2017).

Cuidados paliativos é um tema complexo e é relativamente novo no Brasil, ainda pouco compreendido, até mesmo por profissionais de saúde, é por isso que ainda ocorre uma dificuldade nessa aceitação e entendimento por parte também das equipes (OLIVEIRA, 2019).

[...]muitas vezes a equipe pra determinar que os cuidados paliativos serão implantados, é bem complicado, mas aí, fica difícil de, de começar o protocolo. Médico, a equipe toda de entender que o cuidado paliativo não é você simplesmente, naquele paciente ali, eu só vou ali faço uma higienização, instalar uma medicação, não, ele precisa de atenção tanto quanto aquele que está ainda em tratamento[...]
(MOANA)

A grande dificuldade que eu acho primeiro é a aceitação do profissional, a gente entender que aquele paciente está em cuidados paliativos, eu acho que é a primeira barreira [...]
(VALENTE)

Essa dificuldade de entendimento e aceitação pode vim de uma deficiência na formação acadêmica desses profissionais. Por ser algo relativamente novo no país,

ainda é pouco abordado durante a graduação (LORENZZONI, 2019).

As abordagens sobre cuidados paliativos nas academias ainda são insuficientes, e o assunto é amplo para ser tratado superficialmente dentro de algumas matérias. Essa deficiência na grade curricular advém da dificuldade de lidar com algo subjetivo (LORENZZONI; GONÇALVES, 2019).

Como lidam com seus sentimentos

Os profissionais de enfermagem envolvidos no cotidiano dos cuidados paliativos estão inseridos em um ambiente onde o processo da morte é inevitável, originando variados sentimentos nesses profissionais.

Impotência é um dos sentimentos que mais acompanham esses profissionais durante seu cotidiano, por uma vida está sendo interrompida e as possibilidades daquele profissional fazer algo para reverter aquilo é nula, o desejo de querer poder fazer mais para salvar aquela vida e não ter mais possibilidades gera sentimentos assim.

Sentimento de impotência que você não pode fazer nada, assim nada no sentido de prolongar, mas a gente pode fazer muito no sentido de confortar esses últimos momentos[...] [...]porque é muito difícil, a gente sempre acha que tem mais alguma coisa, mas infelizmente nem sempre tem, ai é difícil, muito difícil. (ELSA)

Bom, a sensação não é boa, você chegar pra uma pessoa, e saber que não tem mais nenhuma solução, que ela está aqui só enquanto, só pra aliviar o sofrimento e que a qualquer momento ela vai morrer, então é um pouco complicado[...] Há angústia com certeza. (ELSA)

A formação acadêmica ainda é voltada para tratamento e cura, pouco se fala em cuidados paliativos e morte. Para Baptista e Gonçalves (2019) os profissionais ainda não estão preparados com este tipo de situação, contribuindo negativamente para seu trabalho.

O cuidado de enfermagem nos cuidados paliativos passa por um processo intenso de sofrimento e emoções. Tristeza é um sentimento que está presente em todo o cotidiano desses profissionais.

Tristeza claro, a gente tem muito mais contato, então a gente sofre mais, é um chororô danado. (CINDERELA)

[...]então assim, é difícil é doloroso, tem dias que a gente está lá fazendo o procedimento e a lagrima descendo, é difícil[...] (BELA)

Esse sentimento vivenciado pelos profissionais é resultado da morte não ser apenas o fim de um processo biológico, mas a destruição de um ser. Além da sobrecarga emocional e das reflexões pessoais de cada um (COSTA, 2019).

A tristeza sentida pelos enfermeiros pode ser advinda tanto do envolvimento com o paciente e família, como pela evolução negativa do caso (MACHADO; ORTH,

2019).

Esses sentimentos podem interferir diretamente no processo de trabalho do enfermeiro.

O sentimento pode ser resultado de uma concepção onde a morte só acontece na velhice. Durante todo o cotidiano escolar é ensinado que as pessoas passam por ciclos biológicos desde o nascimento até o morrer na senilidade, a partir do momento que esse ciclo não se concretiza, há uma dificuldade na aceitação.

Eu considero que sinto nos dois, mas quando é com uma criança é como se ela não tivesse tido chances de realizar os seus sonhos, talvez um adulto já tenha vivido um pouco e a criança a gente fica naquele sentimento de que ele podia ter feito mais né. (MOANA)

Criança é muito mais difícil, eu estou aqui há cinco anos e não consegui ainda aceitar que uma criança está em cuidados paliativos[...] (ELSA)

É muito triste, porque você vê pessoas novas, a gente imagina que os cuidados paliativos é quando uma pessoa que já vem há algum tempo tratando, quando você não tem vivência na área, você acha que o cuidado paliativo em uma pessoa mais velha, eu tinha isso na minha cabeça[...]mas o cuidado paliativo na criança, eu considero tão triste quanto em um adulto, eu não consigo diferenciar não. (MOANA)

Não é fácil conviver com este tipo de paciente e ter ciência que seu ciclo biológico não se concretizará. É visível a dificuldade dos enfermeiros em aceitar a morte, principalmente por ela já ser um tabu na sociedade, pela formação desses profissionais, e por saber que aquela criança tinha uma vida toda pela frente, e foi cortada pela raiz (BESERRA, 2020).

Alguns enfermeiros preferem que esse vínculo afetivo não seja criado, pois acreditam que o não envolvimento afetivo é uma forma de prestar melhor assistência. Mas ressalta que é essencial que o enfermeiro mantenha uma comunicação aberta, clara e simples com os familiares e paciente (BAPTISTA; GONÇALVES, 2019).

O ambiente de cuidados paliativos, é um grande gerador de estresse por diversos fatores. Podendo gerar uma sobrecarga psicoemocional nos envolvidos no cuidado de enfermagem.

No contexto hospitalar dos cuidados paliativos os enfermeiros estão envolvidos em variáveis negativas, volume de trabalho, confronto diário com sofrimento, dor, morte, contribuindo para um estresse ocupacional e uma sobrecarga de trabalho (SILVA, 2018).

É reconhecida a necessidade de um psicólogo na equipe de cuidados paliativos já que é o profissional mais apto para oferecer uma escuta especializada podendo ajudar a elaborar melhor esses sentimentos do cotidiano (OLIVEIRA, 2017).

Os cuidados paliativos requerem dos profissionais de saúde uma melhor estruturação de suas emoções. No cotidiano desses cuidados é preciso que as

enfermeiras mantenham o autocontrole.

Um momento de isolamento do profissional é fundamental para recompor as suas energias e dar continuidade a sua assistência.

[...]é sério, a gente vem pra cá, respira, e volta sabe, eu tenho que voltar eu não posso ficar desse jeito. Nós somos seres humanos[...] (BELA)

Tentar manter a naturalidade nos cuidados paliativos é algo difícil, mas que deve ser trabalhado com toda a equipe. É preciso tratar as crianças de forma que elas não se sintam inferiorizadas em relação as outras.

Ahh, a gente tenta ao máximo não demonstrar piedade para os pacientes, a gente brinca com eles, conversa, pra que eles sintam-se mais confortáveis o possível e não que a gente está com eles naquela situação por pena, ou olhando pra eles diferente porque eles vão morrer, tentamos ser o mais natural possível. (ELSA)

Quantas vezes fazemos o procedimento com lágrimas, e a gente as vezes não quer mostrar isso ao familiar, é muito doloroso, é muito complicado[...] (BELA)

Em trabalhos realizados foi evidenciado estratégias diferentes, como a religião. Os profissionais buscam nela a força para enfrentar aquela situação estressora dos cuidados paliativos. O apoio social e suporte familiar também foram maneiras encontradas pelos profissionais de saúde para auxiliar no enfrentamento desse cotidiano (SILVA, 2018).

As estratégias de enfrentamento são muito particulares de cada ser, pois não existe corretas ou erradas. Existem as efetivas onde vão conseguir diminuir a tensão ou aquele sentimento negativo dos cuidados paliativos (SANTOS, 2019; BESERRA, 2020).

4 | CONCLUSÃO

O estudo permitiu revelar que as ações de enfermagem são influenciadas por suas percepções e entendimento dos cuidados paliativos. As enfermeiras executam ações que englobam o significado desses cuidados, como uma assistência holística, buscando atender a criança de uma forma holística, sem fragmentações.

Promover uma assistência individual para criança é fundamental visto que cada paciente tem suas peculiaridades. Para que essa assistência se torne efetiva o estabelecimento de uma confiança com a criança e família é essencial. Proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas crianças e suas famílias, aliviar uma dor, dando um conforto e apoio emocional, também são ações descritas nos cuidados paliativos e realizadas, mas evidenciou-se que ainda pouco utiliza-se de recursos lúdicos nesse cotidiano para amenizar todo o processo de hospitalização da criança.

As dificuldades que permeiam o cotidiano dessas enfermeiras estão

relacionadas ao entendimento dos cuidados paliativos tanto do familiar/ paciente, como também da equipe. Algumas linhas de explicação justificam estas dificuldades família/paciente relacionando com a negação que essa clientela desenvolve ao receber a notícia. Além disso os cuidados paliativos ainda são abordados de forma muito superficial e insuficiente nas universidades, causando uma dificuldade para esses profissionais quando se deparam inseridos neste cotidiano.

Os sentimentos envolvidos nos cuidados paliativos dessas enfermeiras como impotência e tristeza, estão relacionados a impossibilidade de o profissional não poder fazer algo a mais para salvar a vida daquela criança e que está sendo interrompida tão precocemente, despertando também um sentimento de quebra de todo um ciclo biológico ensinado nas academias, como também muito propagado pela população. No entanto, o sentimento de sensação de dever cumprido aparece quando as enfermeiras percebem que conseguiram ser efetivas para amenizar o sofrimento daquela criança.

As estratégias para lidar com esses sentimentos não são generalizadas, algumas usam do autocontrole, outras já acham pertinente a ajuda de um profissional psicólogo, citam também a subjetividade na assistência, mas com isso percebe-se que cada pessoa tem sua maneira própria de lidar com as situações adversas e as estratégias certas são as efetivas para cada profissional.

Entre as limitações do estudo é possível citar o relacionamento entre a equipe e a interdisciplinaridade.

Os resultados sugerem políticas públicas em cuidados paliativos, pois desta forma será possível que estes façam parte da grade curricular das academias e tanto profissionais como a população possam conhecer e compreender a sua relevância.

REFERÊNCIAS

ALFARO, A.S. **Ações do enfermeiro em cuidados paliativos na oncologia: uma revisão integrativa.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v.13, n.16, 2019. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1026>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ANCP, Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ANDRADE, F. F. **Avaliação da dor óssea em crianças e adolescentes com tumores ósseos tratados na oncologia pediátrica do instituto nacional de câncer-INCÁ.** Rio de Janeiro: uma coorte retrospectiva. 2019. (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal Fluminense, Niterói. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/11000/1/FLAVIO%20FERREIRA%20DE%20ANDRADE%20DISSERTA%c3%87%c3%83O.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BAPTISTA, S. C. O.; PICANÇO, C. M. **Cuidados paliativos em unidade de atendimento crítico: saberes de uma equipe multiprofissional.** Enfermagem Brasil, v 18, n. 5. 2019. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2478/html>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BESERRA, J. H. G. N., AGUIAR, R. S. **Sentimentos Vivenciados pela Equipe de Enfermagem Perante o Tratamento de Pacientes com Câncer: Revisão Integrativa.** REVISA, v 9, n1, 2020. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/485/409>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRANDÃO, M. C. P.; ANJOS, K. F.; SAMPAIO, K. C.P.; MOCHIZUKI, A. B.; SANTOS, V. C. **Cuidados Paliativos do Enfermeiro ao Paciente Oncológico.** Ver. Bras saúde Funcional. 2017 v. 1, n 2. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/879>>. Acesso em: 7 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa de novos casos. 2020.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

COSTA, C. S. C. et al. **Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos à Criança com Câncer. Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás.** Rrs-Fesgo, v. 2, n. 3, 2019. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/viewFile/7183/47966155>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

GONÇALVES, R.G. Et.al. **Ensino dos cuidados paliativos na graduação de enfermagem.** Rev Rene., v. 20, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/39554/pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

LORENZZONI, A. M., Vilela; A. F. B.; ROGRIGUES, F. S. de Souza. **Equipe Multiprofissional nos Cuidados Paliativos em Oncologia: uma Revisão Integrativa.** VER. ESPAÇO CIÊNCIA & SAÚDE, v. 7, n. 1, 2019 <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/8214/2139>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MACHADO, J.A.M.; OLIVA, L. L. BENGZOZI, T. M. **Dificuldades da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos em pediatria: uma revisão integrativa.** Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa, [S.l.], v. 35, n. esp, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/997>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. 96 p.

NUNES LCB, Pedrosa ADOM, Barbosa AA, Júnior HM, Ferraz LM. **A Criança Entra em Cuidados Paliativos: O Sentimento do Cuidador Principal Frente à Notícia.** Revist. Port.: Saúde e Sociedade. 2017. V. 2, n. 1. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/download/3152/2512>>. Acesso em: 12 mar. 2020.

OLIVEIRA TCB, Maranhão TLG, Barroso ML. **Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma revisão Sistemática.** Id on Line Rev. Psic. 2017. v. 11, n. 35. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/754/1061>>. Acesso em 12 mar. 2020.

OLIVEIRA, DALV Et al **Ações de enfermagem em cuidado paliativo: conhecimento dos estudantes de graduação.** Revista de Ciências da Saúde v. 31, n. 1, 2019 Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/8648>>. Acesso em 09 mar. 2020.

ORTH, Larissa Chaiane et al. Conhecimento do Acadêmico de Medicina sobre Cuidados Paliativos. Rev. bras. educ. med., v. 43, n. 1, supl. 1, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500286&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PERONDI, B. L. B. et al. **A enfermagem nos cuidados paliativos de criança com leucemia linfóide aguda terminal.** Revista Ciências da Saúde e Educação-IESGO, v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://revista.iesgo.edu.br/ojs/index.php/CSEI/article/view/9/2>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

RAMALHO, M.N.A. et al. **Acompanhamento de pessoas com câncer por enfermeiros da atenção primária.** Revista Cubana de Enfermería, [S.l.], v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3011/497>>. Acesso: 19 mar. 2020.

SANTOS, SR Et al. **Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos a Criança Com Câncer.** RevRef.Saúde-FESGO. Goiás, v.2, n.2. 2019. Disponível em: <<http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/879>>. Acesso em: 7 mar. 2020.

SILVA, T.P da et al. **Aspectos Contextuais Sobre o Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem à Criança com dor Oncológica Crônica.** Texto contexto - enferm., v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300322&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar. 2020

SOUSA, A. D. R. S. e; SILVA, L. F. da; PAIVA, E. D. **Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrative.** Rev. Bras. Enferm., v. 72, n. 2, Abr. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200531&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2020

O USO DAS PRÁTICAS PELOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS DURANTE O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA URBANA DE CARUARU- PE

Data de aceite: 12/05/2020

Data de submissão: 15/03/20

Rhuanna Kamilla da Silva Santos

Escola de Saúde Pública de Pernambuco,
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Caruaru – PE

<http://lattes.cnpq.br/5615568798052027>

Tiago Verissimo Leite

Universidade Federal da Paraíba – PB
<http://lattes.cnpq.br/1235567265447410>

Gisele Lino Soares

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Ascens-
Unita)
Caruaru – PE

<http://lattes.cnpq.br/9183298771164501>

Simone Regina Alves de Freitas Barros

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
Maceió – Alagoas

<http://lattes.cnpq.br/7095632461793121>

RESUMO: No Brasil, desde 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, tem-se buscado incorporar na Atenção Primária em Saúde as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que são inseridas como métodos terapêuticos

que se embasam em tecnologias leves e de baixo custo financeiro com evidencia científica comprovadas. Assim o objetivo desse estudo foi descrever a percepção sobre uso das Práticas Integrativas e Complementares pelos profissionais durante o pré-natal de baixo risco, nas unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Caruaru no estado de Pernambuco. Tendo como método um estudo de natureza empírica, exploratória, com abordagem descritiva. A amostra foi composta por 43 participantes. Houve uma perda amostral de sete (07) participantes. 100% dos profissionais de saúde da Atenção Primária residiam na zona urbana de Caruaru-PE. A coleta de dados deu-se mediante entrevistas através de questionário semiestruturado. Os resultados perante a percepção dos profissionais acerca das Práticas Integrativas e Complementares mostraram que os profissionais que atuam durante o pré-natal de baixo risco lidam com dificuldades que possivelmente sejam consideradas como entraves para implementação das Práticas Integrativas e Complementares durante a assistência. Ainda reconheceram déficit de conhecimento sobre a temática e pouco incentivo para uso das práticas, o que diz ser um desafio para sua implementação na atenção básica. Conclui-se que o uso das Práticas

Integrativas e Complementares é considerado uma ferramenta extremamente positiva para a saúde e materno infantil, ao mesmo tempo em que possibilita uma ampliação do acesso a saúde, podendo dessa forma ainda atuar na prevenção, proporcionando uma melhor qualidade de vida, como também na integração com a comunidade e maior fortalecimento da atenção básica.

PALAVRAS- CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares; Profissionais; Atenção Primária a Saúde.

THE USE OF PIC'S BY MEDICAL AND NURSE PROFESSIONALS DURING LOW RISK PRENATAL IN BASIC HEALTH UNITS IN THE URBAN AREA OF CARUARU – PE

ABSTRACT: In Brazil, since 2006, with the publication of the National Policy of Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System, we have sought to incorporate in Integrative and Complementary Health Practices in Primary Health Care, which are inserted as therapeutic methods based on lightweight and low-cost technologies with proven scientific evidence. Thus, the objective of this study was to describe the perception of the use of Integrative and Complementary Practices by professionals during low-risk prenatal care, in basic health units in the urban area of the city of Caruaru in the state of Pernambuco. Using an empirical, exploratory study as a method, with a descriptive approach. The sample consisted of 43 participants. There was a sample loss of seven (07) participants. 100% of primary care health professionals lived in the urban area of Caruaru-PE. Data collection took place through interviews using a semi-structured questionnaire. The results regarding the professionals' perception of Integrative and Complementary Practices showed that professionals who work during low-risk prenatal care deal with difficulties that may be considered as obstacles to the implementation of Integrative and Complementary Practices during care. They also recognized a lack of knowledge on the subject and little incentive to use the practices, which they say is a challenge for its implementation in primary care. It is concluded that the use of Integrative and Complementary Practices is considered an extremely positive tool for the health and maternal and child health, at the same time that it allows an expansion of access to health, and can thus also act in prevention, providing a better quality of care. life, as well as integration with the community and greater strengthening of primary care.

KEYWORDS: Integrative and Complementary Practices; Professionals; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Com a crescente crise socioeconômica e da saúde, desde a década de 60 a

OMS e seus países membros decidiram utilizar os recursos da medicina tradicional e popular. Esta foi uma das decisões tomadas na Conferência de Alma Ata. Frente à falta de cobertura da saúde, tais práticas já eram usadas nas diferentes culturas respeitando-se suas peculiaridades. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi considerado um marco para a oferta das PICs no sistema de saúde brasileiro, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, foi deliberado no relatório final da referida conferência (MONTEIRO, 2012).

Para tanto, o marco regulamentar pelo Ministério da Saúde, que insere no Sistema Único de Saúde (SUS) as Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS) ocorreu através da portaria nº 971 de 03 de maio de 2006 (LEMOS et al., 2014).

No Brasil, desde 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, tem-se buscado incorporar na Atenção Primária em Saúde, essas práticas têm como objetivos, estimular o uso de métodos naturais de prevenção e recuperação, com enfoque no vínculo terapêutico e na integração do ser humano com a natureza, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado (SOUZA, 2009).

Dessa forma, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são inseridas como métodos terapêuticos que se embasam em tecnologias leves, baixo custo financeiro com evidencia científica, elencando a visão holística humanizada direcionada para o ser humano (BORGES, MADEIRA, AZEVEDO, 2011).

Durante o período gravídico diversas mudanças corporais e emocionais são vivenciadas pela gestante. No tocante aos aspectos físicos e fisiológicos, tais alterações ocorrem com vistas a manter a estabilidade da díade mãe e filho, bem como a vitalidade fetal. Nessa fase surgem desconfortos próprios da gestação que permeiam as queixas comuns relacionadas às modificações estruturais e/ou funcionais do organismo materno (SILVA et al., 2016).

No contexto da PNPIC, experiências com uso de Práticas Integrativas e Complementares para mulheres com intercorrências clínicas da gravidez, repercutiram em alívio dos seus sintomas físicos e psíquicos. Assim, percebe-se a utilização de PICs como forma de suporte na assistência da enfermagem durante o pré-natal e corrobora para a prática da assistência humanizada (SILVA et al., 2016).

Na perspectiva de promover uma abordagem condizente com as necessidades apresentadas pela mulher, o pré-natal se constitui como um recurso eficaz no intuito de manter a estabilidade da gestação de forma a prevenir agravos e monitorar a saúde materna e fetal. Nesse processo, chama-se atenção para os desconfortos vivenciados pela maioria das gestantes, a exemplo de: câimbra, cefaleia, dor lombar e cansaço (SILVA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Pesquisas internacionais apontam que a Medicina Tradicional e Complementar,

é um recurso crescentes para alívio não farmacológico da dor no parto normal, que pode ser eficaz tanto dentro do hospital como na atenção ao pré-natal, pelos profissionais que atuam nesse processo (LEVETT,2016).

Esse trabalho justifica-se pela necessidade de conhecimento acerca do tema em questão e pela falta de literatura nacional. A relevância do estudo está pautada na identificação da concepção dos profissionais da atenção primária sobre PIC'S como prática humanizada durante o pré-natal. Haja vista que os resultados poderão colaborar para implementação dessas na assistência pré-natal e fomentar novas pesquisas. Por isso, o objetivo do presente estudo é descrever a percepções dos profissionais das unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Caruaru-PE sobre as PIC'S.

METODOLOGIA

Estudo realizado na cidade de Caruaru, nas UBS do município, no estado de Pernambuco, situado na região nordeste do país. Pertence à Mesorregião do Agreste Pernambucano. A sua população, segundo as estimativas do IBGE em 2018 é de 356.872 habitantes, sendo a mais populosa cidade do interior pernambucano e a terceira mais populosa do interior nordestino, atrás apenas de Feira de Santana e Campina Grande. O município localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 130 km. Ocupa uma área de 920,611 km², sendo que 16,65 km² estão em perímetro urbano e os 903,961 km² restantes formam a zona rural.

A distribuição das UBS da zona urbana se dá por meio de territorialização, sendo no total de 55 unidades divididas em 5 territórios. O estudo ocorreu durante os meses de Novembro de 2019 e Dezembro de 2019. O universo da pesquisa foi considerado o total de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) que integram as 55 equipes da rede básica, da zona urbana de Caruaru, em 2019, perfazendo 110 profissionais previstos. Deste total, foi escolhido 50% da quantidade de profissional por territórios, a eles foram apresentados o questionário semiestruturado para a realização da pesquisa.

A variável primária analisada foi o conhecimento sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam diretamente no pré-natal de baixo risco. E as variáveis secundárias foram o conhecimento sobre as PIC's, nível de recomendação das PIC's, são práticas e crenças relacionadas ao efeito placebo, Política Nacional para Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Também foi analisadas as variáveis complementares com: sexo, idade, escolaridade e ocupação.

As respostas dos questionários foram digitadas para formar um banco de dados

estruturado, através do formulário google, dessa forma foi gerado automaticamente uma planilha no Microsoft Excel. O software EPI-DATA permite a validação da entrada de dados para amplitude e consistência das variáveis. As variáveis foram analisadas posteriormente pelo pacote estatístico EPI-DATA Analysis. Resultando em uma análise estatística descritiva dos dados e testada a associação de alguns fatores em relação à variável desfecho

Para participar da pesquisa foram utilizados como critérios de exclusão a recusa do profissional em participar da pesquisa e a ausência do profissional da UBS no período da coleta após a tentativa de contato. As visitas às UBS para a realização dos questionários serão realizadas pessoalmente pela pesquisadora. E como critérios de inclusão; ser profissionais que aceitem colaborar e compartilhar seus conhecimentos. Esses deveriam trabalhar na unidade de saúde e participar do Pré-Natal, de preferência médicos e enfermeiros, pois segundo o MS, são estes profissionais que participam de forma conjunta no atendimento a gestantes de baixo risco.

Foi realizado um teste piloto (mediante convite), para testar a validade e a precisão do instrumento, aplicado em uma amostra de 20 indivíduos semelhantes aos do estudo, entre médicos e enfermeiros, realizado por meio de um questionário estruturado, contendo 17 perguntas com respostas de múltipla escolha e exploratórias. O objetivo foi levantar problemas relacionados à aplicação do instrumento como: qualidade das perguntas, dificuldade de interpretação de questões, questões mal formuladas, questões que direcionavam respostas e outras dificuldades, tendo o resultado do teste piloto direcionado algumas modificações no instrumento.

O questionário foi aplicado individualmente nas UBS, com agendamento prévio, não sendo necessária nenhuma infraestrutura além de um local com privacidade contendo uma cadeira e uma mesa para a coleta dos dados, já presentes nas unidades, sendo necessário de um tempo mínimo de 10 minutos para a sua realização.

Todos os procedimentos dessa pesquisa foram pautados na resolução n. 466/12 do Conselho Nacional da Saúde. Os passos seguidos: solicitação da Carta de Anuência à Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru, após a liberação, o projeto foi enviado para a Plataforma Brasil. Após a aprovação através do Parecer CEP: 3.705.720 deu-se a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados apresentados a seguir foram coletados e analisadas de forma a responder aos objetivos do estudo. Esses perpassam por uma análise descritiva

das características sociodemográficos dos participantes do estudo, conhecimento sobre a temática “PICs” e concepções.

Assim, a Tabela 1, versa sobre os dados sociodemográficos da população estudada. Vale acrescentar que 100% dos profissionais de saúde da Atenção Primária residem na zona urbana de Caruaru-PE. Ressalta-se ainda que houve uma perda da amostragem total de sete (07) participantes. Embora tenha havido três tentativas para entrevista, não houve êxito devido esses não se encontrarem no local da coleta de dados. Outrossim, cinco (05) não aceitaram participar do estudo. Perfazendo um total de 43 participantes.

Variável/Categoria	N	%
Sexo		
Feminino	35	81,4
Masculino	8	18,6
Estado Civil		
Casado	22	51,2
Solteiro	16	37,2
Outros	5	11,6
Faixa Etária		
<25	3	7
25-45	35	81,4
>45	5	11,6
Graduação		
Enfermagem	23	55,4
Medicina	20	47,6
Total	43	100

Tabela 1 – Frequência das características sociodemográficos dos Profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Zona urbana de Caruaru - PE, 2019

Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 1, mostra questionamentos levantados sobre PICs para profissionais de saúde acerca das Práticas Integrativas e Complementares durante a formação desses.

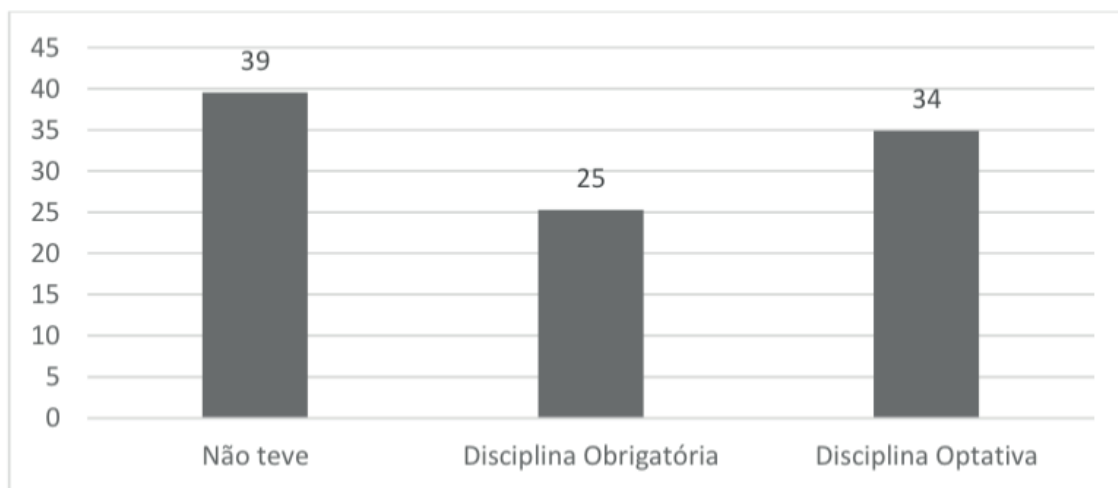


Gráfico 1 – Questionamentos sobre as Práticas Integrativas e Complementares como disciplina ofertadas durante a formação dos Profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Zona urbana de Caruaru - PE, 2019

Fonte: Autora, 2020

Outro resultado encontrado na pesquisa, foi que a maioria dos profissionais que se recusaram a participar, eram médicos e de acordo com o estudo de Melo (2017), isso se justifica pela formação pouco consistente para atuar com as PICs no Brasil segundo ainda Varelo (2015), os profissionais médicos adotam essa postura devido o tempo de formação. E a matriz curricular do curso que ainda encontra-se estritamente fundamentada no padrão biomédico e hospitalocêntrico; dessa forma, práticas consideradas “não convencionais” são marginalizadas pela academia. Tal fato evidencia pouca ou nenhuma presença dessa temática na formação acadêmica desses profissionais, além da deficiência na capacitação dos mesmos no que diz respeito à PICs.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica (2013), existe uma tendência à mudança desse panorama, devido a implementação de novas atividades pedagógicas diversificadas, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tendem a favorecer a aproximação do acadêmico com princípios e ações defendidas pelo SUS.

De acordo com Rodrigues e colaboradores (2018), os conhecimentos sobre as práticas integrativas estão associadas a um processo educativo de construção de conhecimentos na atenção básica, que abrangem a promoção, a proteção da saúde e a prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde que utilizam recursos terapêuticos naturais, sendo dessa forma parte integrante da assistência, observando o ser de forma holística e humanizada, respeitando sua cultura e vida. Outro estudo de Martins (2017), acerca das PICs durante o pré-natal, revela que há muitos benefícios quando utilizadas perante os desconfortos na gestação, além de mostrar e incentivar a importância da utilização dos métodos

não farmacológicos, promovendo a satisfação ao público alvo no alívio de algias, ansiedade, dentre outras queixas comuns, trazendo uma abordagem positiva sobre as práticas integrativas durante esse período. Cabe ainda ressaltar que as PICs foram indicadas para integrar o cuidado PN segundo o Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde.

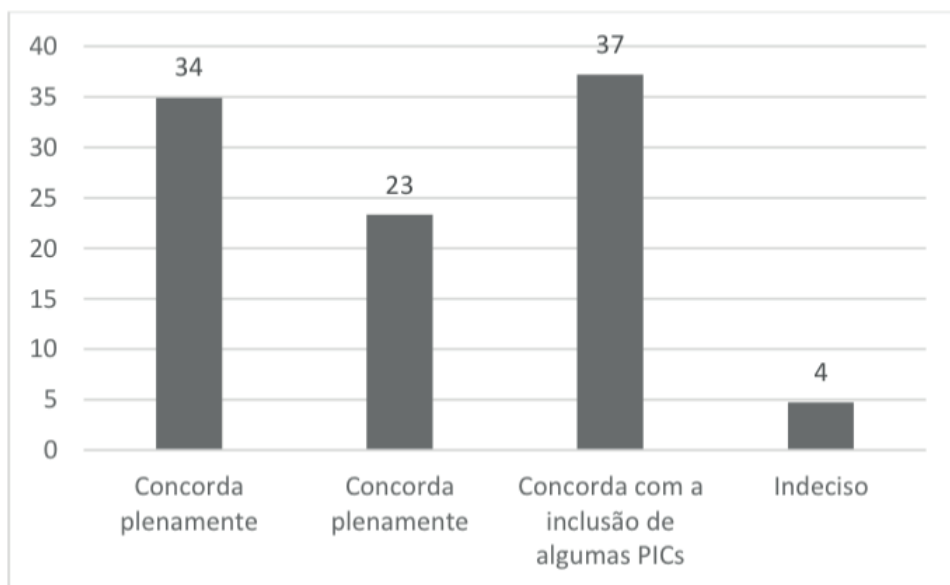


Gráfico 2 – Conceção sobre a inclusão das PICs no SUS pelos Profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Zona urbana de Caruaru - 2019

Fonte: Autora, 2020

De acordo com o gráfico 2, é possível observar que os profissionais responderam de acordo com o grau de inclusão que deveria ser implantada no serviço de acordo com Borges (2011), as práticas integrativas se enquadram nos níveis de atenção e inclusive na atenção à saúde da mulher pois se assemelham com as propostas de humanização da assistência ao parto e nascimento. Esse novo enfoque e a forma de intervir, baseia-se na participação ativa da mulher no processo, envolvendo o suporte emocional e social das mulheres no exercício da autonomia e cidadania femininas.

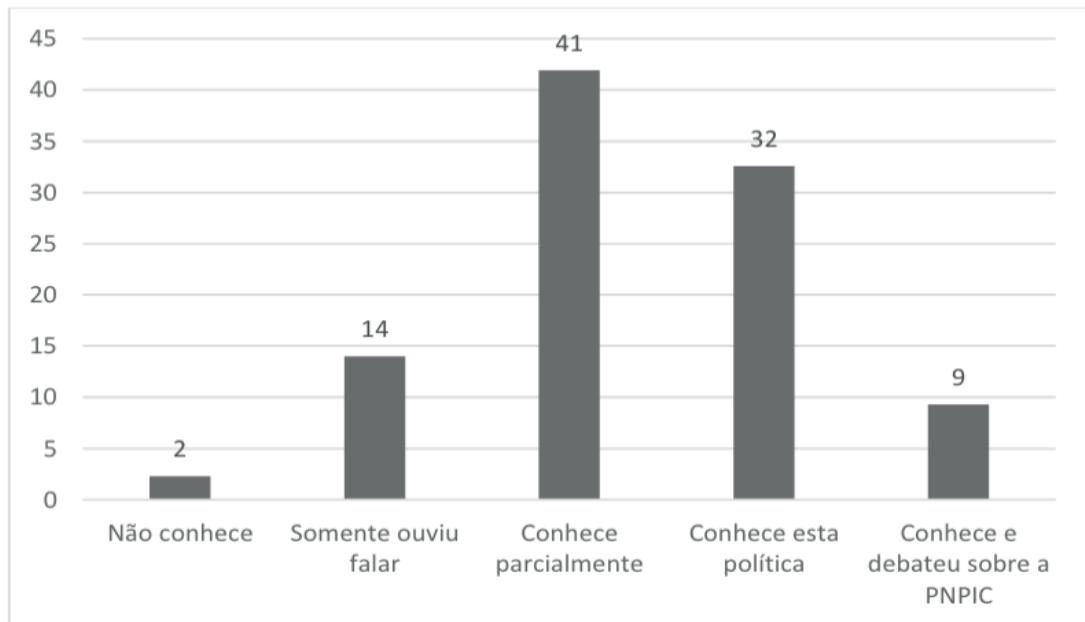


Gráfico 3 - Conhecimentos sobre a Política Nacional para Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS - Profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Zona urbana de Caruaru – PE, 2019

Fonte: Autora, 2020

A maior parte (74,5%), de acordo com o gráfico 3, diz conhecer as PICs e afirmam que na sua Unidade de Saúde oferecer pelo menos uma dessas práticas. No estudo de Melo (2016) e Tesser (2018) foi encontrado resultado semelhante, afirmando que ainda existe disposição e interesse por parte do profissional, o que pode representar maior receptividade para novas propostas de cursos, oficinas e aprendizado.

É importante ressaltar que o MS oferta cinco cursos a distância sobre PICs em ambiente virtual de aprendizagem do SUS, a maioria de caráter introdutório, o que tem representado um estímulo aos profissionais da rede pública de saúde interessados no tema (MELLO, 2016). Contudo, a implementação e aceitação das PICs provoca certa resistência e insegurança no campo da medicina ocidental, sendo por vezes, que muitas das terapias desacreditadas são vistas como ameaça ao modelo biomédico, trazendo dessa forma muitas dificuldades na incorporação dessas práticas na rede pública de saúde. Essa percepção leva à restrição de acesso da população às PICs e ao seu conhecimento, apesar do crescente interesse e aceitação delas como estratégias terapêuticas (BORGES, 2011).

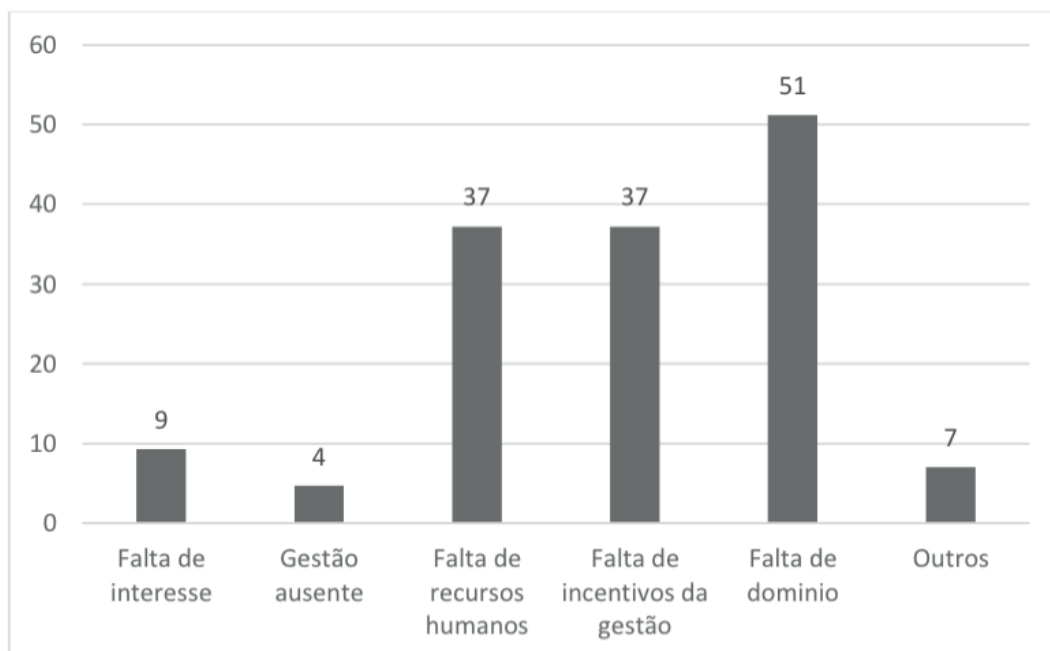


Gráfico 4 - Dificuldades para não aplicar as PICs na atenção primária da zona urbana de Caruaru – PE - 2019

Fonte: Autora, 2020

Os participantes também foram questionados sobre quais eram as dificuldades para não aplicar as PICs, foi observado de acordo com o gráfico 4 que embora os profissionais de saúde pudessem responder mais de uma questão, 51,2% afirmaram não ter domínio com as práticas e 37,2% relataram a falta de incentivos da gestão e falta de recursos humanos.

As dificuldades relativas à inclusão das PICs nas propostas pedagógicas das instituições de ensino, também trazem repercussão na implantação efetiva das PICs no SUS, como o déficit na formação de profissionais preparados para aplicação de novo modelo de atenção à saúde da mulher, a limitada produção de estudos científicos referente à efetividade das PICs e baixa inserção de profissionais que realmente estejam capacitados para atuar com as PICs. Dessa forma, a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares nos serviços de saúde se faz de forma lenta e gradual.

CONCLUSÃO

Fundamentando-se na percepção dos profissionais que atuam durante o PN de baixo risco da zona urbana de Caruaru, constatou-se que, no referido município, foi possível listar algumas dificuldades que possivelmente sejam considerados como entraves. Foi visto que, houve resultados significativos da falta de conhecimento e incentivo do uso das práticas, o que diz ser um desafio para sua implementação na atenção básica.

No que se refere a formação para área de saúde, cabe ressaltar que há a necessidade de que os cursos de graduação e outros meios de formação complementar para a saúde, incentivem na formação para a realidade do perfil da saúde pública, e também na PICs. A inserção de disciplinas sobre PICs, não somente na graduação como também em todos os cursos da área da saúde, representa uma forma de apresentar as inúmeras terapêuticas disponíveis para os profissionais atuarem na sua prática, como também possibilita a oportunidade de conhecer, estudar e aumentar o interesse sobre o tema.

Nesse mesmo contexto, as PICs foram apontadas pela maioria dos entrevistados, como uma alternativa de saúde importante a qual amplia o acesso à saúde das populações valorizando o seu cuidado voltado ao cuidado integral e holístico. Porém, também foi considerado que a implementação de ações que envolvam as PICs necessite da articulação entre gestores e do município, para que haja maior incentivo e investimento em estratégias que busquem ampliar os conhecimentos e o acesso sobre as práticas.

Dessa forma, o uso das PICs é considerada uma ferramenta extremamente positiva para a saúde e materno infantil, ao mesmo tempo que possibilita uma ampliação do acesso a saúde, podendo dessa forma ainda atuar na prevenção, proporcionando uma melhor qualidade de vida, como também na integração com a comunidade e maior fortalecimento da atenção básica. A publicação da PNPIC é apenas um passo no início do caminho que será percorrido para mudança no cenário da saúde e implementação das PICs como estratégias de atenção à saúde ofertadas pelo SUS.

Espera-se que mais pesquisas possam apontar outros olhares acerca da percepção e conhecimento sobre o uso das PICs no PN de baixo risco.

REFERÊNCIAS

BORGES, M.R. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman. **Rev. Min. Enferm.**;15(1): 105-113, jan./mar., 2011.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 5813, de 22 de junho de 2006. Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos. Brasília, 2006.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS GERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA / Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. 562p.

FONTANELLA, F.; SPECK, F.P.; PIOVEZAN, A.P.; KULKANP, I.C. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 36, no. 2, de 2007.

LEAL, F.; SCHWARTSMANN, G.; LUCAS, H.S. Medicina Complementar e Alternativa: uma prática

comum entre os pacientes com câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.54 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2008.

MELO, L.S.F..**As práticas integrativas complementares no cuidado pré-natal de risco habitual: Uma revisão integrativa.** Rio de Janeiro, 2017.119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde.** Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília, DF, 2006. (Série B - Textos Básicos de Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Anexo 1. Política Nacional de Promoção da Saúde.** http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(3):1793-1800,2011.

NETO, J.A.C.; SIRIMARCO, M.T.; NETO, J.A.D.; VALLE, D.A.; MARTINS, S.J.S.C.; CÂNDIDO, T.C. Uso e compreensão da medicina alternativa e complementar pela população de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 266-276, out./dez. 2010.

NETO, J.F.R.; FARIA, A.A.; FIGUEIREDO, M.F.S. Medicina Complementar e Alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Associação Médica Brasileira**, 2009; 55(3): 296-301.

RODRIGUES, J.P.C. Práticas integrativas em saúde no período gestacional. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 268-274, oct./dec. 2018.

SANTOS, F.A.Z.; SOUSA, I.M.C.; GURGEL, I.G.D.; BEZERRA, A.F.B.; BARROS, N.F. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista Saúde Pública** 2011;45(6):1154-9.

SILVA, E.P. Utilização de práticas Integrativas e Complementares na Promoção da Saúde em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário II da Cidade do Recife-PE. **Revista de Saúde Pública**. Recife, 2011.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do Cuidado. p. 442–451, 2012.

SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.393-405.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Caderna de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):17321742, ago, 2009.

TESSER, C.D, SOUSA, I.M.C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

RELAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA COM AVALIAÇÃO DO PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO NOS ACADÊMICOS DOS 1º, 2º, 7º E 8º PERÍODOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DO INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE RIO VERDE

Data de aceite: 12/05/2020

Leonardo Squinello Nogueira Veneziano

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Amanda Pacheco de Freitas

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Rodrigo Sebastião Cruvinel Cabral

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Karlla Vaz da Silva Nogueira

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

João Eduardo Viana Guimarães

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Renata Nascimento Silva

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Tairo Vieira Ferreira

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Renato Canevari Dutra da Silva

Hospital Municipal Universitário de Rio Verde,
Avenida Jerônimo Martins S/N, Parque
Bandeirante – Rio Verde – GO.

Fernando Duarte Cabral

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

Anielle Moraes

Instituto de Ensino Superior de Rio Verde/
UNIBRÁS-Rio Verde / Departamento de
Fisioterapia Respiratória, Rua 12 de Outubro, 42
– Jardim Adriana – 75906-577. Rio Verde – GO,
Brasil,

RESUMO : Sabe-se que quanto mais ativa a pessoa for, menor será a limitação física.

A prática constante de atividade física traz diversos benefícios, que incluem a proteção da capacidade funcional, independentemente da idade. **Objetivo:** Avaliar a relação do Nível de Atividade Física e Pico de Fluxo Expiratório dos acadêmicos dos 1º, 2º, 7º, 8º períodos do curso de fisioterapia do Instituto de ensino Superior de Rio verde, relacionando com o sexo e idade dos participantes. **Métodos:** Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), como maneira de avaliar o nível de atividade física dos participantes, e foi utilizado também um medidor portátil de fluxo expiratório. Participaram os acadêmicos dos 1º, 2º, 7º, 8º períodos de fisioterapia, de ambos os sexos com idade entre 16 a 40 anos, que não possuíam nenhuma patologia pré-existente que os impedia de participar. **Resultado:** o NAF, em ambos os sexos da etapa inicial (1º, 2º), não houve diferença ($P=0,208$). Mas na etapa final (7º, 8º), houve uma diferença entre ambos os sexos de ($P=0,021$). Separando pelo sexo em sua etapa inicial e final, o sexo feminino não há diferença entre as etapas ($P=0,152$). E o sexo masculino também não mostrou diferença ($P=0,120$) entre as etapas. O PFE separando por etapas, o sexo feminino entre sua etapa inicial e final houve uma diferença de ($P=0,011$). O sexo masculino teve sua diferença entre as etapas de ($P=0,000$). Separando pelo sexo, no sexo feminino houve uma diferença de ($P=0,102$) e no sexo masculino houve uma diferença de ($P=0,043$). **Conclusão:** O nível de atividade física, influencia sim no PFE, pois a atividade física, faz com que o pulmão eleve sua capacidade respiratória. Dessa forma aumenta a produção de O_2 e elimina o CO_2 do organismo, assim elevando a capacidade expiratória.

PALAVRAS – CHAVE: Peak Flow. IPAQ. Pico de Fluxo Expiratório.

ABSTRACT: It is known that the more active the person is, the less the physical limitation will be. The constant practice of physical activity brings several benefits which includes the protection of functional capacity, regardless of age. Objective: The aim is to evaluate the relationship between Physical Activity Level and Peak Expiratory Flow (PEF) of Physical Therapy's students from Instituto de Ensino Superior de Rio Verde. All of them were enrolled at 1st, 2nd, 7th, 8th semesters of the graduate course. It was checked information about gender and age of the participants regarding to this matter. Methods: The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) classified the level of physical activity of the participants. The research also used a portable expiratory flow meter. The students chosen were from the 1st, 2nd, 7th, 8th semesters of Physical Therapy, both gender (male or female), aged between 16 and 40 years and they hadn't any pre-existing pathology. Results: The level of physical activity between male and female students from the 1st and 2nd semesters showed no difference ($P = 0.208$). However, there was a difference ($P = 0.021$) for male and female students of 7th and 8th semesters. Comparing women from initial (1st and 2nd) and the ones from final (7th and 8th) semesters of college, it was noticed no difference ($P = 0.152$). The same happened to the male students: there was no difference ($P = 0.120$) between the initial and final stages of the graduate course. The Peak Expiratory Flow was different

($P = 0.011$) between women from initial and the ones from final semesters of college. The male gender showed no difference ($P = 0.000$) when it compared initial and final semesters. Classifying the students by gender to analyse the PEF, it was pointed that there was a difference between women ($P = 0.102$) and men ($P = 0.043$). Conclusion: The level of physical activity influences the Peak Expiratory Flow, since physical activity makes the lung to increase the respiratory capacity. In this way it increases the production of O_2 and eliminates CO_2 from the body which increases the expiratory capacity.

KEYWORDS: Peak Flow. IPAQ. Peak Expiratory Flow

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS Atividade Física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que requeiram gasto de energia. Estudos destacam a importância da atividade física regularmente para se ter uma boa qualidade de vida. Assim, entende - se que a prática de atividade física regular envolve um comportamento preventivo e alcance um maior número de pessoas no mundo de hoje. (MOTA; RIBEIRO; CARVALHO, 2006).

É comprovado que quanto mais ativa a pessoa for, menor será a limitação física dela. A prática constante de atividade física possui inúmeros benefícios. Um dos principais benefícios, é a proteção da capacidade funcional não importando a idade. Quando se diz capacidade funcional refere - se ao desempenho para a realizar as atividades do cotidiano ou atividades da vida diária. (CAVANAGH, EVANS, et. al. 1998; ANDREOTTI, 1999)

De acordo com De Souza Vespasiano et. al. (2013) foi realizado um estudo ao qual se utilizou e analisou o IPAQ e sua eficácia. Chegando a seguinte conclusão, que o IPAQ, com seu baixo custo e os resultados em relação à sua reprodução, em comparação a outras formas de avaliação, se mostrou eficaz. Assim dando credibilidade para utilização do IPAQ em diferentes populações.

O pico de fluxo expiratório (PFE) é um dos valores analisados através da espirometria e demonstra o maior fluxo gerado durante expiração rápida e forçada, começando no nível máximo de insuflação pulmonar. (FONSECA A., FONSECA M., et.al., 2006).

O objetivo desta pesquisa é avaliar a relação do Nível de Atividade Física sobre o Fluxo Expiratório, dos acadêmicos dos 1º,2º (etapa inicial),7º,8º (etapa final), do curso de fisioterapia do Instituto de ensino Superior de Rio verde, relacionando com o sexo dos participantes.

2 | METODOLOGIA

Participaram da seguinte pesquisa um total de 66 acadêmicos sendo distribuídos entre 1º,2º (etapa inicial),7º,8º (etapa final), do curso de fisioterapia. Sendo eles com idade entre 16 a 40 anos, de ambos os sexos, que se propuseram a participar da pesquisa e assinaram o TCLE (Termo De Consentimento Livre E Esclarecido), (Anexo 2 e 3). Não participaram aqueles que possuíam alguma patologia pré-existente que os impediam de participar, os indivíduos que não se encaixaram na faixa etária e aqueles que recusaram a assinar o TCLE.

Foi entregue o questionário IPAQ – versão curta (anexo 4), aos participantes ao qual foi possível coletar as informações dos praticantes e os não praticantes de atividade física e a sua regularidade. A aplicação se realizou no horário de entre as aulas na própria sala de aula, com os acadêmicos sentados em suas respectivas carteiras e separados por uma distância mínima de um metro.

Eles foram orientados que nenhum tipo de pergunta feita por eles seria respondida, sendo que o questionário é autoexplicativo e não permite nenhum tipo de intervenção do pesquisador(a). Também foram orientados a não conversarem entre si.

Para a classificação dos dados do nível de atividade física, foi utilizado o consenso realizado entre o CELAFISCS e o *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta em 2002. Considerando os critérios de regularidade e duração, ao qual se diferencia e classifica os indivíduos em cinco categorias: Sedentários, insuficientemente ativo A, insuficientemente ativo B, ativo, muito ativo.

Finalizando a aplicação do IPAQ os participantes realizaram uma avaliação utilizando um medidor de Pico de Fluxo Expiratório (Peak Flow). Cada participante após uma profunda inspiração, realizava a expiração total no aparelho, sendo 3 expirações com espaço de 15 segundos entre uma e outra. E foi utilizado o último resultado como base para a análise. O aparelho utilizado foi o Peak Flow Meter – Medidor de Fluxo da marca Medicate. Medida padrão: 60-900 L/min. Lote 10282A, Série 72000MM, registro ANVISA nº 10332170038.

E ao final, os dados coletados, foram organizados no programa Microsoft Excel 2016, sendo analisados pelo programa *Bioestat 5.0* obtendo assim os resultados. E após foram organizados novamente no programa Microsoft Excel, para gerar os gráficos necessários.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na figura 1 podemos analisar a porcentagem referente a quantidade de participantes da pesquisa distribuídos da seguinte maneira: 1º período 3 (4,5%), 2º

período 32 (48,5%), 7º período 8 (12,1%) e 8º período 23 (34,8%).

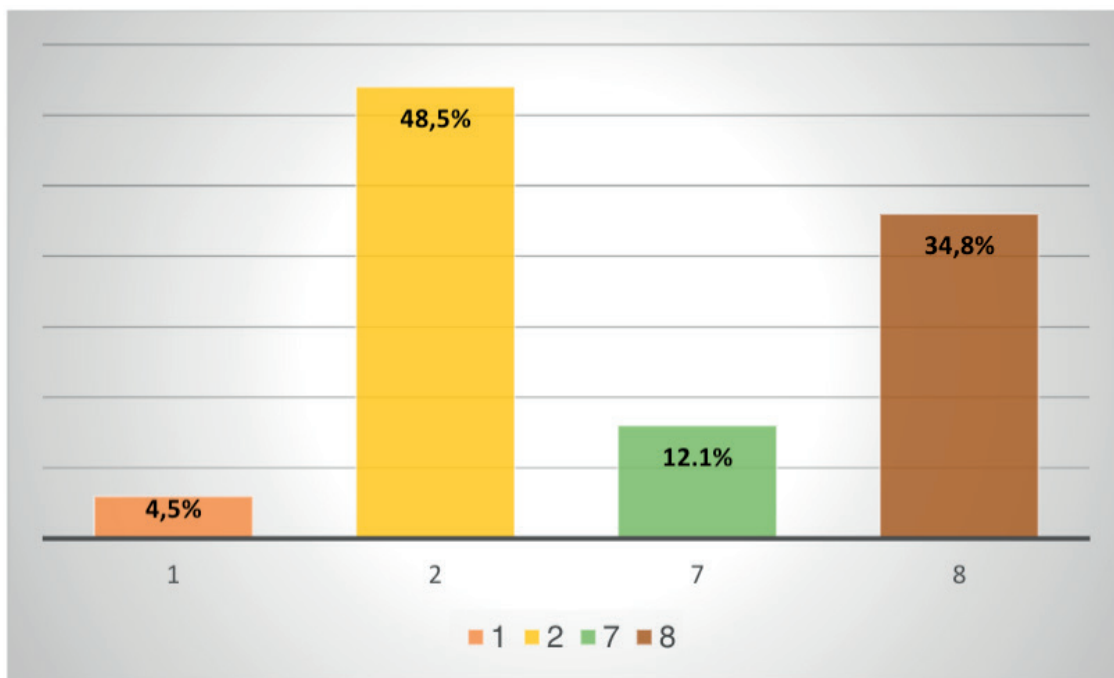


FIGURA 1 – Porcentagem de participantes conforme período

Fonte: autora (2018)

Na figura 2 podemos analisar a porcentagem referente ao sexo dos participantes, participaram 66 indivíduos. Sendo que 56 (85%) são do sexo feminino, enquanto o sexo masculino é composto por 10 (15%).

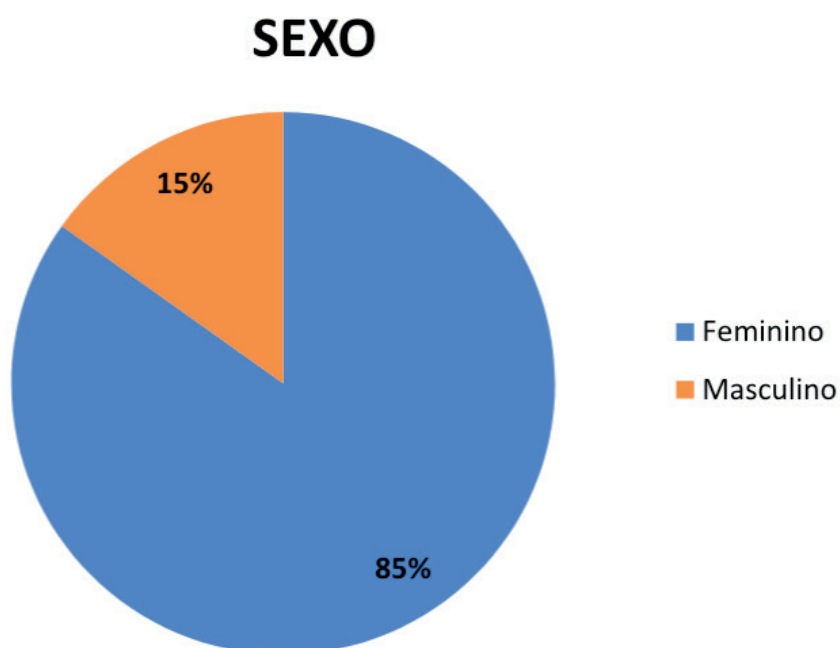


FIGURA 2 – Porcentagem referente ao sexo dos participantes.

Fonte: autora (2018)

Na tabela 1 podemos notar a classificação segundo o IPAQ, segundo o sexo e etapa inicial e final. Sendo assim, podemos descrever da seguinte forma. Etapa inicial sexo feminino: Sedentários (3,40%); Irregularmente Ativo B (31,00%); Irregularmente Ativo A (41,40%); Ativo (24,10%); Muito Ativo (0,00%). Etapa Inicial Sexo Masculino: Irregularmente Ativo B (66,70%); Ativo (33,30%); Sedentários, Irregularmente Ativos A e Muito Ativos (0,00%). Não houve diferença significativa ($P=0,208$) entre os níveis de atividade física de cada sexo na etapa inicial, pelo teste de Qui-Quadrado.

Na etapa final a classificação ficou da seguinte maneira. Etapa final sexo feminino: Sedentário (14,80%); Irregularmente Ativo B (48,10%); Irregularmente Ativo A (22,20%); Ativo (14,80%); Muito Ativo (0,00%). Etapa final sexo masculino: Irregularmente Ativo A (25,00%); Ativo (50,00%); Muito Ativo (25,00%); Sedentários e Irregularmente Ativos B (0,00%). Houve diferença significativa ($P=0,021$) entre os níveis de atividade física de cada sexo na etapa final, pelo teste de Qui-Quadrado.

Classificação IPAQ	Etapa			
	Inicial sexo		Final sexo	
	Feminino Coluna N %	Masculino Coluna N %	Feminino Coluna N %	Masculino Coluna N %
Sedentário	3,40%	0,00%	14,80%	0,00%
Irregularmente Ativo B	31,00%	66,70%	48,10%	0,00%
Irregularmente Ativo A	41,40%	0,00%	22,20%	25,00%
Ativo	24,10%	33,30%	14,80%	50,00%
Muito Ativo	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%
P		0,208		0,021

TABELA 1 - Nível de Atividade Física x Sexo x Etapa

Fonte: autora (2018)

De acordo com o estudo de Ceschini e Júnior (2009) o nível geral de atividade física foi insuficiente em adolescentes (53,8%) essa inatividade está associada ao: gênero, série acadêmica, moradia, tempo de TV e incentivo dos pais para a prática de atividade física dos filhos.

Segundo o estudo que utilizou os mesmos requisitos para avaliar o nível de atividade física com um grupo de mulheres acima de 50 anos. Foi observada diferença significativa entre as idades de 60-69 para > 70 anos ($p>0,05$) nas três intensidades de atividade física, comparando outros grupos etários, observamos

o mesmo quantidade para as classificações, insuficientemente e suficientemente ativas, apresentando diferença significativa da faixa etária de 50-59 para 60-69 e de 60-69 para >70 anos. (CRUCIANI, ARAÚJO, MATSUDO, MATSUDO, 2009)

Seguindo a tabela anterior, temos a tabela 2 a qual ocorre a divisão por sexo nas etapas iniciais e finais. Se dividindo da seguinte maneira. Sexo feminino: No período Inicial temos: Sedentárias 1 (3,40%); Irregularmente Ativo B 9 (31,00%); Irregularmente Ativo A 12 (41,40%); Ativo 7 (24,10%); Sendo Zero a quantidade de Mulheres Muito Ativas. No período Final temos: Sedentárias 4 (14,80%); Irregularmente Ativo B 13 (48,10%); Irregularmente Ativo A 6 (22,20%); Ativo 4 (14,80%); Sendo zero a quantidade de mulheres Muito Ativas. Não houve diferença significativa ($P=0,152$) entre os níveis de atividade física de cada etapa no sexo feminino, pelo teste de Qui-Quadrado.

O Sexo masculino se divide da seguinte maneira: No período Inicial temos: Irregularmente Ativo B 4 (66,70%); Ativo 2 (33,30%); Sendo zero a quantidade de homens Sedentários, Irregularmente Ativos A e Muito Ativos. No período Final temos: Irregularmente Ativo A 1 (25,00%); Ativo 2 (50,00%); Muito Ativo 1 (25,00%); Sendo zero a quantidade de homens Sedentários e Irregularmente Ativos B. Não houve diferença significativa ($P=0,120$) entre os níveis de atividade física de cada etapa no sexo masculino, pelo teste de Qui-Quadrado.

Classificação IPAQ	Sexo								
	Feminino					Masculino			
	Etapa					Etapa			
	Inicial		Final			Inicial		Final	
	N	Coluna N %	N	Coluna N %	N	Coluna N %	N	Coluna N %	
Sedentário	1	3,40%	4	14,80%	0	0,00%	0	0,00%	
Irregularmente Ativo B	9	31,00%	13	48,10%	4	66,70%	0	0,00%	
Irregularmente Ativo A	12	41,40%	6	22,20%	0	0,00%	1	25,00%	
Ativo	7	24,10%	4	14,80%	2	33,30%	2	50,00%	
Muito Ativo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	
P	0,152				0,12				

TABELA 2 – Nível Atividade Física relacionado ao sexo dos participantes.

Fonte: autora (2018)

De acordo com Kisner (2005), a prática frequente de atividade física por 30 minutos ao dia, ou no mínimo três vezes por semana, é necessário para que ocorra alterações positivas no organismo, tais como: menor índices de mortalidade, principalmente por patologias cardiovasculares, hipertensão arterial, diminuição no

risco de desenvolver diabetes, além realizar a manutenção da força muscular, e das estruturas e funções articulares.

A inatividade é a chave para o sedentarismo e para o sobrepeso, ao qual necessita de uma maior demanda do sistema cardiorrespiratório, para a realizar atividade física. Dessa forma o consumo de O_2 , volumes e sua capacidade pulmonar se ajustam para atender as solicitações do organismo. (ANDREASI, et. al, 2010); SAVVA, et. al, 2014).

Na tabela 3 temos a relação do PFE de acordo com a Etapa Inicial e etapa final, em ambos os sexos. O sexo feminino etapa inicial teve em sua média 262,5. E em sua etapa final teve em sua média 308,15. Houve diferença significativa ($P=0,011$) entre as médias de PFE de cada sexo na etapa inicial, pelo Teste t (independente). O sexo masculino em sua etapa inicial, obteve uma média de 401. Já em sua etapa Final, a média obtida foi de 585. Houve diferença significativa ($P=0,000$) entre as médias de PFE de cada sexo na etapa final, pelo Teste t (independente).

Sexo	Etapa									
	Inicial					Final				
	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão	P	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão	P
Fem.	60	440	262,5	102,076	0,011	110	540	308,15	101,035	0
Mas.	240	670	401	167,517		550	640	585	38,73	

TABELA 3 – PFE Médio na etapa inicial e final.

Fonte: autora (2018)

O valor de PFE em pessoas saudáveis, é examinado pelo volume e elasticidade do pulmão, força e controle dos músculos expiratórios. Em casos patológicos, a desordem na estrutura ou na função das vias aéreas intratorácicas é a ocorrência mais comum no PFE, pois leva ao aumento de resistência do fluxo aéreo dentro das mesmas. Podendo o PFE, também estar diminuído por uma obstrução nas vias aéreas extratorácicas, sendo a causa condições que restringem a expansão pulmonar ou comprometem a função dos músculos expiratórios, ou condições que afetam a integridade do sistema neural. (BRITTO; BRANT; PARREIRA, 2009)

Em um estudo utilizou indivíduos com idade entre 18 a 30 anos, para se avaliar se o envelhecimento desencadeia uma redução da elasticidade pulmonar ao qual contribui para a redução da força muscular respiratória, e o PFE tem seu pico máximo entre 18 e 20 anos e mantém estável até os 30 anos. Foram avaliados apenas sujeitos sedentários ou sem atividade física regular, pois a atividade física contribui para o aumento do PFE. (GIANINIS, ANTUNES, PASSARELLI, SOUZA,

GASTALDI, 2013)

Na tabela 4 temos a média de fluxo expiratório de acordo com o sexo dos participantes. O sexo Feminino composto por 28 mulheres na etapa inicial teve em sua média 262,5. E em sua etapa final composta por 27 mulheres teve em sua média 308,15. Não houve diferença significativa ($P=0,102$) entre as médias de PFE de cada etapa no sexo feminino, pelo Teste t (independente). O sexo masculino em sua etapa inicial composta por 6 homens, obteve uma média de 401. Já em sua etapa Final, composta por 4 homens, a média obtida foi de 585. Havendo uma diferença significativa ($P=0,043$) entre as médias de PFE de cada etapa no sexo masculino, pelo Teste t (independente).

Etapa	Sexo											
	Feminino					P	Masculino					P
	n	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão		n	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão	
Inicial	29	60	440	262,5	102,08	0,102	6	240	670	401	167,517	0,043
Final	27	110	540	308,15	101,04		4	550	640	585	38,73	

TABELA 4 – PFE médio relacionado ao sexo dos participantes.

Fonte: autora (2018)

Um estudo realizado por Brito, Veloso, Alves, Calvacante (2013), verificou que houve um aumento no pico de fluxo expiratório máximo nos participantes de aula de pilates, sendo nos homens de 530 L/min para 575 L/min representando um aumento de 7,82%, e, as mulheres 402 L/min para 454 L/min evidenciando um aumento de 11,45%.

Um estudo realizado por Alves, Silva e Oliveira (2014), propôs comparar o PFE de estudantes universitários saudáveis, obesos e tabagistas. Os resultados indicaram que os obesos obtiveram resultado estatístico significativamente maior, em relação aos tabagistas e saudáveis. Os resultados encontrados não foram os esperados, talvez uma falha na metodologia da pesquisa quanto ao interrogar se os indivíduos são praticantes de atividade física.

Na tabela 5 temos a análise referente a relação entre o PFE e o NAF, nas etapas iniciais e finais. Na etapa inicial temos: sedentários temos 1 pessoa, e sua média expiratória foi de 310; Irregularmente ativos B, temos 13 pessoas, e sua média expiratória foi de 289,67_a; Irregularmente Ativo A, temos 12 pessoas, e sua média expiratória foi de 267,50_a; Ativo, temos 9 pessoas, e sua média expiratória foi de 306,67_a; Não possui indivíduos muito ativos. Não houve diferença significativa ($P=0,788$) entre as médias de PFE e o NAF na etapa inicial, pelo Teste F.

Na etapa final temos: Sedentários 4 pessoas, com média expiratória 202,50_b; Irregularmente Ativo B temos 13 pessoas, com média expiratória de 305,38_b; Irregularmente Ativo A temos 7 pessoas, com média expiratória 362,86_{ab}; Ativos temos 6 pessoas, com média expiratória 461,67_a; Muito ativo temos 1 pessoa, e sua média expiratória foi de 570. Houve diferença significativa (P=0,006) entre as médias de PFE e o NAF na etapa final, pelo Teste F.

Classificação IPAQ	Etapa											
	Inicial						Final					
	N	Mín.	Máx.	Média*	Desvio Padrão	P	N	Mín.	Máx.	Média*	Desvio Padrão	P
Sedentário	1	310	310	310	.		4	110	290	202,50b	78,899	
Irregularmente Ativo B	13	60	670	289,67a	169,635		13	180	430	305,38ab	82,726	
Irregularmente Ativo A	12	130	400	267,50a	101,096	0,788	7	200	580	362,86ab	144,996	0,006
Ativo	9	130	480	306,67a	99,247		6	330	640	461,67a	121,559	
Muito Ativo	0		1	570	570	570	.	

TABELA 5 – Nível de Atividade Física relacionado ao PFE de acordo com etapa inicial e final.

Fonte: autora (2018)

Um estudo realizado por Nascimento, Dos Santos e De Faria Freire, (2015), comparou os resultados encontrados em sua pesquisa a partir da avaliação do PFE utilizando o aparelho Peak Flow, observou que houve um aumento do PFE em todos os participantes dos grupos participantes. O primeiro grupo realizou exercícios aeróbicos, e o segundo grupo realizou exercícios resistidos. Ambos os grupos compostos por seis voluntários de ambos os sexos, apresentaram aumento PFE final depois 24 sessões de exercícios.

Antes do programa aeróbico, a média do grupo para o PFE inicial era de 368, e após a realização dos exercícios aeróbicos a média aumentou para 491. Notou – se também o aumento do PFE após a realização de exercícios resistidos, para ambos os sexos. Antes do programa de exercício resistido, a média do grupo para o PFE inicial, era de 388, e após dos exercícios resistidos a média aumentou para 525.

4 | CONCLUSÃO

Observou que mesmo tendo um maior nível de sedentarismo, os indivíduos da etapa final tiveram um maior PFE. Esse fato pode ter ocorrido, devido estarem nos últimos períodos, e esses se destinam apenas a estágios, de uma forma ou de outra

acaba por se praticar alguma atividade física, mesmo que inconscientemente (ao subir e descer escadas, locomover um paciente de um local ao outro, entre outros feitos.) Acaba que se estabelece na correria de estágio para faculdade, ou trabalho para o estágio, ou vice e versa. Enquanto os da etapa inicial permanecem apenas as aulas teóricas. Pode se considerar também que esses indivíduos pratiquem atividade física, a mais tempo que os indivíduos da etapa inicial.

Ou seja, o nível de atividade física, influencia sim no PFE, pois a atividade física, faz com que o pulmão eleve sua capacidade respiratória. Dessa forma aumenta a produção de O₂ e elimina o CO₂ do organismo, assim elevando a capacidade expiratória.

REFERÊNCIAS

ALVES, ELAINE CAROLINE; SILVA, DÉBORA DAISY DA; OLIVEIRA, LUÍS HENRIQUE SALES; Análise Comparativa Do Pico De Fluxo Expiratório De Universitários Saudáveis, Obesos E Tabagistas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2014. Vol. Sup. 1, 63-69.

ANDREASI, V., MICHELIN, E., RINALDI, A. E. M., & BURINI, R. C. (2010). Physical fitness and associations with anthropometric measurements in 7 to 15-year-old school children. **Jornal de pediatria**, 86(6), 497-502.;

ANDREOTTI, R. A. (1999). Efeitos de um programa de educação física sobre as atividades da vida diária de idosos (**Doctoral dissertation, Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo.**)

BRITO, ROGLESON ALBUQUERQUE; VELOSO, MARIANA DOND; ALVES, JAMILLE SOARES MOREIRA; CAVALCANTE, LENISMAR SÁ. Avaliação Do Pico De Fluxo Expiratório Máximo Dos Indivíduos Sedentários Submetidos Ao Treinamento Das Incursões Respiratórias Utilizadas Pelo Método Pilates. **an da jor de fisiot da ufc**. Fortaleza, 2013; 3(1):29

BRITTO, R. R.; BRANT, T. C. S.; PARREIRA, V. F. **Recursos manuais e instrumentais em fisioterapia respiratória**. Barueri, SP: Manole, 2009.

CAVANAGH, P., EVANS, J., FIATARONE, M., HAGBERG, J., MCAULEY, E., & STARTZELL, J. (1998). Exercise and physical activity for older adults. **Med Sci Sports Exerc**, 30, 1-29.

CESCHINI, F. L., MIRANDA, M. L. D. J., DE ANDRADE, E. L., DE OLIVEIRA, L. C., ARAÚJO, T. L., MATSUDO, V. R., & JÚNIOR, A. J. F. (2016). Nível De Atividade Física Em Adolescentes Brasileiros Determinado Pelo Questionário Internacional De Atividade Física (IPAQ) Versão Curta: Estudo De Revisão Sistemática. **Revista Brasileira De Ciência E Movimento**, 24(4), 199-212.

CESCHINI, FABIO LUIS; JÚNIOR, AYLTON FIGUEIRA; Prevalência De Atividade Física Insuficiente E Fatores Associados Em Adolescentes. **Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)**. 2009

CRUCIANI, FERNANDA; ARAÚJO, TIMÓTEO; MATSUDO, SANDRA; MATSUDO, VICTOR. Nível De Atividade Física De Mulheres Maiores De 50 Anos De Idade Participantes De Um Programa De Atividade Física Estruturada. **Celafiscs**. 2009

DE SOUZA VESPASIANO, BRUNO; DIAS, RODRIGO; CORREA, DANIEL ALVES. A utilização do questionário internacional de atividade física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil (2012). **Saúde em Revista**, v. 12, n. 32, p. 49-54.

GIANINIS, HELOISA H.; ANTUNES, BIANCA O.; PASSARELLI, RITA C.; V. SOUZA, HUGO C. D.; GASTALDI, ADA C. Efeitos do posicionamento em decúbito dorsal e lateral no pico de fluxo expiratório em adultos saudáveis **Braz J Phys Ther.** 2013 Sept-Oct; 17(5):435-441

KISNER C, COLBY LA. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas.** São Paulo: Manole; 2005.

MOTA,J;RIBEIRO,J.L.;CARVALHO,J;MATOS,M.G; Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física, Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006

NASCIMENTO, M. A., DOS SANTOS, G. C., & DE FARIA FREIRE, R. (2015). Avaliação do peak flow antes e após exercícios. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, 2(3), 11-20.

SAVVA, S. C., TORNARITIS, M. J., KOLOKOTRONI, O., CHADJIGEORGIOU, C., KOURIDES, Y., KARPATIOS, T., & YIALLOUROS, P. K. (2014). High cardiorespiratory fitness is inversely associated with incidence of overweight in adolescence: a longitudinal study. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**, 24(6), 982-989

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/thailand-s-physical-activity-drive-is-improving-health-by-addressing-ncds>. Acesso em: 14/05/2018

A ATUAÇÃO HUMANIZADA DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Data de aceite: 12/05/2020

Jussara Pereira Pessoa
Aline Luiza de Paulo Evangelista
Luciane Patricia Amaral
Bruno Bezerra de Menezes Cavalcante

RESUMO: O objetivo do presente relato de experiência consiste em refletir sobre a atuação da equipe interprofissional em saúde no processo de desospitalização da pessoa idosa. O período de realização da experiência foi de janeiro de 2019 a julho de 2019 no Hospital Antônio Prudente Fortaleza (HAPFOR). O método do estudo é descritivo, de abordagem qualitativa, sendo as informações sistematizadas em diário de campo para melhor análise e alcance do objetivo proposto. O relato de experiência evidencia o processo de organização institucional e familiar para que esse usuário retorne ao seu lar de forma humanizada e acolhedora.

PALAVRAS-CHAVE: Desospitalização. Pessoa Idosa. Relações Interprofissionais. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT: The purpose of this report is to reflect on the role of the interprofessional health team in the elderly hospitalization process. The

experiment was conducted from January 2019 to July 2019 at the Antônio Prudente Fortaleza Hospital (HAPFOR). The study's method is descriptive and qualitative, with the information systematized in the diary field for better analysis and achievement of the strategic objective. This study experiences the family organization process for this user returne to his home in a humane and welcoming way.

KEYWORDS: Dehospitalization. The elderly. Interprofessional Relations. Interdisciplinarity.

1 | INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo e com o prolongamento da vida humana no decorrer dos anos, tornou-se indispensável estudar a pessoa idosa, assim como o processo de envelhecimento. O envelhecimento é caracterizado individualmente, pois, cada pessoa vive um processo distinto e biológico, e também, está vinculado a aspectos sociais, culturais, psicológicos, políticos e econômicos (DOLL, Johannes, et al., 2017, p. 327).

No Brasil, um dos maiores marcos na história pela garantia dos direitos às pessoas idosas foi o sancionamento da Política

Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003). Neles, são estabelecidos os direitos fundamentais como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, definido às pessoas idosas, aquelas com idade a partir de 60 anos, sobre a obrigação do poder público, família e comunidade para com o idoso e sobre a prevenção de ameaças ou violação à vida da pessoa idosa.

Proporcional ao crescente número de pessoas idosas, também cresce o número de idosos mais vulneráveis, portadores de condições crônicas físicas, cognitivas, mentais, emocionais e motoras, maior o número de demências, limitações para exercer as atividades de vida diária (AVDs), reduzindo a sua autonomia e aumentando ainda mais a sua dependência. Outro ponto a ser analisado é a redução da natalidade, onde os vínculos familiares estão fragilizados, redução nos membros que compõem a família e muitos cuidadores com sobrecarga no cuidado. Essa análise reflete diretamente nas instituições hospitalares sobre o perfil dos usuários, com o aumento nas internações e nas longas permanências (NETO; MOREIRA, 2017, p. 2857).

Durante o processo de adoecimento e, principalmente, das longas internações hospitalares, muitos usuários passam de uma relativa dependência a uma dependência total. Aqueles que conseguiam realizar sozinhas atividades da vida diária (AVD's) passam a depender totalmente de terceiros, perdem a consciência e orientação, não conseguem se comunicar, alguns passam a utilizar dispositivos médicos (por exemplo: traqueostomia, sonda nasoenteral, gastrostomia, sonda vesical de alívio ou demora, uso contínuo de fraldas, dentre outros).

No início da internação hospitalar, é definido um plano terapêutico para os usuários, sendo realizado singular e individualmente pela equipe. São realizadas terapias, assistências e cuidados diários pela equipe interdisciplinar: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. Consequentemente, avaliar todos os aspectos clínicos e sociais e compreender o contexto do caso em que será atuado e dar seguimento aos atendimentos e às intervenções.

Quando identificada a possibilidade de realizar uma programação de alta hospitalar é iniciado o processo de desospitalização. Realizadas operações e reuniões organizacionais da equipe interprofissional para buscar estratégias de cuidado, definindo quem será o principal cuidador e para organizar o retorno do usuário, em particular à pessoa idosa, para o seu ambiente familiar e social, diminuindo os riscos de doenças hospitalares e reinternações com seguimento aos cuidados em domicílio e/ou ambulatorial.

A interprofissionalidade é a atuação de profissionais de diferentes categorias

que interagem sobre o mesmo cuidado e partilham de conhecimentos, habilidades, experiências e especialidades. Todas as áreas com apenas um objetivo em comum dentro da instituição hospitalar: cuidar do seu usuário seja ele um cuidado clínico, psíquico e/ou social (FURTADO, 2009; CECCIM, et al, 2011; EVANGELISTA & BARRETO, 2017).

A interdisciplinaridade parte da ideia de exercer a profissão sob um olhar para além da execução de técnicas sólidas e isoladas, onde a junção dos saberes e conhecimento em diferentes atuações visam definir os cuidados para o enfrentamento que atinge não apenas a pessoa em situação do adoecimento, mas, todos da sua convivência familiar e social, respeitando suas fragilidades e conflitos.

Severino (2010) descreve que a interdisciplinaridade é algo, ainda, em processo de concretização, que a sua idealização “é algo pressentido, desejado e buscado, mas, ainda não atingido”. Conclui afirmando que ela não significa uma generalização das especialidades, ter um conhecimento delimitado ou uma fragmentação da ciência, mas sim, uma ciência unificada e fortalecida com a conexão dos saberes.

Todos esses aspectos influenciam o contexto e particularidades dos indivíduos envolvidos no processo de envelhecimento sobre o modo de agir, pensar, relacionar e sentir, tanto o profissional como pessoal. O envelhecimento é um aspecto natural, entretanto, culturalmente temos dificuldade em aceitar esse ciclo, por toda essa complexidade, a importância da perspectiva interdisciplinar em compreender e atuar nas múltiplas dimensões da pessoa idosa. (DOLL, Johannes, et al, p. 328)

Ao abordar sobre esse tema, pode-se imaginar que o objetivo em desospitalização é baseado apenas no processo engessado e simples de realizar uma alta hospitalar. Mas, há uma dimensão complexa nesse processo que poucos conseguem vislumbrar, pois, é realizado na efetivação de um trabalho humano e sensível que atua com a fragilidade e sofrimento do outro.

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover mudanças na prática dos princípios do SUS nos serviços de saúde com a execução e inclusão no modo de agir e atuar nos cuidados aos usuários. O cuidado humanizado dos profissionais para com esses usuários gera um ambiente harmonioso e sereno, para que possa executar ações e efetivar da melhor forma possível o bem-estar do idoso. Realizar acolhimento com a escuta qualificada, dando prioridade para uma comunicação efetiva e buscando sempre criar estratégias para suprir as necessidades dos usuários.

Os profissionais não ficam alheios aos processos, vibram e se emocionam junto com os seus usuários em observar e participar da evolução clínica e da reabilitação, por exemplo, quando as traqueostomias são decanuladas, quando iniciam a deglutição, quando iniciam a deambular ou quando há algum sinal de interação, ao mesmo tempo, pranteiam quando os objetivos curativos não são

concluídos e o ciclo da vida se encerra.

Por menor que seja, são conquistas e esforços dos usuários e dos profissionais que trabalham e lutam juntos diariamente. São sentimentos que perpassam de uma visão apenas profissional, são imagens que superam o resumo aos atendimentos beira leito. Portanto, além de realizar os atendimentos diariamente aos usuários internados para reabilitação ou manutenção, a equipe interprofissional, dedica-se arduamente para que seja efetivado o cuidado humanizado com essas pessoas idosas internadas e em programação de desospitalização, para o retorno ao seu lar e à socialização em comunidade.

Assim, o estudo apresenta como objetivo refletir sobre a atuação da equipe interprofissional em saúde no processo de desospitalização da pessoa idosa.

2 | DESCRIÇÃO E OBJETIVO DAS ATIVIDADES ANALISADAS

O trabalho foi desenvolvido a partir do método descritivo de natureza qualitativa, consistindo em um relato de experiência referente ao período de atuação de janeiro de 2019 a julho de 2019. A pesquisa qualitativa é composta pela experiência, pela vivência, pelo senso comum e pela ação, em que o pesquisador se utiliza da compreensão, interpretação e dialetização. Ainda mais, é a busca pela conclusão de uma indagação inicial, onde será constituída por orientações a partir de um trabalho organizado de contextos, histórias, teorias e observações. A pesquisa qualitativa requer uma ponderação do pesquisador, uma escuta ativa qualificada e observação crítica, a fim de compreender as singularidades dos indivíduos, com realidades subjetivas, pertencentes a histórias de grupos sociais e culturais distintos. (MINAYO, 2016)

O relatório de experiência foi desenvolvido a partir da observação participante sistematizada em diário de campo, sendo essa primordial para a percepção e interpretação do estudo da história. Os pontos de observação conectaram-se à realidade encontrada no cotidiano do exercício da profissão de assistente social da pesquisadora principal e sobre as vivências da mesma, em equipe interprofissional dentro do contexto hospitalar do Hospital Antônio Prudente.

O Hospital Antônio Prudente/ Fortaleza (HAPFOR) foi fundado em 1979, localizado na Avenida Aguanambi, no bairro de Fátima, em Fortaleza, onde são realizados atendimentos de urgência e emergência, cirurgias eletivas, internações em enfermarias e UTI's aos usuários, a partir de 15 anos de idade. O hospital privado atende majoritariamente a usuários do plano de saúde Hapvida, que é da mesma rede da instituição.

Os postos de internação são compostos por aproximadamente 150 leitos de

enfermarias, atendendo usuários em várias especialidades, dentre elas, clínica geral, traumatológica, cirurgia geral, neurologia etc. A equipe plantonista nos postos de internação (enfermarias e apartamentos) é composta por, aproximadamente, 32 enfermeiros(as), 90 técnicos(as) de enfermagem, três assistentes sociais, três fonoaudiólogos(as), quatro nutricionistas, 25 fisioterapeutas e 15 médicos(as) (de todas as especialidades).

A análise das informações registradas no diário de campo foi baseada à luz da literatura pertinente, no que diz respeito às seguintes temáticas: atuação da equipe interdisciplinar, sob a perspectiva de partilhar saberes e conhecimentos (FURTADO 2007, SEVERINO 2010); humanização nos cuidados na atenção à saúde (MOREIRA et al, 2015); o processo de adoecimento da pessoa idosa e os cuidados com o envelhecimento e as comorbidades (MINAYO, 2019; DOLL et al 2017); por fim, a desospitalização, que é realizado a partir da corresponsabilidade entre a família, a instituição, a comunidade e o Estado (NETO e MOREIRA, 2017).

Ressalta-se que o estudo realizado é a percepção da autora principal na perspectiva sobre o cuidado e atenção à saúde da pessoa idosa.

3 | RESULTADOS E ANÁLISES DA REALIDADE

Furtado (2007) descreve que multidisciplinaridade é a interação de várias disciplinas sobre um mesmo tema com baixa interação, onde cada disciplina utiliza um domínio próprio das suas teorias e as disciplinas são organizadas por um coordenador. A interdisciplinaridade, por sua vez, é caracterizada pela maior interação entre as disciplinas, com maior trocas no campo do conhecimento, com domínio compartilhado das teorias e há cooperação e coordenação entre as próprias disciplinas, mas, não se faz criação de uma nova ciência. Desta forma, a interdisciplinaridade é a idealização das equipes, sendo diferenciada pelo termo interprofissional.

Utiliza-se o sufixo “disciplinar” para os campos dos saberes e conhecimento teóricos, concomitantemente, o sufixo “profissional” está relacionado à prática concreta ou à equipe e execução de suas atividades. A interprofissionalidade é a interação dos profissionais que partilham de “seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção ao paciente”, sendo essa um dos valores humanistas. (FURTADO, 2007, p. 246)

A equipe interprofissional é constituída por um setor ocupado por profissionais com várias especialidades, utilizando formas de trocas de saberes e inter-relações por uma gestão compartilhada e com trabalhos que buscam a integralidade da atuação tendo como base os seus usuários. É caracterizada pela inserção de trabalhadores de várias categorias, que realizam projetos e planos terapêuticos

particular para cada caso a ser analisado e para usuários pré-definidos com um acompanhamento integral, possibilitando realizar um trabalho mais qualificado e estabelecer vínculos com famílias e usuários. (FURTADO, 2007)

As equipes de saúde utilizam esse modelo como forma de agregar valores profissionais, superando os processos ultrapassados e conservadores estabelecidos pelas instituições, realizando planejamentos e organizações e mediando os conflitos existentes (FURTADO, 2007). Esse processo de cuidado com os seus usuários no contexto da atenção à saúde é classificado como “humanização.” (SOUZA, 2018) A humanização na atenção à saúde é o cuidado com qualidade dos usuários, valorização e autonomia dos trabalhadores, o reconhecimento dos direitos dos usuários, a atuação e os vínculos entre os sujeitos envolvidos nos processos de saúde, sendo eles usuários, profissionais, instituições e/ou famílias. (MOREIRA et al, 2015).

Com a Política Nacional de Humanização (PNH) sancionada em 2003, inicia uma nova dimensão para as práticas na saúde, para contribuir com o enfrentamento nos cuidados da saúde, com a implementação de programas e projetos, promovendo debates, qualificando e incentivando a prática entre trabalhadores e usuários no processo de saúde. A PNH é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com o uso de método, princípios, diretrizes e dispositivos. (MOREIRA et al, 2015; BRASIL 2003).

Dessa forma, durante a desospitalização, a atuação profissional requer a utilização de uma atenção com os usuários e famílias, olhar cauteloso e uma escuta ativa qualificada para que seja possível efetivar o processo. Além disso, é fundamental haver uma equipe especializada e dedicada para que esse processo seja concretizado de forma qualificada, pois, o adoecimento da pessoa idosa fragiliza a todos que fizeram parte de uma história, história essa que deve ser respeitada e zelada.

A equipe realiza reuniões semanais para que os casos mais complexos sejam discutidos e analisados, a partir de então é iniciado as estratégias, seja ela intensificar os cuidados na assistência, iniciar a desospitalização com treinamentos e organizações e/ou cuidados para medidas de conforto em casos de fim de vida.

O Ministério da Saúde (2013, p. 38) define os aspectos clínicos que deverão ser considerados para classificar quais os usuários que são elegíveis para serem desospitalizados: analisar o quadro clínico, comorbidades, dependência para executar atividades da vida diária (AVDs), padrões respiratórios e dependência de oxigenoterapia, necessidade de aspirações orotraqueais, padrões hemodinâmicos, nutrição com necessidade de dietas especiais e modificadas; avaliar a possibilidade de dar seguimento terapêutico em domicílio; o uso e a frequência nos serviços de saúde, histórico de hospitalizações e atendimentos nas emergências e urgências;

uso de drenos, cateteres e estomias; administração de medicamentos, cuidados com lesões, monitorização de sinais vitais; realizações de exames; cuidados paliativos.

Quando definido sobre o processo de desospitalização, são programadas reuniões familiares com o objetivo de conhecer a história e vida desses usuários e traçar estratégias para a organização familiar. As famílias apresentam a trajetória da vida do usuário, quais suas rotinas, realidade social e econômica, como é composta essa família e quem participa do convívio do usuário, como era sua dependência antes da internação, se necessitava de ajuda para caminhar, comer e ir ao banheiro, por exemplo.

Nas reuniões, também é possível identificar quem será o principal cuidador desse usuário que é responsável pelos cuidados básicos do idoso e auxilia nos cuidados das atividades diárias, como higiene pessoal, alimentação, medicamentos, auxílio para exercer as atividades civis. O cuidador deve exercer um papel de responsabilidade com cuidados diários, desempenhar as atividades de acordo com a necessidade que o idoso apresente, o “cuidado deve ser compreendido como o eixo da essência humana”. (DUARTE et al, 2017, p. 2893)

Em alguns casos, ainda não há uma definição de quem será o principal cuidador, portanto, as famílias são questionadas a buscar e identificar entre ambos quem assumirá os cuidados, seja membro da família ou não, com ou sem remuneração, cuidador informal ou cuidador formal (DUARTE et al, 2017). O cuidador informal é a pessoa que presta os devidos cuidados ao idoso dependente sem formação na área da saúde (NETO e MOREIRA, 2017). Pela observação realizada no cotidiano, em grande parte, esse cuidado é realizado por filhas do gênero feminino, companheiras e irmãs.

Os cuidados formais são realizados por profissionais contratados pelas famílias, sendo necessário ter concluído curso com no mínimo 160 h/aula e a instituição reconhecida pelo Ministério da Educação. No Brasil, a profissão ainda não é regulamentada, mas, é reconhecida pelo Ministério do Trabalho. Esse profissional exerce os cuidados e auxílio nas AVDs, em domicílio, instituições de longas permanências ou hospitais. Algumas famílias, pela dinâmica familiar e a necessidade de exercer seus trabalhos diários externos, optam por contratar um cuidador para assumir os cuidados do cotidiano da pessoa idosa, entretanto, não dispensa a participação da família nos cuidados e divisão de obrigações entre ambos. (NETO e MOREIRA, 2017).

O perfil desses cuidadores sempre deve ser levado em consideração, para que não haja sobrecarga dos cuidadores. É possível identificar que em grande maioria as famílias não conseguem nomear mais de um ou dois cuidadores para que revezem os cuidados, pela rotina intensa e pela necessidade de cuidado durante praticamente 24 horas por dia. O que também é visto no decorrer das

internações é o crescente número de cuidadores idosos, pela ausência de outro familiar disponível para prestar esses cuidados. Este é sem dúvida um dos maiores desafios para mediar durante o processo de desospitalização, e sempre é reforçado que os cuidadores também precisam de cuidados.

Foi executado um projeto de terapia para que houvesse um momento de acolhimento aos cuidadores em sala de espera dos postos. Foram convidados os cuidadores que a equipe identificou estar mais desgastados com a sobrecarga do cuidado, por serem os únicos cuidadores, por uma longa internação, pelo sofrimento e esgotamento do adoecimento e cansaço diário.

O projeto “cuidando de quem cuida” foi realizado durante um mês para que pudessem participar de um momento de terapia, com auxílio de música ambiente, dinâmicas para a interação dos cuidadores e para a escuta, em formato de roda de conversa. Conduzido pela fonoaudióloga da instituição, com auxílio da assistente social e psicólogo, foram realizados convites individuais e com o objetivo de proporcionar um momento de relaxamento e acolhimento.

Durante a execução, foi possível identificar quais cuidadores necessitavam seguir com terapias individuais e convocar a família para que pudessem compartilhar os cuidados e mediar a situação para tentar reduzir o estresse causado pela sobrecarga. Os momentos de roda de conversa foram impactantes para os participantes, que puderam partilhar suas histórias e suas dores durante esse processo de adoecimento.

Nas reuniões familiares, os participantes estavam apreensivos e esquivas pelo conceito pré-estabelecido de que o objetivo fundamental na desospitalização era o da redução de gastos das instituições. De certa forma, essa ideia não está totalmente equivocada, visto que os custos com o usuário desospitalizado são reduzidos e este é um dos benefícios para a efetivação desse processo.

De acordo com Viana (2020), a redução de custos de um paciente desospitalizado chega a ser de 81% em comparação aos internados em instituições e àqueles que recebem os mesmos cuidados e suporte em domicílio. A autora descreve que o objetivo da desospitalização, além de reduzir os custos hospitalares, é diminuir o risco de infecções hospitalares e dar possibilidade para que o usuário dê continuidade ao seu tratamento no seu domicílio de forma humanizada.

Por outro lado, Neto e Moreira (2017) colocam que essa ideia de serviços domiciliares nem sempre são de custos reduzidos, e que em alguns casos os serviços domiciliares custam muito mais caros, e que por uma falta de critérios e legislação clara sobre esses serviços, muitas operadoras de saúde não utilizam e ofertam esses serviços.

Pela observação realizada durante esse trabalho, é possível visualizar que, em relação às famílias, os gastos podem até triplicar, pois, durante a internação, a

assistência com a equipe interdisciplinar é 24 horas, auxiliando na administração de medicamentos e higienização, não há custos com medicamentos, dietas especiais, energia e insumos.

Entretanto, a importância na desospitalização é a possibilidade de o usuário retornar às suas atividades, hábitos e rotinas de lazer, maior convivência familiar e social e redução de infecções hospitalares. Possibilidade de as famílias saírem de um ambiente psicologicamente tenso, com presença de outros casos de sofrimento, para a cansativa rotina de deslocamento de sua residência para o hospital, diariamente.

Segundo Neto e Moreira (2017), o maior desafio para a concretização da desospitalização em dar continuidade aos cuidados domiciliares, é a aceitação da família, pois é necessário que seja realizada uma organização familiar e estrutural no domicílio, muitas famílias não têm instruções sobre como cuidar desse familiar mais dependente, requer também uma condição financeira para custear esse processo de retorno ao lar, não conseguem e/ou sabem realizar cuidados diários e manusear os dispositivos. Dessa forma, os profissionais iniciam as orientações e abordagens aos familiares para que compreendam e realizem de forma efetiva os cuidados para com o seu familiar idoso quando retornar ao seu lar.

Ao iniciar essa organização, são identificadas quais as necessidades de mudanças no domicílio, providenciar cama, cadeira de rodas, colchões adaptados, dietas especiais, insumos, medicamentos, aspiradores, providenciar a organização de cuidadores em escalas, dentre outros. As famílias ficam apreensivas, idealizando um ambiente parecido com o hospital, o que necessitamos desconstruir ao longo das conversas, pois, quanto mais parecido com o seu lar, melhor para a pessoa idosa.

Concomitante a essa organização familiar, é iniciado treinamentos com as pessoas que irão assumir os cuidados no domicílio. Durante os atendimentos dos profissionais, é repassado como lidar com as necessidades básicas dos idosos, sobre como devem ser realizados os procedimentos e como devem reagir em casos de emergência.

Os idosos que necessitam de dietas adaptadas, em uso de espessantes, sondas nasoesofágicas e gastrostomias são realizados treinamentos com equipe de nutrição, fonoaudiologia e enfermagem. Sendo orientada qual a dieta adequada, o volume e as calorias necessárias para aquele idoso, o uso adequado dessas dietas como realizar a administração, higienização de equipamentos e posicionamento dos idosos durante as alimentações. Os cuidados podem evitar as intercorrências com esse usuário idoso, broncoaspirações, pneumonias e desnutrição.

São realizados treinamentos e orientações sobre administração de medicamentos, higienizações básicas, mudanças de decúbitos, higienização de dispositivos como traqueostomias e sondas. É repassado como realizar as

aspirações, posicionamentos dos idosos, estimular os idosos a sair da cama, ir ao banheiro, possibilitar a esse usuário retornar a conviver com os amigos e família, participar dos momentos em comunidade.

Além disso, contamos com o auxílio de programas instituídos pela operadora de saúde para dar continuidade aos cuidados no domicílio com atendimentos profissionais, realizados encaminhamentos à rede de atenção domiciliar pelo Sistema Único de Saúde ou encaminhamentos ambulatoriais, para que essa pessoa idosa dê continuidade aos cuidados e reabilitações.

Por fim, Neto e Moreira (2017) dispõem sobre as competências que são essenciais para que a pessoa idosa seja desospitalizada: família e cuidadores treinados e com prática na administração de medicamentos de uso contínuo; observar as principais dúvidas dos cuidadores para que possam compreender as dificuldades e comorbidades da pessoa idosa que está retornando para o seu lar; a equipe deve avaliar as condições sociais, econômicas e familiares para que o paciente não corra risco de maus-tratos e negligência; riscos de quedas e falta de suporte para cuidados básicos; equipe interprofissional estar à disposição e facilidade no contato em casos de dúvidas; família e cuidadores treinados para como lidar em caso de emergências e intercorrências e identificar sinais de dor, desconforto e sintomas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento da população brasileira, será imprescindível a utilização e recursos mais aprimorados para acolher esses usuários em domicílio. Sendo necessário serem criadas políticas públicas para intensificar a ideia positiva da desospitalização e dos cuidados em domicílio e articular com programas e projetos voltados para atender a essa população crescente que requer atenção e especializações nos cuidados.

O processo de desospitalização nas instituições privadas é, de modo geral, um desafio a ser aprimorado, em vista que ainda há um mundo para ser desbravado e possibilidades a serem alcançadas. Sobre expandir e aumentar os investimentos para os atendimentos domiciliares, criar redes de apoio no pós-alta para assegurar uma continuidade nos cuidados nos ambulatórios e expandir a ideia e apoio na desospitalização.

Portanto, através da experiência relatada, é possível realizar um trabalho dedicado da equipe interprofissional, assumindo a responsabilidade de cuidar de uma pessoa idosa que tem uma longa trajetória de vida e nesse momento de adoecimento e sofrimento, possa ser cuidada de forma digna e humana. Vale destacar que a atuação interprofissional deve ser incentivada por parte da gestão, seja esta

pública ou privada, considerando o aumento da resolutividade das demandas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 4 de janeiro de 1994, 173º da Independência e 106º da República.

BRASIL. Estatuto do idoso: **Lei Nº 10.741/2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a classificação de complexidade do cuidado em atenção domiciliar. In: Pinto HA (ed.). **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/gencianas-das-farmacias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em 14 de jan. de 2020.

DOLL, Johannes; OLIVEIRA, José Francisco P; SÁ. Jeanete Liasch Martins de; HERÉDIA, Vania Beatriz Merlotti. Multidimensionalidade do Envelhecimento e interdisciplinariedade. In: FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

DUARTE, Y, A, O.; D'ELBOUX, M. J.; BERZINS, M. V. Cuidadores de Idosos. Multidimensionalidade do Envelhecimento e interdisciplinariedade. In: FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 2888 a 2907.

FURTADO, Juarez Pereira. **Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol. 1, nº 1, jan.-abr. 2009.
FURTADO, Juarez Pereira. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões** - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.22, p.239-55, maio/ago. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 17, n. 3. Rio de Janeiro, 2012.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, M. C. S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, vol. 24, n.1 [acessado 11 novembro 2019], pp 247- 252. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>>

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles; LUSTOSA, Abdon Moreira; DUTRA, Fernando; BARROS, Eveline de Oliveira; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; DUARTE, Marcella Costa Souto. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3231-3242, 2015.

NETO, J. B. F. MOREIRA; A. C. M. **Cuidados em domicílio: conceitos e práticas**. Tratado de geriatria e gerontologia. 4.a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SEVERINO, ANTONIO JOAQUIM. SÁ, JEANETE LIASCH MARTINS DE. **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 8 ed. - São Paulo: Cortez. Pág. 11 a pág. 21. 2010.

SOUZA, Diego de Oliveira. **A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.2, p.495-505, 2018.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. **Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013**. Physis [online]. 2016, vol.26, n.2, pp.417-434.

TORRES, Rafael Bruno Silva. Residências integradas, multiprofissionais e em área profissional em saúde: uma revisão integrativa. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2017.

VIANA, Theyse. Pacientes internados em casa custam até 81% menos ao Estado. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 10 janeiro 2020. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/pacientes-internados-em-casa-custam-ate-81-menos-ao-estado-1.2196718>>. Acesso em 11 jan. 2020.

SOBRE OS ORGANIZADORES

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “Analysis in vitro and acute toxicity of oil of *Pachira aquatica* Aublet”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Atena Editora.

THIAGO TEIXEIRA PEREIRA - Possui graduação em Educação Física Licenciatura e Bacharelado pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (2018). Concluiu especialização em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco em 2019. Ingressou na pós-graduação (*Stricto Sensu*) a nível de mestrado em 2019 pela Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, área de concentração em Farmacologia, no qual realiza experimentos em animais na área de toxicologia e endocrinologia, associando intervenção com extratos de plantas e/ou ervas naturais e exercício físico. É membro do Grupo de Pesquisa de Biologia Aplicada à Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Prof^a. Dra. Silvia Aparecida Oesterreich. Em 2019, foi professor tutor do curso de Graduação Bacharel em Educação Física, modalidade Educação à Distância, pela Universidade Norte do Paraná polo de Campo Grande-MS (UNOPAR/CG). Foi revisor dos periódicos *Lecturas: Educación Física y Deportes* e *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. Possui experiência profissional em treinamento funcional e musculação, avaliação antropométrica, testes de aptidão física e cardiovasculares, montagem de rotinas de treinamento, orientação postural e execução de exercícios, periodização do treinamento e treinamento resistido com enfoque em hipertrofia máxima e promoção da saúde. Atualmente está desenvolvendo estudos de metanálise com o fruto *Punica granatum* L., bem como a ação de seus extratos em animais da linhagem Wistar, associado ao exercício físico de força. Recentemente, participou como coautor de um estudo de metanálise inédita intitulada: *Comparative Meta-Analysis of the Effect of Concentrated, Hydrolyzed, and Isolated Whey Protein Supplementation on Body Composition of Physical Activity Practitioners*, que buscou verificar a eficiência de *whey protein* dos tipos concentrado, isolado e hidrolisado comparado a placebos isocalóricos sobre os desfechos de composição corporal em adultos saudáveis praticantes de atividade física.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alimentação infantil 139, 140, 141

Assistência Integral à Saúde 70

Assistente Social 1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 12, 194, 198

Atendimento pré-hospitalar 102, 110, 111

Atividade Física 141, 142, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 203

C

Corporação militar 36, 37

Cuidado paliativo 157, 160, 162, 165

D

Dicionarização 80

E

Educação Médica 33, 78, 137, 150, 154

Enfermagem 13, 15, 18, 19, 20, 23, 28, 30, 34, 35, 37, 42, 43, 44, 49, 51, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 78, 79, 91, 93, 95, 96, 100, 101, 102, 111, 112, 123, 124, 125, 139, 147, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 192, 195, 199

Engenharia 79, 126, 130, 132, 133, 134, 135, 136

Ensino-serviço 78, 88, 89, 90

Ensino Superior 13, 15, 16, 28, 42, 96, 151, 179, 180

Equipe Multiprofissional 69, 70, 72, 90, 164, 165

Estratégia Saúde da Família 70, 78, 170

Extensão Universitária 13, 14, 15, 16, 18, 28, 31, 32, 33, 34, 125, 203

F

Fisioterapia 13, 15, 18, 19, 20, 21, 28, 30, 34, 75, 76, 126, 130, 131, 132, 133, 135, 179, 180, 181, 182, 189, 192

Fonoaudiologia 13, 15, 18, 19, 20, 28, 30, 33, 35, 192, 199

Formação Profissional 7, 8, 9, 10, 13, 15, 30, 34, 91

G

Graduação em Saúde 13, 202

I

Inclusão 3, 49, 57, 60, 63, 83, 86, 91, 96, 119, 141, 171, 174, 176, 193

Inervação sensitiva 149, 151, 152, 153, 154

Instrumentalidade 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Interdisciplinaridade 49, 88, 89, 90, 91, 127, 129, 136, 137, 156, 164, 191, 193, 195, 201, 202

L

Libras 80, 81, 82, 83, 85, 86

M

Mal súbito 46, 110

Medicina 8, 13, 15, 18, 19, 20, 28, 30, 33, 35, 37, 42, 43, 78, 102, 104, 113, 116, 121, 124, 126, 139, 149, 151, 152, 165, 169, 175, 177, 178, 192, 202

N

Núcleo de Apoio à Saúde da Família 88, 89, 90, 91

O

Obtenção de Tecidos e Órgãos 114

Oficiais de saúde 36, 42

Oncologia Pediátrica 155, 156, 164, 165, 166

P

Parada Cardiorrespiratória 45, 46, 51, 52, 53, 55

Politrauma 94

Pós-Graduação 4, 125, 137, 203

Pré-natal 139, 140, 141, 142, 143, 145, 147, 148, 167, 169, 170, 171, 173, 174, 178

Psicologia 31, 33, 109, 126, 128, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 138, 192

Puerpério 139, 140, 141, 148

R

Racionalidade 1, 6, 11

Residência multiprofissional 80, 88, 91

Ressuscitação Cardiopulmonar 45, 47, 48, 55

S

Saúde Coletiva 4, 7, 34, 56, 78, 91, 124, 125, 127, 178, 201

Saúde Mental 49, 78, 80, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 135, 201

Serviço Social 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 192, 202

Síndrome de Burnout 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 67, 68

Sobrevivência 36, 38, 39, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 100

Suporte Básico de Vida 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55

T

Tecnologia de Informação 82

Terapia Ocupacional 13, 15, 18, 19, 20, 21, 28, 30

Transplante de órgãos 114, 116, 121, 124

Transplante Hepático 113, 115, 116, 117, 121, 123, 124, 125

Traumatologia 93

V

Variação linguística 80, 87

 **Atena**
Editora

2 0 2 0