

PRODUÇÃO DE SABERES NA SAÚDE COLETIVA: INSTRUMENTOS QUE DIRECIONAM À PRÁTICA



**DANIEL ASER VELOSO COSTA
(ORGANIZADOR)**

Editora Inovar

PRODUÇÃO DE SABERES NA SAÚDE COLETIVA: INSTRUMENTOS QUE DIRECIONAM À PRÁTICA

Daniel Aser Veloso Costa

(Organizador)

**PRODUÇÃO DE SABERES NA SAÚDE COLETIVA:
INSTRUMENTOS QUE DIRECIONAM À PRÁTICA**

Copyright © dos autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Daniel Aser Veloso Costa (Organizador).

Produção de saberes na saúde coletiva: instrumentos que direcionam à prática.

Campo Grande: Editora Inovar, 2019. 204p.

ISBN: 978-65-80476-11-4

1. Saúde 2. Enfermidades. 3. Educação e Saúde. 4. Práticas em Saúde. 5. Autor. I. Título.

CDD – 614

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades de seus autores.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Care Cristiane Hammes (UEMS/Brasil); Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Gesilane de Oliveira Maciel José (IFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Katyuscia Oshiro (RHEMA Educação/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil).

Editora Inovar
www.editorainovar.com.br
79002-401 Campo Grande – MS.

SUMÁRIO

Apresentação.....	08
Prefácio.....	09
Capítulo 1	
A CONTRIBUIÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA COLETIVA.....	12
Daniel Almeida Farias	
Daniel Aser Veloso Costa	
Davi Abner Veloso Costa	
Luna Olinda Ferreira de Sousa	
Capítulo 2	
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REDUÇÃO DE AGRAVOS DE VIOLÊNCIA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	26
Cassio Murilo Rodrigues Alves	
Capítulo 3	
A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	37
Bruna Rodrigues Monteiro	
Rosa Teteo Pessoa de Melo	
Nilba Lima de Souza	
Capítulo 4	
ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTRESSE EM DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR DA BAHIA.....	51
Denize Pereira de Azevedo	
Joris Pazin	
Aiana Carvalho Carneiro	
Amanda Santana de Souza	
Capítulo 5	
AUDITORIA DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA NOS PACIENTES RENAISS- CRÔNICOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	65
Naruna Mesquita Freire	
Capítulo 6	
ESTRATÉGIAS DE ENSINO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: ENTRE O TRADICIONAL E O INOVADOR.....	77
Francisco Leonardo Araújo Félix	
João Paulo Xavier Silva	
Vinícius Rodrigues de Oliveira	
Irene Custodia da Silva	
Capítulo 7	
FATORES QUE LEVAM À PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	93
Waleska Torres Alencar	
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos	
Daniel Mussuri de Gouveia	
Dênis Rômulo Leite Furtado	

Marcelo Henrique de Vasconcelos Mourão
Débora Luana Ribeiro Pessoa

Capítulo 8

HANSENÍASE E OS FATORES QUE IMPACTAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO.....108

Letícia Cunha Moraes Sousa
Daniel Aser Veloso Costa
Kemps Patrick Alhadef Rodrigues
Emmanueli Iracema Farah

Capítulo 9

MAES/PUERPERAS E O DESMAME PRECOCE: FATORES DESENCADEANTES.....124

Marlene Menezes de Souza Teixeira
Tassia Lobato Pinheiro Belmino

Capítulo 10

O USO DA TECNOLOGIA COMO METODOLOGIA DE ENSINO INTERATIVA EM UM CURSO DE ODONTOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....135

Augusto César Raimundo
Ana Clara Correa Duarte Simões
Laura Paredes Merchan
Brunna Verna Castro Gondinho
Júlia Vitória Octaviani
Luciane Miranda Guerra
Marcelo de Castro Meneghim
Luiz Francesquini Junior
Maria Helena Ribeiro Checci

Capítulo 11

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL, UMA REVISÃO DE LITERATURA.....146

Mabel Martins Lima
André Castro Ramos
Abel Martins Filho

Capítulo 12

PROJETO SAÚDE MENTAL NA ESCOLA – CUIDANDO DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O NASF E AS NOVAS POSSIBILIDADES.....164

Diego Gomes Lima
Haylka Viana De Sousa

Capítulo 13

TÉTANO EM NEONATOS E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FATOR PREVENTIVO.....175

Daniel Aser Veloso Costa

Capítulo 14

VULNERABILIDADES DE MULHERES COM HIV/AIDS E AS CONTRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS DA ENFERMAGEM.....188

Joselita Cavalcante Neves
Daniel Aser Veloso Costa
Emmanueli Iracema Farah

APRESENTAÇÃO

A saúde coletiva constrói-se a partir de uma longa jornada de produção de instrumentos e saberes por parte daqueles que se preocupam e defendem a ideia de melhorar a qualidade de vida e saúde da sociedade. No caráter científico, é a saúde coletiva que levanta os debates que compreendem a reorientação e remodelagem das práticas de saúde que tornam os serviços oferecidos mais aderentes à participação social.

Desta forma, este livro traz como escopo as ferramentas e instrumentos formulados por profissionais, no âmbito nacional brasileiro, que contribuem para um novo direcionamento das práticas em saúde, levantando reflexões e questionamentos que nos fazem repensar sobre o nosso sistema de saúde e seus aspectos de atenção e gestão.

Esta obra não tem a pretensão de ser exaustiva no tema proposto, mas uma introdução de estudos na área; despertar nos profissionais de saúde um maior interesse para fatos e práticas que passam despercebidos em seu cotidiano também é uma das motivações para a organização desses conhecimentos aqui apresentados no espaço da saúde coletiva.

Portanto, este é um resultado da produção científica de docentes e discentes dos diversos cenários do país que desafiam os aspectos teóricos e buscam a solução de problemas presentes no campo da saúde coletiva. Este livro é composto por 15 artigos que abordam as perspectivas e desafios, modelos, ferramentas e práticas, sob um olhar multifacetado, interdisciplinar e multiprofissional.

Daniel Aser Veloso Costa (Org.)

PREFÁCIO

Este livro é resultado da trajetória de profissionais da saúde preocupados não somente com a instrumentalização dos meios para promover uma prática do cuidado, mas agrupa conhecimentos que nasceram de estudos aliados à pesquisas empíricas, e vivências particulares com o intento de produzir e disseminar produção de saberes na saúde coletiva.

Organizado pelo enfermeiro, professor e mestre em biologia parasitária com ênfase em microbiologia Daniel Aser Veloso Costa, com o objetivo de contribuir com a comunidade acadêmica e profissionais da saúde para melhor esclarecimento no campo da saúde coletiva.

A fim de pensar na situação da saúde coletiva e sua prática em nosso país esta obra é um espaço de cultivo de ideias e estratégias para uma ação efetiva que liga a produção de saberes na saúde coletiva e os instrumentos que direcionam à prática.

A saúde coletiva está ligada às interações socioeconômicas, condições de salubridade, o ambiente, gestão em saúde de uma sociedade. Fatores esses que têm sido negligenciados pelo cenário político brasileiro há décadas.

Pensar na produção de saberes na saúde coletiva, é refletir quais as melhores possibilidades para articular informações que promovem um melhor bem estar social. Esse livro tem a proposta de promover um diálogo com seu leitor a partir dos temas propostos, como novos caminhos são possíveis para o desenvolvimento de conhecimento dos profissionais de saúde para a prática do cuidado com o outro na coletividade.

O ato de produzir saber também faz parte do cuidar, pensar como a saúde coletiva pode ser melhor instrumentalizada e difundir essas ideias é o propósito desta obra, que também tem a preocupação em auxiliar professores e alunos da área como ferramenta de estudo para refletir e praticar na saúde coletiva.

O corpo humano é presença concreta no mundo, relacionamo-nos, comunicamo-nos, convivemos com outros em sociedade, ao mantermos contato

com outras pessoas estamos vivendo em coletividade, pensar na saúde é pensar no bem estar e nas formas de nos relacionar com o mundo. Alegria, dor, ansiedade, afetividade, são sentimentos que também fazem parte de uma vida em sociedade, cada ser possui um corpo que se completa com os outros, estar saudável é fundamental para o convívio, e por isso a preocupação com saúde coletiva se faz tão necessária em nossos dias.

Pensar na saúde coletiva é refletir sobre boas formas de convívio social.

Erica Costa Sousa
Filósofa

Capítulo 1

A CONTRIBUIÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA COLETIVA

Daniel Almeida Farias¹
Daniel Aser Veloso Costa²
Davi Abner Veloso Costa³
Luna Olinda Ferreira de Sousa⁴

RESUMO: Este artigo constitui uma breve reflexão sobre o Planejamento Estratégico, sua importância e relevância na obtenção de resultados positivos à cerca da saúde pública e coletiva, enfatizando na qualidade da prestação de serviço neste setor por parte das equipes de trabalho composta por multiprofissionais e responsáveis pelo atendimento à população, estabelecendo a promoção, prevenção e manutenção da saúde, bem como oferecendo melhoria na qualidade de vida daqueles que são assistidos por programas voltados para este fim. Aborda também os aspectos que devem ser levados em consideração, haja vista que os fatores internos e externos interferem no resultado final, além das variáveis controláveis, uma vez que o cenário na área da saúde está em constante mudança, fazendo-se necessário o contínuo aperfeiçoamento e adequação do planejamento e programação, priorizando estas mudanças para que a execução do Planejamento Estratégico seja de forma mais eficaz e contundente no que diz respeito ao alcance do objetivo traçado, mensurando ainda os desafios encontrados durante a execução do planejamento e as manobras que podem e devem ser executadas para que estes desafios não se tornem empecilhos, possibilitando a implantação daquilo que foi pensado e almejado no momento da concepção do planejamento. Neste sentido, é posto em evidência a importância de cada indivíduo que compõe a equipe responsável pela execução deste planejamento, buscando o máximo engajamento de todos no que diz respeito à entregar um serviço de qualidade, tendo como alvo a satisfação da população, priorizando o acesso e a humanização da saúde pública coletiva.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico; Gestão de Saúde Pública; Saúde Coletiva.

¹ Bacharel em Contabilidade, especialista em Auditoria, Controladoria e Finanças.

² Enfermeiro, especialista em Gestão da Saúde, Me. em Biologia Parasitária, docente da Faculdade Pitágoras de São Luís, Ma.

³ Enfermeiro pela Faculdade Pitágoras de São Luís, Ma.

⁴ Enfermeira, especialista em Saúde Pública, Me. em Biologia Parasitária.

INTRODUÇÃO

Atualmente, de forma constante, se ouve falar em melhorias nas condições e na prestação de serviços à coletividade no que diz respeito à saúde pública por parte dos governantes e das autoridades responsáveis pela geração, prestação e manutenção deste serviço.

Em contrapartida, ao analisarmos a prática cotidiana, observa-se justamente o oposto a essas promessas, ficando na maioria das vezes somente na teoria, sendo desproporcional ao crescimento e melhoria da saúde proposto pelos órgãos competentes, aumentando o volume de reivindicações por este déficit nos serviços, que é um dever assegurado pela própria Constituição Federal à todos os cidadãos, como um direito fundamental social (Art. 6º, CF88).

Ainda na Carta Magna de 1988 no art. 196, o constituinte deixou claro que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim sendo, é possível perceber que ao Estado (representantes legais, autoridades competentes e órgãos reguladores) cabe o dever de prestar o fornecimento de serviços de saúde adequado à população, sendo esta, detentora do direito de receber os serviços oferecidos, sem distinção de raça, gênero ou classe social.

É relevante destacar que a saúde não se trata somente da recuperação em si, como também da preservação da mesma, sendo que, através de políticas públicas de saneamento básico por exemplo, é possível se ter um melhor controle das enfermidades que atingem as camadas sociais menos favorecidas, as quais estão mais vulneráveis.

Desta forma, entende-se que ao serem elaboradas ações de prevenção de riscos e doenças, busca-se a diminuição dos fatores causadores de mazelas, distinguindo-se da promoção da saúde (BUSS, 2003).

Salienta-se pois, que havendo um planejamento estratégico eficaz, onde os recursos humanos, materiais e financeiros sejam alocados de forma eficiente, os níveis básicos de atenção à saúde poderiam trazer resultados positivos quase que em sua totalidade, desonerando assim os cofres públicos, uma vez que estes problemas não requerem grandes investimentos tecnológicos para serem solucionados (STARFIELD, 2004; TAVARES, 2006).

É possível entender então, que o empenho das autoridades competentes juntamente com os gestores e profissionais responsáveis pela elaboração do planejamento, faz-se imprescindível para alcançar a melhoria na promoção e prestação de serviços de saúde diminuindo assim a vulnerabilidade dos que precisam de assistência básica à saúde.

Desta forma realizando um planejamento estratégico na área da saúde pública que seja eficaz, objetiva-se a antecipação das indigências e demandas mais urgentes da população neste setor, buscando entregar resoluções que sejam eficientes no enfrentamento de questões que oferecem riscos, focando de forma prática e concisa em um direcionamento adequado para o poder público. Ou seja, planejar as ações à serem tomadas não é tão somente criar estratégias e sim concatená-las de forma a tornarem operacionais, auxiliando o Estado, norteando e dando direcionamento à ações que devem ser tomadas dentro de um plano que já foi previamente traçado.

Compreende-se então que o planejamento estratégico é o marco inicial para que as organizações de qualquer tamanho ou tipo (no caso em questão as organizações públicas), para que as ideias sejam traçadas de forma a serem contundentes no que tange ao bom resultado das ações à serem tomadas por estas organizações (MINTZBERG, 1994; GOMES, 2003).

Assim, este estudo, destaca as considerações relevantes no que diz respeito ao planejamento estratégico voltado para a área da saúde coletiva, utilizando como metodologia a pesquisa bibliográfica e análise de documentos.

CONCEITO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento estratégico, tem como função primordial traçar objetivos futuros para que as tomadas de decisão dentro da organização se tornem assertivas e determinantes para que os planos que forma pensados e elaborados desde o nascimento da ideia sejam postos em prática visando a maior assertividade possível, utilizando dos recursos disponíveis e extraindo dos mesmos o máximo possível na busca de resultados positivos. Quando se fala em recursos, não se exaure somente nos financeiros, como também os recursos humanos.

Corroborando com esta assertiva, Chiavenato (1987, p. 275) afirma que:

(...) o planejamento implica fundamentalmente em traçar o futuro e alcançá-lo, sua essência consiste em ver as oportunidades e problemas do futuro e explorá-los ou combatê-los conforme o caso. O planejamento é um processo que começa com a determinação de objetivos; define estratégias, políticas e detalha planos para conseguí-los; estabelece um sistema de decisões e inclui uma revisão dos objetivos para alimentar um novo ciclo de planificação.

Desta forma, uma organização ao elaborar um planejamento estratégico garante (quase em sua totalidade, se o mesmo tiver sido elaborado de forma eficiente e eficaz, bem como ser seguido), que no futuro estará no rumo certo àquele que traçou no momento da idealização do projeto, oferecendo assim uma visão do que poderá ocorrer no futura da organização.

Oliveira (2009, p.39), diz que:

o planejamento estratégico em sua elaboração possui três dimensões operacionais: o delineamento, a elaboração e a implementação. O delineamento compreende a estrutura metodológica do processo, bem como o profissional que irá auxiliar na elaboração, podendo ser um consultor ou um executivo da empresa. A elaboração fica com a obrigação de identificar as oportunidades e as ameaças do ambiente, avaliar os pontos fortes e fracos e sua capacidade de retirar vantagens das oportunidades, explicitar os objetivos e as metas a serem alcançadas e também desenvolver maneiras para realização das estratégias. Enquanto que a implementação envolverá os assuntos organizacionais, o sistema de informação, orçamentário, sistemas de incentivos, o treinamento e liderança necessária para desenvolver o processo e colocá-lo em prática.

Assim sendo, é preciso realizar um estudo anterior ao planejamento capaz de identificar as necessidades e diretrizes à serem seguidas para que, na alocação de recursos (humanos e/ou financeiros) seja prevista de forma eficiente e que atenda as reais necessidades à que se destinam, não havendo portanto um modelo pronto de planejamento estratégico à ser seguido, devendo este ser elaborado à luz da finalidade à qual será destinado.

OS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A implementação do Planejamento Estratégico envolve grandes desafios, uma vez que é preciso conscientizar-se e conscientizar toda a equipe que as mudanças são necessárias e indispensáveis para que haja esta implementação de forma eficaz e eficiente. A respeito disso Certo e Peter (2004) concordam que para o planejamento atingir o objetivo esperado, é preciso que a implementação da estratégia seja eficiente, observando minuciosamente para que todas as atividades sejam desempenhadas de forma correta, para que o resultado final não seja prejudicado e chegue-se assim à meta estabelecida no planejamento. Vale ressaltar que se faz necessário também, observar os fatores do ambiente externo que podem alterar ou prejudicar na execução destas tarefas.

Fernandes e Berton (2005) corroboram com este assunto quando afirmam que para que a estratégia seja implementada, é preciso que se empregue um determinado grau de mudança, podendo esta, ser uma mudança de forma geral e ampla ou uma mudança mais específica, identificando alguns aspectos que necessitam de transformação. Na mudança parcial, os aspectos mais passíveis de mudanças são as estruturas, as pessoas e os processos organizacionais.

No que diz respeito à estrutura, é preciso analisar a distribuição das responsabilidades e o que cada um, de acordo com seu trabalho, pode contribuir para o alcance das metas e objetivos traçados. No tocante às pessoas, trata-se de algo mais subjetivo, uma vez que as mesmas não vivem em função do planejamento estratégico da organização à que estão inseridas: possuem anseios, sonhos, necessidades, projetos de vida e, desta forma precisam passar por um processo,

muitas vezes, diariamente de renovação de pensamento e postura, uma vez que as mesmas passam por pressões de agentes internos e externos, necessitam de motivação, possuem valores culturais algumas vezes divergentes do que apregoa a instituição, precisam se submeter à hierarquias e necessitam de um líder para nortear as atividades atribuídas à cada um. Com relação aos processos organizacionais, é preciso observar se há um esquema bem definido, se as pessoas estão empenhadas e motivadas para a realização das tarefas e possíveis mudanças, caso necessário. Além disso é imprescindível a clareza de comunicação entre os componentes da equipe, devendo os gestores ficarem atentos à qualquer ruído, eliminando-o para que não haja distorções durante o processo e, ao serem cumpridas as metas pré-estabelecidas, os agentes receberem alguma forma de compensação do esforço produzido para atingir um bom resultado (FERNADES; BERTON, 2005).

É importante ressaltar que é bastante comum a resistência ou rejeição às mudanças por parte das pessoas envolvidas no processo de planejamento, uma vez que, o que é novo sempre assusta pela incerteza de futuro gerada, sem saber se o objetivo final será alcançado e se aquela mudança na rotina que já estava consolidada terá sucesso, uma vez que os agentes podem tornar-se ansiosos, pessimistas ou perder o interesse pela evolução da atividade desenvolvida (FERNADES; BERTON, 2005).

Portanto, todo planejamento estratégico ao ser pensado e/ou elaborado, precisa ser analisado de forma cautelosa, principalmente se neste estiver contemplado a necessidade de mudanças significativas na rotina dos agentes (equipe), uma vez que pode resultar em um fracasso, caso não sejam averiguadas e ponderadas todas as possibilidades. Desta forma, é imprescindível que todos estejam de comum acordo no momento da realização do planejamento (desde os responsáveis pela elaboração até os executores), sendo essencial a participação e interação de todos para que o sucesso dos objetivos sejam alcançados, devendo-se levar em conta todos os aspectos que possam interferir durante este processo, sejam eles internos ou externos.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E A GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Na esfera governamental, no atual contexto, a implementação de políticas é uma maneira de representar os processos que abrangem a criação de uma referida decisão bem como sua execução. Caracteriza-se como um dos momentos desse processo, a prática de determinadas políticas que implicam no emprego das decisões tomadas durante o planejamento no que diz respeito ao encarar situações ou atender às necessidades que foram abordadas (VILASBÔAS, 2008).

Analisando por este aspecto, é possível compreender que o planejamento é uma ferramenta operante, de cunho tecnológico, no qual a estratégia está ligada à execução de determinado projeto, sendo um procedimento que dispõe sobre como concatenar e operar outros meios de execução. No momento em que se pensa no planejamento com forma de prestação de serviço direta à população, o mesmo tem a característica de um trabalho de gestão, devendo manusear o político com os estudos científicos para gerar cuidados assistências em saúde (SCHRAIBER, 1999).

Uma das principais estratégias traçadas para que fosse implementado a melhoria e acessibilidade por todos aos serviços de saúde, é a Atenção Primária à Saúde. Através desse modelo adotado, as Unidades Básicas de Saúde, que representam a maior forma de acesso ao sistema, têm possibilidade de atendimento que abrange cerca de 80% dos problemas de saúde apresentados pela população, podendo apresentar resolução em até 95% destes (BRASIL, 1983; BRASIL, 1994; CAMPOS, 2007).

De acordo com Starfield (2004),

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

[...] a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela

integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2004, p. 28).

Assim sendo, analisando o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde, pode-se observar que tem sido gradativamente dissociado dos controles internos da unidade, adquirindo características cada vez mais evidentes de um instrumento estratégico no que diz respeito à implementação das políticas públicas de saúde no Brasil. (PASSOS; CIOSAK, 2006; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007)

Através desse planejamento, foi percebido a necessidade de uma reestruturação no que tange ao modelo de atenção primária. Assim sendo surge como forma de intensificar a atenção básica à saúde e fortalecer a eficácia dos projetos elaborados, o programa Saúde na Família, favorecendo a melhoria e aumentando o público atendido, impactando na condição de saúde das pessoas (DAB, 2017).

O planejamento estratégico exerce um papel fundamental na definição das missões e metas dentro da equipe da saúde da família, uma vez que, é através desse planejamento que se dá partida à transformação da condição da saúde da população assistida por este programa. Este tipo de gestão é fortalecido pela inclusão da democracia entre os trabalhadores da saúde que fazem parte deste programa tornando-os essenciais para a resolução dos problemas enfrentados (GELBCKE et al., 2006).

É preciso levar em consideração que nem toda necessidade consiste em um problema, há também as necessidades de promover a saúde, bem como a de prevenir possíveis casos de doenças em uma determinada população. Baseado nesta perspectiva, o planejamento estratégico vem corroborar com a melhoria no que diz respeito ao acesso aos recursos disponíveis para a saúde, gerando maior qualidade no atendimento, alocando da melhor forma os recursos destinados à este serviço, além de ajudar na de forma avaliativa o desenvolvimento das ações programadas, mensurando o alcance dos objetivos traçados.

Aquilo que ocorrerá amanhã não é em geral predizível, porque o futuro não só depende de muitas variáveis, que embora conhecidas alteram-se, como também dos homens que criam essas variáveis, com possibilidades que ultrapassam sua própria imaginação e intenções. Assim, o futuro que nos afetará amanhã e incide na eficácia de nossas decisões de hoje depende, às vezes em grande parte, das variáveis desconhecidas e inimagináveis, que não podemos enumerar (MATUS, 1997, p. 21).

Ainda à luz da visão de Matus (1997, p. 9), “o planejamento não é outra coisa que tentar submeter à nossa vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos”, surge o questionamento que torna-se o cerne desta pesquisa: como inserir ao cotidiano dos trabalhos da área da saúde, a prática do Planejamento Estratégico? Surge assim um desafio relevante tendo em vista que um bom resultado desta prática, independe somente do engajamento, empenho e organização da equipe de saúde atuante nas frentes de trabalho, como também de forma decisiva, dos vários fatores que poderão vir à ocorrer durante a rotina das Unidades Básicas de Saúde, bem como dos serviços prestados por estas.

INTRODUÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA GESTÃO DE SAÚDE

Inserir a prática do planejamento estratégico na atenção primária de saúde é inovar no que diz respeito às formas de atendimento, de como trabalhar em equipes compostas por profissionais de várias áreas, humanizando estes atendimentos, bem como capacitar e instruir de forma consciente os trabalhadores da saúde.

Quando dizemos que planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar “que nos levem” e tratarmos de ser condutores de nosso próprio futuro, estamos nos referindo a um processo social, no qual o homem indivíduo realiza um ato de reflexão superior e reconhece que só a consciência e a força do homem coletivo pode encarnar tal vontade humana e enfrentar a correnteza dos fatos para desviar seu curso em direção a objetivos racionalmente decididos (MATUS, 1997, p. 13).

Quando este processo se torna real e aplicado à APS, problematiza-se o cotidiano de cada Unidade Básica de Saúde. Desta forma o planejamento estratégico se torna algo muito desafiador aos profissionais da saúde inseridos nesse contexto, uma vez que precisam avaliar, planejar, validar e executar o planejamento por se tratarem de sujeitos dos processos e ações deste.

O ator social que planeja é considerado parte do sistema planejado, com o qual se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes. Não se trata de um observador externo, mas sim de alguém que ocupa um local determinado, no processo e no sistema, de tal modo que suas percepções, teoria, saberes e, em última instância, ideologia são fortemente influenciados por sua inserção e por sua história. (FEKETE, 2001, p.207)

Corroborando neste aspecto Matus (1997, p. 14) entende que há uma permanente mutação com relação ao objeto do planejamento e que o ato de planejar propriamente dito é uma maneira de conduzir de forma consciente ações que visem alcançar metas traçadas para situações às quais estamos diretamente expostos, estando, as redes de atenção básica em saúde, constantemente planejando, mesmo que informalmente, na busca por melhorias no retorno aos recursos alocados em prol da gestão em saúde. Neste aspecto é possível citar o contínuo planejamento atual, tendo em vista a grande ênfase que se dá quando é tratada a questão da prevenção de doenças, onde se busca minimizar, conscientemente, as consequências de futuro por meio de atitudes elaboradas e executadas no presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente por conta do contexto em que a saúde está inserida bem como por sua complexidade, onde pode-se observar casos extremos que precisam de resolução rápida e eficaz, além de tratar direto de vidas as quais precisam de um grau elevado de importância no que diz respeito ao tratamento destas levando-se em consideração a urgência e/ou necessidade de atenção, o Planejamento Estratégico tornou-se uma ferramenta indispensável para a promoção, prevenção e

manutenção da saúde coletiva da população, uma vez que o mesmo possibilita um melhor direcionamento da equipe de saúde no que tange à elaboração e execução das tarefas no cotidiano, objetivando um enfoque dinâmico e participativo por parte dos envolvidos preparando e instrumentalizando-os para um melhor enfrentamento nas situações vividas diariamente e seus problemas.

É necessário, assim, que cada profissional participante desse processo, entenda sua importância e faça a sua parte para que tanto o desenvolvimento de sua área como da equipe seja eficaz e consiga atingir o objetivo traçado inicialmente quando da elaboração do planejamento estratégico. Portanto, ao se falar em Planejamento Estratégico atualmente nas Unidades Básicas de Saúde é promover saúde e bem estar voltando as atenções para as necessidades dos indivíduos que buscam por estes serviços, visando a diminuição dos impactos e consequências do futuro, monitorando a evolução das doenças, no intuito de estar sempre no controle das mesmas, além de focar na educação da população à cerca dos cuidados e prevenções à serem tomadas.

Porém é preciso observar os desafios e possíveis frustrações que podem ocorrer durante a execução deste planejamento, uma vez que além da objetividade no que tange às metas traçadas, deve-se mensurar a subjetividade contida em cada agente da equipe, pois os mesmos possuem em paralelo ao cotidiano profissional projetos de vida, comportamentos, cultura e visões que em alguns casos vão de encontro ao que se prega na organização, devendo-se levar em consideração a possibilidade de resistência ou rejeição às mudanças propostas, necessitando que os ruídos causados por estes aspectos sejam imediatamente resolvidos sem que haja prejuízo na execução das tarefas.

No âmbito da saúde, o ato de planejar não está atrelado necessariamente ao processo de produzir resultados no trabalho, uma vez que o principal objetivo é o cuidado, a prevenção e a manutenção da saúde coletiva, tendo como foco principal a vida da população, oferecendo acesso total aos serviços de saúde qualificada e estruturada, ofertando os principais serviços básicos.

Conclui-se que o sucesso ou insucesso do Planejamento Estratégico, no que tange aos sistemas de saúde pública, dependem não somente daquilo que pode

controlado, decidido, mensurado ou planejado, como também do engajamento, participação, preparação e acima de tudo a responsabilidade de cada agente diante das necessidades do povo, em busca de melhores condições e soluções no que diz respeito aos anseios da população estando sempre em alerta e dispostos a mudar o comportamento em caso de mudança repentina do cenário atual.

REFERÊNCIAS

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

_____. **Reorganização da assistência à saúde no âmbito da previdência social.** Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa de saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 279 p.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-310, 2007.

CERTO, S. C; PETER, J. P. **Administração estratégica: planejamento e implementação da estratégia.** São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto; **Teoria Geral da Administração.** 3ª ed, São Paulo: McGraw-Hill, Ltda, 1987.

DAB. **Estratégia Saúde da Família.** 2017. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 22 ago. 2019.

FEKETE, Maria Christina. **Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde.** Planejamento Programação local em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FERNANDES, B. H. R; BERTON, L. H. **Administração Estratégica: da competência empreendedora a avaliação de desempenho.** São Paulo: Saraiva, 2005.

GELBCKE, Francine et al. **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO: UM ESPAÇO PARA A CONQUISTA DA CIDADANIA PROFISSIONAL.** Contexto Enfermagem, Santa Catarina, v. 3, n. 15, p.515-520, jul. 2006.

GOMES, D. D. **Posicionamento estratégico e ambiente competitivo**. Disponível em www.universiabrasil.net. Publicado em 18 fev. 2003. Acesso em 23 ago. 2019.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, Tomo I e II, 1997.

MINTZBERG, H. **The fall and rise of strategic planning**. Harvard Business Review, Boston, jan./feb. 1994.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças; **Planejamento Estratégico**. 26ª ed, São Paulo: Atlas, 2009.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. **A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TAVARES, M. **A prática da atenção primária à saúde**. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E R. J. **Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1600 p.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1.239-1.250, jun. 2008.

Capítulo 2

¹A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REDUÇÃO DE AGRAVOS DE VIOLÊNCIA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Cassio Murilo Rodrigues Alves*

1. Resumo.

A atenção primária tem sido estudada em muitas situações de saúde pública devida a importância que deve ser dada no atendimento ao paciente sadio, na prevenção e na promoção integral da saúde. Diferentes foram as conquistas históricas em cada modelo assistencial, até chegarmos ao modelo que temos hoje, com estruturas e mudanças para garantir atenção básica em seu nível primário. As dificuldades na aderência ao tratamento e as ações propostas pela equipe de saúde resultam em situações de agravos de doenças e complicações nas redes de referência culminando com agravos de violência, contra os profissionais de saúde. Objetivando identificar a importância na atenção básica para a redução de tais fatores e estabelecer um checklist dirigido aos profissionais para verificar a insegurança dos profissionais da área de saúde, frente a assistência aos usuários. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica sistematizada, em livros, periódicos, teses, dissertações, sites SCIELO, LILACS, referente ao período de janeiro a julho de 2018, buscando o tema Atenção Básica, violência, para compreender e identificar os objetivos propostos sobre o tema desta pesquisa, procurar identificar se os profissionais de saúde sofrem violências dentro das Unidades de Saúde. Esperamos que esse trabalho seja o início de muitos outros trabalhos de pesquisa nessa temática.

Palavras-chaves. Violência, atenção básica, enfermagem.

*Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Anhanguera Leme-SP.
Pesquisador científico em políticas públicas de saúde e saúde da criança e do adolescente.

2. Introdução.

O processo da significância da saúde pública está amplamente classificado como manejo na prevenção e promoção da saúde.

Para Souza (2015) existe uma diferença entre saúde pública e saúde coletiva onde a saúde pública trabalha com agravos e riscos relacionados a saúde, e a saúde coletiva refere-se à prevalência de saúde.

Historicamente podemos pontuar que a saúde coletiva surge na América Latina tendo como: ações preventivas e medicina preventiva social, passando por diferentes etapas e processos culminando no modelo de assistência que temos hoje, relacionados a atenção básica e os programas de saúde da família.

No empoderamento dos clientes assistidos por tais equipes da atenção básica e nas dificuldades de ampliações de ações comunitárias, diferentes maneiras de assistências fazem com que a atenção básica seja uma das grandes responsáveis pela promoção e manutenção da saúde de um coletivo, por meio das equipes de agentes comunitários de saúde, enfermagem e equipe multiprofissional surgindo a Estratégia da Saúde da Família, para o matriciamento da ESF, surge o Núcleo de atenção à Saúde da Família (NASF).

Quando nas visitas domiciliares, derrapamos com algum agravo ou violência, recorreremos ao NASF, para que dê suporte aos clientes, que estão sendo alvos de tais situações de risco.

Mas muitas vezes, não há a preocupação por parte dos clientes, em ter a conscientização de realizar

Ao relacionar as situações de risco, ou agravos da violência, verificamos que há profissionais da saúde que já sofreram violências verbais, dentre outras, por que não conseguiram elencar como papel fundamental o atendimento para a redução de danos, ou no momento que o cliente procure, não consegue inserir imediatamente o usuário na atenção básica dos programas ministeriais, visto a dificuldade encontrada pelos clientes na estrutura da saúde pública, resultantes em agressões psicológicas, físicas e mentais, realizadas por familiares ou mesmo pelo cliente

Diversas foram as ações que implementaram a criação, a execução de um sistema de saúde público para ampliar o atendimento da atenção básica, com acolhimento, humanização, surgindo então o Programa da Saúde da Família, e posteriormente, devido aos avanços e a cobertura dos índices estatísticos, surgiram as Unidades Básicas de Saúde, ESF, NASF e outros equipamentos de políticas públicas nacionais, tais como: atenção saúde a mulheres, negros, LGBTI+, crianças, idosos, dentre outros. Programas esses todos voltados exclusivamente a atender a população de forma generalista, para cumprimento aos dizeres da carta dos direitos dos usuários dos serviços de saúde 2011.

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (MS, 2006).

3. Objetivos

3.1 Objetivos gerais.

Avaliar a importância da atenção básica e as dificuldades encontradas para a promoção de saúde, resultantes no descontentamento de clientes e familiares, o que gera agressões verbais, psicológicas, físicas e mentais aos profissionais de saúde, que estão na linha de frente nas UBS, ESF.

3.2 Objetivos específicos:

- Proporcionar aos profissionais de enfermagem o conhecimento acerca da importância da atenção básica e na redução de agravos de violência na alta complexidade.
- Promover condições de trabalho segura e com ações que reduzam agressividade dos usuários, proporcionando-lhes qualidade de assistência de adequada.

- Identificar os problemas na assistência da saúde pública e proporcionar a resolutividade com eficiência /eficácia e satisfação do usuários do serviços.

4. Metodologia.

Trata -se de uma pesquisa de revisão bibliográfica sistematizada em livros, periódicos, teses, dissertações, sites SCIELO, LILACS, referente ao período de janeiro a julho de 2018, no acervo da biblioteca do Centro Universitário Anhanguera na cidade Leme-SP, utilizando apenas como levantamento os artigos em português buscando o tema Atenção Básica, violência, para compreender e identificar os objetivos proposto sobre o tema desta pesquisa, procurar identificar referências bibliográfica que aborde sobre o assunto proposto e proporcionasse um estudo dirigido, para facilitar aos profissionais de saúde, assim como os usuários do serviço, relacionando a importância da promoção e manutenção da saúde na atenção básica como fator e redução a agravos relacionados a violência à profissionais da saúde.

5. Desenvolvimento

Deveria abordar primeiro sobre a violência e depois esses aspectos envelhecimentos.

A atenção básica segue sendo uma das principais ferramentas estruturais do sistema único de saúde (SUS) tendo como maior desafio a atenção voltada a universalidade, equidade e integralidade do atendimento.

Para Arantes (2008) a promoção de saúde estabelece um novo conceito de estratégia dentro do coletivo, envolvendo diferentes setores no empoderamento da comunidade.

Ao analisarmos o período histórico da saúde pública no Brasil, podemos verificar que até a chegada da família real o doente era tratado com ações de curandeiros, plantas nativas e feitiços. Com a Proclamação da República em 1989 as políticas públicas se tornam fundamentais no processo de saúde para o coletivo, passando por diversos tipos de atendimento à população e sistema de saúde, até

que em 1988 um sistema de saúde foi proposto e receberia o nome de SUS (Sistema Único de Saúde), tendo como características o atendimento sem distinção, voltado para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação aos usuários (BAPTISTA 2007).

Diversas foram as ações previstas dentro do programa da atenção básica pelo SUS, os diversos programas estabelecidos fundamentados na promoção e recuperação da saúde, as ações de imunizações e sanitaristas atendendo o cliente de maneira integral e buscando formulações através de programas de qualificação, conferências e controle social.

Com a implantação do programa de agentes comunitários de saúde em 1991 e com a qualificação da assistência e buscando a abrangência na promoção de saúde na comunidade onde estão inseridos, surge então em 1994 o Programa de Saúde da Família, onde a prevenção se torna tão importante quanto o tratamento da doença, , passando por estruturas, delimitando territórios ,mapeando áreas e micro áreas, englobando ACS, Médicos, Enfermagem, Saúde Bucal e por fim o NASF, fazendo um elo entre o atendimento domiciliar e a unidade básica de saúde.

Muitas vezes os clientes/usuários não tem a conscientização da prevenção ou de ir em buscar dos serviços de saúde, quando estão saudáveis para realizar o processo de prevenção, e esses problemas são relatados pelos ACS.

Um dos grandes problemas encontrados pelos ACS nas visitas domiciliares e a compreensão do paciente acerca da importância do mesmo no seu processo saúde/doença, quebrando o vínculo proposto e iniciando a primeira problemática da atenção primária o que podemos no momento pontuar como a quebra do modelo de assistência proposto, que era a delimitação das micro áreas e cada ACS ficaria responsável pelo manejo na prevenção da saúde trazendo para a equipe as demandas no atendimento e justificando em reuniões de roda como proposto no programa relacionando a dificuldades da aderência ou não ao atendimento e os anseios dos pacientes assistidos, construindo uma trajetória de assistência integral a saúde.

Com essas dificuldades na aderência ao tratamento, dificilmente o paciente fará suas consultas de rotina e nem estabelecer o vínculo com a equipe de enfermagem e o médico para o acompanhamento do tratamento adequado,

diagnóstico precoce, fatores esses previstos no acolhimento e mapeamento do seu diagnóstico, resultando em complicações posteriores para então ser assistido pela rede de referência e co-referência da atenção primária e secundária nas clínicas de especialidade. Sendo que essa cultura é estabelecida pelo cliente, para apenas ser um mecanismo de buscar nas urgências de atendimento na atenção primária, simplesmente para somente chegar na atenção secundária, com mais rapidez.

E essa não atenção no atendimento emergencial, muitas vezes geram nos clientes uma insatisfação que faz com que os mesmos agridam aos profissionais, gestores, por não ter o atendimento imediato.

Uma boa administração, ou gestão de saúde pública, são as chaves principais para que os problemas sejam solucionados da melhor maneira possível, desde de que tenha a colaboração e o entendimento do gestor que se faz necessário priorizar esta área administrativa, com capacitação dos colaboradores, servidores e implementações de ações e planejamento da assistência de saúde na atenção básica (GONÇALVES, 2018).

Um dos grandes problemas encontrado na atenção básica é a falta da aderência de uma educação continuada pelos pacientes, ou ações de continuidade dos gestores. E esse são fatores de importância para a compreensão da prevenção de saúde e a busca de novos contextos dos acompanhamentos rotineiros de ações prevenções, qualidade de vida e de conhecimento sobre higiene, segurança nas relações sexuais, condições sanitárias e imunização, dentre outras.

Diversas são as ações oferecidas pela atenção primária na promoção de saúde, podemos destacar entre elas, as ações junto com as pastorais comunitárias, secretaria de saúde, educação, atividades físicas e práticas integrativas, mas para a eficácia da promoção se faz necessário uma empatia da equipe capacitada pelo enfermeiro acerca da compreensão das características da individualidade de cada paciente, entende-lo como um processo social de construção familiar, buscar alternativas para a melhor compreensão da importância da atenção primária e o contexto dos programas oferecidos pelo SUS.

Uma vez que o paciente não compreende o sistema da atenção primária, não busca a assistência adequada e não adere as diversas ações estabelecidas inúmeras são as angustias e anseios iniciando então um processo de descontentamento com o sistema e com a equipe, partindo então para as agressões verbais, psicológicas e físicas para tentar minimizar e sanar a problemática da doença instalada.

Com a portaria 2.488 de 11 de outubro de 2011 aprova-se a política nacional de atenção básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para um novo conceito de saúde criando então a estratégia de saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde buscando então a territorialização e a divisão de uma área em micro áreas e a inclusão de novos profissionais estabelecendo um novo olhar para a clientela e um novo conceito de se fazer saúde.

A Assembleia Mundial de saúde define violência como aquela de força física ou ameaçante contra si mesmo ou realizada contra outra pessoa ou grupo, resultantes em feridas, mortes ou privações, tendo como um produto final o problema de saúde pública (OMS. 2002).

Segundo OMS, em 2020 teremos bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais vivendo no mundo e para isso necessitamos estabelecer cada dia mais a importância da atenção primária e políticas públicas voltadas na qualidade do envelhecimento da população.

No envelhecimento da população um dos atributos constantes a serem observados é a promoção da saúde do processo do envelhecimento saudável relacionado não somente ao cliente, mas a família assistida pelas UBS, ESF, Hospitais, com a construção de um apoio intrínseco e multiprofissional, que resulte na compreensão de todo processo geriátrico e gerontológico dos futuros usuários de saúde, para evitar as violências verbais, ou psicológicas aos profissionais que estão na linha de frente do atendimento primário, secundário ou terciário (conforme os casos de internações hospitalares).

De acordo com a Divisão de Segurança e Saúde Ocupacional da Califórnia a violência no ambiente laboral pode ser classificada por: alguém que não pertence a instituição, provocada por pacientes sendo que na maioria das vezes portadores de patologias psiquiátricas e pôr fim à violência intra-hospitalar hierárquica ou por colega de trabalho.

Encontramos várias pesquisas em que os trabalhadores de saúde são submetidos a violência rotineiras, apresentando dados importantes e onde esses profissionais são afetados psicologicamente, sendo que uma delas chamou-nos a atenção a pesquisa realizada por Heloani (2013) ...sendo que apenas 29% referem estar seguro em seu ambiente de trabalho e 60% das pessoas, entrevistadas informaram que não recebem apoio da instituição quando necessário.

E nessa mesma pesquisa observamos que as mulheres são as mais susceptíveis a violência por assédio moral, os homens procuram menos ajuda por tratar de enfraquecimento de sua autoimagem.

Segundo Hirigoyen (2002) ao referir sobre assédio moral, classifica de duas formas sendo elas, mobbing e bullying, sendo caracteriza por conduta repetitiva contra a dignidade humana, ameaçando ou degradando o ambiente laboral.

E devido aos problemas de excesso laborais e de assédios um novo processo de adoecimento se instala agora além da necessidade de inserir a clientela, também precisamos dar atenção e assistência aos profissionais de saúde. Devemos ter a atenção voltada a promoção de saúde, aos profissionais da área de saúde visto que são frequentemente acometidos por problemas em seu bem-estar emocional, psicológicos e laborativas de violência.

Para Sznelwar (2017) a dificuldade de falar sobre violência no trabalho está relacionada a interação com fenômenos de relações humanas e essas violências são fontes de sofrimento patogênicos, confrontando ao medo de encontrar o agressor novamente, findando em síndromes pós-traumática, depressões entre outras.

Diferentes são as variantes relacionadas a violência no trabalho, e os medos das equipes de saúde sobre o assunto proposto. Estamos vivenciando tempos de anseios por militâncias e lutas por direitos adquiridos, mas ainda encontramos frente a isso os deveres da população em relação a promoção de saúde, sendo que a palavra 'não' para o paciente ainda ocasiona uma revolta sem compreender as dificuldades das ações do SUS e a sua importância na construção de uma sociedade saudável.

6.Resultados

Pudemos verificar o quanto os profissionais da área da saúde têm lutado diariamente para manter um ambiente de trabalho seguro e saudável para a pratica do cuidado aos usuários e com bem-estar aos profissionais da área de Saúde.

Diferentes são as formas de violência, dentre elas a que são realizadas contra profissionais de saúde na atenção básica.

Os clientes e familiares ao encontrar-se num processo de falta de prevalência de saúde reagem de forma violenta tanto física como verbal contra a equipe de saúde, reações essas relacionadas à demora no atendimento e o agravante da patologia existente.

Para Gonçalves, 2018.... Estes fatores são essenciais desde que haja consolidação do profissional da área de saúde pública atrelada a imagem de respeito e credibilidade do profissional perante a comunidade onde está inserida as unidades de saúde, assim como as condições ambientais adequadas ao bem-estar das pessoas, no local de atendimento, sem filas de esperas para marcação de consultas, atendimento cordial aos clientes que procuram a prevenção, e aos colaboradores ou servidores públicos deve existir também uma atenção em relação ao excesso de trabalho, falta de funcionários, materiais para desenvolver sua assistência em saúde, sem prejudicar a saúde física e mental dos clientes e servidores, devendo-se, assim, buscar um melhor equilíbrio nas relações trabalho-vida social e atendimento à população que procura esses serviços e orientações a suas doenças.

Observamos ainda uma dificuldade de fonte literária abordando esse assunto e de grande importância para a atenção primária, na redução das violências que podem ser agravadas tanto ao cliente, com os servidores públicos, que é o assunto que pontuamos nesse trabalho e merece ser estabelecido com um assunto de urgência em estudos sobre o tema proposto, ou mesmo dentro do conteúdo da disciplina de Saúde Mental.

7. Considerações finais

Considerando que as políticas de saúde e as estruturações realizadas pelo SUS ao longo do tempo são fontes importantes na construção de uma sociedade saudável.

Ao deparar com a vasta literatura sobre violência em ambiente laboral e a falta de estudos sobre a importância da atenção primária na redução desses agravos, podemos pontuar nesse momento um plano emergência no que chamamos de qualificação das equipes de saúde básica para o tema proposto e estudos sobre como conseguir uma resolutividade de problemas encontrados pela clientela na saúde pública.

E que possamos fornecer uma reflexão sobre as possíveis intervenções para a redução dos casos de violência, com olhar ecológico para a equipe de saúde, que necessita também de um sistema laboral digno para a execução do atendimento de qualidade e de eficiência aos usuários.

E que este trabalho não permaneça estagnado e que seja o início de novos estudos e discussões sobre o tema, buscando uma construção de uma sociedade respeitosa e um atendimento humanizado e livre de ameaças verbais e físicas contra os profissionais.

REFERÊNCIAS

ARANTES, R.C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista APS**, n. 11, p. 189-98, 2008. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/262>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

BAPISTA, T.W.F. Histórias das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. in: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJ/Fiocruz, p.29-60,2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_3.pdf>. Acesso em: 02 jul.2018.

CAL/OSHA. Guidelines for workplace security. Available from: <http://www.osha.gov>. Acesso em 06 jul. .2018.

FIGUEIREDO, E.M. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos.** Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/unidade_5.pdf. Acesso em: 04 jul. .2018.

GONÇALVES, M.T.A.M, **GESTÃO PÚBLICA E QUALIDADE DE VIDA**, Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em MBA Gestão Pública, Anhanguera Educacional, polo Leme-SP, 2018.

HELOANI, Roberto. Violência invisível. **GV-executivo**, [Sol.], v. 2, n. 3, p. 57-61, out. 2003. ISSN 1806-8979. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/34968/33750>> . Acesso em: 07 Jul. 2018.

HIRIGOYEN, M. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil: 2002.350p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília, DF;2003. Relatório Mundial.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre lá violência y salud.**Genebra (SWZ): OMS, 2002.

SOUZA, L.E.P.F. **Saúde pública ou saúde coletiva?** Espaço para a Saúde, v.16, n.2, 2015.Disponível em://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/20686/pdf53. Acesso em 02 jul.2018.

SZNELWAR, Laerte Ida. Violence and Works. **Laboral**, Porto, v. 13, n. 2, p. 7072, dez. 2017.

Disponível em<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372017000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0217ls>.

_____.://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_1_08_200.html.aces so em: 02 jul. 2018

Capítulo 3

A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Bruna Rodrigues Monteiro¹
Rosa Teteo Pessoa de Melo²
Nilba Lima de Souza³

RESUMO

Objetivo: Identificar a influência da comunicação nas relações interpessoais entre a equipe de saúde e do profissional com o usuário do serviço. **Metodologia:** Estudo bibliográfico-descritivo com método de revisão de literatura, realizado de maio a junho de 2019 a partir de busca na base de dados da Lilacs, foram utilizados artigos nos três idiomas que retratam a temática sem delimitação de tempo. **Desenvolvimento:** Ao todo sete estudos foram enquadrados nos critérios estabelecidos para realização da revisão. Pode-se concluir que os estudos retratam a dificuldade da comunicação no relacionamento, no entanto se faz ausentes estudos que aborde o relacionamento entre os profissionais de saúde e com usuários que tem deficiência temporária e/ou permanente, o que sugere a necessidade de investigações no âmbito interprofissional.

Palavras-chaves: Comunicação; Relações Interpessoais; Saúde.

INTRODUÇÃO

Considerada como uma prática social a comunicação de origem latim *Communicare*- colocar em comum- pode ser compreendida como uma interação humana em todos os níveis: pessoal, social e profissional. No contexto geral, a comunicação se faz por meio de duas linguagens: a comunicação verbal (CV) e a não verbal (CNV) (FERMINO, 2007; RAMOS, 2012).

¹ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN.

² Enfermeira especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Integrada de Patos- FIP

³ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN.

A CV representa uma mensagem transmitida por meio da linguagem escrita ou falada que necessita ter o mesmo código, como exemplo, o idioma, para ser compreendida pelo receptor, enquanto que a CNV possibilita uma interação intersubjetiva dos indivíduos através de sentimentos, qualidades e emoções transmitidas por gestos, a qual interfere diretamente na comunicação verbal (RAMOS, 2012; SANTOS, 2005).

No campo da saúde o processo de comunicação reflete diretamente na qualidade do atendimento e no relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e usuários. No entanto, acontece de forma superficial na qual o profissional foca na patologia e não na integralidade do indivíduo, o que caracteriza um predomínio da comunicação científica retratada pela CV ao invés da CNV (GARCIA et al., 2012).

A comunicação, por sua vez, constitui-se em um fenômeno sócio-histórico de ações cotidianas do viver, de modo a produzir relações recíprocas entre os indivíduos que compartilham de um estereótipo, ou seja, de um conjunto de conceitos, práticas e valores validados por meio da troca de significados construídos no contexto das interações humanas (CARDOSO et al., 2011).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde em 2003 lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) como um instrumento de orientação das atividades institucionais entre equipe de saúde e usuário para recuperar os valores humanos esquecidos, entre eles, a comunicação efetiva. Por meio disso, a carta de direito dos usuários da saúde desenvolveu seis princípios com orientações relacionada a identificação do profissional, escrita de fácil entendimento e informações claras sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2006, 2013; RIOS 2009). A partir disto, o diálogo revela o fazer dos profissionais que, para desempenharem suas funções, necessitam impreterivelmente comunicar-se e, assim, fazer uso da linguagem verbal e não verbal (CARDOSO, 2011).

A existência dominante da comunicação deve-se ao fato de que até o silêncio constitui-se em um signo, ou seja, um instrumento de comunicação, que, ao ser interpretado, revela um significado. Reforça-se, então, que o processo comunicacional contempla as expressões verbais, com a representatividade da linguagem no diálogo, e também não verbal, que representa a essência da construção das relações humanas. A última pode reiterar, completar o sentido da primeira ou, ainda, apresentar sentido

contrário, somente podendo ser decifrada no processo de interação que valida a mensagem por meio da confirmação da interpretação produzida pelo receptor (SILVA, 2005).

Neste contexto, a PNH propõe aos profissionais de saúde a transversalidade como forma de promover o diálogo entre diferentes especialidades e práticas de saúde, estimulação do saber técnico-científico e o saber popular na busca do cuidado humanizado e conseqüentemente promovendo o enfrentamento da relação de poder, a autonomia e a responsabilização do servidor em seu trabalho (BRASIL, 2013).

Portanto, é perceptível que a comunicação seja ela verbal ou não verbal, quando efetiva, atua como um fator essencial na formação de uma equipe com sujeitos ativos, além de proporcionar um atendimento humanizado necessário para o sistema de saúde. A comunicação funciona como uma atitude de respeito e valorização do usuário dos serviços de saúde e, portanto, elemento capaz de transformar positivamente as ações de educação em saúde, potencializando o usuário com as suas habilidades no seu processo de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças.

Com base nisto o presente estudo questionou: como as produções científicas abordam a influência da comunicação nas relações interpessoais nos serviços de saúde entre a equipe e entre os profissionais de saúde e usuários do serviço? Para responder esse questionamento o estudo teve como objetivo identificar a influência da comunicação nas relações interpessoais entre a equipe de saúde e do profissional com o usuário do serviço.

DESENVOLVIMENTO

Como premissa em conhecer por meio da literatura a influência do instrumento da comunicação nas relações interpessoais nos serviços de saúde entre profissionais de saúde, bem como do profissional com o usuário, houve um estudo bibliográfico-descritivo, do tipo revisão de literatura, realizada no período de maio a junho de 2019.

Para atender a temática proposta houve a seleção dos descritores correspondentes ao objetivo do estudo no Decs (Descritores de Ciência da Saúde), sendo

selecionados os descritores: *comunicação, relação interpessoal, saúde pública* associado com o operador booleano “E”.

Após escolha dos descritores houve a seleção das bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), adotando os seguintes critérios de inclusão: Produções na temática pretendida. E como critério de exclusão: Cartas ao editor; produções com resultados preliminares; estudos que não contempla a temática.

Os passos realizados para o desenvolvimento da pesquisa seguiu uma sequência lógica através da questão norteadora, identificação de trabalhos repetidos nas bases de dados, leitura do título dos artigos, do resumo e do texto na íntegra, finalizando com análise metodológica do estudo.

Para seleção dos estudos houve a participação de dois revisores de forma consecutivas e independentes através dos critérios de elegibilidade. No caso de divergências houve a inclusão do terceiro revisor para seleção dos estudos. Ao todo sete estudos compuseram a discussão a cerca da temática proposta.

Das produções selecionadas para revisão observa-se artigo do período de 1998 a 2016, com destaque para o ano de 2011. Em relação a área de formação dos autores correspondentes houve predomínio no âmbito da enfermagem (3), seguida pela fonoaudiologia (1), comunicação (1) e medicina (1), conforme evidenciado na tabela 1.

Tabela 1. Característica dos estudos selecionados para revisão sistemática.

Número	Período	Autores	Formação dos autores
1	1998	Pitta	Comunicação
2	2008	Ramos	Fonoaudiologia
3	2010	Lanzoni	Enfermagem
4	2011	Borges	Medicina
5	2011	Silva et al.	Enfermagem
6	2011	Cardoso et al.	Enfermagem
7	2016	Galvêas et al.	Medicina

Fonte: autoria própria.

É evidente o destaque do profissional enfermeiro após a seleção dos estudos, este profissional atua na organização e implementação da assistência à saúde, quando a

assistência se configura no âmbito da atenção básica, o processo de trabalho tem como centralidade a interação com o usuário e sua família (ANDRADE, 2017). Esta interação adquirida através do processo comunicativo é definida pelas teorias de enfermagem como uma “... força de amadurecimento e um instrumento educativo” (GEORGE, 1993), uma vez que o enfermeiro necessita da relação interpessoal para crescimento e vinculação com o usuário (SANTOS; NOBREGA, 1996).

Para compreensão quanto aos objetivos e os resultados evidenciados nos estudos houve a síntese dos resultados com os seguintes elementos: delineamento dos estudos; Objetivo e Resultados alcançados (Quadro 1). Ao todo todos os estudos foram executado no Brasil, com destaque para as unidades básicas de saúde.

Quadro 1. Síntese dos estudos selecionados para análise.

Número	Delineamento dos estudos	Objetivo	Resultados alcançados
1	Estudo descritivo	Avaliar as estratégias de comunicação para prevenção da Aids no município de Salvador, Bahia, desenvolvidas por meio da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e entidades e organizações não governamentais	O modelo comunicacional do município de Salvador em relação à Aids, constituído por um conjunto de organizações, entidades, movimentos e sujeitos que compõem os espaços sociais da cidade em seu todo, não se limitando ao âmbito oficial e instituindo o que poderia ser considerado uma política pública de comunicação para a saúde e para a Aids.
2	Revisão de literatura	Conhecer como ocorre o processo de inclusão de crianças com necessidades especiais no Ensino Fundamental, como acontece a comunicação entre escolas	Foi observada grande demanda para serviço fonoaudiológico, ainda pouco presente na área educacional. A comunicação entre os dois tipos de escola não acontece em todas as instituições pesquisadas. Ambas

		de educação especial e regular, bem como a atuação dos inúmeros profissionais envolvidos, enfocando o papel do fonoaudiólogo	possuem conhecimento restrito da fonoaudiologia, principalmente as escolas regulares. Percebeu-se a falta de investimento para aperfeiçoamento pessoal dos professores, bem como para orientação aos pais acerca do processo de inclusão.
3	Estudo descritivo	Compreender o significado da rede de relações e interações de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma unidade local de saúde do município de Florianópolis/SC.	Da análise dos dados emergiu o fenômeno vislumbrando as relações e interações do ACS na melhoria da atenção à saúde dos usuários, como uma rede complexa, constituída a partir da inter-relação de seis categorias.
4	Estudo descritivo	Compreender como a visita domiciliar impacta a prática médica, com relação a mudanças na qualidade da interação entre o profissional, o paciente e sua família.	A visita domiciliar estimula a interação, por favorecer uma comunicação voltada ao entendimento mútuo, facilitando ao profissional compor a busca da eficácia técnica (êxito técnico) com a compreensão e foco nos projetos de felicidade dos pacientes e familiares (sucesso prático).
5	Estudo descritivo	Analisar como se estabelece a comunicação sazonal nos grupos socioeducativos das equipes de Saúde da Família para prevenção e controle da dengue.	Foram encontrados três núcleos temáticos: comunicação sazonal; conteúdos discutidos e canais veiculadores de informações sobre a dengue; e informação versus comunicação para a ação. As ações de

			prevenção e controle da dengue nos grupos eram abordadas principalmente em épocas de surto.
6	Estudo descritivo	Analisar os instrumentos do processo comunicacional desencadeado em atividades grupais na estratégia Saúde da Família	Do discurso dos profissionais emergiram duas categorias: diálogo-ação e diálogo-interação, que evidenciam o processo comunicacional como meio instrumental das atividades grupais na estratégia Saúde da Família.
7	Estudo descritivo	Compreender a relação entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas no trabalho e os fatores que podem favorecer ou dificultar essa relação.	A complexidade do trabalho foi evidenciada, dentro do campo de interesses, poder e resistências, envolvendo tanto os técnicos quanto os cirurgiões-dentistas numa matriz geradora de comportamentos. Também existe forte influência do sistema de formação desses trabalhadores, da infraestrutura e das condições de trabalho e do perfil profissional no processo de trabalho da equipe em saúde bucal. Vislumbrou-se na comunicação a mediação, construindo novos encontros.

Fonte: autoria própria

No contexto geral observa-se que as pesquisas apresentam um delineamento descritivo e, com abordagem qualitativa, prática essa amplamente empregada na área da

saúde, a qual exige respostas que se possa compreender o aprofundamento da experiência individual, a singularidade do indivíduo através da subjetividade e o seus valores sociocultural (GALVÊAS et al., 2016; GEORGE, 1993).

Em paralelo é possível verificar através da revisão a presença do delineamento descritivo com o ambiente da estratégia saúde da família, atenção básica e organizações não governamentais que tem como intuito a atenção primária a saúde. Ambos os locais recorrem à valorização do indivíduo e do ambiente que o cerca, atuando como estratégia central de humanização, equidade e integralidade, forças que circulam no discurso da Saúde Coletiva (SC) e que implicam em incluir a qualidade a partir de uma acepção pluridimensional, qualitativa e participativa SILVA, 2005).

No primeiro estudo observa-se a eficácia da comunicação para prevenção da AIDS. Nele os autores sugerem o modelo comunicacional utilizado no serviço como uma política pública de comunicação a ser considerado no trabalho em equipe. Nesse contexto, considera-se que o processo comunicacional na estratégia de saúde da família é um instrumento que viabiliza o desenvolvimento das atividades em grupo e atua continuamente no processo de trabalho existente. Este pode ser subdividido em *diálogo-ação* responsável pelo processo comunicacional unidirecional predominantemente verbal e o *diálogo-interação*, voltado para a comunicação bidirecional, em que coexistem a forma verbal e não-verbal de comunicação com o usuário do serviço (CARDOSO, 2011).

Nessa mesma perspectiva é válido enfatizar que a estratégia de comunicação perpassa por um cenário epidemiológico em transformação, não podendo ser associada apenas como um ato de transferência de informações entre o campo que detém do saber frente ao campo desprovido de conhecimentos (PITTA, 1998). Isso pode ser retratado também no quinto estudo que evidencia a presença do discurso comportamentalista e prescritivo com repetição de falas para os grupos de educação em saúde, os quais não ocasionaram a interação e debate entre os sujeitos e sim uma transmissão vertical de conhecimentos, contribuindo no distanciamento entre os interlocutores (SILVA, 2011).

Como prevenção a prática da educação em saúde são espaços que contribuem na expressão dos grupos sociais, como também, nas atividades em grupo, que exigem o intercâmbio de saberes, a partir de uma relação mais horizontalizada entre o profissional

e usuário ao invés de normatizar comportamentos (BRASIL, 2013; BORGES, 2011; SILVA et al., 2011).

No relacionamento entre a equipe de saúde, a importância da comunicação multiprofissional no âmbito da atenção básica atua como um instrumento na formação da rede de interação e relação, principalmente, quanto este é representado pelos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) conforme evidenciado no terceiro estudo da revisão. Isso se dá devido ao fato dos ACS atuarem como um elo entre a equipe de saúde e a família, através das visitas domiciliares pertence a este território (LANZONI; MEIRELLES, 2010).

A visita domiciliar facilita ao profissional compor o caráter técnico da prática (êxito técnico) como também na relação comunicativa, devido a possibilidade do conhecimento profissional sobre o contexto social do usuário (BORGES; D'OLIVEIRA, 2011), fato este evidenciado no quarto estudo da revisão e que nem sempre estão presente numa consulta ambulatorial. Nesse contexto, o profissional enfermeiro é indicado como aquele que atua como ponte de interação entre os ACS que estão diretamente na comunidade e os demais membros da equipe de saúde, uma vez que organiza o serviço e media a comunicação (LANZONI; MEIRELLES, 2010).

Outro profissional em destaque faz referência ao médico da família quando este realiza a visita domiciliar, conforme evidenciado no quarto estudo, o qual facilita o processo de comunicação entre usuário e equipe, por adentrar no contexto da comunidade onde o usuário vive, além de possibilitar o fortalecimento do vínculo e confiança com o serviço prestado (BORGES; D'OLIVEIRA, 2011). Esse fato propicia o desenvolvimento de uma relação não apenas baseada no caráter técnico da prática e sim uma relação comunicativa entre as equipes e usuários do serviço de saúde.

Conseqüentemente o processo de comunicação é problematizado no estudo que busca compreender a relação entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas. O mesmo enfatiza que cada profissional da saúde desenvolve a sua habilitação pelo processo de educação durante a sua formação profissional e a comunicação atua como parte integrante do 'mapa cognitivo' do indivíduo. Se esse processo de educação foi articulado em um modelo individualista, hegemônico e flexneriano, dificilmente o

profissional desempenha papéis em um modelo de atenção integral, como trabalho em equipe e ações partilhadas (GALVÊAS, 2016).

Assim, a comunicação entre os profissionais de saúde torna-se um denominador comum para o desenvolvimento da rede de trabalho com relações recíprocas e interativas entre as equipes (CARDOSO et al., 2011) além de atuar como um processo social multicêntrico em que diferentes saberes e respectivos modos de dizer e mostrar - seus sentidos- se entrelaçam e tensionam, a cada contexto e situação de comunicação concretos com o usuário, tecendo nos espaços sociais das cidades uma matriz discursiva complexa e em permanente transformação (Pitta, 1998).

CONCLUSÃO

Através da revisão de literatura foi possível evidenciar o predomínio de estudos relacionado ao campo da enfermagem, possivelmente pelo fato deste apresentar um maior contato com o usuário, além de constituir uma equipe e ser responsável pela mesma.

Os resultados mostraram que a comunicação é necessária e atua como uma importante ferramenta da equipe de saúde com os usuários, no entanto ocorre de forma verticalizada e com pouca valorização da comunicação não verbal durante as consultas, evidenciada na literatura pela ausência do olhar.

Portanto, os resultados apresentados tornam-se relevantes para reflexão quanto a postura a ser adotada pelo profissional durante o atendimento do usuário, bem como com outros profissionais da saúde, necessitando assim de estratégias que retome aos valores adormecidos em cada, na tentativa de promover uma comunicação efetiva conforme solicitado pela PNH.

Como limitação o estudo apresentou dificuldades no campo científico relacionado a influência da comunicação nas relações interpessoais dos profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento e com usuários que tem deficiência temporária e/ou permanente. Os dados provenientes dessa pesquisa permitirão uma análise sobre as práticas desenvolvidas pelo profissional e pela instituição de acordo com a realidade apresentada.

REFERÊNCIA

- ANDRADE, A.M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 210-19, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100210&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 05 jun. 2019.
- AMESTOY, S.C. et al. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 227-233, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100030&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 05 jun. 2019.
- BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 461-472, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832011000200011&lng=en&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 03 jun. 2019
- BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.3, p. 575-586, 2012. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300002&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 jun. 2019
- BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar. Seção 1, p. 71-4. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Rede Humaniza SUS. 1ª edição, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >. Acesso em: 01 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta ao usuário da saúde: ilustrada [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf >. Acesso em: 01 jun. 2019.

CARDOSO, L.S. et al. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. v. 45 . n. 6. p. 1323-30, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a07.pdf> >. Acesso em: 05 jun. 2019.

FERMINO, T.Z.; CARVALHO, E.C. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 287-9, 2007. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10022/6883>>. Acesso em: 27 maio 2019.

GALVÊAS, E.A. et al. Singularidades no Processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões-dentistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 273-292, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100273&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 jun. 2019

GARCIA, R.P. et al. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Escola Anna Nery**. V. 16, n. 2, p. 270 – 276, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200009 >. Acesso em: 05 jun. 2019.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem, a base para a prática da profissão**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 49-62.

KERR, L.R.F.S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 14, n. 6, p. 1061-1063, 2013. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419001.pdf> .>. Acesso em: 04 jun. 2019.

LANZONI, G.M.M; MEIRELLES, B.H.S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 140-151, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4543> >. Acesso em: 03 jun. 2019

MELEIS (1991) Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2012.

PITTA, A. M. D. R. Estratégias de comunicação para a prevenção da Aids estudo de caso em Salvador, Bahia (Brasil). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, p. 23-46,

1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100003>. Acesso em: 02 jun. 2019
- RAMOS, A.P.; BORTAGARAI, F.M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**. v. 14, n. 1, p. 164-70, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/186_10.pdf >. Acesso em: 27 maio 2019.
- RIOS, I.C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 2, p. 253-61, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13> >. Acesso em: 02 jun. 2019
- SANTOS, C.C.V.; SHIRATORI, K.A. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 4, p. 434-7, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400010&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 27 maio 2019.
- SANTOS, S.S.C.; NÓBREGA, M.M.L. Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: Análise e evolução. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 1, p. 55-64, 1996. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v49n1/v49n1a07.pdf> >. Acesso em: 14 jun. 2019.
- SILVA, L.B. et al. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1160-1167, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 03 jun. 2019
- SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
- SCHAARSCHMIDT, G.M. et al. Pesquisa qualitativa na saúde bucal coletiva: uma análise bibliográfica. **Revista da Faculdade de Odontologia**. v. 59, n. 1, p. 42-51, 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/61787/49951>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

Capítulo 4

ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO DE LAZER, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTRESSE EM DOCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO SUPERIOR DA BAHIA

Prof.^a Dr.^a Denize Pereira de Azevedo ¹

Prof. ° Dr. ° Joris Pazin ²

Aiana Carvalho Carneiro ³

Amanda Santana de Souza ⁴

RESUMO: O comportamento sedentário associado a pouca atividade física e hábitos inadequados tem contribuído para o desenvolvimento de agravos à saúde de trabalhadores em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Assim o ambiente laboral parece ser um importante espaço para a incorporação de comportamentos adequados à saúde. O delineamento do presente estudo prevê um levantamento epidemiológico de corte transversal e base populacional que busca investigar os docentes do ensino superior e hábitos de vida que possam contribuir ou agravar o surgimento de Transtornos Mentais Comuns e estresse nesta população. O objetivo do estudo é analisar a associação da prática de atividade física no tempo de lazer (AFTL) com os Transtornos Mentais Comuns (TMC) e os estágios do estresse, considerando questões relativas ao trabalho, características sociodemográficas, psicossociais e hábitos de vida dos docentes de uma Universidade pública baiana. Foi conduzida análise exploratória e descritiva da amostra estudada segundo características sociodemográficas; características do trabalho profissional; aspectos psicossociais do trabalho; atividades físicas no tempo de lazer (AFTL). Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e

¹ Doutora em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina e Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana - BA, denizefreitas0505@gmail.com.

² Doutor em Educação Física e Mestre em Ciências do Movimento Humano ambos pela Universidade do Estado de Santa Catarina, Professor Adjunto da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Santa Catarina, jorispazin0364@gmail.com.

³ Graduanda do curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – Bahia. aiaanacarvalho16@gmail.com.

⁴ Graduanda do curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – Bahia. amanda.santanaa@hotmail.com.

realizadas análises bivariadas, relacionando as práticas de atividade física e as características sociodemográficas da população em estudo. Foi utilizado teste qui-quadrado para a análise da associação entre as variáveis do estudo TMC, estresse e atividades físicas no tempo de lazer considerando as associações estatisticamente significantes quando $p\text{-valor} \leq 0,05$. Os resultados encontrados com relação a prevalência do TMC foi de 20,4 para população investigada. Já a presença do estresse foi positiva para 24,0%. Quando categorizado por fase, 3,6% encontravam-se na fase de alerta do estresse; 24% em fase de resistência e 3,0% em exaustão. Os principais resultados encontrados neste estudo estabelecem relações com o trabalho docente, estresse, TMC, lazer e atividades físicas, demonstrando existir associação entre tais objetos e a percepção de saúde e qualidade de vida do trabalhador docente. Desta forma, torna-se importante a elaboração de políticas de incentivo a prática de AF dentro dos espaços de trabalho dos docentes o que pode contribuir para uma maior adesão à prática e melhora substancial na qualidade de vida geral (QVG), nos domínios físicos e psicológicos e para redução dos sintomas de TMC e estresse nesta população.

Palavras-chaves: Atividade Física, Trabalho Docente, Transtornos Mentais Comuns, Estresse, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

Numa perspectiva atual, compreende-se que as principais atividades humanas - lazer e trabalho- entendidas como complementares na vida cotidiana, são essenciais para a vida dos indivíduos. Muitos estudos são desenvolvidos buscando investigar a relação entre tais objetos e sua influência nos estados de saúde dos indivíduos trabalhadores de modo geral e dos docentes de ensino superior mais especificamente.

O trabalho é o principal meio pelo qual o ser humano desenvolve suas potencialidades, é uma ação consciente, parte de um objetivo –satisfação de carências - e evolui de acordo com um plano que este determina para sua vida (BAUMGARTEN, 2002). Já, o lazer não é ociosidade e não suprime o trabalho; o pressupõe. Corresponde a uma

liberação periódica do trabalho no fim do dia, da semana, do ano ou da vida do indivíduo (DUMAZEDIER, 2001).

O trabalho e o lazer nesta perspectiva são interligados, ou seja, enquanto o trabalho constrói um mundo de satisfação para os indivíduos inseridos em sociedade em busca de atender todas as suas necessidades; o lazer seria o contraponto desta atividade, isto é, seria o espaço de tempo dedicado a si mesmo e a restauração do equilíbrio para sentir-se inteiro no processo de construção de necessidades e de si mesmo.

Neste processo diversos mecanismos de defesa são construídos pelos indivíduos para se manterem inteiros e não se despersonalizarem diante das exigências do mundo do trabalho. Porém, nem sempre este processo de restaurar a si mesmo é total ou suficiente. Muitas vezes o indivíduo paga um alto preço para se manter ligado com o mundo do trabalho e isso muitas vezes custa o afastamento e despersonalização da sua identidade. O que pode comprometer sua saúde de modo geral e sua saúde mental mais especificamente.

A vida moderna trouxe muitos avanços nas diversas áreas de conhecimento humanas como cultura, trabalho e saúde. Contudo, aliado aos avanços tecnológicos típicos das sociedades atuais, surge o preocupante fenômeno patológico dos transtornos mentais. O aparecimento de elevados índices de doenças psicológicas, principalmente os Transtornos Mentais Comuns (TMC). O TMC apresenta como características o estresse, a ansiedade e a depressão que comprometem a saúde das pessoas e interferem nas diversas atividades cotidianas dos indivíduos, gerando uma série de problemas de ordem biológica, social e psicológica.

Aliado a esse fenômeno descrito, a prática diminuta da atividade física aumenta. A prática insuficiente da atividade física é fortemente relacionada a vasto número de doenças crônicas. Desta forma, a atividade física no tempo de lazer assume importância para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos de modo geral e dos trabalhadores de maneira mais específica.

Sendo assim, a atividade física no tempo de lazer dos indivíduos pode se tornar uma ferramenta terapêutica importante na prevenção e promoção da saúde mental do

trabalhador. Diversas pesquisas apresentaram benefícios à saúde do trabalhador atrelados a importância do lazer e demonstrando a importância da atividade física para aliviar os sintomas do estresse (NAHAS, 2013, 2007; MELLO, 2005).

Neste estudo o lazer é entendido enquanto ação específica do ser humano. Embora, o lazer constitua-se em um conceito polissêmico, possuindo diversos significados, enquanto objeto de estudo, adquirindo diversos significados de acordo com a análise e interpretação subjetiva de cada indivíduo. Pode-se entender que o lazer reflete a vida e o papel das pessoas e sua relação com o trabalho (PADILHA, 2006).

Considerando-se que algumas atividades laborativas com o decorrer do tempo tornam-se, pela repetição cansativa e tediosa, uma via de escape para a insatisfação com o trabalho seria o lazer (DEJOURS, 1998).

As atividades físicas no tempo de lazer podem contribuir na amenização dos sintomas do estresse e do sofrimento mental. Tais sintomas podem ser desenvolvidos quando o tempo de trabalho passa a ser um elemento que causa sofrimento e o indivíduo visa diversos mecanismos para manter o controle sobre ele (ROSSO, 2002).

Corroborando com este ponto de vista, Araujo (1999) discute o estresse ocupacional que se fundamenta na resposta do organismo às demandas do ambiente externo que excede a capacidade do indivíduo de fazer frente aos estímulos produzido pelo estresse.

Ao passar por todos os níveis da educação, percebe-se muito frequente a queixa por falta de tempo para Atividade Física. Embora, cada nível apresentasse diferentes sobrecargas de trabalho docente, as queixas sobre a relação trabalho e o tempo necessário para restauração das suas faculdades físicas e mentais eram semelhantes.

Contudo, o foco da pesquisa é investigar a associação entre a Atividade Física no tempo de lazer (AFTL) dos trabalhadores docentes e sua relação com surgimento de transtornos mentais comuns e estresse; de modo a colaborar com a elaboração projetos que visem melhoria dos níveis de AFTL dos trabalhadores docentes.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com Arendt (1989), o trabalho é uma das condições básicas para a vida humana. O trabalho produz um mundo artificial de coisas buscando transcender as vidas individuais. Ao acrescentar objetos ao mundo, o trabalho possibilita a criação de um ambiente de coisas permanentes com as quais nos familiarizamos através do uso.

A dependência da sociedade com o trabalho impõe critérios e condições da acumulação em todos os âmbitos das relações dos homens entre si e com a natureza levando a “medida do tempo de trabalho” (MAAR, 2009). Essa medida do tempo amplia a noção do indivíduo de tempo dedicado ao trabalho, ao mesmo tempo em que constrói a imaginária noção de falta de tempo para o tempo de não trabalho.

Com isso, pensar saúde do trabalhador significa pensar que o trabalho humano possui um duplo caráter. Se por um lado, representa a base da formação da identidade do sujeito, por outro pode representar também uma fonte de sofrimento mental intenso, se tornado nocivo à saúde.

Com relação à saúde do trabalhador, Freire (2006) entende esta como expressão socioeconômica e política concreta, privilegiada, das relações de trabalho, possibilitando ao mesmo tempo a construção de sujeitos políticos e a manutenção das suas necessidades. A saúde do trabalhador é um conceito concebido como um processo dialético saúde-doença mediado pelos aspectos organizacionais dos processos laborais e relações sociais no trabalho (FREIRE, 2006).

Percebe-se que o conceito de saúde, não possui um consenso e por mais discussões que se estabeleçam estamos longe de determinar um conceito único. Porém, parece ser de consenso geral o entendimento de que saúde não se resume apenas à ausência de doença.

Ao considerar saúde com uma amplitude multidimensional, considera-se que muitos fatores em nível individual ou coletivo podem determiná-la. Do ponto de vista individual, aparecem os níveis de exigências da vida em sociedade e das relações com

outros seres humanos sejam nas relações em comunidade ou no trabalho, capazes de gerar ansiedade e estresse.

Além da visão do adoecimento enquanto processo engendrado pelo coletivo devemos considerar os aspectos de natureza individuais envolvidos neste processo como aponta Dejours (1998). Afinal, a resposta do indivíduo trabalhador aos impasses surgidos no processo de trabalho determinará se este (o trabalho) será um elemento que traga motivação, prazer ao indivíduo ou se será um elemento de sofrimento para o mesmo.

A partir desta situação, a saúde do trabalhador não é afetada somente durante sua jornada de trabalho, mas também na redução do seu tempo livre e no seu descanso. Tal fato é reforçado pelo entendimento de organização do trabalho discutido por Dejours (1994) que será utilizado para continuação da discussão a respeito da organização do trabalho e sua influência no processo de saúde do indivíduo trabalhador.

O sofrimento mental e o estresse gerados em decorrência de inadequações no processo de trabalho podem ser provocados por fatores intrínsecos como falhas na organização ambiental, nos fatores sociais e de condições para desenvolver as ações, no turno de trabalho, na remuneração, no uso de novas tecnologias, na quantidade de trabalho, entre outros aspectos (JANSEN, 2011).

Sob essa perspectiva, pensar em prevenção em saúde mental envolve trabalhar não apenas os aspectos emocionais do sujeito, mas também os fatores determinantes do processo saúde/doença como moradia, educação, lazer, renda, trabalho, acesso a serviços de saúde, alimentação e saneamento, entre outros (BLAGEVITCH, 2009).

E segundo Santos (2002), esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência são sub diagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. Pois, como afirma Dejours (1994), muitas patologias que acometem os trabalhadores acontecem dentro de uma “normalidade” mantida à custa de sérias complicações mentais destes mesmos indivíduos.

Desta forma, o estresse é desencadeado por uma situação de trabalho opressora. A busca por um equilíbrio mental leva ao início de uma agressão somática. A fadiga se

apresenta como um indicador de uma carga psíquica excessiva, podendo ter uma tradução no organismo do indivíduo, resultando em doenças psicossomáticas, incluindo nesta categoria o estresse ocupacional.

Para Ferreira (2015) os professores universitários estão expostos a um aumento de tensão no trabalho pela fragmentação da sua atividade e as responsabilidades exigidas, sem que, em muitas situações, tenham as condições necessárias para responder adequadamente. Tal situação pode representar condições estressoras, aumentando o risco de transtornos mentais.

A avaliação das condições de trabalho permite ampliar o entendimento dos riscos e evidências de processo de adoecimento em torno das condições de trabalho. As condições de saúde dos trabalhadores em geral, e dos docentes em particular, dependem das relações, condições e das características da organização do trabalho.

Para Caplan (1987), o ponto mais importante para manutenção da saúde mental e evitar o distúrbio mental é que as atividades na família ou outro grupo primário sejam dirigidas no sentido de ajudar a pessoa em crise pessoal ou profissional a enfrentar seu problema de alguma forma 'ativa', em vez de evitá-lo ou de limitar sua atividade aos mecanismos de alívio de tensão.

Jonsdottir (2010) conclui a partir das suas investigações que atividades físicas regulares podem promover uma prevenção primária na saúde psicológica individual e, ainda, ter uma ação terapêutica em casos clínicos de depressão e transtorno de ansiedade.

Barton e Pretty (2010) apontam características das atividades de lazer, que beneficiam a saúde física e mental das pessoas. A primeira delas é que as atividades de lazer, geralmente são realizadas na companhia de outras pessoas, o que promove o bem-estar e um apoio social. A outra característica é que a participação em atividades de lazer facilita a liberdade, a competência e a motivação, amortecendo assim o estresse.

É preciso compreender o comportamento humano relacionado à AF e seus fatores determinantes de maneira cada vez mais detalhada, a fim de planejar e implantar

estratégias de intervenção cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamento ativo.

Contudo, apesar da crescente compreensão da necessidade de se estimular a população à adoção de hábitos de atividades físicas, têm-se muito pouco domínio sobre as variáveis intervenientes na adoção de comportamentos e estruturação dessas atividades no lazer. É preciso tentar compreender o comportamento humano relacionado à AF e seus fatores determinantes de maneira cada vez mais detalhada; planejar e implantar estratégias de intervenção cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamento dos indivíduos de modo geral e dos trabalhadores especificamente.

Este estudo foi realizado com base nas informações armazenadas no banco de dados construído com o propósito desta pesquisa e, posteriormente será cedido ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde e Educação-NIEPEXES. Foi conduzida análise exploratória e descritiva da amostra estudada segundo características sociodemográficas; características do trabalho profissional; aspectos psicossociais do trabalho; atividades físicas no tempo de lazer.

Em seguida foram calculadas as prevalências de TMC e Estresse considerando atividade física no tempo de lazer e tempo suficiente para realização das atividades de lazer. Foi utilizado teste qui-quadrado para a análise da associação entre as variáveis do estudo Estresse e atividades físicas no tempo de lazer (AFTL) considerando as associações estatisticamente significantes quando $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Os principais resultados encontrados neste estudo estabelecem relações com o trabalho, estresse, TMC, lazer e atividades físicas, demonstrando existir associação entre tais objetos e a percepção de saúde e qualidade de vida do trabalhador docente. Porém vai além de afirmar de que são necessárias ações voltadas para promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador.

Com relação a prevalência do TMC o percentual foi de 20,4 para população investigada. Já a presença do estresse foi positiva para 24,0%. Quando categorizado por fase, 3,6% encontravam-se na fase de alerta do estresse; 24% em fase de resistência e 3,0% em exaustão.

Enquanto a OMS (2012) apresenta uma média de prevalência em torno de 24% para mulheres este estudo encontrou 21,8% entre as mulheres e 18,9% para os homens. Percebe-se um percentual de TMC na população estudada dentro da média mundial. Sendo que o percentual de TMC para mulheres ficou abaixo dos resultados de diversos outros estudos (SANTANA et al, 2014; FREITAS, 2012; COSTA et al, 2012; ARAUJO, 2011).

Este estudo encontrou prevalências de TMC relacionado a média salarial com renda mensal de 5SM a 10SM. Diversos estudos apontam que a renda mensal demonstra uma relação inversamente proporcional ao surgimento do TMC (BRAGA et. al, 2010; DE SOUZA et al, 2010; BARRETO et al , 2012).

O estresse financeiro pode diminuir o acesso a bens duráveis e melhores condições de vida, tornando-se um mecanismo psicológico causador de TMC (BARRETO et al., 2012). Tal fato corrobora a ideia de planejamento voltado para políticas públicas de lazer voltadas para população e acessibilidade a estas (FARAH, 2013). Com relação aos trabalhadores docentes, projetos de intervenção que ocorressem dentro do próprio campus ou espaços de trabalho poderiam contribuir e aumentar a adesão às práticas de AF que auxiliariam com sua saúde mental.

O estudo das relações entre o trabalho docente e o estresse constitui-se em um desafio para se entender o processo saúde-doença do trabalhador docente e aponta a relação entre as características do trabalho dos professores e o comprometimento da sua saúde mental. A centralidade atribuída aos docentes nos processos de reformas em curso traz novas exigências profissionais com efeito sobre a sua saúde mental (AVILA ASSUNÇÃO, 2012).

Com relação à prática da atividade física, este estudo encontrou associação com ser pouco ou irregularmente ativo no caso das mulheres. Em outros estudos (ARAUJO, 2011; FREITAS, 2012), foi encontrada associação entre não realização de atividades ou tempo insuficiente para prática de atividade física no tempo de lazer.

Neste estudo a presença do estresse foi positiva para 24,0%. Quando categorizado por fase, 3,6% encontravam-se na fase de alerta do estresse; 24,0% em fase de resistência e 3,0% em exaustão. A fase de alarme se inicia quando a pessoa se defronta com um

estressor e, conseqüentemente, ocorre quebra da homeostase. A aceleração do organismo mediante ação aumentada de determinadas funções leva o organismo a um estado de prontidão, de alerta constituindo-se uma defesa automática do corpo. Tal situação se torna um problema quando a prontidão fisiológica não é necessária ou quando é excessiva.

A partir, desta prontidão excessiva e prolongada o indivíduo entra em fase de resistência, caso o estressor seja de longa duração ou de grande intensidade; o organismo tentará restabelecer o equilíbrio interno se utilizando das reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Sendo a reserva de energia adaptativa suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de estresse.

Se a resistência do indivíduo não for suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houver concomitantemente a ocorrência de outros estressores, dar-se-á a evolução do processo de estresse, surgindo a fase de exaustão. Então haverá aumento das estruturas linfáticas e poderá ocorrer a exaustão psicológica e a depressão, a exaustão física se manifestará e, como consequência, a pessoa poderá desenvolver doenças.

A importância de identificar as fases é a presença ou não de adoecimento e comprometimento da saúde mental dos docentes. De modo geral, foi verificado que os docentes investigados se encontram na fase de resistência o que aponta que intervenções positivas podem contribuir para amenizar os sintomas desta fase considerada como moderada do estresse. Tais intervenções são importantes porque permanecer por tempo prolongado nesta fase pode levar ao aumento da intensidade dos sintomas (quase exaustão) e aproximar o docente da exaustão.

Os dados encontrados apontam que os indivíduos na fase de resistência apresentaram sintomas do TMC. O que também é um dado importante. Os docentes têm que lidar com situações que dependendo das características pessoais poderão ser consideradas moderadas ou intensas com relação aos sintomas do estresse. O mais importante é saber lidar com estes sintomas e como, discutido anteriormente, os mecanismos de defesa engendrados individualmente são muito importantes. Entretanto, o ambiente influencia enormemente na maneira/forma como o indivíduo lida com seus desafios.

A AFTL, de modo geral, apresentou uma associação muito forte com os TMC e estresse, sendo fator protetor. Sendo assim, a prática de atividade física no tempo de lazer associou-se inversamente aos TMC e ao surgimento do estresse. Esta associação positiva também foi verificada no estudo de Freitas (2012).

Este estudo identificou que quando relacionado o nível de atividade física (IPAQ), o estresse e TMC, dos positivos para TMC 27,3% foram classificados como sedentários e 28,6% apresentavam estresse na fase de resistência. Isto é, o TMC e estresse foram prevalentes naqueles que foram considerados sedentários em todas as dimensões. Tal resultado também foi encontrado em diversos outros estudos (NAHAS, 2012; CARLOTTO, 2011; SILVA, 2011; CHALFIN, 2011; CRUZ, 2010).

Dos negativos para TMC 38,0% foram classificados como ativo e dos sem estresse 40,2% foram classificados como ativo. Tais percentuais confirmam o efeito positivo da AFTL para evitar o surgimento do TMC e estresse.

CONCLUSÃO

O fenômeno saúde - doença mental apresenta uma complexidade e multiplicidade de fatores que podem estar envolvidos no processo de adoecimento dos indivíduos trabalhadores e devem ser analisados quando o objetivo é investigar como estes inúmeros fatores podem influenciar na sua vida cotidiana e nas suas relações inter e intrapessoais.

As atuais condições de trabalho ou a ausência deste têm levado os trabalhadores a um elevado nível de sintomas/sentimentos que comprometem sua saúde mental e que podem ser considerados patológicos, pois são situações extremas de ansiedade que afetam a saúde de modo geral (FREITAS, 2012).

Devemos entender que os processos psíquicos que ocorrem com os indivíduos de modo geral e com os trabalhadores em especial, sofrem influências dos fatores sociais, econômicos e culturais; além, da percepção individual e pessoal de cada um. Desta

forma, refletir sobre saúde mental requer cautela com os dados encontrados, principalmente devido ao tipo de estudo desenvolvido nesta pesquisa.

De modo geral, a redução do lazer e da vida social e familiar mostra-se diretamente relacionada com a ocupação de docência. O nível de AFTL de professores universitários tende a ser reduzido e irregular o que pode levar ao surgimento de sintomas relacionados ao TMC e estresse. Desta forma, deve-se pensar em estratégias que aumentem a adesão dos docentes em programas de AF que possam acontecer dentro das próprias IES pode se constituir em uma alternativa.

Entretanto, deve-se entender que as questões relacionadas à saúde mental são deveras sutis. Para atingir qualquer meta que pressuponha a adesão de professores deve ser articulada de modo que os professores percebam a importância de tais programas para sua saúde.

Estes dados reforçam a concepção de que há necessidade de infraestrutura adequada como a construção de equipamentos de lazer (como parques, ciclovias e quadras poliesportivas) para que seja garantido o acesso ao lazer para os trabalhadores docentes que legitimem o direito constitucional de acesso ao lazer e a formulação de programas de educação e saúde voltados à mudança de comportamento e a adoção de estilo ativo de vida, com especial atenção para as atividades físicas, o que poderá contribuir para a elevação do nível de atividade física no tempo de lazer na população de trabalhadores docentes.

Este estudo sinaliza a importância de se implementar no âmbito das IES políticas públicas de valorização e do cuidado com a saúde mental da profissão docente e de prevenção dos riscos de adoecimento relacionados ao trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, TM. **Trabalho e Distúrbios Psíquicos em Mulheres Trabalhadoras de Enfermagem**. Tese de Doutorado – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador-BA, 1999.

ARENDRT, H. **Origens do Totalitarismo**. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ÁVILA ASSUNÇÃO, Ada; ANDRADE OLIVEIRA, Dalila. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 107, 2009.

BAUMGARTEN, M. **Conhecimento, Planificação e Sustentabilidade**. In São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação SEADE, v. 16, n.3, jul/set 2002, p 31-41.

BARRETO, Aldecilene Cerqueira; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Influência da atividade física sistematizada no estresse e na fadiga dos trabalhadores do restaurante universitário da Universidade de Brasília. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 23-29, 2012.

BLAGEVITCH, FR **Ética não é produto, mas vende**. Gazeta Mercantil, 08/02/2002.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A, 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

FARAH, Breno Quintella et al. Percepção de estresse: associação com a prática de atividades físicas no lazer e comportamentos sedentários em trabalhadores da indústria. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 27, n. 2, p. 225-234, 2013.

FERREIRA, Raquel Conceição et al. **Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde**. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 135-155, 2015.

FREITAS, D.P.de A. **Atividades de Lazer e Transtornos Mentais em Trabalhadores de Feira De Santana, Bahia**. Dissertação de Mestrado apresentado no Programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.

FREIRE, Lúcia M. de B.. **Saúde do trabalhador e Serviço Social: possibilidades pelo avesso do avesso**. 1998. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

JANSEN, Karen et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

ROSSO, M. **Avaliação: processo de construção do conhecimento ou mais uma ferramenta de exclusão**. Caderno Variedades, p. 4-5. São Paulo, 2002.

SANTOS MESB. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Capítulo 5

AUDITORIA DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA NOS PACIENTES RENAIS-CRÔNICOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Naruna Mesquita Freire¹

RESUMO

A fim de garantir a qualidade dos serviços prestados, instituições de saúde têm-se preocupado em utilizar a auditoria, sendo os registros de enfermagem são alvo de auditoria nas instituições de saúde devido à representação do cuidado prestado ao paciente e ao vínculo com o faturamento dos custos hospitalares. Objetivou-se analisar a produção científica acerca da auditoria na qualidade de assistência de enfermagem em pacientes renais-crônicos em registros de enfermagem disseminada em periódicos brasileiros, no período de 2003-2012, analisando a contribuição destes na melhoria da qualidade da assistência e no desempenho do papel do enfermeiro nessa área. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados Serão utilizados como bases de dados virtuais em saúde: Biblioteca Virtual em saúde (BVS) e Periódicos Capes através das bases de dados Literatura Latina Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO Brasil), Bancos de dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os descritores: auditoria de enfermagem, qualificação, prontuários, hemodiálise, renais-crônicos. Dos 127 artigos encontrados, apenas 07 atenderam aos critérios de inclusão. Observa-se a importância do registro de enfermagem completo e objetivo, nos prontuários dos clientes, pois é através dele que a auditoria controla os gastos financeiros e avalia a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Auditoria de enfermagem, qualificação, prontuários, hemodiálise, renais-crônicos.

ABSTRACT

In order to ensure the quality of services, health institutions have been keen to use the audit, and nursing records are audited in health institutions due to the representation of patient care and the link to the billing of hospital costs. This study aimed to analyze the scientific production about the audit on the quality of nursing care in renal-chronic patients in nursing records disseminated in Brazilian journals in the period from 2003-2012, analyzing their contribution in improving the

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à AVM Faculdade Integrada como exigência parcial à obtenção do título de Especialista Auditoria em Serviços de Enfermagem.

quality of care and performance the nurse's role in this area. This is an integrative review carried out in the databases will be used as virtual databases in health: Health Virtual Library (BVS) and Periodic-Capes through databases American Latin and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) , Scientific Electronic Library Online (SciELO Brazil), Nursing Databases (BDENF). The descriptors were used: audit nursing qualification, records, hemodialysis, renal-chronic. Of the 127 articles found, only 07 met the inclusion criteria. We note the importance of the complete nursing record and objective in customer records, for it is through him that the audit control financial expenses and evaluates the quality of care.

Keywords: Nursing audit, qualifications, records, hemodialysis, renal-chronic.

1 INTRODUÇÃO

O processo de auditoria foi implantado em empresas da Inglaterra no século XII. Apenas no século XVII a prática de auditoria se fixou nas grandes empresas, devido a Revolução Industrial, possuindo continuidade até os dias de hoje (MOTTA, 2003).

No século XX a auditoria foi introduzida na área da saúde com intuito de avaliar a qualidade da assistência através dos prontuários dos pacientes. Atualmente, o serviço de auditoria tem como finalidade coletar dados, buscar as evidências e avaliar se as mesmas estão de acordo com os padrões estabelecidos no que se refere à eficiência, eficácia, qualidade e efetividade (GALANTE, 2005).

Destaca-se que a auditoria de enfermagem possui papel importante na administração de hospitais e operadoras de planos de saúde, pois é capaz de identificar possíveis irregularidades, prevenir e corrigir problemas, resultando, assim, a qualidade no atendimento e redução de gastos (MOTTA, 2003).

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida pela presença de dano renal ou diminuição da função renal por três ou mais meses. O tratamento é proposto de acordo com o estágio da doença do paciente, tais terapias renais substitutivas ofertadas consistem na Diálise Peritoneal (DP), Hemodiálise (HD) e Transplante renal (TX), tais procedimentos são indispensável para a manutenção da vida de um renal crônico (BARETTI, 2005).

Os processos de auditoria podem ser classificados por categoria, tipo, escopo e área de aplicação, mas, independentemente da classificação, todas visam à qualidade

da assistência de enfermagem e à melhoria dos resultados (MOTTA, 2003; GALANTE, 2005).

No trabalho de auditoria os enfermeiros devem possuir conhecimento sobre procedimentos, materiais e medicamentos utilizados, conhecer os contratos firmados, aditivos contratuais e todos os documentos que fazem parte do prontuário do paciente para que, assim, consigam realizar a auditoria com responsabilidade e eficiência (MOTTA, 2003). Deste modo, para a realização da auditoria o enfermeiro possui o direito de acessar os prontuários dos pacientes para avaliar a qualidade dos serviços prestados pela equipe de enfermagem, bem como entrevistá-los para avaliar a satisfação dos mesmos em relação a estes serviços (BRASIL, 2001).

2REFERENCIAL TEORICO

De acordo com a Constituição da República do Brasil promulgada em 1988(3), no seu capítulo da Saúde, artigo 196, assegura que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

O setor saúde veio, durante os últimos anos, passando por profundas mudanças e reordenamento das ações do atendimento. O estabelecimento da universalidade do atendimento público, a definição da política de saúde baseada na economia da oferta, as questões do financiamento da atenção e as dificuldades em estabelecer controles e mecanismos adequados de regulação, determinaram o estilo da gestão do setor (5).

O conceito de auditoria foi proposto por Lambeck em 1956 tendo como premissa a "avaliação da atenção com base na observação direta, no registro e história clínica do cliente". O controle e avaliação pela auditoria, em âmbito nacional, são iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.069, de 19/08/1999. Segundo o Ministério da Defesa, o auditor precisa, primordialmente, de independência em relação ao objeto auditado, a fim de coletar dados consistentes e produzir análises imparciais para a consecução de pareceres objetivos e confiáveis.

A auditoria iniciou sua atuação na área contábil como técnica de controle econômico e de escrituração mercantil. Na área da Saúde, a primeira auditoria foi realizada em 1918, pelo médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, com o objetivo de verificar a qualidade da assistência prestada aos pacientes através de registros em prontuários (KURCGANT, 2009).

Segundo Loverdos 2003, a auditoria pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais; destacam-se entre eles a auditoria médica, que segundo “é a análise, à luz das boas práticas de assistência à saúde e do contrato entre as partes – paciente, médico, hospital e patrocinador do evento – dos procedimentos executados e conferindo os valores cobrados, para garantir que o pagamento seja justo e correto” e a auditoria de enfermagem, conceituada como tratar da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente.

Ambas essas auditorias dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço em saúde definirá o papel do auditor e lembrando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos (MOTTA, 2003).

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, às equipes multiprofissionais, à instituição de saúde e à sociedade. Servem como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação (CRMDF, 2006).

Quando completo, possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao enfermo. A avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas nos diversos formulários. É fundamental, portanto, que estejam concluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados (CRMDF, 2006).

Sendo assim a informação é um requisito essencial para a prestação da assistência, de maneira que os registros clínicos no prontuário é o principal veículo de comunicação

de informações sobre o paciente entre os membros da equipe multiprofissional de saúde(D’Innocenzo, 2010).

Desse modo, os registros, além de serem instrumentos assistenciais que garantem a continuidade do cuidado ao paciente, também agem como suporte administrativo para os setores de faturamento, pois todos os procedimentos e as ações efetuadas geram custos para a instituição de saúde.

Para um bom desempenho do processo de auditoria, deve-se observar a forma como a equipe de enfermagem – especialmente os técnicos de enfermagem – vem realizando os registros dos procedimentos e da assistência prestada na unidade de saúde. Os técnicos de enfermagem desempenham, na rede hospitalar, a maioria dos cuidados prestados aos pacientes, orientados pelas prescrições do médico e do enfermeiro (D’Innocenzo, 2009).

Nesse contexto, as anotações dos técnicos de enfermagem representam uma importante fonte de investigação para a realização de uma auditoria sobre a assistência prestada aos indivíduos hospitalizados. Mas, quando esse procedimento de registrar a assistência de enfermagem se afasta do cumprimento das normalizações éticas legais e dos protocolos institucionais, pode-se gerar um cenário em que há maior probabilidade de informações incompletas, dispersas, descontextualizadas e inadequadas, não refletindo a real assistência prestada (BRASIL, 1986).

Mediante esse contexto, objetivou-se que os registros de enfermagem estão vinculados à grande parte do pagamento de materiais, medicamentos e procedimentos, principais fontes de lucratividade das instituições hospitalares. Assim, o principal meio de assegurar o recebimento do valor gasto é através das corretas anotações de enfermagem. Contudo, registros de enfermagem inconsistentes, ilegíveis e subjetivos sugerem glosas de itens do faturamento das contas hospitalares.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo do tipo Revisão Integrativa da Literatura com abordagem qualitativa e quantitativa que utilizou em seu desenvolvimento análises das informações de forma descritiva. Serão utilizados como bases de dados virtuais em saúde: Biblioteca

Virtual em saúde (BVS) e Periódicos Capes através das bases de dados Literatura Latina Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO Brasil), Bancos de dados de Enfermagem (BDENF).

Sendo utilizada como palavras-chaves para pesquisa: auditoria de enfermagem, qualificação, prontuários, hemodiálise, renais-crônicos. Feito um levantamento de artigos nos períodos Fevereiro a Julho de 2016 no qual foram encontrados em torno de 127 artigos científicos nos anos de 2003 a 2012 e usando métodos de exclusão referenciando as palavras-chaves ficando somente 07 artigos para conclusão desse artigo, foi utilizada uma tabela como check-list no World 2010 para melhor entendimento dos dados obtidos.

4 DISCUSSÕES E RESULTADOS

Os artigos encontrados no período delimitado pelo estudo permitiram a seleção de 07papers, conforme exposto na Figura 1.

FIGURA 1: Características e principais resultados dos estudos examinados. São Luís-MA, Agosto 2016.

Autoria	Fonte	Ano	Resultados
Riolino, Kliukas ¹	LILACS	2003	O enfermeiro auditor de prontuário é um importante membro da equipe e, atualmente, com o reconhecimento de que os registros existentes no prontuário do paciente refletem também a qualidade da assistência prestada, suas ações têm sido cada vez mais valorizadas e requisitadas.
Rodrigues, Perroca, Jericó ²	BDENF	2004	Os resultados mostraram que as anotações realizadas pela equipe de enfermagem nesta instituição de cuidados de saúde têm fornecido informações suficientes e contribuído de forma substancial para um alto percentual de recuperação dos componentes glosados.
Luz, Martins, Dynewicz ³	CAPES	2007	Os problemas mais comuns foram anotações por turno e não por horário, rasuras nas escritas, letra ilegível, não utilização de toda a extensão do impresso, falta de identificação correta dos profissionais, principalmente carimbo e assinatura, falta de checagem, checagem incorreta, anotação incompleta de todos os parâmetros dos sinais vitais, entre outros.
Venturini, Marcon ⁴	LILACS	2008	O resultado deste estudo revela falhas importantes nas anotações de enfermagem, o que evidenciou a necessidade de informações mais completas e que realmente tragam dados sobre os cuidados que foram realizados para e com o paciente.

Vituri, Matsuda ⁵	LILACS	2008	As deficiências mais pronunciadas encontradas nos registros de enfermagem relacionam-se com a frequência dos registros, a correlação dos mesmos com os cuidados prescritos pelo enfermeiro e a relevância do conteúdo registrado
Abdon, Dodi, Vieira, Martinho, Carneiro, Ximenes ⁶	CAPEB	2009	Através da auditoria foi possível identificar pontos frágeis no registro de enfermagem com relação à identificação do cliente, profissional e, principalmente, o registro do exame físico
D’Innocenzo ⁷	SciELO	2009	Os problemas encontrados foram anotações e evoluções de enfermagem indistinta quanto ao conteúdo, ou ainda, semelhante à evolução médica, incluindo condutas e prescrições, como também apresentaram falhas como ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta, bem como falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível.

Os artigos 2-7 apontaram diversos erros nos registros de enfermagem referentes aos aspectos éticos e legais, entre outros, a saber: letra ilegível, rasuras, uso de corretor gráfico, anotações por turno e não por horário, ausência de datas, registros incompletos, identificação incorreta de profissionais, ausência de checagem de medicamentos e procedimentos, que são considerados os elementos responsáveis pelo maior número de glosas relacionadas aos registros de enfermagem que foram identificados por meio de auditoria em prontuários (PIMPAO, 2010).

Em vista desse contexto, os estudos 3-7 em relação aos itens - letra ilegível, rasuras e uso de corretor gráfico - apresentaram resultados que evidenciam falhas nas anotações de enfermagem dos prontuários analisados. Sabe-se que o prontuário é um documento legal em que não se permitem rasuras, uso de corretor gráfico, adesivos ou borracha, no caso de registros equivocados. Para esses casos, deve-se utilizar o termo *digo*, ou *registro incorreto* entre vírgulas (POSSARI, 2005).

No tocante à ilegibilidade, os profissionais da área de enfermagem precisam estar conscientes de que a difícil compreensão dos registros possibilita a interrupção do processo de comunicação com a equipe multiprofissional, e isso pode causar danos à assistência prestada ao paciente e dificultar a defesa profissional em casos de processos

judiciais e de ser motivo de glória por não fornecer informações necessárias sobre o tratamento realizado.

Diante dessa realidade, é importante mencionar que o registro da data e do horário em ordem cronológica dos atendimentos prestados é fundamental para a continuidade do cuidado e o acompanhamento do quadro patológico do paciente. Para a auditoria, a ausência desse tipo de registro pode significar a não realização de um procedimento e prejudicar financeiramente a instituição onde o paciente foi assistido, a qual pode não receber pelo procedimento realizado. Desse modo, a carência de relato do horário de início e término, por exemplo, da oxigenoterapia, da nebulização e da utilização da bomba de infusão, na evolução de enfermagem, foi um dos fatores que incidiram em glórias nas instituições investigadas (FERREIRA, 2009).

Foi possível perceber que os profissionais de enfermagem não valorizam os registros como um instrumento de comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde, pois estes não se detêm a registrar informações imprescindíveis para o cuidado como sinais, sintomas e exame físico dos pacientes sob sua responsabilidade. No entanto, a comunicação escrita, na forma de anotações de enfermagem, é essencial para a assistência, uma vez que a prática do cuidado gera inúmeras informações que não devem ser perdidas, mas sim registradas (VITURI, 2008).

Segundo Luz 2010, reafirma a importância dos registros completos de enfermagem, o Artigo 41 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que seja responsabilidade e dever do profissional de enfermagem prestar informações escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência. Os artigos apresentaram dados que comprovaram incoerência entre a prescrição e a evolução de enfermagem, de maneira que os registros dos cuidados de enfermagem prestados não estavam relacionados com o que o enfermeiro prescreveu para o atendimento das necessidades do paciente, ou ainda, não correspondiam ao quadro e à patologia do paciente. Observou-se, ainda, que algumas evoluções, condutas e prescrições de enfermagem eram semelhantes às do registro dos médicos.

Diante desse contexto, todas as falhas mencionadas anteriormente e que foram encontradas, nos registros de enfermagem, e analisadas, por meio de auditoria em

prontuários, caracterizaram a falta de justificativa da quantidade de material utilizado ou de procedimentos realizados na prestação do cuidado. Isso pode promover gastos e elevar, de forma expressiva, as despesas da instituição. Logo, as instituições de saúde tentam recuperar seus prejuízos elaborando recursos de gastos embasados em justificativas dos profissionais envolvidos no cuidado (SETZ, 2009).

As pesquisas 1-2 provaram, ainda, que depois da análise das justificativas dos recursos de gastos em que as instituições hospitalares se basearam para reaver seus gastos, as anotações realizadas pelas equipes de enfermagem forneceram informações suficientes e contribuíram, de forma substancial, para um alto percentual de recuperação dos componentes glosados.

Constata-se, então, que os registros de enfermagem influenciam diretamente no controle da economia hospitalar, evidenciando a importância do registro de informações completas e objetivas, pois é através delas que a auditoria controla os gastos financeiros, além de avaliar a qualidade da assistência.

5 CONCLUSÃO

O processo de auditoria se mostrou como uma metodologia que favorece a identificação de forma precisa e ágil sobre os registros de enfermagem fundamentados nas normas institucionais e nos aspectos ético-legais da profissão. Ressalte-se que a auditoria, por ser pontual e sistemática, pode identificar lacunas a serem trabalhadas por meio de um processo educativo permanente, visando à excelência do cuidado de enfermagem. É fundamental o diálogo entre a gerência da unidade e a equipe de enfermagem na elaboração de estratégias de resolução das discrepâncias e problemas observados e de políticas institucionais de incentivos à capacitação profissional.

Com este estudo ratifica-se a importância do prontuário do paciente como instrumento fundamental para a pesquisa científica, daí a necessidade de seu preenchimento completo e adequadamente, bem como para a avaliação da atuação dos profissionais e da qualidade da atenção prestada.

Diante do exposto, constatou-se que os principais erros encontrados nos registros de enfermagem, segundo os artigos analisados, foram: letra ilegível, rasuras, uso de

corretor gráfico e anotações por turno, razão porque não foi possível identificar o horário dos registros e as datas. Além disso, observaram-se registros incompletos e incoerentes quanto à prescrição de enfermagem, identificação incorreta de profissionais (faltado número do COREN, carimbo ou assinatura), ausência de checagem de medicamentos e procedimentos dos profissionais de enfermagem.

A pesquisa salienta que as falhas nos registros de enfermagem acarretam graves consequências de ordem assistencial, administrativa e financeira. O serviço de auditoria, dessa forma, está associado ao controle das organizações com vistas a reduzir as perdas financeiras e a melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário. Quando se trata da qualidade na forma de agir dos profissionais, é comum encontrar usuários insatisfeitos. No entanto, para se obter a qualidade desejável deve-se destacar que a excelência, além de outros fatores, registros estão corretos, devidamente preenchidos e coerentes com a assistência oferecida.

Conclui-se que os registros não retratam inteiramente a condição do paciente e, por essa razão, reflete diretamente no estabelecimento de metas e objetivos relacionado às prescrições de enfermagem e, conseqüentemente, repercute na realização de uma assistência qualificada e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreti P, Montelli AC, Cunha ML, Caramori JCT. **Atualização em diálise: tratamento atual das peritonites em diálise peritoneal ambulatorial contínua.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo 2005mar.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Diário Oficial da União; 26 jun. 1986.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução no 191, de 31 maio de 1996: dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1996. [citado em 26 jan 2012] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4250>.

Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático.** Brasília: CRMDF; 2006.

D’Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. **Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010.

Ferreira TS, Braga LS. **Auditoria em enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares.** Rev arquichán. 2009;

GALANTE A. C. **Auditoria hospitalar do serviço de enfermagem.** Goiânia: AB, 2005.

Kurcgant P. **Administração em Enfermagem.** São Paulo: EPU; 2009

Loverdos A. **Auditoria e análise de contas médico-hospitalares.** 3ª edição. São Paulo: Editora STS; 2003.

Luz A, Martins AP, Dyniewicz AM. **Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria.** Rev Eletrônica Enferm. 2007;

Motta, A. L. C. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde.** São Paulo: Ilátria, 2003.

Motta, A. L. C.. **Auditoria de enfermagem no processocredenciamento.** 1ª ed. São Paulo: Ilátria; 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Pimpao FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. **Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência e enfermagem.** Rev enferm UERJ. 2010;

Possari JF. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem.** São Paulo: Ilátria; 2005.

Riolino NA, Kliukas GBV. **Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora.** Nursing (São Paulo). 2003;

Setz VG, D’Innocenzo M. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria.** Acta Paul Enferm. 2009;

Vituri, DW, Matsuda LM. **Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo.** Online Braz J Nurs. 2008;

Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. **Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem.** Arq. Ciênc. Saúde. 2004

Venturini DA, Marcon SS. **Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola.** Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008

Abdon JB, Dodt RCM, Vieira DP, Martinho NJ, Carneiro EP, Ximenes LB. **Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil.** Rev RENE. 2009

Capítulo 6

ESTRATÉGIAS DE ENSINO NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: ENTRE O TRADICIONAL E O INOVADOR

Francisco Leonardo Araújo Félix¹
João Paulo Xavier Silva²
Vinícius Rodrigues de Oliveira³
Irene Custodia da Silva⁴

Resumo

No decorrer da história, observa-se que o processo de ensino e aprendizagem veio modificando seus formatos afim de atender às necessidades sociais de cada época, ou seja, adaptou-se as cobranças que cada época histórica exigia. Nesse contexto também se situa o ensino da enfermagem ao longo dos tempos. Nessa pesquisa objetivou-se compreender as concepções dos discentes sobre as estratégias/metodologias de ensino utilizadas no curso de graduação em enfermagem. Caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, do tipo exploratória com abordagem qualitativa. Desenvolveu-se no período de abril a junho de 2018, na Universidade Regional do Cariri, Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira, cidade de Iguatu. Participaram 20 alunos do curso de enfermagem da instituição supracitada. Para coleta de dados utilizou-se o roteiro de entrevista semiestruturada, a análise dos dados esteve fundamentada na análise categorial temática. Salienta-se que o estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob número de parecer 2.626.603. Em relação ao perfil, 45% dos participantes dessa pesquisa pertenciam ao sexo masculino e 55% ao sexo feminino. Com relação à faixa etária, os mesmos se encontravam entre 18 e 27 anos, com a média de 22 anos e estavam cursando entre o 3º e 6º semestre. Os núcleos centrais apontados pela análise evidenciaram três categorias principais, denominadas: Entendimento dos discentes sobre metodologias de ensino; O uso das metodologias tradicionais como mediadoras do ensino; e Metodologias ativas como mediadoras do processo ensino-aprendizagem. Genericamente, observou-se que a proposição de um método misto, que apresenta possibilidade de unir as metodologias tradicionais e ativas potencializariam o ensino na ótica dos discentes.

Palavras Chave: Enfermagem. Processo Ensino-Aprendizagem. Metodologias de Ensino.

Introdução

No decorrer da história, observa-se que o processo de ensino e aprendizagem veio modificando seus formatos a fim de atender às necessidades sociais de cada época, ou seja, adaptou-se as cobranças que cada época histórica exigia. Esse fato possibilitou sua evolução e desenvolveu a possibilidade de novas perspectivas antes não abordadas.

¹ Enfermeiro pela Universidade Regional do Cariri.

² Enfermeiro. Professor na Universidade Regional do Cariri. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde (PPCLIS-UECE).

³ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

Nesse contexto também se situa o ensino da enfermagem, que tem progredido expressivamente de Florence Nightingale até a contemporaneidade, sempre aberto para inovar e adaptar-se as situações. (CARRIJO, 2012; PINTO et al., 2016).

No Brasil, os cursos de graduação em enfermagem são regidos fundamentalmente pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Tais diretrizes apresentam aspectos que devem ser considerados na formação do profissional enfermeiro. Dentre estes, estão: a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Fundamenta-se a necessidade de uma boa qualificação para o exercício profissional da enfermagem com base no rigor científico, intelectual e pautado em princípios éticos, habilitando o enfermeiro para a capacidade de conhecer e intervir sobre as mais diversas situações (BRASIL, 2001).

Para que o desenvolvimento profissional do enfermeiro seja alcançado, faz-se necessário aprofundar-se no que diz respeito ao modelo educacional voltado à produção do conhecimento e sua forma de aplicação. Em um primeiro momento, o autor afirma que devem ser repensadas as metodologias de ensino e suas inovações para posteriormente analisar quais estratégias são mais eficazes no ensino superior de enfermagem (BURGATTI et al., 2013).

Dentre as principais estratégias de ensino na graduação, a pedagogia tradicional tem o foco centrado no professor, sendo visto como a autoridade máxima na sala de aula, enquanto o aluno é um mero espectador e/ou receptor de informações, servindo apenas como objeto de depósito de conhecimento. Essa é uma visão que revela o modelo bancário de ensino. Hoje se reconhece que este modelo é deficiente no que condiz a formar profissionais capacitados e resolutivos frente as diversas situações do mundo real (XAVIER et al., 2014).

Em contrapartida a esse modelo, Freire (1996) defende que ensinar é criar possibilidades, não apenas depositar conhecimentos. Indicando dessa forma que o processo ensino não depende exclusivamente do professor, assim como aprendizagem não é algo apenas de aluno, as duas atividades se explicam e se complementam em um processo aqui denominado processo ensino-aprendizagem. Este processo carece de uma profícua integração entre professor e aluno em uma relação dialógica, compreensiva e construtivista.

A partir dessas considerações, entende-se que os métodos de ensino devem ser repensados para alcançar tais proposições. As chamadas metodologias ativas, tiveram sua criação desde o final do século XIX até as primeiras décadas do século XX, prezando fundamentos autonômicos em relação à complexidade do fenômeno educacional (ARAÚJO, 2015).

A partir das metodologias ativas, é reconhecida uma nova possibilidade educacional, uma vez que favorecem o desenvolvimento crítico que o profissional utilizará nas mais diversas áreas, favorecendo a autonomia, despertando a curiosidade, estimulando a tomada de decisões individuais e coletivas, advindas das dimensões profissional e acadêmica. Dentre umas das metodologias ativas utilizadas está a problematização, que tem como objetivo instigar o estudante mediante problemas, pois assim ele tem a possibilidade de examinar, refletir, posicionar-se de forma crítica (BORGES; ALENCAR, 2014).

Ainda para os autores supracitados, no contexto das metodologias ativas se observa a abrangência e amplitude em que elas podem ser trabalhadas no ensino superior. Nesse ínterim, se apresentam como um método de desafio tanto para o educador quanto para o educando, os instigando a despertar seu pensamento crítico-reflexivo. Assim, docente e discente podem trilhar um caminho cooperativo e significativo na construção de conhecimento.

Quando se fala sobre ensino na saúde, deve-se reconhecer a importância de uma formação qualificada do futuro profissional, principalmente do enfermeiro considerando que este deverá lidar rotineiramente com diversas situações que pedem uma resolução eficaz e rápida. Além disto, o profissional enfermeiro deverá refletir e questionar acerca de situações que necessitam de intervenções complexas, não se tornando apenas mais um profissional tecnicista no mercado, mas um sujeito que realmente pode ser resolutivo e agregador junto a equipe multiprofissional. Para isso, em sua formação, deve ser desenvolvido o raciocínio crítico por meio de abordagens ativas do processo ensino-aprendizagem (GUBERT; PRADO, 2011).

O período de formação acadêmica é o cenário potencial para prepará-lo a lidar com estas situações. Considerar o uso de metodologias ativas em sua formação é reconhecer que juntos, professor e estudante, constroem o conhecimento. Isso demanda

de ambos questionamentos e reflexões favoráveis a um aprendizado compartilhado para enfrentar situações que exigem o máximo de pensamento crítico-reflexivo, fundamental no campo da atuação em saúde.

Neste sentido, revela-se como fundamental a investigação acerca das estratégias educacionais utilizadas na graduação em enfermagem, visando analisar os métodos tradicionais e inovadores no processo ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, as questões norteadoras desse estudo são: Quais as principais metodologias de ensino utilizadas no curso de graduação em enfermagem? Qual a percepção dos discentes do curso de enfermagem, acerca das metodologias ativas? De que forma o uso de metodologias ativas contribui na formação crítico-reflexiva do profissional enfermeiro?

Dessa forma objetiva-se por meio desse estudo compreender as concepções dos discentes sobre as estratégias/metodologias de ensino utilizadas no curso de graduação em enfermagem.

Método

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, do tipo exploratória com abordagem qualitativa. Na pesquisa descritiva o pesquisador registra e descreve os fatos observados sem interferi-los. Expõe as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Faz uso de técnicas padronizadas para a coleta de dados, como por exemplo a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O estudo qualitativo se caracteriza em ter o ambiente como fonte direta dos dados, assim o pesquisador mantém o contato direto com o ambiente e o objeto do estudo necessitando de um trabalho de campo mais intensivo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A coleta de dados desenvolveu-se nos meses de abril a junho de 2018, na Universidade Regional do Cariri, Campus Multi-Institucional Humberto Teixeira, localizada na zona urbana do município de Iguatu-Ce. Este é um município localizado no Centro-Sul do Estado do Ceará. Possui uma extensão territorial de 1.029.214 km², densidade demográfica

de 93,76 habitantes /Km², e apresentou uma estimativa populacional para 2017, de 102.614 habitantes (IBGE, 2017).

Os participantes do estudo foram os alunos do curso de enfermagem da referida instituição. Como critérios de inclusão: estudantes acima de 18 anos, compreendidos do terceiro ao oitavo semestre da graduação, em estado regular no curso.

A amostragem neste estudo foi do tipo não-probabilística por acessibilidade. Segundo Provanov e Freitas (2013), amostras por acessibilidade ou por conveniência são destituídas de rigor estatístico, assim o pesquisador seleciona os elementos que tem acesso, possibilitando que esses representam todo o conjunto da pesquisa.

Para o dimensionamento da quantidade de participantes, foi seguido o critério da saturação teórica. Segundo Minayo (2014), a saturação teórica ocorre quando percebe-se que atingiu uma compreensão da lógica interna do grupo pesquisado e adicionar participantes não agregaria de forma contributiva para obtenção de novos dados.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, o roteiro da entrevista semiestruturada previamente elaborada com questões abertas, que abordaram aspectos relacionados as metodologias e estratégias de ensino existentes no curso de graduação em enfermagem, possibilitando identificar a opinião dos discentes acerca desses elementos.

Na entrevista semiestruturada o pesquisador organiza um conjunto de questões, ou seja, a elaboração de um roteiro sobre o tema que está sendo estudado. Dessa forma, permite que o entrevistado fale livremente sobre o tema a ser explanado para que assim possa obter uma nova percepção dos dados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

À luz das considerações de Minayo (2014), foi realizado a aplicação de um pré-teste para avaliação do roteiro da entrevista. No pré-teste foram feitas entrevistas com interlocutores-chave no intuito de tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem abordados nas entrevistas posteriores. Após o pré-teste, a entrevista ocorreu mediante anotações, registro dos depoimentos por meio de utilização de equipamento eletrônico para, posteriormente, ausculta e transcrição das falas.

A técnica de análise adotada neste estudo foi a Análise Categorical Temática. De acordo com Minayo (2014), divide-se em três fases inter relacionadas, sendo a primeira a

fase de pré-análise, a segunda se dá pela exploração do material e a última etapa sendo o tratamento dos resultados.

Essa pesquisa garantiu o sigilo e o direito de recusa do participante ou sua desistência em qualquer momento de qualquer etapa do estudo, sem constituir nenhum tipo de prejuízo ao entrevistado e/ou a terceiros, seguindo, dentre outros, a resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS).

Esta resolução define como indispensável a função de fatores de caráter ético, na realização de pesquisas que envolvam seres humanos. Assim, foram atendidos os princípios fundamentais da bioética: justiça, não-maleficência, beneficência e autonomia (BRASIL, 2012). Para participar da pesquisa, os estudantes foram informados quanto a temática, objetivos e o caráter voluntário, firmando assinatura pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O anonimato dos participantes desta pesquisa foi garantido através da atribuição de expressões alfanuméricas (Est1, Est2, Est3...) seguida de uma numeração crescente de 01 ao 20, durante a apresentação dos resultados.

Este trabalho foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através do sistema Plataforma Brasil para apreciação e teve sua conduta aprovada pelo parecer número 2.626.603, sendo assim este se encontra dentro de todos os requisitos éticos e legais exigidos.

Resultados e Discussão

Inicialmente, fez-se necessária a caracterização dos sujeitos, no intuito de conhecer o perfil dos participantes desta pesquisa. Sequencialmente, os dados foram reunidos e organizados em categorias, a fim de facilitar a compreensão do leitor, seguindo-se a estratégia analítica proposta. As categorias que emergiram no processo analítico foram: Entendimento dos discentes sobre metodologia de ensino; O uso das metodologias tradicionais como mediadora do ensino; As metodologias ativas como mediadoras do processo ensino-aprendizagem.

A pesquisa foi realizada com 20 estudantes do curso de enfermagem da Universidade Regional do Cariri – Unidade Descentralizada de Iguatu, identificando-se as variáveis referentes ao sexo, idade e semestre.

Quanto ao sexo, 45% dos participantes dessa pesquisa pertenciam ao sexo masculino e 55% ao sexo feminino. Com relação à faixa etária, os mesmos se encontravam entre 18 e 27 anos, com a média de 22 anos e estavam cursando entre o 3º e 6º semestre.

Entendimento dos discentes sobre metodologia de ensino

Essa categoria evidenciou o entendimento dos discentes acerca das metodologias de ensino, abrangendo assim um dos objetivos específicos proposto para este trabalho, no qual foi identificar as metodologias adotadas para o processo ensino-aprendizagem no curso de graduação em enfermagem.

Para a grande maioria dos entrevistados, o entendimento de metodologia de ensino prende-se principalmente ao modo que o professor ira utilizar para “repassar” o conhecimento, como retratado nas falas dos próprios entrevistados.

Bom metodologia de ensino pra mim, é tudo aquilo que as pessoas utilizam para repassar os seus conhecimentos (Est. 2).

Em relação a metodologia de ensino, eu entendo que seja qualquer método que o professor usa pra poder passar algum conhecimento pro aluno (Est. 5).

Metodologias de ensino é quando determinados professores utilizam suas técnicas, o que aprendeu e a forma como ele passa pro aluno, entendeu, enfim o que ele aprende e repassa, o modo que ele vai repassar para o aluno o seu conhecimento.(Est. 7)

Percebe-se que o ponto que é mais abordado nas falas dos estudantes é o modo como o professor vai transmitir o seu conhecimento, o seu conteúdo, assim já pode-se perceber a amplitude que possui o significado desse processo, em procurar métodos para o ensino que proponham um caráter de troca e construção coletiva do saber.

O entendimento dos procedimentos de ensino tem tanta importância quanto os próprios conteúdos de aprendizagem. Desse modo, as técnicas de ensino tradicional passam a ser do alvo de teóricos, não só da área da educação, mas de toda a comunidade intelectual que busca identificar deficiências e propor novas metodologias de ensino-aprendizagem (PAIVA et al., 2016).

O aluno não deve mais ser visto como um ser passivo, e sim como alguém que deve ser estimulado o conhecimento por meio da avaliação da informação disponível, sendo o professor o responsável pela orientação adequada, pelo acompanhamento e pelo estímulo constante pelo aprendizado de qualidade, mas não monopolizando essa ideia em um sistema unidirecional (LIMBERGER, 2013).

Há um grande leque de possibilidades metodologias para o ensino, visto que cada professor possui uma personalidade e um caminho que se sente melhor em seguir, assim como foi percorrido por alguns estudantes nas entrevistas.

Normalmente são os alunos sentados, o professor na frente falando sobre a aula, as vezes usam o pincel e o quadro, outras vezes não, outros só conversam e muitas vezes também não se preocupam se o aluno ta aprendendo, se o aluno ta se interessando (Est. 12).

Tipo tem professor que utiliza muito slide, já tem outros que não utilizam slides, o próprio quadro branco pra escrever, tem alguns que instigam muito do aluno, tentam saber, aprofundar, perguntam muito aos alunos também e isso pra ele saber mais ainda sobre o conhecimento dos alunos e se aprofundar mais ainda na matéria (Est. 7).

Nota-se que muitos dos professores ainda se utilizam dos métodos mais clássicos de aprendizagem unidirecional, onde o professor se torna a fonte do saber e o aluno o receptáculo. Pensa-se que se houvesse uma maior integração a outros métodos de ensino poder-se-iam obter maiores resultados de aprendizagem.

Os holofotes estão voltados para as transformações da sociedade e a necessidade de inovar as tradicionais formas de ensinar, aprimorando constantemente as práticas e os saberes docentes (VAILLANT; MARCELO, 2012).

Diante dessas considerações o processo de ensino-aprendizagem trata-se da construção e não somente de mera transferência de conhecimentos por informações. Trata-se não de um grupo de pessoas sentadas, predispostas a ouvir, enquanto há outro detentor do conhecimento, com a tarefa de repassar as informações para atender as expectativas destes indivíduos (WINKLER et al., 2012).

Em complemento ao que foi discutido anteriormente, outros estudantes discorrem sob questões que são visualizadas diretamente em sala de aula que limitam a eficiência da aprendizagem dos mesmos, como visualiza-se nas falas a seguir.

[...] porque muitas vezes o professor só repassa o conteúdo e não se interessa de saber se seus alunos estão compreendendo, as vezes ele pergunta e os alunos falam que sim, mas as

vezes não entende e também em relação a outras formas de explicar, os alunos vão aprender melhor (Est. 19).

[...] eu falei agora com uma menina e ela disse que estava quase dormindo, porque o conteúdo em si tava um pouco cansativo, e às vezes falta um pouco de uma metodologia mais dinâmica pra aplicar esses assuntos pra os alunos (Est. 11).

A melhoria da dinâmica no ensino poderia de certa forma motivar a concentração, como visto no relato da entrevista acima, conteúdos extensos se tornam cansativos quando não aplicados de maneira eficiente. Assim se torna menos proveitoso e por consequência o conhecimento torna-se deficiente.

O grande desafio deste século é a busca crescente por metodologias que sejam inovadoras e possibilitem uma prática pedagógica que supere os limites dos métodos técnicos e tradicionais, efetivando uma formação de um sujeito ético, crítico-reflexivo, transformador e humanizado (GEMIGNANI, 2012).

Desta forma, é visualizado que os estudantes compreendem as metodologias de ensino como uma maneira dinâmica de ensino, que busque facilitar e proporcionar a melhor maneira de aprendizado, porém se deparam muitas vezes com aulas que se mostram cansativas, repetitivas e longas, apresentando em suas falas um contexto de insatisfação com o modelo de ensino atual. Isso é um fator importante ao refletirmos acerca das metodologias de ensino que estão sendo utilizadas e de que modo poderíamos torná-las mais atrativas e eficientes.

O uso das metodologias tradicionais como mediadoras do ensino

Esta categoria demonstra o entendimento do ponto de vista dos estudantes que possuem mais facilidade em aprender quando utilizado o método tradicional de ensino.

Os resultados aqui apresentados voltam-se para a percepção dos discentes do curso de enfermagem acerca das metodologias utilizadas na graduação e discutir as relações entre métodos tradicionais e inovadores no processo educacional da formação em enfermagem.

Percebeu-se que uma parcela dos discentes afirmaram preferir o método tradicional para o ensino, por questões de concentração e interação. As falas a seguir apontam esse contexto:

[...] eu considero a metodologia escrita pelo quadro, por que não fica aquela coisa bem repetitiva. As vezes o professor fica dando aula do slide e fica falando, e falando e você não entende nada. (Est. 2)

Os slides hoje vieram pra facilitar, mas eu ainda prefiro a leitura de livros, quando você fica tempo demais olhando slide, da aquele cansaço na vista, dá uma dor de cabeça, e no livro você vai lendo no seu ritmo, no seu tom, a claridade boa, então fica melhor. (Est. 6)

[...] aquela forma antigo do professor escrever na lousa e o aluno copiar no caderno, ele é bem mais didático, pois ele vai fixar aquilo na mente do aluno e ajudar na memorização, diferente do slide que o aluno muitas vezes nem copia o que eu tem no slide e o professor passa e isso ai ficou pra tras e o aluno nem se lembra, eu acho que isso vai demorar mais porque o aluno vai voltar o slide e no caderno não, o caderno e bem mais fácil, bem mais prático. (Est. 14)

A questão é que não podemos nos limitar a achar que só pelo fato de estar inovando, utilizando algo diferente, isso já é o suficiente para o ensino. Essas ideias não são universos separados, mas um espaço estendido e amplo, uma sala de aula melhorada, que se mescla, hibridiza constantemente (MORÁN, 2015).

Sabendo da deficiência que possuía o modelo tradicional Freire (1996), explanou que a ideia de que o professor deve transmitir conhecimentos ao aluno e o mesmo deve memorizá-los, internalizá-los e repeti-los mecanicamente é chamada “modelo bancário”, pois desse modo o ensino se torna insuficiente, preso, do mesmo modo que se deposita dinheiro no banco, o professor deposita os conhecimentos nos alunos e estes devem absorver.

O ensino tradicional em sala de aula, embora bem comum, está longe de ser o melhor, pois o mesmo possui muitas lacunas a se preencher, onde o ponto que mais deixa a desejar é na questão do retorno das informações, o aluno fica preso a um ciclo de ouvir, memorizar e repetir. O método tradicional precisa se reinventar, a fim de buscar corrigir suas falhas e propiciar não somente o conhecimento, mas a troca de experiências (TREVELIN; PEREIRA; NETO, 2013).

Talvez o ponto chave dessas opiniões, seja a questão de manter o foco do aluno, o uso ineficiente das tecnologias, tais como o slide, pode tornar o aprendizado cansativo, desse modo o meio tradicional, que é implementado desde o início do ensino até as fases mais avançadas dele, torna-se menos cansativa, pois os alunos já estão de certa forma habituados com essa realidade e se sentem mais confortáveis em apenas observar.

Metodologias ativas como mediadoras do processo ensino-aprendizagem

Nessa categoria, retrata-se o entendimento do ponto de vista dos estudantes que possuem mais facilidade em aprender quando utilizadas metodologias ativas de ensino. Além de elucidar aspectos de como elas podem influenciar na sua formação como profissional. Dessa maneira, apontam para uma relação sinérgica entre métodos tradicionais e inovadores no processo educacional da formação em enfermagem.

Quando foram indagados sobre qual metodologia lhes favorecia mais a aprendizagem, grande maioria respondeu que um método mais dinâmico, que envolva a sala facilite bastante o aprender sob as perspectivas tradicionais e ativas.

Eu acredito que a metodologia que o professor envolve mais a sala, onde ele estimula a gente a pensar, estimula a gente a participar, faz perguntas, dá problemas em que a gente tenta solucionar, eu acredito que fica muito mais compreensivo do que só repasse de informações por slide onde ele só joga a informação e cada um entende por si (Est. 3).

No meu caso as bibliográficas são um pouco piores pra mim aprender porque eu não me predo muito nessas leituras e tudo, eu leio mas não muito, a metodologias ativas, elas chamam mais minha atenção (Est. 18).

A interação entre professor e aluno possibilita a vasta gama de possibilidades para o aprendizado, desse modo esse método irá agir como facilitador do conhecimento. Portanto para promover a aprendizagem significativa, exige-se uma metodologia de ensino capaz de envolver o aluno enquanto protagonista de sua aprendizagem, que possa desenvolver o seu senso crítico diante do que é aprendido, bem como conseguir relacionar esses conhecimentos ao mundo real. Processo esse possibilitado pelas metodologias ativas de aprendizagem. (PINTO et al., 2012).

A utilização das metodologias ativas pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, originado das atividades das práticas sociais e no contexto de estudante (BORGES; ALENCAR, 2014).

Notou-se que os estudantes entendiam a importância das metodologias ativas na sua formação, pelos indagamentos e a visão que eles tinham das mesmas, bem expressas em seus relatos.

[...] ser mais desinibida, em questão de saber falar, ter outras opiniões, saber ouvir melhor. Eu vou me tornar um profissional que vai saber ouvir outras opiniões, saber expor também e falar melhor (Est. 15).

A questão desse pensamento crítico, algumas metodologias puxam muito isso do discente, então, é importante pra uma formação crítica, ta formando profissionais que não sejam profissionais somente dessa área, eles possam ter um raciocínio crítico em relação as demais áreas [...]. (Est. 17).

É isso, agregar conhecimento, é se você me fala uma experiência eu você teve, se for uma experiência ruim eu vou, eu jamais irei fazer isso (Est. 8).

Foi demonstrado pelas entrevistas acima que quando é possibilitado ao aluno a capacidade de questionar, de desenvolver seu lado crítico, há a possibilidade direta deste fato influenciar diretamente na vida não só acadêmica, como também profissional.

As metodologias precisam acompanhar os objetivos pretendidos, pois ao querer que o aluno seja proativo, tem-se a necessidade de se adotar metodologias que os envolvam em atividades cada vez mais complexas, estimule tomada de decisão e avaliação dos resultados. Se queremos que sejam criativos, eles precisam experimentar inúmeras novas possibilidades de mostrar sua iniciativa (MORÁN, 2015).

Alguns autores dispõem sobre as necessidades de transformações no modelo de educação em enfermagem, assim tornando-se um paradigma educacional que contribui para obter-se profissionais críticos, reflexivos e que sejam capazes de propor mudanças e soluções para os problemas vivenciados em sua prática profissional, características essenciais para um bom enfermeiro (PAIM; ROCHA; BRADALIZE, 2015).

Diante de tais considerações, enfatiza-se que as DCNs possuem em sua proposta para o curso de enfermagem, os elementos básicos que um bom profissional de enfermagem deve possuir, tais como ética, boa interação interpessoal, liderança, pensamento crítico e resolutivo, como também aberto a sempre buscar soluções para as questões possam e viram a surgir em sua vida profissional (BRASIL, 2001).

Desse modo, as metodologias ativas não somente possibilitam diversas formas de ensinar e aprender, como também elevam o nível de automotivação, estimulam tanto professor como aluno a buscar o melhor de si mesmo, utilizando-se do senso crítico pra buscar soluções cabíveis as adversidades que possam vir a encontrar, tanto na graduação, como também na vida profissional, desse modo há a criação de um profissional mais resolutivo, mais abrangente e mais eficiente..

Considerações Finais

Durante a pesquisa observou-se diversas compreensões acerca das metodologias de ensino e sua efetividade no curso de enfermagem. Eles abordaram os principais pontos no que condiz os métodos de ensino e perceberam que uma das principais dificuldades está no fato de muitas vezes o professor não dar abertura para que o aluno se expresse, questione, desenvolva seu senso crítico.

Pode-se perceber que o método tradicional ainda está preso as suas raízes de ensino unidirecional, onde o professor se torna o ponto de acesso ao conhecimento e o aluno o banco de dados onde será depositado o conteúdo. Nessa limitação, o aluno é impedido de demonstrar todo o seu potencial, no que condiz despertar seu senso crítico e ético.

Outro ponto bem notório foi que muitos alunos afirmam melhor aprendizado com utilização do método tradicional, sendo que usam como argumento o fato de terem um ponto no qual se concentrar, nesse caso o professor, assim podem manter o foco, fazer anotações, pontos que em outras metodologias pode ser dificultado para esses alunos.

No que diz respeito as metodologias ativas, estas ainda são a preferência da maioria dos entrevistados, visto que ela possibilita ao discente explorar o máximo de si mesmo. As metodologias ativas revolucionam áreas que o método tradicional sozinho não conseguia alcançar. A gama de possibilidades propiciada por este método faz com que se consiga adaptar o processo ensino aprendizagem em todas as áreas do conhecimento e sua aplicabilidade prática.

Porém, nem todos tem facilidade de aprendizado com as metodologias ativas, é nesse momento que foram sugeridas possíveis soluções para a questão, tais como tornar a metodologia tradicional mais dinâmica, mais interativa com os alunos, onde os mesmos possam participar da aula, trocar conhecimentos, fazer indagações, promovendo um fluxo contínuo de conhecimento.

Outra possibilidade apontada foi a utilização das metodologias ativas em todos os níveis de ensino, não somente na graduação, como também em todas as disciplinas, assim o aluno estaria em contato com essas estratégias desde sua formação anterior e já viria a trabalhar seu senso crítico desde cedo.

Genericamente, observou-se que a proposição de um método misto, que apresenta possibilidade de unir as metodologias tradicionais e ativas potencializariam o ensino na ótica dos discentes. Urge a necessidade de ressignificar as estratégias do processo ensino aprendizagem de modo a despertar o senso crítico do discente, o desafiando a melhorar cada vez mais e sempre buscar inovações e contextualizações teórico-práticas.

Referências

ARAÚJO, J. C. S. Fundamentos Da Metodologia de Ensino Ativa (1890-1931). **37ª Reunião Nacional da ANPEd**. UFSC – Florianópolis, 04 a 08 de outubro de 2015. Disponível em:<<http://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-gt02-4216.pdf>>

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. Jul/Ago de 2014, Ano 03, nº 04, p. 119-143.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Estabelece os critérios sobre pesquisas com seres humanos. Bioética. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2012 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3**, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 7 de Novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>

BURGATTI, J. C.; LEONELLO, V. M.; BRACIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. de C. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** V. 66, N. 02, P. 182-186, Brasília, mar/abr de 2013.

CARRIJO, A. R. Ensino de história da enfermagem: formação inicial e identidade profissional. **Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem**. São Paulo, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. Ed. 25. Editora Paz e Terra. São Paulo, setembro de 1996.

GEMIGNANI, E. Y. M. Y.; Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Revista Fronteira das Educação [online]**, Recife, v. 1, n. 2, 2012. ISSN: 2237-9703.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. (Série Educação a Distância).

GUBERT, E.; PRADO, M. L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V. 13, N. 02, P. 285-95, abr/jun 2011.

LIMBERGER, J. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. **Scielo Saúde Pública**. São Paulo, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

MORAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens. Vol. II, **PROEX/UEPG**, 2015.

PAIM, A. S. I.; ROCHA, N. T.; BRADALIZE, D. L. Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**. Janeiro. 2015.

PAIVA, M. R. F.; PARENTE, J. R. F.; BRANDÃO, I. R.; QUEIROZ, A. H. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral. V. 15, N. 02, P. 145-153, jun/dez, 2016.

PINTO, A. A. M.; MARIN, M. J. S.; TONHOM, S. F. da R. FERREIRA, M. de L. da S. M. F. Métodos de ensino na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Atas CIAIQ2016, Investigação Qualitativa em Educação**. Vol. 1. 2016.

PINTO, A. S. da S.; BUENO, M. R. P.; SILVA, M. A. F. do A. e.; SELLMANN, M. Z.; KOEHLER, S. M. F. inovação Didática - Projeto de Reflexão e Aplicação de Metodologias Ativas de Aprendizagem no Ensino Superior: uma experiência com “peer instruction”. **Janus, Lorena**, ano 6, n. 15, 1jan./jul., 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Universidade Feevale, RS, Brasil Bibliotecária, V. 2, Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul - Brasil 2013.

TREVELIN, A. T. C.; PEREIRA, M. A. A.; NETO, J. D. de O. A utilização da “sala de aula invertida” em cursos superiores de tecnologia: comparação entre o modelo tradicional e o modelo invertido “flipped classroom” adaptado aos estilos de aprendizagem. **Revista de Estilos de Aprendizagem**, nº12, Vol 11, outubro de 2013.

XAVIER, L. N.; OLIVEIRA, G. L. de; GOMES, A. de A.; MACHADO, De F. A. S.; ELOIA, S. M. C. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, V. 13, N. 01, P. 76-83, jan/jun, 2014.

WINKLER, I.; ABREU, J. C. A. de; MORAIS, K. S. de; SILVA, L. P. da; PINHO, J. A. G. de. O processo ensino-aprendizagem em administração em condições de heterogeneidade: percepção de docentes e discentes. **Administração: ensino e pesquisa rio de janeiro**, v. 13 no 1 p. 43-75, janeiro/ fevereiro/ março de 2012.

Capítulo 7

FATORES QUE LEVAM À PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Waleska Torres Alencar¹
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos²
Daniel Mussuri de Gouveia³
Dênis Rômulo Leite Furtado⁴
Marcelo Henrique de Vasconcelos Mourão⁵
Débora Luana Ribeiro Pessoa⁶

1. Bióloga. Especialista em Gestão em Saúde (UEMA).
2. Enfermeira. Mestre em Saúde e Ambiente (UFMA). Docente da Universidade CEUMA, São Luís – MA.
3. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (USININOS). Docente da Universidade Estadual do Maranhão, Grajaú – MA.
4. Farmacêutico. Mestre em Ciências da Saúde (UFMA). Docente da Universidade Estadual do Maranhão, Santa Inês – MA.
5. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (USININOS). Docente da Universidade Estadual do Maranhão, Santa Inês – MA.
6. Farmacêutica. Doutora em Biotecnologia (UFMA). Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão, CCHNST, Pinheiro – MA.

RESUMO

A automedicação é conceituada como a prática de ingerir substâncias de ação medicamentosa sem o aconselhamento e/ou o acompanhamento de um profissional de saúde qualificado, caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas. O presente estudo teve como objetivo descrever as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores que levam à prática da automedicação. Como método de pesquisa trata-se de uma revisão integrativa na qual realizou-se a busca de artigos publicados no período de 2007 a 2014, nas bases de dados SCIELO por meio dos descritores: automedicação; medicamentos; prescrição. O material do estudo constituiu-se de oito artigos, que atenderam os critérios de inclusão previamente definidos. Após análise dos artigos incluídos na revisão os resultados dos estudos apontaram que vários fatores contribuem para os perigos envolvidos na prática da automedicação, que a carência de informações da população atendida pelo projeto,

que a prevalência e os fatores associados à automedicação têm sido amplamente estudados em países desenvolvidos. As evidências apontam que vários são os fatores que levam a prática da automedicação, e que é necessária uma gestão apropriada em relação aos medicamentos, contribuindo assim o seu acesso de qualidade e adequada às necessidades da população e assim o seu uso racional.

Palavras-chave: Automedicação. Medicamentos. Prescrição.

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos ocupam um papel importante nos sistemas sanitários, pois salvam vidas e melhoram a saúde (MARIN *et al.*, 2003). A utilização de medicamentos é a forma mais comum de terapia em nossa sociedade, porém existem estudos demonstrando a existência de problemas de saúde cuja origem está relacionada ao uso de fármacos. Às pressões sociais as quais estão submetidos os prescritores, a estrutura do sistema de saúde e o marketing farmacêutico são habitualmente citados como fatores envolvidos nessa problemática (DALL AGNOL, 2004).

Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e a difusão da automedicação no mundo, tornando-a um problema de saúde pública. Mais disponibilidade de produtos no mercado gera maior familiaridade do usuário leigo com os medicamentos (LOYOLA FILHO *et al.*, 2002).

Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada pode levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros. No entanto, é evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme e quando necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como a mortalidade para muitas doenças (ARRAIS *et al.*, 2005).

Atualmente o hábito de tomar remédios sem receita médica ou sem tarja, indicados para tratar pequenos males do dia a dia por um curto espaço de tempo (3

dias), é muito comum devido ao fácil acesso e ao marketing significativo na mídia (CAVALLINI & BISSON, 2002).

A automedicação é conceituada como a prática de ingerir substâncias de ação medicamentosa sem o aconselhamento e/ou o acompanhamento de um profissional de saúde qualificado. Caracterizando-se fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita, lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas (PAULO & ZANINI, 1998).

Várias são as maneiras da automedicação ser praticada: adquirir o medicamento sem receita, compartilhar remédios com outros membros da família ou do círculo social e utilizar sobras de prescrições. Reutilizar antigas receitas e descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita (LOYOLA FILHO *et al.*, 2002).

A automedicação é uma forma comum de auto atenção à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidas, ou mesmo de promover a saúde, independentemente da prescrição profissional (LOYOLA FILHO, 2005).

A automedicação é definida como uso de medicamentos sem prescrição médica, onde o próprio paciente decide qual fármaco utilizar (VILARINO, 1998). Para tal, podem ser utilizados medicamentos industrializados ou remédios caseiros. Várias são as maneiras de a automedicação ser praticada: adquirir o medicamento sem receita, compartilhar remédios com outros membros da família ou do círculo social e utilizar sobras de prescrições, reutilizar antigas receitas e descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita (LOYOLA FILHO *et al.*, 2002).

Inclui-se também nessa designação genérica a prescrição ou indicação de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares e mesmo balconistas de farmácia, neste último caso, caracterizando exercício ilegal da medicina (KOVACS, 2006).

Outro termo utilizado é a automedicação orientada, que se refere à reutilização de receitas antigas sem que elas tenham sido emitidas para uso contínuo (VILARINO, 1998).

Estudos sobre a automedicação em zona urbana apresentam dados conflitantes tanto na estatística da prevalência (desde 2,1%²⁶ até 96,6%²⁹), quanto na sua correlação com variáveis como sexo e idade. Essas diferenças podem estar mais associadas à metodologia de pesquisa do que à dinâmica real do fenômeno da automedicação (VILARINO, 1998).

A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas, representando, portanto, problema a ser prevenido (PAULO & ZANINI, 1998).

Assim, a automedicação acrescenta aos riscos relacionados ao consumo de medicamentos prescritos a possibilidade de se mascarar ou retardar o diagnóstico de condições mais sérias, dificultando a atuação do médico, pois nem sempre o paciente menciona essa prática durante a consulta médica (LOYOLA FILHO, 2005).

A automedicação é um fenômeno potencialmente nocivo à saúde individual e coletiva, pois nenhum medicamento é inócuo ao organismo. O uso indevido de substâncias e até mesmo drogas consideradas “banais” pela população, como os analgésicos, podem acarretar diversas consequências como resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, sintomas de retirada e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias (VILARINO, 1998).

Esse consumo elevado de medicamentos acarreta riscos à saúde, sendo diversos os fatores que concorrem para isso. Num aspecto mais geral, destacam-se as modificações na farmacocinética de vários medicamentos em virtude de alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento (LOYOLA FILHO, 2005).

Alguns problemas causados pela automedicação são: o aumento do erro nos diagnósticos das doenças, a utilização de dosagem insuficiente ou excessiva, o aparecimento de efeitos indesejáveis graves ou reações alérgicas (OMS, 2005).

Tais fatores, muitas vezes na presença de doenças concomitantes e do consumo simultâneo de um maior número de fármacos, aumentam a probabilidade de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas (LOYOLA FILHO, 2005).

Além disso, o alívio momentâneo dos sintomas encobre a doença de base que passa despercebida e pode, assim, progredir. Por outro lado, os medicamentos exercem uma função simbólica sobre a população. Como produto simbólico, o medicamento pode ser visto como um signo ou símbolo, composto de uma realidade material (significante), no caso a pílula, a solução, a ampola e outras, que remete a um conceito (significado) que é a Saúde. Desta forma, o medicamento toma papel proeminente dentro da consulta médica, além de fazer uma “economia”, poupando trabalho político e pessoal necessário para a obtenção de saúde (VILARINO, 1998).

Nos países desenvolvidos, cresce a pressão para a conversão de medicamentos POM (*Prescribed Only Medicines*), de venda condicionada à apresentação da receita, em medicamentos OTC (*Over-the-Counter*), vendidos livremente. Ao mesmo tempo, os planos de saúde restringem o reembolso dos gastos com medicamentos prescritos (LOYOLA FILHO *et al.*, 2002).

Atualmente o hábito de tomar remédios sem receita médica ou sem tarja, indicados para tratar pequenos males do dia a dia por um curto espaço de tempo (3 dias), é muito comum devido ao fácil acesso e ao marketing significativo na mídia (CAVALLINI & BISSON, 2002).

2 JUSTIFICATIVA

Certamente a qualidade da oferta de medicamentos e a eficiência do trabalho das várias instâncias que controlam este mercado também exercem papel de grande relevância nos riscos implícitos na automedicação (ARRAIS, 1997).

Justifica-se, portanto, nova investigação sobre a prevalência da automedicação em população de zona urbana brasileira, com ênfase nas motivações que levam o indivíduo a automedicar-se e na averiguação de seu posicionamento frente ao sistema tradicional de terapêutica, centrado na figura do médico e do medicamento (VILARINO, 1998).

O crescimento da automedicação tem sido favorecido pela multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado e pela publicidade que os cerca, pela simbolização da saúde que o medicamento pode representar e pelo incentivo ao autocuidado, além de outros fatores. Desse modo, impõe-se um duplo ônus aos serviços de saúde: além dos gastos com a atenção farmacêutica, superiores àqueles decorrentes de consultas médicas, novas despesas originam-se do atendimento a enfermidades relacionadas ao uso inadequado de fármacos (LOYOLA FILHO, 2005).

Em países desenvolvidos, o número de medicamentos de venda livre tem crescido nos últimos tempos, assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos, o que favorece a automedicação. Nesses países, no entanto, os rígidos controles estabelecidos pelas agências reguladoras e o crescente envolvimento dos farmacêuticos com a orientação dos usuários de medicamentos, tornam menos problemática a prática da automedicação. Já no Brasil onde, de acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação, a má qualidade da oferta de medicamentos, o não-cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução na população em geral justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no País (ARRAIS, 1997).

A necessidade da prescrição para a obtenção do medicamento representa limitação da liberdade pessoal de busca imediata do alívio da sintomatologia, o que impede que o indivíduo faça preponderar sua própria experiência e vontade. Este desejo de consumo de medicamentos torna-se possível devido a fatores externos, como a cultura, a economia e aspectos legais que facilitam ou não impedem a posse e dispensação de medicamentos sem a apresentação da receita médica. Esses fatos, somados à alta prevalência da automedicação observada no País e no mundo inteiro, trazem crescente preocupação quanto a essa prática (VILARINO, 1998).

Observando-se que a automedicação é uma prática caracterizada como comum viu-se a necessidade deste artigo como objetivo de descrever as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores que levam à prática da automedicação. A importância da participação de um gestor em saúde pode contribuir para a conscientização da

automedicação. Mostrando também que a automedicação pode ser prejudicial à saúde, tanto mental como física das pessoas que fazem o uso abusivo dos medicamentos.

3 OBJETIVO

Descrever as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores que levam à prática da automedicação.

4 METODOLOGIA

O presente artigo foi realizado por meio de revisão integrativa. Para a seleção dos artigos foram utilizadas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão integrativa foram: artigos que abordavam a temática, publicados em português, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2007 a 2014, independentemente do método de pesquisa utilizado.

Para revisão integrativa foram elaboradas as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivo da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados e discussão. Os descritores utilizados foram: “Automedicação”, “Medicamentos” e “Prescrição” para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa.

A busca foi realizada pelo acesso on-line e utilizando os cinco critérios de inclusão, são eles: Título do artigo, Autores/Ano, Objetivos, Resultados e Discussões, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de oito artigos. Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi desenvolvido um quadro sintético com a síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 faz uma apresentação dos 8 (oito) artigos selecionados no período de 2007 a 2014 referentes à automedicação.

Quadro 1: Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Os perigos envolvidos na prática da Automedicação	Almeida, Roberta Dantas Lima de. (2012)	Alertar a sociedade e a comunidade científica acerca dos principais perigos que estão associados à automedicação.	Diagnóstico equivocado e consequente terapia ineficaz. Riscos relativos à inobservância das características das drogas. Uso abusivo de drogas. Riscos relativos a interações medicamentosas.	O uso indiscriminado de medicamentos tornou-se uma das grandes dificuldades enfrentadas pela saúde no âmbito mundial.
Riscos da Automedicação: tratando o problema com conhecimento.	PEREIRA, Januária Ramos; SOARES, Lucianos; HOEPFNER, Lígia; KRUGER, Karin Elisa; GUTTERVIL, Mariane Leite; TONINI, Karen Cristine; DEVEGILI, Daiane Aparecida; ROCHA, Elaine Regina; VERDI, Flávia; DALFOVO, Daiane; OLSEN, Karina; MENDES, Tatiana; DERETTI, Roberta; SOARES, Viviane; LOBERMEYER, Cizete; MOREIRA, Jaciara; FERREIRA, Jacqueline; FRANCISCO, Adriana (2011)	Promover educação em saúde junto a estudantes do ensino médio de Joinville e comunidade em geral acerca dos riscos inerentes à automedicação e quanto ao uso racional de medicamentos, incluindo outros grupos em que a importância do trabalho fique evidenciada.	O projeto de extensão iniciou no ano de 2006 e inicialmente tinha como público-alvo estudantes do ensino médio das escolas do município de Joinville. Com o desenvolvimento das atividades houve a necessidade de ampliação dos temas abordados bem como do público, pois surgiram convites de diversos segmentos interessados não apenas em informações sobre automedicação e farmácia caseira, mas também sobre medicamentos utilizados na gestação, anticoncepcionais, drogas de abuso, entre outros.	Foi possível observar a carência de informações da população atendida pelo projeto e a necessidade da difusão permanente de conhecimento consistente sobre o uso racional de medicamentos. O projeto ajuda na consolidação de saberes adquiridos em sala de aula e possibilita a formação de pessoas com uma visão crítica apurada, conduta profissional e ações, transformadoras da sociedade
Avaliação da prevalência da automedicação no município de Nova Olinda-CE	LIMA, Maria Lucelia de. (2007)	Determinar a prevalência da automedicação na população do município de Nova Olinda-Ce.	Esses resultados mostram que é evidente a utilização de medicamentos sem prescrição médica no município de Nova Olinda-Ce, tornando-se clara a importância de estar se discutindo a prática da automedicação entre os profissionais de saúde envolvidos no município.	O papel do farmacêutico no sistema de saúde e consequentemente na farmácia e drogaria é contribuir com a promoção à saúde através da prevenção de doenças e agravos à saúde, dispondo para tanto de ferramentas como as constantes nas Boas Práticas de Dispensação e a

				informação e educação em saúde para os profissionais do serviço, usuários e população.
Automedicação e suas correlações com a prática de enfermagem: uma revisão de literatura.	DUARTE, Cynara; DIAS Luana Duarte; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. (2011)	Identificar as pesquisas e verificar a correlação da automedicação em profissionais da área de enfermagem.	As principais causas da automedicação em profissionais da enfermagem são por causas internas, principalmente a autoconfiança e o estresse ocupacional, sendo que a classe de medicamentos mais consumidos são os analgésicos e os antiinflamatório, e os profissionais que mais consomem medicamentos são de nível superior.	Conclui-se que existe a necessidade de um trabalho de conscientização com esses profissionais, com alerta aos riscos da automedicação já nas escolas de formação.
Automedicação	DOUGLAS, Dierings; SCHALLENBERGER, Fernando; LIESENFELD, Igor. (2014)	Aprofundar sobre o assunto, podendo aumentar seus conhecimentos e aumentarem as suas informações.	Cabe à sociedade ser mais consciente, denunciar locais de venda livre de medicamento. Possuir o hábito de cuidado com a própria saúde, evitando assim o automedicar sem orientação médica.	E à publicidade, cabe um trabalho consciente e objetivo com relação ao mercado de medicamentos. Nas campanhas veiculadas é preciso que fique bem clara a importância da prescrição e o quanto pode ser prejudicial o uso do medicamento, sem a orientação necessária.
Automedicação: Mal do Século	CARNEIRO, Iacyara; CASTRO, Ellen; MARTINS, Carla. (2013)	Entender o que condiciona às pessoas a se automedicarem de forma elevada.	Destacam o risco da automedicação e traçam um perfil da sociedade brasileira que consomem remédios sem prescrição médica.	Os dados sugerem que a automedicação no Brasil reflete as carências e hábitos da população, é consideravelmente influenciada pela prescrição médica e tem a sua qualidade prejudicada pela baixa seletividade do mercado farmacêutico.
A incidência da automedicação no Brasil.	MOZACE, Jóici Daiane. (2014)	Mostrar que a automedicação é um problema na sociedade, que o consumo de medicamentos, tais como a dipirona, o diclofenaco e o paracetamol podem ser prejudiciais à saúde.	No Brasil, ainda não foi proibido nenhuma dessas drogas, mas, segundo estudos feitos, já se tem um controle um pouco mais rigoroso delas.	Será feito um levantamento teórico para a conscientização das pessoas de não se automedicarem, para que elas reflitam sobre o uso abusivo de medicamentos que estão a venda nas prateleiras de todas as farmácias e que na verdade podem afetar e muito a sua saúde.
Fatores associados a	MARQUES, Thais	Demonstrar a	Fatores	A necessidade de

automedicação.	Rodrigues. (2014)	relação, os fatores e as doenças relacionadas à automedicação.	influenciadores na automedicação; Riscos da automedicação; Atuação do farmacêutico quanto a prática da automedicação; Prevalência de intoxicação por automedicação.	aumentar o acesso, obter mais promotores da saúde, ter um atendimento de qualidade no serviço público e também como quesito fundamental a atenção farmacêutica, assumindo a responsabilidade com a farmacoterapia servindo as reais necessidades da população.
----------------	-------------------	--	--	--

No Brasil, onde o acesso à assistência médica pública é difícil e onde há uma grande parcela da sociedade na faixa da pobreza que não tem condições financeiras para pagar um plano de saúde, a prática da automedicação torna-se bastante comum. Mas somente o fator financeiro não basta para explicar a prática da automedicação, fatores como escolaridade, classe social, acesso às informações a respeito dos medicamentos e, principalmente, o fator cultural também entram nesse contexto (SOUSA *et al.*, 2008).

Diante das análises dos artigos selecionados notou-se que vários fatores contribuem para os perigos envolvidos na prática da automedicação. Dentre eles incluem-se fatores culturais, políticos e até econômicos, que induzem a difusão desta prática. No Brasil, por exemplo, a má administração no setor de saúde promove um atendimento inadequado para a maior parte da população do país. Isto já é um fator que incentiva à automedicação (ALMEIDA, 2012).

Com os resultados obtidos no desenvolvimento das atividades foi possível observar a carência de informações da população atendida pelo projeto e a necessidade da difusão permanente de conhecimento consistente sobre o uso racional de medicamentos. A disseminação do uso de drogas de abuso em nossa sociedade tem encontrado nos medicamentos uma fonte de acesso fácil, problema que precisa ser efetivamente encarado, segundo Pereira *et al.*, 2011.

Observou-se que a prevalência e os fatores associados à automedicação têm sido amplamente estudados em países desenvolvidos e que é evidente a utilização de medicamentos sem prescrição médica no município de Nova Olinda-Ce, tornando-se clara a importância de estar se discutindo a prática da automedicação entre os profissionais de saúde envolvidos no município, a fim de implementar medidas em prol do uso seguro e racional dos medicamentos, evitando não só a automedicação, bem como as interações medicamentosas, que também elevam o perfil de malefícios trazidos com a utilização indiscriminada de medicamentos (LIMA, 2007).

Notou-se que as principais causas da automedicação em profissionais da enfermagem são por causas internas, principalmente a autoconfiança e o estresse ocupacional, sendo que a classe de medicamentos mais consumidos são os analgésicos e os antiinflamatório, e os profissionais que mais consomem medicamentos são de nível superior. Portanto, existe a necessidade de um trabalho de conscientização com esses profissionais, com alerta aos riscos da automedicação já nas escolas de formação (Duarte *et al.*, 2011).

Diante dos estudos mostrados sobre automedicação a cultura da sociedade não permite a conscientização de que um medicamento por mais inofensivo que possa parecer, pode provocar alergias, intoxicações, hemorragias, dependência e até levar a morte. A publicidade incentiva a compra dos medicamentos de venda livre, e as pessoas acabam mantendo a velha farmácia dentro de casa. Essa atitude pode ser extremamente prejudicial, pois em um momento talvez de necessidade, o consumidor pode acabar utilizando um medicamento que mascare o verdadeiro problema, dificultando o diagnóstico de um médico e agravando ainda mais o seu estado de saúde (Douglas *et al.*, 2014).

Verificou-se que a população costuma-se automedicar sem atentar para o auto risco que corre, pois, a automedicação pode trazer muitos danos para a saúde. Certamente que, se os governantes se envolvessem mais com a saúde, e construíssem mais hospitais esse percentual cairia significativamente, pois facilitaria o acesso aos hospitais e clínicas. Poderiam ser criados programas para aproximar os pacientes dos hospitais. Pois nos

bairros a cada dia surgem mais farmácias e com isso a população tem mais facilidade em ir até uma farmácia do que procurar um pronto-socorro (Carneiro *et al.*, 2013).

Segundo Mozace, 2014, a incidência da automedicação no Brasil é um problema na sociedade, que o consumo de medicamentos, tais como a dipirona, o diclofenaco e o paracetamol podem ser prejudiciais à saúde dos pacientes que fazem uso abusivo e sem recomendação médica. E poder demonstrar quais os efeitos colaterais dos mesmos sem indicação da dosagem correta para cada caso específico.

Quando se falou em fatores associados a automedicação, observou-se que a população tem forte relação com o mercado ocupado pela indústria farmacêutica, a maioria das pessoas consegue medicamentos com bastante facilidade aumentando assim a possibilidade da automedicação, o aconselhamento acerca do uso racional de medicamento é prática importante para a população em geral, no Brasil, onde o acesso à assistência médica pública é difícil e onde há uma grande parcela da sociedade na faixa da pobreza que não tem condições financeiras para pagar um plano de saúde, a prática da automedicação torna-se bastante comum, por isso é imprescindível para o farmacêutico ter a noção exata de sua competência e dos limites de sua intervenção no processo saúde-doença, para que assuma a atitude correta, no momento oportuno, avaliando a situação do doente, conduzindo-o, se necessário, a uma consulta médica ou ao hospital, em caso de urgência (MARQUES, 2014).

6 CONCLUSÃO

A análise dos estudos na presente revisão integrativa foi possível refletir o quanto a utilização consciente e racional de um medicamento é importante na automedicação. Sabendo-se que existem índices elevados dessa prática, é necessária à sua caracterização e a compreensão dos aspectos que a tornam uma realidade presente na sociedade, pois dessa forma é possível encontrar meios que possibilitem a diminuição de tal prática, que quando realizada de forma não responsável, favorece um quadro de uso irracional de medicamentos que se mostra tão prejudicial à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. D. L., **Os perigos envolvidos na prática da automedicação**- Brasília, Distrito Federal, Novembro/2012. 23 f.

ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S.; CARVALHO, M. L.;

RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. **Perfil da automedicação no Brasil**. Rev. Saúde Pública, 31 (1): 71-7, 1997.

ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. **Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-1746, nov. /dez. 2005.

CARNEIRO, I.; CASTRO, E.; MARTINS, C. **Automedicação: Mal do Século**. [SciELO- Scientific Electronic Library Online] 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 13 fev. 2016.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia Hospitalar – um enfoque em sistemas de saúde**. Manole, 1ª ed, 2002.

DALL'AGNOL, R. S. A. **Identificação e quantificação dos problemas relacionados com medicamentos em pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência do HCPA**. 2004. 112p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Porto Alegre, 2004.

DOUGLAS, D.; LIENSEFELD, I. J.; SCHALLENBERGER, F. J. **Automedicação**. [SciELO- Scientific Electronic Library Online] 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 fev. 2016.

DUARTE, C.; DUARTE, L. D.; BRASILEIRO, M. E. **Automedicação e suas correlações com a prática de enfermagem: uma revisão de literatura**. 2011. 09f. ARTIGO (Especialista em Enfermagem do Trabalho) - Centro de Estudos de

Enfermagem e Nutrição/Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2011.

KOVACS, F. T.; BRITO, M. F. M. **Percepção da doença e automedicação em pacientes com Escabiose**. An Bras Dermatol. 2006; 81(4): 335-40. 335

LIMA, M. L. **Avaliação da prevalência da automedicação no município de Nova Olinda-CE.** 2007. 32f. TCC (Especialista em Assistência Farmacêutica) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2007.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. **Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 545-553, mar-abr, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I., et al. **Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

MARIN, N., et. al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** 20ª ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, T. R. **Fatores associados à automedicação.** 2014. 17f. ARTIGO (Graduação de Bacharel em Farmácia) - Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Goiás, 2014.

MOZACE, J. D. **A incidência da automedicação no Brasil.** 2014. TCC (Graduação em Farmácia) - Faculdade de Taquaritinga, São Paulo, 2014.

Organização Mundial de Saúde (OMS) Dpt. Of Essential drugs and other medicines. The role of pharmacist in self-care medication. Disponível em http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml. Acesso em: 01 nov. 2005.

PAULO, L. G.; ZANINI, A. C. **Automedicação no Brasil.** Rev. Assoc. Méd. Bras., v.34, 1998.

PEREIRA, J. R., SOARES, L., HOEPFNER, L., et. al. **Riscos da Automedicação: Tratando o problema com conhecimento.** Educação e Informação em Saúde- Caderno de Textos Acadêmicos. Joinville, 2011.

SOUSA, W.O. Hudson; et. al. **A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil.** Revista Eletrônica de Farmácia, v.V, p.67-72, 2008.

VILARINO, J. F.; SOARES, I. C.; SILVEIRA, C. M.; RÖDEL, A. P. P.; BORTOLI, R.; LEMOS, R. R. **Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil, Brasil.** Rev. Saúde Pública, 32 (1): 43-9, 1998.

Capítulo 8

HANSENÍASE E OS FATORES QUE IMPACTAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Letícia Cunha Moraes Sousa¹

Daniel Aser Veloso Costa²

Kemps Patrick Alhadeff Rodrigues³

Emmanueli Iracema Farah⁴

RESUMO

Neste artigo buscou-se escrever a importância das estratégias do profissional de enfermagem aos portadores de hanseníase (HAN), que impactam diretamente na adesão no tratamento. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura a partir fontes primárias de informação como livros, artigos, teses, dissertações, monografias, pesquisados no período de 2009 a 2019, em livros de bibliotecas universitárias, revistas científicas, periódicos e nos sites nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde (BVS), a Scientific Electronic Library online (SCIELO), Literatura Latino-americana e do caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Usando como critério de inclusão os artigos que abordam o tema hanseníase, epidemiologia da hanseníase, adesão e abandono do tratamento de hanseníase, cuidados de enfermagem em clientes com hanseníase. Evidenciou-se que alguns aspectos devem ser corrigidos para que se alcance excelência no combate à hanseníase, como o pouco compromisso do paciente com seu tratamento e a dificuldade de acompanhamento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tornando-se importante para que, a partir do reconhecimento dos pontos deficientes, fossem traçadas medidas de controle. Reforçando-se que as estratégias de educação em saúde devem ser estimuladas na prevenção da HAN, incentivando assim a participação dos familiares como apoio ao tratamento do paciente, na adesão dos pacientes ao tratamento e no esclarecimento de preconceitos estabelecidos, diminuindo os estigmas que o diagnóstico de hanseníase proporciona.

Palavras-chave: Hanseníase. Adesão do Paciente. Cuidados de Enfermagem. Educação em Saúde.

¹ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís.

² Enfermeiro, Me. em Biologia Parasitária e docente da Faculdade Pitágoras de São Luís.

³ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís

⁴ Enfermeira, Me. em Biologia Parasitária e docente da Faculdade EDUFOR de São Luís.

INTRODUÇÃO

A hanseníase (HAN) caracteriza-se por ser uma doença infecciosa que evolui de forma prolongada, sendo causada pelo bacilo *Mycobacterium Leprae* ou bacilo de Hansen, descoberto em 1873 pelo cientista norueguês Gerhard Armauer Hansen.

A HAN é uma das poucas patologias em que a imunidade é nula e o bacilo se multiplica de forma rápida e em grandes quantidades, levando a um quadro grave, causando atrofia muscular, edema de membros inferiores, e várias outras sequelas, algumas não reversíveis.

Como não é uma patologia que não há infecção e forma rápida, não são registradas grandes epidemias. No mundo existem aproximadamente dez milhões de pessoas com hanseníase, relativamente pouco contagiante, a forma de contágio mais comum é a direta, entre outras vias, por descargas nasais infectadas.

No Brasil a hanseníase atinge um número superior a quarenta mil pessoas, grande parte em idade produtiva, influenciando negativamente o seu trabalho, a formação da sua família e sua integração social.

Esse capítulo teve por finalidade apresentar estratégias que possam ser adotadas na assistência ao portador de HAN, bem como sua percepção e alterações físicas, apresentando estratégias que melhoraram a adesão ao tratamento a partir da assistência de enfermagem.

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática de literatura disponível, fontes primárias de informação como livros, artigos, teses, dissertações, monografias, pesquisados no período de 2009 a 2019, em livros de bibliotecas universitárias, revistas científicas, periódicos e nos sites nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

ASPECTOS ETIOLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE

A HAN é uma morbidade muito antiga que se tornou evidente no mundo, em meados do século XXI, estima-se que haja aproximadamente 250 mil casos novos a cada ano. Caracteriza-se por ser uma enfermidade crônica, infectocontagiosa, merecendo assim atenção nas ações de saúde pública. A HAN é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, tendo como características específicas evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se,

principalmente, a partir de sintomas dermatoneurológicos, que acometem a pele e os nervos periféricos (MOREIRA et al., 2014).

A estatística global da hanseníase trouxe 206.107 (96%) novos casos notificados, em apenas 14 países. Dentre estes, menciona-se a Índia, Brasil e Indonésia, que correspondem a mais ou menos 80% de todos os casos que foram notificados (BARRETO et al., 2015).

No Brasil, a patologia foi relatada em 04 de dezembro de 1697, em um documento com destino a Portugal, no qual, solicitava a construção de um lazareto na Igreja da Conceição, uma vez que, havia um aumento no número de portadores de HAN na cidade do Rio de Janeiro, capital brasileira naquela época. Nesse sentido, medidas terapêuticas que se iniciaram no início de 1950, trouxeram esperança aos indivíduos que foram acometidos pela patologia, tanto no âmbito familiar, quanto no social (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

De acordo com Pereira et al., (2015), a HAN está em toda parte do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao observar o grande número de casos, estipulou-se que haveria a tentativa de eliminar um caso a cada dez mil 17 habitantes ano de 2015, utilizando o tratamento poliquimioterápico (PQT), com a elaboração de estratégias para que houvesse o alcance das metas propostas com a finalidade de eliminação da HAN e que, até 2020, fosse reduzido a zero o número de crianças diagnosticadas com HAN e suas incapacidades físicas, com sua prevalência sendo determinada em um caso para um milhão (WHO, 2012).

Hanseníase Indeterminada (HI)

Nessa fase da patologia, poderão surgir lesões, que decorrem de um período de incubação que pode variar de dois a cinco anos. São características da HI manchas hipocrômicas, que podem alterar a sensibilidade. Essas lesões podem aparecer números pequenos e podem se localizar em qualquer área da pele. A pesquisa de BAAR pode se revelar negativa. A HI é a forma inicial da HAN e, após um período de incubação, pode ocorrer a evolução para alguma forma clínica ou cura (LUNA et al., 2010).

Hanseníase Tuberculoide (HT)

Nesta fase, pode haver lesões delimitadas, em número reduzido, com alterações na sensibilidade e de distribuição assimétrica. Podem se apresentar como lesões em placas com bordas papulosas, eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento lento, podendo atrofiar no interior da lesão, assumindo o aspecto de bordas descamadas. A pesquisa de BAAR pode ser

negativa. A HT, de forma conjunta com a HI constituem as formas paucibacilares da HAN. Mesmo com a possibilidade de cura espontânea na HT. Orientou-se que, os casos sejam tratados, e dessa forma, pode haver uma redução no período de evolução da doença e sendo assim, minimizar os riscos no sistema nervoso (VISSCHEDIJK et al., 2010).

Hanseníase Wirchowiana (HW)

HW, caracteriza-se por ser multibacilar, reconhecida por corresponder a baixa resistência, o que pode ocorrer dentro do espectro imunológico da doença. Admite-se que a HW, possa de alguma forma, evoluir a partir da HI, ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução é crônica, tendo como característica marcante a infiltração progressiva e difusa da pele. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas mucosas das vias aéreas superiores, podendo também afetar os olhos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos e o baço (CLARO, 2015).

Hanseníase Dimorfa (HD)

Caracteriza-se por possuir instabilidade imunológica, fazendo com que ocorra grandes variações em sua sintomatologia, seja na pele e nos nervos, fazendo dessa forma que ocorra uma variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, comprometendo todo o sistema do indivíduo. As lesões da pele revelam-se numerosas e possuem aspectos mesclados de HV e HT, dessa forma, pode ocorrer predominância ora de um, ora de outro tipo. Quando em grande número, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões no sistema nervoso são rápidas, de tamanhos diferentes, podendo levar a incapacidade física com frequência. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável (VISSCHEDIJK et al., 2010).

VULNERABILIDADES DOS PACIENTES COM HANSENÍASE

HAN é uma doença endêmica no Brasil, onde foram registrados números elevados mais de 45 mil casos novos, em 2016, sendo 2.546 casos novos em menores de 15 anos, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 17,2/100 mil habitantes (BRASIL, 2017).

A infecção pelo bacilo de Hansen envolve a existência de predisposição individual e de contato íntimo e prolongado com algum portador sem tratamento, mostrando-se sensível à

presença de vulnerabilidade social. Desse modo, a maioria das pessoas em contato com o bacilo resiste ao mesmo e não adoece; mas, quando esse contato ocorre entre indivíduos malnutridos, em ambiente fechado, com pouca ventilação e ausência de luz solar, ou seja, em ambiente insalubre, há maior possibilidade de contaminação. Quando não diagnosticada e tratada ou tratada de forma incorreta, a HAN deixa sequelas irreversíveis no indivíduo portador do bacilo, comprometendo o tato, olfato, visão e locomoção (TALHARI; NEVES, 2010).

Hanseníase e Vulnerabilidade social

Por ser uma patologia que está ligada historicamente a tabus, crenças de natureza simbólica e com estigmas, configura-se ainda por ser uma doença que pode causar mutilações, provocando dessa forma rejeição e discriminação do indivíduo portador da HAN, assim como sua descriminalização e exclusão social (TALHARI et al., 2016).

Mesmo a HAN tendo passado por uma mudança de nomenclatura de lepra para hanseníase em 1974, com a finalidade de promover a diminuição do preconceito e o estigma que a envolve, a maioria dos portadores da HAN, expressam sentimentos negativos, e demonstraram que a HAN quando adquirida, continua sendo uma experiência existencial difícil e dolorosa, além de afirmarem que doença propicia reações emocionais individuais, podendo haver uma diferenciação de indivíduo para indivíduo, estando associado às vezes, às imagens culturais sobre o que é a doença ou o doente (TALHARI et al., 2016).

A vulnerabilidade social fica mais presente, quando a condição do indivíduo ocorre após a observação de uma relação de desigualdade entre o portador da HAN e as demais pessoas, mesmo porque, ainda há uma segregação histórica que foi imposta aos portadores dessa patologia. Apesar da revolução na saúde, e na eficácia dos métodos diagnósticos e no tratamento, ainda assim, ainda existe temores infundados que estão relacionados quanto a forma de contágio, mutilações, sendo assim, ainda existe o medo de perder a liberdade e do isolamento social, que ocorre de forma mais específica em indivíduos sem informações, dentre os quais, pode-se afirmar, que incluem-se alguns portadores de HAN. Nessa população em especial, percebeu-se que ainda existe uma rejeição entre os mesmos (CLARO, 2015).

Sobre o convívio social, observou-se que ainda existe desinformação, estigma e o preconceito, o que fragiliza as relações, impedindo ou dificultando a formação de vínculos ou de laços afetivos, e conseqüentemente a isso, levando ao isolamento do indivíduo portador de

HAN, que na grande maioria dos casos se sente perdido e só. Pelo estigma, o seu convívio é escasso de solidariedade, sempre temendo a discriminação, o escárnio, sendo rejeitado, o que os levou a sentir vergonha de sua patologia. Dessa forma, muitos procuram ocultar seu diagnóstico, para que possam ser inseridos mesmo que de forma limitada para que não haja retaliações (BRASIL, 2017).

Outros indivíduos, porém, pelo fato de serem mais esclarecidos, fazem questão de transmitir informações sobre a HAN a outras pessoas, e dessa forma, percebeu-se que houve uma melhor aceitação, uma vez que as pessoas temem o que não conhecem, e ao divulgarem informações verdadeiras sobre a HAN, foram aceitos e não houve afastamento das pessoas, o que tornou o seu convívio social mais compreensivo. A ausência de informações sobre a HAN, sua forma de contágio, suas manifestações clínicas e evolução, além do tratamento, está ligado intrinsecamente aos profissionais, a sociedade e aos serviços de saúde, o que contribuiu para que houvesse uma persistência de incompreensões e preconceitos acerca da patologia (EIDT, 2012).

Hanseníase e Vulnerabilidade física

Alguns autores afirmaram que, até mesmo entre os que aceitaram a patologia, referindo que existe uma convivência boa com a HAN e suas sequelas, e com a sociedade, denotam uma certa ambiguidade, visto que, relacionado a boa aceitação e convívio social, relataram que existe em alguns momentos vários problemas vivenciados no cotidiano, causando dores fortes, dificuldades e sofrimento (LEFÉVRE, 2010).

Ao falarmos de dores físicas que limitaram a liberdade de movimentar-se, e de ações para a realização das tarefas diárias, bem como pelos efeitos colaterais do tratamento que em algumas situações causaram inconvenientes ligados ao lazer, e a outros prazeres. A partir das dores físicas, e da ausência de solidariedade, ficou nítidos que, são gatilhos que desencadearam dores emocionais, como as dores da alma, tristeza e depressão. O portador da HAN, se sente perdido no nada, se sente só e longe de Deus (PUGGINA; SILVA, 2010).

O portador da HAN, como todo ser vivo, possui a possibilidade de ser ferido pelo desamparo, pelo desamor e pela solidão. Tal ferimento é o que causa a dor maior, podendo significar sua exclusão ou morte social. Porém percebeu-se que as políticas 24 de saúde estão abordando a inclusão, realizando de forma plena os direitos à cidadania. Os serviços de saúde,

pautados pelo princípio da equidade, assumiram condutas que possibilitaram a igualdade quando a diferença causou a inferiorização, devem estar preparados para conviver com o diferente, proporcionando um olhar com holístico nas diferenças, oferecendo um acolhimento inclusivo e integral (PUGGINA; SILVA, 2010).

No entanto, destaca-se, a experiência da dor física pelas reações hansênicas, bem como as incapacidades e deformidades que limitam desde as atividades profissionais até as mais cotidianas. Ressalte-se, ainda, o preconceito vivido, ou temido, que leva, muitas vezes, ao receio ou ao isolamento do convívio social.

O reconhecimento dessas e de outras situações de vulnerabilidade é fundamental para o planejamento da assistência com vista a um cuidado integral que propicie o "emponderamento" desses sujeitos a fim de desenvolver maior autonomia para o autocuidado e garantia dos direitos de cidadania (LEFÉVRE, 2010).

A inclusão social do portador de HAN, visam o fim das discriminações das relações interpessoais e institucionais aonde havia qualquer tipo de preconceito e estigma, que se localizava na percepção que os portadores de HAN pode ter de si mesmos. Dessa forma, foi realizado a identificação das causas estruturais que causavam vulnerabilidade do portador de HAN, para que se adequassem às estratégias de atenção à sua saúde, e possibilitaram o enfrentamento de forma solidária dos estigmas e preconceitos, promovendo uma real inclusão social (ANJOS, 2009).

FATORES QUE DIFICULTAM A ADESÃO AO TRATAMENTO

A HAN se caracteriza por ser uma patologia mais antigas que acometem o ser humano. Existe relatos datados de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, junto com a África, foram considerados o berço dessa patologia. Observou-se que, atualmente a HAN possui tratamento e cura, isso só ocorreu por que houve melhorias nas condições de vida e nos avanços do conhecimento científico, porém o estigma e o preconceito ainda são presentes em nossa cultura, o que de certa forma, dificulta que haja o enfrentamento desta patologia, causando assim repercussões na vida pessoal e profissional de seus portadores (BRASIL, 2015).

Por um longo período, as pessoas que eram portadoras de HAN eram rejeitados por todos os seguimentos sociais, e eram obrigados ao isolamento, e em alguns locais eram

obrigados a usar um sino para identificar que um “leproso” se aproximava da cidade, dessa forma perderam o contato com o mundo exterior para que não houvesse a contaminação (BAILARKI, 2010).

O tratamento consiste principalmente na PQT de duração fixa, na combinação de três fármacos: Dapsona, Clofazimina e Rifampicina, que se mostra eficiente tanto em formas PB quanto MB, sendo considerado o grande avanço para o controlar e a eliminar a HAN em escala mundial. O tempo de tratamento preconizado é de seis meses para PB e de 12 meses para MB, Contudo, o abandono do tratamento no regime terapêutico constitui um problema grave para os profissionais da saúde pública e ao Programa de Controle da HAN. (GOULART et al., 2012).

A portaria do MS de nº 3.125 de outubro de 2010, caracteriza como abandono, o paciente que não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses para 27 receber a medicação. Os pacientes que faltam eram aqueles que haviam ultrapassado nove meses de tratamento em casos PB e 18 meses em casos MB.

Uma das características marcantes da HAN é a possibilidade de ocorrer reações hansênicas, antes, durante ou até mesmo após tratamento, que foram indicadas como uma inflamação aguda causada coo resposta do sistema imunológico ao *Mycrobacterium leprae* (FOGOS; OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

De acordo com Moreira et al., (2014), algumas das questões identificadas como relativas à não aderência ao tratamento são: a baixa escolaridade dos pacientes, além da complexidade das orientações ofertadas ao usuário, a ausência de vínculo afetivo com algum profissional da saúde.

Efeitos Colaterais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o uso da associação de três medicamentos: a PQT, com a finalidade de evitar o surgimento de resistência bacilar, no entanto a administração das drogas preconizadas provocou em alguns casos intolerância medicamentosa causando assim, a contraindicação de alguns dos fármacos (GOULART et al., 2010).

Os efeitos colaterais são de certa forma atribuídos a terapia medicamentosa utilizada no PQT, o que de certa forma foi responsável pelo afastamento do paciente que era assistido pelo programa de controle da HAN (CUNHA, 2011). A Clofazimina (CFZ) pode causar

hiperpigmentação da pele, que se acentua com o sol, deixando-a mais seca e mais sujeita a eczematizações. Além de alterações digestivas, devido ao depósito de cristais da droga na parede intestinal (OPROMOLLA, 2014).

A Dapsona pode causar problemas digestivos, como gastrite, cefaléia, síndrome nefrótica e anemia hemolítica, A Dapsona pode ainda provocar metahemoglobinemia, hepatites tóxicas, reações cutâneas por fotossensibilidade, psicoses, e a “Síndrome da Sulfona” que, apesar de menos comum, é caracterizada por febre, mal estar, mialgias alterações das funções hepáticas e elevação das bilirrubinas, que se manifestam logo após o início do tratamento com a sulfona, entre a 2ª e a 5ª semanas (GOULART, et al., 2010).

A Rifampicina produz sérios efeitos colaterais, podendo apresentar distúrbios digestivos, hepatite tóxica e trombocitopenia, síndrome da falsa gripe, dispneia, anemia hemolítica, choque, e insuficiência renal por nefrite intersticial ou necrose tubular aguda (MANE; CARTEL; GROSSET, 2015).

Baixo Nível De Instrução Escolar

Alguns autores afirmaram que, existe um baixo nível de instrução entre a grande maioria dos portadores de HAN. Dados esse que, indicaram que grande parte dos usuários portadores de HAN possuía somente o ensino fundamental ou eram analfabetos. O problema da baixa instrução escolar interferiu no entendimento da linguagem técnica que foi utilizada pelos profissionais de saúde, o que causou o comprometimento da compreensão das informações durante as consultas (RIBEIRO; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2015).

O problema da aderência ao tratamento da HAN está intimamente ligado ao controle da epidemia, visto que o indivíduo infectado contagiante representa a fonte de transmissão do bacilo que é o agente etiológico da enfermidade. Com o tratamento, o portador da forma contagiosa da doença deixa de transmitir o bacilo e assim é interrompida a cadeia de infecção. Tais dimensões do problema indicam alguns caminhos, no contexto brasileiro, para identificarmos ações que possam ser incorporadas aos já sobrecarregados serviços de atenção à hanseníase (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2010).

Ausência De Vínculo Com o Profissional De Saúde

Mesmo o tratamento sendo eficaz, do ponto de vista médico, ainda existem relatos sobre a rotatividade do profissional, assim como o preconceito do profissional em não

saber/conhecer os meios de transmissão. A linguagem utilizada para abordar o usuário, que muitas das vezes é uma linguagem técnica, e dessa forma não ocorre os vínculos que deram ao binômio profissional/usuário, a adesão do tratamento (RIBEIRO, et al., 2012)

ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO

Na Assistência a consulta enfermagem, se caracteriza por ser um momento único, um encontro entre o profissional e usuário, sendo necessário a utilização do processo de enfermagem. Em todas as fases acontece a escuta qualificada como forma de informações, possibilitando traçar os perfis de saúde e de doença dos indivíduos portadores de HAN (FREITAS, 2010).

O enfermeiro possui o papel fundamental no serviço de saúde e na organização da complexidade de cuidados que atendam às necessidades dos indivíduos portadores de HAN (OLIVERIA, 2010). Sendo assim, o enfermeiro possui o conhecimento da sintomatologia da HAN, atuando na AB, realizando busca dos casos ativos, auxiliando no diagnóstico precoce, prevenindo e implementando medidas terapêuticas para agir nas sequelas e auxiliando o indivíduo/família para que possam haja o enfrentamento desse agravo (FILHO; SANTOS; PINTO, 2010).

Implementação De Políticas Públicas

O Ministério da Saúde preconiza que a intervenção para o controle da HAN se baseie no diagnóstico precoce, prevenção e tratamento das sequelas e vigilância dos contatos intradomiciliares (BRASIL, 2015). Considerando os aspectos que corroboram com as ações do enfermeiro, esse profissional foi colocado como figura principal quando se fala em implementar políticas públicas voltadas para controle e terapia dos doentes. Isso aconteceu porque o enfermeiro atua de forma direta nos cuidados do indivíduo/família, além das comunidades acometidas pela HAN (DOS SANTOS et al., 2012).

Por sua vez, as políticas públicas para portadores de HAN, têm como meta a diminuição dos estigmas, que pode ser conseguido com uma oferta maior de informação e educação em saúde, como forma de reduzir a exclusão social. Também, observou-se que ações que foram desempenhadas pelo profissional de enfermagem, com ênfase no ESF, local onde houve um

desenvolvimento privilegiado para que se desenvolvesse ações preventivas na atenção primária e secundárias (DIAS; PEDRAZZANI, 2012).

Apoio Aos Pacientes Na Luta Contra Estigma e Preconceito

Por ser uma patologia milenar, a história nos fala que as pessoas com HAN eram expostas a grande sofrimento, devido ao forte estigma social. Atualmente, os indivíduos portadores de HAN, ainda enfrentam o estigma e o preconceito (DIAS E PEDRAZZANI, 2012). Sendo assim, é papel do enfermeiro travar uma luta contra o preconceito, e fornecer apoio necessário ao indivíduo em todo o contexto social. Sendo assim, devem orientar, promovendo o autocuidado, e buscar o empenho na promoção e prevenção da patologia e suas sequelas (MARTINS; BOUÇAS, 2010). Tais ações associadas à educação em saúde, tendem a reduzir o estigma e a exclusão social, pela qual esses usuários são vítimas. Dessa forma o cuidado que o enfermeiro promove, está ligado de forma intrínseca com a quebra de tabus, mitos e minimização dos medos, diante do desconhecido, possuindo assim a repercussão no suporte que esses usuários têm na comunidade.

Enfermagem Na Educação Em Saúde

As Ações de educação em saúde são importantes e necessárias para o controle da HAN, neste prisma, o enfermeiro atua de forma decisiva a educação para a promoção e prevenção da saúde. O enfermeiro possui o papel de educador, no qual possui a capacidade de envolver várias pessoas, para que os mesmos possam adquirir conhecimentos e ter consciência sobre a patologia (MARTINS; BOUÇAS, 2010). Para que haja um prolongamento das informações executadas, a atuação do enfermeiro pode ser utilizada como veículo de comunicação dos serviços de saúde e população de forma generalizada (MARTINS; BOUÇAS, 2010). Considerando tais sugestões, essas estimulam a troca de conhecimentos, de crenças e anula o preconceito. Todas as informações devem abranger o paciente, familiares e a sociedade, com vista a eliminar o sofrimento a toda forma de restrição em sua vida particular e social (BRASIL, 2008). Pode-se destacar que as atividades em educação em saúde executada pelo enfermeiro são de alta relevância, em razão de que a sociedade em geral desconhece as medidas de prevenção dessa doença (RODRIGUES et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que alguns aspectos devem ser corrigidos para que se alcance excelência no combate à hanseníase, como o pouco compromisso do paciente com seu tratamento e a dificuldade de acompanhamento na ESF. Tornando-se importante para que, a partir do reconhecimento dos pontos deficientes, fossem traçadas medidas de controle. Reforçando-se que as estratégias de educação em saúde devem ser estimuladas na prevenção da HAN, incentivando assim a participação dos familiares como apoio ao tratamento do paciente, na adesão dos pacientes ao tratamento e no esclarecimento de preconceitos estabelecidos, diminuindo os estigmas que o diagnóstico de hanseníase proporciona. Sendo assim, reafirmou-se que a prática de Enfermagem na saúde coletiva exige do profissional enfermeiro a competência para tomar decisões, viabilizando intervenções compatíveis com as necessidades da clientela, sendo imprescindível reconhecer que o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade requer uma visão direcionada cada vez mais para o cuidar humano.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, M.F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Rev Bras Bioet.** 2009. BAIALARDI, K.S. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.** 2010.
- BAILARKI, S.K. Estigma da Hanseníase: relato de uma experiência em grupo de pessoas portadoras. **Hansen Int.** 2010.
- BARRETO, J.G; BISANZIO, L; FRADE, M.A.C; MORAES, T.M.P; GOBBO, A.R; GUIMARÃES; L.S., et al. Spatial epidemiology and serologic cohorts increase the early detection of leprosy. **BMC Infect Dis.** 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial da União.** 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 6 ed. Brasília: MS; 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília (DF): **Ministério da Saúde;** 2017.
- DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev. bras. Enferm,**v. 61, n. spe, p. 753-756,2012;

DOS SANTOS, P. N. et.al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, n. 25, p. 116-128, 2012.

EIDT, L.M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen Int.** 2012.

FILHO, R. C.; SANTOS, S. S.; PINTO, N. M.M. Hanseníase: detecção precoce pelo enfermeiro na atenção Primária. **Revista Enfermagem Integrada**,v. 3, n. 2, p. 606- 620,2010.

FOGOS, A.R; OLIVEIRA, E.R.A; GARCIA, M.L.T. Análise dos motivos para o abandono do tratamento – o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde de Carapina/ES. **Hansen Int.** 2011.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev Bras Enferm**,v.6, n. spe, pp. 657-663, 2010.

GOULART, I.M.B; ARBEX, G.L; CARNEIRO, M.H; RODRIGUES, M.S; GADIA, R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Rev Soc Bras Med Trop.**2012.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface Comunic Saude Educ.** 2010.

LUNA, I.T; BESERRA, E.P; ALVES, M.D.S; PINHEIRO, P.N. Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev Bras Enferm.** 2010.

MANE I, CARTEL JL, GROSSET JH. Field trial on efficacy of supervised monthly dose of 600 mg rifampicin 400 mg ofloxacin and 100 mg minocycline for the treatment of leprosy; first results. **Int J LeprOtherMycobac**, 2015.

MARTINS, R. B.; BOUÇAS, P. D. P. Hanseníase: o papel do enfermeiro na prevenção e na luta contra o preconceito. Faculdades integradas de Ourinhos **FIOFEMM. Departamento de enfermagem.** São Paulo ,2010.

MOREIRA, A.J; NAVES, J.M; FERNANDES, L.F.R.M; CASTRO, S.S; WALSH, I.A.P; Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de Uberaba-MG. **Saúde Debate.** 2014.

OLIVEIRA, M. L. W. O papel estratégico do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev Bras Enferm.** Brasília, n. 6, p. 668, 2010.

OPROMOLLA, D.V.A. Terapêutica da hanseníase. Medicina (Ribeirão Preto).2014. OPROMOLLA, P.A; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev Saúde Pública.** 2011.

PUGGINA, A.C.G; SILVA, M.J.P. A alteridade nas relações de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2010.

RIBEIRO, F.S; SILVA, M.L.A, MENDONÇA, A.L.B; SOARES, J.S.A; FREITAS, C.S.L; LINHARES, M.S.C. Qualidade dos serviços prestados pelos CSF de Sobral - Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. **Sanare**. 2012.

RIBEIRO, M.D.A; OLIVEIRA, S.B; FILGUEIRAS, M.C, Pós-alta em hanseníase: uma revisão sobre qualidade de vida e conceito de cura. Saúde (Santa Maria). 2015.

RODRIGUES, A. D. et al, Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Vivências, 2009. SANTOS, A.S; CASTRO, D.S; FALQUETO, T. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev Bras Enferm**. 2010.

TALHARI, S; NEVES, R.G. **Dermatologia tropical – Hanseníase. Gráfica Tropical, Manaus, 2010**

TALHARI, S; NEVES, R.G; PENNA, G.O; OLIVEIRA, M.L.V. Hanseníase. 4ª ed. Manaus: **Gráfica Tropical**; 2016.

VISSCHEDIJK, J; VAN DE BROEK, J; EGGENS, H; LEVER, P; VAN BEERS, S; KLASTER, P. Mycobacterium leprae – millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era. **Tropical medicine and International Health**, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Leprosy-Global Situation. Weekly epidemiological Record, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological Record**. WHO. 2012.

Capítulo 9

MAES\PUERPERAS E O DESMAME PRECOCE: FATORES DESENCADEANTES

MAES \ PUERPERAS AND EARLY WEANING: TRIGGERING FACTORS

Marlene Menezes de Souza Teixeira
marlenesouza@leaosampaio.edu.br
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Tassia Lobato Pinheiro Belmino

RESUMO

O leite materno é o melhor alimento que a mãe pode proporcionar a seu filho, propiciando vantagens para criança, mãe, família, sociedade e planeta. A priori a pesquisa procura objetivar os fatores que levaram as mães usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Família da cidade metropolitana do Cariri a desmamarem seus filhos precocemente. O estudo realizado é de natureza descritiva de caráter exploratória, com abordagem qualitativa, realizado a partir de um questionário para coleta de dados. A preferência por esta UBSF deu-se por esta apresentar a maior prevalência de aleitamento misto segundo dados do SIAB do município. A população foi constituída por 17 mães com filhos na faixa etária de 0 a 3 meses e 29 dias atendidas pela UBSF da Vila Central. Após a coleta, os dados foram analisados, dispostos em categorias e consolidados em um único quadro. Ressaltamos que a presente pesquisa seguiu os parâmetros preconizados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Com base nos resultados evidenciou-se que os fatores listados pelas mães como determinante na interrupção precoce do aleitamento materno foram: primiparidade delineando a falta de experiência para cuidar do bebe; o ato de não conseguir consolar o choro constante da criança no ato da amamentação, o baixo nível de conhecimento sobre a importância do AME e ainda o nível de escolaridade materna que influencia diretamente no cuidar dos recém-nascidos. Evidenciando aos fatores de riscos para a o binômio mãe/filho no decorrer das consultas de pré-natal.

Palavra Chave: desmame precoce; fatores desencadeantes; binômio mãe/filho

ABSTRACT

Breast milk is the best food a mother can provide to her child, providing benefits for the child, mother, family, society and planet. A priori the research aims to objectify the factors that led mothers using a Basic Family Health Unit of the metropolitan city of Cariri to wean their children early. This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, conducted from a questionnaire for data collection. The preference for this UBSF was because it presents the highest prevalence of mixed breastfeeding according to data from the municipality's SIAB. The population consisted of 17 mothers with children aged 0 to 3 months and 29 days attended by the UBSF of Vila Central. After collection, the data were analyzed, arranged in categories and consolidated into a single frame. We emphasize that this research followed the parameters recommended by Resolution 466/12 of the National Health Council. Based on the results, it was

evidenced that the factors listed by mothers as determinant in the early interruption of breastfeeding were: primiparity outlining the lack of experience for take care of the baby; the act of not being able to comfort the constant crying of the child during the act of breastfeeding, the low level of knowledge about the importance of EBF and the level of maternal education that directly influences the care of newborns. It is concluded that it is necessary during the prenatal consultation that an analysis of the level of knowledge of pregnant women about the triggering factors of early weaning is shown, highlighting the risk factors for the mother / child binomial during the prenatal consultations.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é incontestavelmente a melhor forma da mãe que preocupa-se com o bem estar de seu filho prover alimentação saudável, natural e segura, pois esta proporciona vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas e econômicas reconhecidas e vivenciadas por todo os seres humanos ao longo do crescimento e desenvolvimento da espécie¹.

Apesar das imensas evidências da superioridade do leite materno sobre outros tipos de leite, ainda é baixo o número de mulheres que amamentam seus filhos de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), que estabelecem o aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses de vida e complementar até 24 meses de idade ou mais². A amamentação de forma exclusiva é quando o lactente recebe somente leite materno (de sua mãe ou ordenhado) e não recebe qualquer outro líquido ou alimento sólido à exceção de gotas de vitaminas, minerais ou outros medicamentos.

O leite materno é o alimento ideal para o bebê. Pelo fato de ser o leite da própria espécie, promove um crescimento e desenvolvimento ótimos da criança, e visto que, se chegamos aonde chegamos foi através do aleitamento, pois esta prática existe desde os primórdios da humanidade.

O processo de amamentação deve se iniciar logo após o parto, quando a mãe e o bebê são colocados juntos para iniciarem o primeiro contato. A partir daí, os dois irão aprender a se conhecerem, a lidar com as dificuldades e a vencê-las. E é nesta fase inicial que o profissional de saúde precisa estar atento para um maior apoio e incentivo no que se refere às queixas relacionadas a mãe e também em relação ao filho³.

A prática da amamentação traz comprovadas vantagens para a criança, mãe, família e sociedade. Devido à imaturidade do sistema imune, o recém-nascido é mais vulnerável à doenças, sendo fundamental a proteção conferida pela amamentação⁴.

Segundo o Ministério da Saúde⁵ o aleitamento materno evita mortes infantis, diarreia, infecção respiratória, diminui o risco de alergias, de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade, proporciona uma melhor nutrição, causa efeito positivo na inteligência, um melhor desenvolvimento da cavidade bucal, proteção contra câncer de mama, evita nova gravidez, menores custos financeiros, além da promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho e uma melhor qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁵, a prática da amamentação atualmente salva a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas.

Acredita-se que com tantos investimentos por parte do ministério da saúde em propagandas e incentivos ao aleitamento materno as mães tenham uma noção das vantagens oferecidas pelo mesmo, sendo que estas acabam se apegando ao que para elas são problemas como uma forma de justificar o desmame. Talvez, isso se deva ao fato de que a mulher atual tem uma vida mais intensa e ansiosa, onde esta tem que dividir-se entre o trabalho, a casa, a família e o bebê, além da falta de um suporte cultural, que antigamente era repassado de geração em geração, nas quais as avós transmitiam às mães informações em relação ao aleitamento, incentivando-as para tal prática⁶.

Portanto, é de fundamental importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem que antes se analise as variáveis contextuais. Diante desta complexidade, para que a mulher possa assumir com mais segurança o papel de mãe e de provedora do alimento de seu filho, ela precisa se sentir adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades, que cabe aos profissionais de saúde, como uma equipe interligada, a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, de saber ouvi-la, dirimir suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não de sofrimento.

Faz-se necessário estabelecer uma relação de empatia com a mãe para que esta se sinta compreendida e fique mais aberto para verbalizar suas queixas, ouvir e acatar as sugestões do

profissional de saúde. Sendo que o suporte de saúde e educação deve ser dado por um profissional com conhecimento sobre assunto para propiciar uma forma mais eficaz de se ajudar as mães a estabelecer e manter a amamentação.

O objetivo da pesquisa buscou conhecer os fatores que levam 17 mães ao desmame precoce com bebê de 0 a 3 meses e 29 dias em uma Unidade Básica de Saúde da Família na cidade de Potengi – Ceará. A relevância do estudo fortaleceu a abordagem do por quê? o alto índice de desmame precoce.

Pretende-se a partir deste estudo dar ênfase aos profissionais de saúde para que possam elaborar ações que sejam desenvolvida na consulta de pré-natal fortalecendo o conhecimento das gestantes sobre a importância do aleitamento materno até o 6 primeiros meses de vida do RN, nem precisa fortalecer que é o Ministério da Saúde que preconiza e sim o amor de mãe que faz a magia da amamentação acontecer.

METODOLOGIA

O presente estudo apresenta-se de natureza descritiva de caráter exploratória, com abordagem quantitativa assegurando assim a obtenção dos objetivos propostos.

O lócus do estudo foi na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Vila Central situado na zona rural da cidade de Potengi - CE. Local esse escolhido por apresentar segundo dados do SIAB a maior demanda do município de crianças na faixa etária de 0 a 3 meses e 29 dias que não estavam em aleitamento materno exclusivo.

A pesquisa foi desenvolvida durante os meses de setembro e outubro, no ano de 2018, seguindo as etapas de coleta de dados, desenvolvimento, análise e finalização.

A população da pesquisa foi composta por 20 mulheres, porém, apenas 17 compuseram a amostra, inseridas no critério de inclusão como mães que não ofereçam o leite materno exclusivo ao seu filho na faixa etária de 0 a 3 meses e 29 dias, que fosse usuária da UBSF, com plena aptidão física e mental.

Foram excluídas da pesquisa todas as mulheres que não atenderam aos critérios de inclusão descritos anteriormente. O roteiro do questionário foi elaborado e aplicado com perguntas objetivas, de fácil entendimento e respostas das mesmas e obedecendo assim à

resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos, è importante esclarecer que para sigilo absoluto das participantes estas não necessitaram colocar o nome ou assinatura.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo o Ministério da Saúde7 muitas vezes a amamentação é interrompida apesar do desejo da mãe em mantê-la. As razões mais freqüentes alegadas para a interrupção precoce são: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas nas mamas.

No Quadro 01 apresentamos as variáveis relacionadas às causas para o desmame precoce.

<i>Variável</i>	<i>Nº de Respostas</i>	<i>%</i>
Primiparidade	7	77,7
Leite fraco	3	33,3
Problema nas mamas	0	0
Bebê chorava muito	3	33,3
Orientação sobre AME no pré-natal	1	11,1
Idade materna < 20 anos	3	33,3
Outros	4	44,4
Escolaridade inferior a 2º grau completo	7	77,7

Fonte: Pesquisa realizada diretamente com as usuária da UBSF da Vila Central em Potengi –Ce, 2018.

Como podemos ver no quadro 01 um dos fatores que mais contribui para o desmame precoce é a primiparidade, que se encontra evidenciada em 77,7% das mulheres participantes da pesquisa.

Segundo uma pesquisa realizada por4 em cento e onze municípios do Estado de São Paulo que mostra que mulheres com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas são as que têm menor chance de amamentar seus bebês exclusivamente até o sexto mês de vida.

Ainda com base no quadro acima podemos averiguar que o desmame precoce ocorreu entre mães com idade superior a 20 anos, sendo assim, esse resultado vem por contradizer os achados de8, que calculou que os filhos de mães menores de 20 anos tem 2.2 vezes mais

chances de serem desmamadas antes dos 6 meses, quando comparados àqueles de mães com idade entre 20 a 34 anos.

Outro achado relevante é sobre os níveis de escolaridade materna das mães que desmamaram precocemente seus filhos, comprovando assim, que o tempo de aleitamento materno pode ser associado à escolaridade da mãe, pois quando a mãe tem um nível de cultura favorecido, valoriza os benefícios da prática do aleitamento materno consequentemente melhor qualidade de vida mãe/filho.

Para o grau de instrução materna afeta a motivação para o amamentar, sendo que em países desenvolvidos mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno.

Quando analisamos a prevalência de desmame precoce em criança que frequentavam a UBSF observou-se que a taxa de desmame precoce totaliza um percentual relevante de todas as crianças usuárias da UBSF da vila central, o que significa que na maioria das mães que tem filhos na faixa etária de 0 a 3 meses e 29 dias não estão mantendo seus filhos em aleitamento exclusivo. Evidenciando uma taxa de desmame precoce significativamente alta para o universo de mães participantes da pesquisa.

Segundo Manual de Orientações da⁴, as estatísticas nacionais mostram que o aleitamento materno é praticado em níveis muito inferiores ao que recomendo pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Como podemos ver, estudos anteriores já haviam evidenciado esta alta prevalência, como mostra¹⁰ que em seus estudos observou que, crianças com faixa etária de até 4 meses de vida, apresentam um percentual de apenas 6,9% de Aleitamento Materno Exclusivo dentre o total de crianças pesquisadas.

Quanto à avaliação do nível de conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento materno, adquirido durante as consultas de pré-natal e/ ou puerperal observa-se ser ineficiente o que pode diretamente influenciar no desmame precoce.

Durante o acompanhamento pré-natal, pode-se estimular a formação de grupos de apoio à gestante com a participação dos familiares, inclusive grupos de sala de espera.

Ainda conforme¹¹ nos atendimentos individuais é importante que se converse com a gestante e seu acompanhante a respeito de sua intenção de amamentar, orientar tanto a gestante quanto seus familiares sobre vantagens da amamentação, tempo ideal de aleitamento

materno, conseqüências do desmame precoce, produção do leite e manutenção da lactação, amamentação precoce ainda na sala de parto, importância do alojamento conjunto, técnica de amamentação, problemas e dificuldades, direitos da mãe, do pai e da criança e estimular o parto normal.

No quadro 01 evidencia ainda com maior ênfase o que foi relatado anteriormente, que mostra que as informações recebidas pelas gestantes durante o pré-natal foram insatisfatórias, pois as mães quando abordadas sobre a importância do colostro para o recém-nascido na sua maioria não souberam responder. Acredita-se que conhecendo a importância do colostro como imunização para o bebê é um fator desencadeante para realização da ação.

Segundo⁴, na primeira hora de vida, o bebê está bastante alerta e seus reflexos o levam a buscar o peito da mãe. Quando a mamada ocorre, ele recebe o colostro, rico em anticorpos que vão protegê-lo dos germes maternos recém-adquiridos.

Ademais foram indagadas as mães inseridas na pesquisa quanto ao fator determinante para “o desmame precoce”, o que foi relatado pelas participantes do estudo é que no ato da AME os bebês choravam ficavam inquietos e não conseguiam mamar e por outro lado elas (as mães) os acalentavam ou com o uso da chupeta ou introduzindo outro líquido na boca da criança.

Observa-se que o fato narrado acima pode ocorrer por as mães não terem o conhecimento sobre os fatores que podem ser desencadeador no ato da amamentação interpelando no processo de sucção. Pode-se averiguar ao longo da análise desta categoria que as informações a cerca da pega correta no AME foi passada as mães pela enfermeira da UBSF, de forma superficial a ponto das mesmas mostrarem um grau de conhecimento relativamente baixo a cerca do assunto.

O pré-natal é por vezes a primeira oportunidade de se abordar o tema amamentação. A educação feita nesse período é comprovadamente importante para o sucesso do aleitamento¹². Contudo Segundo⁴ estudos mostram que a implementação de quatro ou mais ações de incentivo à amamentação na rede pública municipal pode aumentar em até duas vezes a chance de haver amamentação exclusiva em crianças até o sexto mês de vida, o que reforça a importância da implementação de políticas municipais de aleitamento materno.

Além do mais o grau de conhecimento evidenciado pelas mães relacionado às conseqüências atual do desmame precoce foi de forma satisfatória, como mostra o quadro 01,

que na maioria das mães relataram as consequências oriundas do desmame precoce de seus filhos, talvez isso se dê pelo fato das mesmas estarem vivenciando este momento.

Apesar de formalmente convencidos das vantagens e benefícios da amamentação, são poucos os profissionais de saúde que se dedicam a esclarecer as gestantes e puérperas sobre a importância do aleitamento exclusivo.

CONCLUSÃO

O leite materno não é apenas um sinônimo de superioridade, mas também de sobrevivência, pois comprovadamente sua prática salvou e salva todos os anos milhares de crianças. É uma prática natural e eficaz. Um ato cujo sucesso depende de fatores sociais, culturais e psicológicos da puérpera, além do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. Diante deste contexto e da importância do aleitamento materno é necessário que sejam analisadas as causas que vem provocando o seu desmame precoce.

Este estudo se refere a apenas a uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Potengi-Ce, mas os resultados obtidos podem ser considerados para outras UBSF da cidade, uma vez que há relativa homogeneidade no que se refere à estrutura dos serviços de saúde e as características socioeconômicas e culturais da população.

Diante dos objetivos propostos pela pesquisa analisamos os possíveis fatores que estão levando as mães de uma UBSF a desmamarem precocemente seus filhos.

Os resultados do estudo mostram que muitos são os fatores que estão associados ao desmame, dentre eles a primiparidade e o nível de escolaridade materna obtiveram grande destaque, dados estes já esperados, pois a primiparidade por se só vem acompanhada de dúvidas, incertezas, medos e principalmente inexperiência, sendo assim considerado um fator causador do desmame.

A variável escolaridade materna se mostrou associada ao desmame precoce, no fato de, quanto maior o tempo de escolaridade da mãe, maior a duração do aleitamento exclusivo.

O fato de o bebê chorar muito e da mãe considerar não saber acalentar o seu filho também estão associados ao desmame, no choro do bebê vem a dedução rápida da mãe que a criança esta com fome, não avaliando outros fatores, induzindo-a a introdução de outros alimento para sanar a situação.

Ao ser analisado a prevalência do desmame entre as usuárias da UBSF, constatou-se altos índices, que por sua vez chegam a totalizar quase a metade da população estudada, onde as crianças que encontram em desmame precoce representam um percentual relevante do total, as demais no aleitamento exclusivo.

Quanto à avaliação do conhecimento das mães em relação ao aleitamento materno, os dados comprovam que todos receberam orientações pela enfermeira acerca do assunto, mas pode-se comprovar que estas orientações foram ineficazes.

A avaliação quanto ao conhecimento das mães sobre as consequências dos desmame precoce para a criança também obteve resultados que mostrou que as mães possuíam um conhecimento supérfluo.

Sobretudo conclui-se que se pode fazer muito mais por estas gestantes\mães a fim de evitar danos posteriores aos seus filhos pelo desamor do AME ocasionado pela prevalência do desconhecido no ato de amamentar.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para um melhor entendimento por parte dos profissionais de saúde acerca do que está causando o desmame precoce nesta população, possibilitando a todos os profissionais da saúde pública o desenvolvimento de ações que visem à promoção do aleitamento materno exclusivo com ênfase no que se aprende e não baseado no que se ensina nas rodas de conversa ou nas consultas individuais.

REFERÊNCIAS

1. TEIXEIRA, M. A. NITSCHKE, R. G. **Modelo de Cuidar em Enfermagem Junto às Mulheres-Avós e sua Família no Cotidiano do Processo de Amamentação**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar, 2008.

_____. **Amamentação e uso de Medicamentos e outras Substâncias**. 2ª edição. Brasília: MS, 2014.

3. RODRIGUES, Bruno. **Amamentando. Bebê tem que mamar logo que nasce**. 2008. Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/amamentacao/bebe_tem_que_mamar_logo_que_nasce.htm> Acesso em 29 setembro 2018.

4. FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, **Aleitamento Materno Manual de Orientação**. 1ª edição, São Paulo: Ponto, 2016.

_____. Álbum Seriado. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2ª edição revisada. Brasília: MS, 2011.

6. CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. **Aleitamento Materno: Manual**. Prático. 2ª edição, Londrina-Pr: PML, 2006.

_____. **Amamentação em todos os momentos. Mais saúde, carinho e proteção**. Panfleto da Semana Mundial de Aleitamento Materno. Brasília: MS, 2009.

8. OLIVEIRA, E. A. F. **Aleitamento Materno**. 2010. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?17>> Acesso em: 13 outubro 2018.

9 VOLPINI C. C. A. , MOURA E. C. **Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas**. Rev. Nutr. 2005; 18: 311-319.

10. PIRES, Celina. **Tudo o que precisa de saber para amamentar com sucesso**. Leite Materno. 2010. Disponível em: < <http://www.leitematerno.org/>> Acesso em: 03 setembro 2018.

11. BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção básica, Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2ª edição, Brasília-DF: MS, 2015.

12. TEODORO, Renata Dario. **Fatores Associados ao Desmame Precoce em Mães que Frequentam o Ambulatório de Pediatria da Unesc**. Criciúma - SC, 2008.

Capítulo 10

O USO DA TECNOLOGIA COMO METODOLOGIA DE ENSINO INTERATIVA EM UM CURSO DE ODONTOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE USE OF TECHNOLOGY AS A METHODOLOGY OF INTERACTIVE EDUCATION IN A DENTISTRY COURSE: EXPERIENCE REPORT

Augusto César Raimundo, Doutorando em Odontologia – área Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP. E-mail: augustocesarsr@gmail.com

Ana Clara Correa Duarte Simões, Doutorando em Odontologia área Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP. E-mail: anaclara13simoes@gmail.com

Laura Paredes Merchan, Mestranda em Odontologia – área Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP. E-mail: laurapmerchan@outlook.com

Brunna Verna Castro Gondinho, Doutoranda em Odontologia – área Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP. E-mail: bvernagondim@hotmail.com

Júlia Vitório Octaviani, Mestranda em Gestão e Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP. E-mail: crjulia@hotmail.com

Luciane Miranda Guerra, Docente da área de Psicologia Aplicada, do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP. E-mail: lumiranda1302@gmail.com

Marcelo de Castro Meneghim, Docente da área de Odontologia Social, do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP. E-mail: meneghim@unicamp.br

Luiz Francesquini Junior, Docente da área de Odontologia Legal, do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP. E-mail: francesq@unicamp.br

Maria Helena Ribeiro Checci. Docente do departamento de Saúde Coletiva – ISB da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: mariahelenard@hotmail.com

RESUMO:

É papel da Universidade e de seus recursos humanos o incentivo a uma formação ampla e transformadora que possa agregar novas competências capazes de sustentar uma prática focada na promoção e na integralidade do cuidado em saúde. Entretanto, atrair a atenção dos alunos das novas gerações é tarefa complexa e desafiadora. As metodologias que se utilizam de ferramentas tecnológicas podem auxiliar nesse desafio. Assim, o objetivo deste artigo foi descrever a experiência de produção de um material didático-pedagógico, em forma de vídeo, desenvolvido para proporcionar aos graduandos de odontologia uma compreensão prévia acerca do Estágio Extramuros a ser realizado nas unidades de saúde municipais. Trata-se de um relato de experiência em uma Instituição Pública de Ensino Superior de Odontologia do Estado de São Paulo. Este material abordou temas comuns ao processo de trabalho na Estratégia Saúde

da Família (ESF), como protocolos de atendimento sobre acolhimento e vínculo, visitas domiciliares e educação em sala de espera. O material foi construído em três fases, a saber: 1) tempestade de ideias, 2) seleção de material e 3) produção e gravação do vídeo. Após a finalização, o material foi introduzido na plataforma YouTube, onde fica disponível para acesso livre. A experiência que abordou tanto uma equipe de pós-graduação, a qual pesquisou e produziu um conteúdo, como um grupo de graduação que o utilizará como material de consulta, foi positiva a ambas e, ainda, poderá reverberar à toda unidade de saúde, fato que contempla a possibilidade de um novo tipo de ensino que pode ser adaptado aos ambientes de aprendizagem que surgem ao longo dos anos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação. YouTube. Educação Profissional em Saúde.

ABSTRACT:

It is the role of the University and its human resources to encourage a broad and transformative training that can add new skills capable of sustaining a practice focused on the promotion and comprehensiveness of health care. However, attracting the attention of students of new generations is a complex and challenging task. Methodologies that use technological tools can help in this challenge. Thus, the aim of this article was to describe the experience of producing a didactic-pedagogical material, in video form, developed to provide dental students with a previous understanding of the Extramuros Internship to be performed in municipal health units. This is an experience report in a Public Higher Education Institution of Dentistry of the State of São Paulo. This material covered themes common to the work process in the Family Health Strategy (FHS), such as care protocols about welcoming and bonding, home visits and waiting room education. The material was built in three phases, namely: 1) brainstorming, 2) material selection and 3) video production and recording. After finalization, the material was introduced on the YouTube platform, where it is available for free access. The experience that approached both a postgraduate team, which researched and produced content, as well as an undergraduate group that will use it as consultation material, was positive for both, and may reverberate to the entire health unit, a fact which contemplates the possibility of a new type of teaching that can be adapted to the learning environments that emerge over the years.

KEYWORDS: Education. YouTube. Professional Health Education.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de odontologia preconizam que a Universidade e a comunidade sejam os dispositivos responsáveis pelo estímulo/orientação à formação de cirurgiões-dentistas preparados a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) e para o SUS, onde a saúde possa ser reconhecida como socialmente determinada e condicionada. Além disso, traz outros elementos como integração curricular, adoção de metodologias de ensino interativas e o posicionamento do professor como facilitador do processo educacional (Brasil, 2002).

Dessa forma, é papel da Universidade e de seus recursos humanos o incentivo à formação ampla e transformadora que possa agregar novas competências, estas capazes de sustentar uma prática focada na promoção e na integralidade do cuidado em saúde no SUS (Gondinho, 2015).

Dentre as obrigações apontadas pelas DCN, destaca-se a implantação de Estágios Extramuros (EEM) em cursos de graduação de odontologia sob supervisão docente. Lugar onde o graduando deve experimentar efetivamente o cotidiano de uma comunidade, trabalhando em equipes multidisciplinares, reconhecendo o território sanitário e suas relações com os determinantes sociais implicados (Brasil, 2002; Mialhe et al, 2011; De Checci, 2018).

Nessa proposta, as metodologias que se utilizam das ferramentas tecnológicas podem ser imprescindíveis (Aciole, 2016). Entretanto, atrair a atenção dos alunos das novas gerações é tarefa complexa e desafiadora. Por outro lado, percebem-se potencialidades, já que a maior parte dos estudantes universitários no Brasil é formada por jovens e adultos que utilizam computadores, smartphones e tablets de forma rotineira, inclusive com objetivo educacional (Campos et al 2012; Quintanilha, 2017).

Sabe-se que debates e reflexões acerca dessa nova dinâmica considera que ferramentas, tais como: buscadores Google, redes sociais (Twitter, Facebook, etc), repositórios de texto (Scribd, Slideshare, etc), disseminadores de imagens e vídeos (Youtube, Tumblr, etc.), estimulam não apenas a produção de conhecimento, como também o seu compartilhamento (Almeida Filho, 2013).

Assim, o objetivo deste artigo foi descrever a experiência de produção de um material didático-pedagógico, em forma de vídeo, desenvolvido para proporcionar aos graduandos de odontologia uma compreensão prévia acerca do Estágio Extramuros a ser realizado na Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência em uma Instituição Pública de Ensino Superior de Odontologia do Estado de São Paulo.

O público alvo foi representado pelos alunos do 5º ano do curso de odontologia, matriculados na disciplina denominada ‘*Clínica de Estágios Extramuros*’ e, para a coordenação da atividade, foi eleito um grupo condutor composto por alunos de pós-graduação em odontologia (mestrado e doutorado).

A construção do material didático-pedagógico se deu conforme a figura 1, onde, para a execução da atividade, o grupo condutor foi dividido em 3 subgrupos fixos compostos por 4 pós-graduandos, cada um responsável por uma das etapas.

Figura 1: Etapas da Produção do Material.



RELATO DE EXPERIENCIA

A construção do material didático-pedagógico se deu conforme as etapas descritas abaixo, onde, pós-graduandos de Odontologia - Área Saúde Coletiva - matriculados na disciplina Saúde e Comunidade I e II confeccionaram um material educativo a ser utilizado para orientação dos alunos de graduação em Odontologia em estágio extramuros.

O estágio extramuros é ofertado como atividade obrigatória aos alunos do último ano de faculdade e visa formar profissionais que compreendam o sistema de saúde vigente, com foco

na promoção da saúde, que saibam trabalhar de forma integrada levando em consideração a realidade social da população que faz parte do território adscrito de uma unidade de saúde. (Estágio Extramuros, 2019)

Assim, os alunos que participam deste estágio, são direcionados às Unidades de Saúde da Família, onde devem participar de todos os processos de trabalho realizados naquele local. Estes graduandos estagiam durante um mês em unidade de saúde selecionada, transitando entre diversas atividades que incluem: atendimento clínico, visita domiciliar, acolhimento, reunião de equipe, grupos operativos e educação em sala de espera.

Para que os alunos compareçam à unidade, além do embasamento teórico adquirido em sala de aula, um resumo das ações que devem realizar em cada setor é oferecido. Para tal, foi realizada a confecção de material didático, informativo e interativo, com linguagem clara e de fácil entendimento, onde foram abordados os temas comuns ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), como protocolos de atendimento sobre acolhimento e vínculo, visitas domiciliares e educação em sala de espera, dentre outros.

Etapa 1: Tempestade de ideias e busca na literatura

A seleção do conteúdo se deu após uma fase de tempestade de ideias (brainstorming), observada a sequência proposta por Farias (2015) com: discussão do problema; sugestão de possíveis explicações com base no conhecimento prévio de cada um, identificação de áreas incompletas e com toda a discussão sendo registrada. Após a definição de que seria construído um vídeo material audiovisual - foram feitas buscas de artigos científicos nas bases de dados Pubmed, Scielo e Google Acadêmico, além dos instrutivos do Ministério da Saúde.

O processo pedagógico pautou-se na investigação, com trabalho em grupo buscando reconstruir conhecimentos e práticas. Tal recurso, segundo Moraes (2012), contribui para que os participantes se tornem protagonistas e compartilhem suas pesquisas com colegas através de diálogos e intercâmbio.

- **Etapa 2: Seleção de conteúdo, imagens e recursos audiovisuais**

Após a fase da tempestade de ideias e pesquisa de material, avançou-se à fase de seleção do conteúdo. A confecção do vídeo dispôs de arquivos de texto e imagens, com narração e fundo musical. O som foi retirado da própria plataforma YouTube, sendo composto por música instrumental. As imagens foram coletadas via buscador de imagens do Google, com alta

qualidade no formato de arquivo *Portable Network Graphics* (PNG). Os temas das imagens diziam respeito ao assunto, sendo associados com imagens da cultura pop, buscando captar a atenção do aluno (público jovem). Assim, a intenção é fornecer material de fácil consulta e entendimento, com possibilidade de acesso via plataformas móveis e disponível no portal institucional. Por fim, para a elaboração do material visual foi escolhido o Microsoft Power Point para criar, editar, exibir e formar apresentações gráficas.

Disponibilizar ao alunos, de maneira diversificada, acesso ao conhecimento, atratividade, isto as videoaulas possuem são capazes de fazer (Quintanilha, 2017).

Etapa 3: Produção e gravação do vídeo

Com a apresentação gráfica concluída, design apropriado, texto inserido e imagens estrategicamente distribuídas, procedeu-se à incorporação da narração e música. Tal feito deu-se pelo programa Quicktime da Apple Incorporation, o qual possibilitou gravar de forma concomitante a tela do computador, a locução e o áudio instrumental de fundo.

Para Allam *apud* Dias (2014), o desafio criativo de utilizar imagens em movimento e som para se comunicar um tópico, possibilita aos alunos a absorção de uma gama de competências. Usando-se de uma linguagem clara e objetiva, evitando aprofundamentos desnecessários, o arquivo multimídia ficou com duração de 7 minutos, já que quando informações úteis estão disponíveis de forma eficiente e encontradas em tempo oportuno, um ciclo de feedback positivo parece se instalar, fazendo com que os alunos procurem por mais materiais relacionados, tornando-se aprendizes ativos (Dias, 2014).

Após a finalização, o material foi introduzido na plataforma YouTube. O conteúdo se aproveita das características do website, que indica materiais semelhantes, promovendo a quem o consulta um aprofundamento sobre o tema. Existe, inclusive, a possibilidade de geração de legendas pela própria plataforma, permitindo a observação mais discreta. Os comentários permanecem abertos para contribuições e feedback daqueles que o utilizarem. Por fim, o conteúdo fica disponível para consulta online, podendo ser acessado via aplicativos gratuitos de dispositivos móveis por qualquer pessoa.

Tecnologias Móveis

Os recursos interativos e colaborativos são destaques dos produtos que auxiliam nessa disseminação. Esses aparatos, podem ser chamados de mídias móveis, sendo os notebooks,

celulares, tablets, e-readers os principais representantes desse grupo. Eles permitem maior flexibilidade no processo de comunicação devido às suas características de mobilidade, interatividade e portabilidade. Além disso, possuem um uso descomplicado permitindo a interação com conteúdo, pessoas e ambientes por meio de conexões móveis. (Fedoce, 2010).

A informação está, literalmente, em nossas mãos. Vivemos algum assunto de nosso interesse o tempo todo, sem diferenciação entre tempo e espaço, vida pública e privada. Páginas que compartilham conteúdos relacionados ao nosso interesse são direcionadas a nós no Facebook, Instagram e Youtube o tempo todo, de modo que vivemos em uma bolha de filtros invisíveis (Zimmer et al, 2018). Existe todo um processo de convergência tecnológica em torno dos dispositivos móveis, principalmente os smartphones, onde uma única plataforma é capaz de fornecer serviços midiáticos híbridos, com vários canais de comunicação e aplicativos. Desta maneira, esses dispositivos se apresentam como uma boa alternativa ao processo de ensino aprendizagem, ampliando e descentralizando o acesso às informações, já que podem auxiliar no desenvolvimento de projetos, compartilhamento de informações e resolução de dúvidas.

Reforçando isso, Dias et al (2014) traz que a inserção dos dispositivos móveis em sala de aula propiciou novas abordagens para o desenvolvimento de recursos pedagógicos por meio de textos, imagens, vídeos e áudios ampliando o alcance do aprendizado. Ressalta ainda que a produção de vídeos para fins pedagógicos é realidade favorecida pela distribuição dos mesmos nas redes sociais e que essa abordagem é potencializada pela chegada dos nativos digitais na universidade.

O YouTube como Ferramenta

Portais como YouTube e Vimeo funcionam como plataforma de oferta de vídeos e estes podem servir de material para sensibilizar, mostrar ideias e disponibilizar conteúdo. Assim, os professores podem produzir seus materiais e até mesmo solicitar aos alunos que elaborem algo como produto de alguma tarefa (Moran, 2017).

Quintanilha (2017), em uma pesquisa com 88 alunos, descobriu que 98,9% utilizam o YouTube como instrumento acessório na busca de informações. De forma que na mesma pesquisa propôs que fosse produzido material audiovisual de até 15 minutos a ser compartilhado no canal da disciplina na plataforma. Essa atividade foi facultativa e mesmo assim obteve 70% de participação. Destes, 95% afirmaram que a proposta contribuiu significativamente para o aprendizado. Mesmo assim o simples acesso à plataforma, às informações lá contidas

não significa aprendizagem. É necessário que criticidade seja empregada e estimulada buscando-se a otimização da experiência e autonomia do aluno.

Na experiência relatada neste capítulo, o resultado foi apresentado e muito bem recebido pelos docentes responsáveis pela disciplina. Dessa forma, será disponibilizado aos alunos pelo site institucional e ficará com acesso livre no YouTube (Figura 2), a saber:

https://www.youtube.com/watch?v=xBooYpoU4g8&list=PLQrIS8iteKIC1OfYrMmFm_ncWc7quLWOP&index=2&t=0s

Figura 2: Página de acesso ao vídeo “Saúde Comunidade”.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato exposto demonstrou uma experiência que abordou tanto uma equipe de pós-graduação, a qual pesquisou e produziu um conteúdo, como um grupo de graduação que o utilizará como material de consulta.

Não obstante, essa interação ainda reverbera nas unidades de saúde, uma vez que a atuação desses dois níveis de ensino se pauta pela integração ao serviço. Uma prática que, como

afirma Acirole (2017), objetiva a formação de competências, com um processo ensino aprendizagem crítico-reflexivo, investigativo, problematizador, onde o conhecimento é construído coletivamente, buscado por atividade exploratória e referenciado socialmente. Além de se adequar a uma sociedade que funcionam sob a égide da inovação, transformação e ruptura constantes.

CURIOSIDADE

A mesma Instituição de Ensino Superior, em seus Programas de Pós-Graduação, tem produzido alguns materiais dessa natureza que têm sido considerados produção técnica/tecnológica e científica, possuindo peso significativo nas avaliações periódicas realizadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Já são 4 vídeos abordando assuntos diversos como: Redes de Atenção à Saúde, Revisão Sistemática com Metanálise; Utilização do Tabwin e Tabnet e, agora, sobre Atuação na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

Almeida Filho, N. M. **Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva** no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, June 2013.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia e**

odontologia. Diário Oficial da União. 2002 Mar 4 [acesso 2017 Jun 20]; Seção 1. p 10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>. 9.

Campos N.S., Santos A., Santos M.M., Santos NB, Cordeiro A. **Lições aprendidas em uma experiência de utilização do Facebook como arquitetura pedagógica de apoio a um curso em regime Blended Course.** Revista Augustus. 2012;17(34).

De Checci, M. H. R. **Percepção do graduando do último ano de odontologia, em relação ao estágio extramuros.** 2018. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Campinas, SP.

Dias, R. da L.; Moraes, M. C.; Leite, L. L. **Video Production and Video Tutorials in Professional Health Education.** International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics, v. 9, n. 3, p. 72–80, 2014.

Estágio Extramuros. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba-SP, 2018. Disponível em: https://w2.fop.unicamp.br/guias/guia2018_2/index2.php

Farias P.A.M., Martin, A.L.A.R., Cristo, C.S. **Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações.** Rev Bras Educ Med. 2015;39(1):143-58.

Gondinho, B.V.C. **Comentários sobre a saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** In: Lima, A.C.G. et al. Nas trilhas da saúde coletiva. Teresina: FUESPI, 2015.

Mialhe F, Meneghim MC, Sousa MLR, Pereira AC. **Integração Ensino Serviço – para orientação da Formação Profissional em saúde: a experiência da FOP/ UNICAMP.** Rio de Janeiro: Usina de Letras; 2011.

Moraes, R. **Aprender e Pesquisar: reconstruções propiciadas em sala de aula e em grupos de pesquisa.** In N. Stecanela (Ed.), *Diálogos com a Educação.* EDUCS, Caxias do Sul.

Capítulo 11

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL, UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mabel Martins Lima¹,
Faculdade Unyleya,
mabelmartinslima@gmail.com
André Castro Ramos²,
Universidade Federal do Ceará,
acastroramos1987@gmail.com
Abel Martins Filho³,
Universidade Estácio de Sá,
abelmartinsfilho.adv@gmail.com

RESUMO: Desde o início das políticas públicas de saúde no Brasil, a saúde bucal sempre ocupou a margem em relação às demais especialidades disponíveis no serviço público, mesmo sendo observado estatisticamente a necessidade da população pela disponibilidade desse serviço. O cenário antes da criação do SUS era da aplicação de uma odontologia curativa, muitas vezes sem a preocupação com a prevenção e com o restabelecimento estético e funcional, focada apenas na eliminação do foco de infecção. Com a vinda do SUS e demais políticas públicas foi observado um gradual e abrangendo a população em sua integralidade e em várias esferas de atendimento em saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de todos os brasileiros. Objetivo: Analisar e Discutir a evolução cronológica das políticas públicas em saúde bucal, suas mudanças e impacto na população. Materiais e Métodos: Revisão da Literatura com acesso a bases de dados, como SciELO Analytics, Google Scholar H5M5 (2019) e BVS no período de 1986 a 2019. Resultados: Foram encontradas diversas publicações para embasar este estudo, algumas de outras áreas do conhecimento como a psicologia, o que enriqueceu a revisão e trouxe outra perspectiva do assunto. Destacam-se a ampliação do atendimento para indígenas, a inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Saúde Bucal, a criação dos centros de especialidades e a criação da especialidade que atende os pacientes com necessidades especiais, o que promoveu a reorganização e expandiu as ações e serviços de saúde bucal no país. Conclusão: É visível o crescimento das políticas públicas em saúde bucal no Brasil, que passaram a ter um espaço relevante nas ações estratégicas e que podem se diversificar e especializar. Porém ainda

¹ Graduada em Administração pela Universidade de Fortaleza com especialização em Recursos Humanos e psicologia organizacional. Estudante de Especialização em Saúde Bucal pela Unyleya.
<http://lattes.cnpq.br/6545851831416917>

² Mestre em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Ceará na área Algoritmos e Otimização.
<http://lattes.cnpq.br/3398569567597024>

³ Mestre em Direito e Políticas Públicas pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Atualmente ensina na Universidade Estácio de Sá. <http://lattes.cnpq.br/4863430874992733>

são necessários maiores esforços no que se refere a aprimoramento das unidades básicas, criação de políticas públicas exclusivas para o Câncer Bucal e outros.

PALAVRA-CHAVE: políticas de saúde; saúde bucal; políticas públicas.

ABSTRACT: Since the beginning of public health policies in Brazil, oral health has always been less prioritized in comparison to the other specialties available in the public service, even though the need of the population for the availability of this service is statistically observed. The scenario before the creation of the SUS was the application of a curative dentistry, often without concern for prevention nor aesthetic and functional reestablishment, focused only on eliminating the focus of infection. With the coming of the SUS and other public policies, a gradual and encompassing population was observed in its entirety and in several spheres of health care: promotion, prevention, recovery and rehabilitation of all Brazilians. Objective: To analyze and discuss the chronological evolution of public policies on oral health, its changes and impact on the population. Materials and Methods: Literature review by using databases such as SciELO Analytics, Google Scholar H5M5 (2019) and BVS from 1986 to 2019. Results: Several publications were found to support this study, some from other areas of knowledge as psychology, which enriched the revision and brought another perspective of the subject. Of particular note are the expansion of care for indigenous people, the inclusion of oral health teams in the Family Health Strategy and the National Oral Health Policy, the creation of specialty centers and the creation of a specialty that serves patients with special needs, which promoted the reorganization and expanded the actions and services of oral health in the country. Conclusion: There is a visible growth of public policies in oral health in Brazil, giving them the deserved strategic relevance and allowing them to diversify and specialize. However, greater efforts are still needed to improve basic units, create exclusive public policies for Oral Cancer, among others.

KEYWORDS: health policy; oral health; public policy

1. INTRODUÇÃO

No tocante à participação da Odontologia no quesito de políticas públicas, ela sempre esteve à margem dos planejamentos e implementações, pois se dava prioridade às necessidades de auxílios médicos em detrimento da saúde bucal, bem como de outras áreas da saúde, como fonoaudiologia, fisioterapia e psicologia.

O principal tratamento oferecido em redes públicas era a extração dentária, não se focava em uma odontologia preventiva, mais sim em uma odontologia curativa que, para muitos, seria uma odontologia mutiladora, na qual o cirurgião-dentista atuava com foco na clínica. (AGUIAR; ROCHA, 2019)

Com o passar dos anos, as necessidades em relação à saúde bucal foram mudando e as políticas públicas tiveram de se adaptar a elas, pois elas têm como principal objetivo sanar essas necessidades e solucionar problemas que afetam a saúde da coletividade ou do indivíduo por meio de ações entre Estado e sociedade com o uso de recursos públicos, planejamento e aplicações financeiras. (AGUIAR; ROCHA, 2019).

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho tem a proposta de realizar uma breve revisão de trabalhos que abordam sobre políticas públicas focadas na saúde bucal no território brasileiro, sua evolução cronológica e alguns aspectos relevantes, como o atendimento primário, a atenção do idoso e prevenção do câncer bucal.

Foram selecionados 10 artigos dos últimos 20 anos, com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): políticas de saúde; saúde bucal e políticas públicas.

As bases de dados acessadas foram: SciELO Analytics, Google Scholar H5M5 (2019) e BVS. O período analisado compreendeu de 1986, quando foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e em seguida 1988, ano da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi assegurado pela promulgação da Constituição Federal até 2019, com intuito de buscar analisar o ciclo da Política Nacional de Saúde e as mudanças recentes mais significativas acerca da saúde bucal do Brasil na esfera das políticas públicas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa exploratória para a elaboração da referida Revisão de literatura encontrou 22.100 publicações científicas, dentre elas foi selecionado 12 artigos. Inicialmente, foram selecionados pelo título e resumo 10 referências. E também foram inclusas 2 publicações mais atualizadas sobre a temática, para complemento e atualização cronológica.

Quadro 1. Artigos inclusos na revisão da literatura, com dados da autoria/título do artigo/periódico, tipo de estudo/método, objetivo e principais resultados.

Autor/Artigo/Periódico/ Ano	Tipo de estudo/método	Objetivo	Principais resultados
MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cadernos de Saúde Pública , [s.l.], v. 21, n. 6, p.1665-1675, dez. 2005.	Pesquisa bibliográfica	Delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretende apreender, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais, tendo considerado o ano de 1986 como o período de início para tal levantamento.	Os resultados das condições bucais de idosos variam de acordo com o tipo de amostra abordada (institucionalizada, domiciliar ou usuários de serviços de saúde). A realização de pesquisas que primem pelo uso de amostras representativas de determinada população ainda é pouco presente na literatura científica nacional.
SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cadernos de Saúde Pública , [s.l.], v. 23, n. 11, p.2727-2739, nov. 2007.	Pesquisa quantitativa e pesquisa documental	Analisar os dados obtidos das equipes de saúde bucal nos PSFs dos municípios do estado do Rio Grande do Norte no ano de 2004 e sua relação com a população.	Grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no PSF. Os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da

			população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas.
ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Revista de Saúde Pública , [s.l.], v. 44, n. 2, p.360-365, abr. 2010.	Revisão sistemática	sistematizar o conhecimento disponível quanto ao estágio atual de efetivação dessas medidas e seu impacto sobre as desigualdades em saúde.	A fluoretação da água de abastecimento público é claramente uma estratégia de intervenção sobre os determinantes populacionais da cárie dentária, constituindo um dos elementos mais importantes da redução dos indicadores da doença no País e no exterior. A despeito das dificuldades operacionais esperadas inicialmente, essa limitação continua sendo importante desafio às políticas públicas de saúde no período recente.
CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciência & Saúde Coletiva , [s.l.], v. 22, n. 6, p.1791-1803, jun. 2017.	Revisão literária	Analizar a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil de 2003 a 2014	O componente modelo de atenção apresentou-se como o menos priorizado pelas ações institucionais nos três governos. Os CD contratados, bem como sua equipe auxiliar, podem estar

			pouco preparados para atuar neste subsistema público, e dependente do governo local para seu êxito.
MANFREDINI, Marco Antonio; NARVAI, Paulo Capel. Concepções de lideranças de saúde sobre saúde bucal e controle de políticas públicas. Revista da Abeno , [s.l.], v. 18, n. 1, p.34-44, 28 mar. 2018	Pesquisa qualitativa	Analisar a atuação das UMPS (União de Movimentos Populares de Saúde) EM São Paulo, desde o período de sua criação até 2017.	A ausência de controle social na saúde bucal na prática odontológica. Pouca participação de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal nos conselhos gestores locais em unidades de saúde.
WARMLING, Cristine Maria; BALDISSEROTTO, Julio; ROCHA, Evelise Tarouco da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação , [s.l.], v. 23, p.1-15, 4 abr. 2019.	Estudo de caso	compreender o modo como Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde articulam, no agir profissional, competências de acolhimento e acesso a necessidades de saúde bucal.	As equipes de saúde bucal (ESB) apresentam dificuldades em articular nos processos de trabalho inovações de acolhimento e acesso das necessidades de saúde bucal.
NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva , [s.l.], v. 24, n. 5, p.1809-1820, maio 2019.	Estudo transversal	Avaliar a associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho	A prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos, onde esses se concentram mais nas populações sul e sudeste. Dentre os elementos presentes nas

		e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas equipes de saúde bucal avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.	unidades a presença de alta e baixa rotação e a disponibilidade de anestésicos mostraram menor probabilidade.
AGUIAR, Sabrina Ferraz Alves; ROCHA, Marcelo Pereira da. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Mudanças a Partir de 1988 / National Health Policies in Brazil. Id On Line Revista de Psicologia , [s.l.], v. 13, n. 45, p.488-501, 31 maio 2019.	Revisão da Literatura	Discutir as mudanças ocorridas na saúde bucal após a implantação do SUS.	Foram identificadas políticas públicas após implantação do SUS que trouxeram grandes melhorias na atenção em saúde bucal. programa Brasil Sorridente ampliou o acesso saúde aos serviços da atenção básica, bem como na média e alta complexidade, mas evidencia-se a necessidade de melhorar a formação dos profissionais e de se ampliar o financiamento
AMORIM, Naila Gabriela Carvalho; SOUZA, Alex da Silva; ALVES, Shirley Marli. PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. REVISTA UNINGÁ , [S.l.], v. 56, n. 2, p. 70-84, jun. 2019..	Revisão da Literatura	Analisar das informações obtidos dos artigos selecionais sobre câncer bucal, no período de 2006 à 2016	O câncer bucal é um problema de saúde pública, É uma neoplasia pouco conhecida pela população e pelos profissionais da saúde. Os profissionais de

			saúde estejam capacitados para atuar nas diversas estratégias de controle do câncer de bucal, como, também, na prevenção, na cessação do tabagismo e no alcoolismo.
Sobrinho JE, Martelli PJ. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. Univ Odontol. 2019.	Revisão de Literatura	Analisar a Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil sob a teoria do ciclo das políticas públicas.	Embora há muito tempo se reconheçam os problemas de saúde bucal da população brasileira, foi no ano de 2003 que se abriu uma janela de oportunidades para que este tema ocupasse a agenda de prioridades do Governo Federal. Instituída em 2004, a política avançou em cobertura de serviços básicos e especializados no território nacional, atendendo a populações prioritárias.
Cayetano MH, Carrer FC, Gabriel M, Martins FC, Pucca Jr. GA. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. Univ Odontol. 2019	Estudo de Caso	Compartilhar parte dessa experiência, a fim de promover reflexão em torno da inserção da saúde bucal nos sistemas de saúde	A experiência do Brasil vem sendo motivadora e mostrou que, além de necessário é possível inserir a saúde bucal nos sistemas de saúde universais. Porém,

		ao redor do mundo, com especial interesse nos países da América Latina.	após 14 anos e com a instabilidade política atual do país, o futuro do Brasil Sorridente se encontra incerto com o atual quadro político e econômico
CHAVES, S. C. L. et al. Desmonte da saúde bucal no SUS. Observatório de análise de política em saúde. 2019	Estudo quantitativo	Analisar os dados do monitoramento 2018 da Política Nacional de Saúde Bucal feito pelo Observatório de Análise Política em Saúde e os mais recentes cenários políticos relevantes para a saúde bucal no serviço público	A desmobilização das entidades e da classe odontológica e o crescimento da Odontologia de mercado revelam a questão ainda em disputa na nossa sociedade, a saúde bucal como direito.

Fonte: pesquisa do autor.

Segue uma retrospectiva cronológica das políticas públicas em saúde bucal no Brasil:

Realizada em 1986, a Conferência Nacional de Saúde Bucal teve com temas: saúde como direito de todos e dever do estado; diagnóstico de saúde bucal no Brasil; reforma sanitária: inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde; financiamento do setor de saúde bucal. Também em 1986 foi criada a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) no Ministério da Saúde. A ela competiriam, em principal, fornecer subsídios para a definição da Política Nacional de Saúde Bucal. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Seguindo, houve a criação da Constituição Federal de 1988, que garantiu a saúde como direito de todos através da criação do Sistema Único de Saúde, que possuía iniciativas pontuais de municípios e estados em relação à assistência odontológica de baixa complexidade sem, contudo, incluir esta área na agenda de prioridades do Governo Federal. Nesse mesmo ano, foi

lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Em 1989, O Programa Nacional da Cárie Dentária, de forma verticalizada, não acolheu as pretensões de unificação e descentralização das políticas de saúde e teve seu fim neste mesmo ano. (AGUIAR; ROCHA, 2019)

Durante o Governo Collor (1990-1991), a severidade da cárie dentária entre escolares aos 12 anos (CPO-D 6,7) e o edentulismo em adultos estava presente em cerca de 72% da população urbana entre as faixas de 50 e 59 anos, já se observava casos com extração de todos os dentes da maxila, esse quadro epidemiológico fez com que o Brasil fosse apelidado de “o país dos banguelas”. (CHAVES et al., 2017)

Com esses dados e visando acolher essa demanda da população, o novo diretor da Divisão Nacional de Saúde Bucal focou seus esforços na criação do Programa Nacional de Controle da Cárie pelo Método de Fluoretação do Sal, sem grandes repercussões (no mesmo ocasião a Divisão é rebaixada ao nível de Coordenação, perdendo assim a força política). (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Durante o Governo Collor (1990-1991), a severidade da cárie dentária entre escolares aos 12 anos (CPO-D 6,7 / referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) e o edentulismo de cerca de 72% da população urbana em adultos, entre as faixas de 50 e 59 anos. Já se observava casos com extração de todos os dentes da maxila, esse quadro epidemiológico fez com que o Brasil fosse apelidado de “o país dos banguelas”. (CHAVES et al., 2017)

Um novo levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no ano de 1996, crianças entre 6 e 12 anos de idade das 26 capitais e do Distrito Federal. O indicador CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) apresentou média de 0,28 aos 06 anos de idade e 3,06 aos 12 anos, que seria menos da metade do ano de 1991, um grande crescimento no período de 5 anos. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Em 1996, também foi criado a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 1996), pelo Ministério da Saúde, que norteia o SUS em direção ao princípio da equidade. Desde então, vários estudos têm observado uma tendência redistributiva da política de transferência de

recursos financeiros do SUS por meio do piso de atenção básica, que tem favorecido municípios com baixo IDH25. (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do ano de 1998 (PNAD), foi fundamental para o incremento de novas políticas públicas em saúde bucal, pois continha um módulo específico sobre necessidade, acesso e utilização dos serviços de saúde. Com ela puderam-se constatar que o SUS financiou 24,2% dos atendimentos odontológicos, que seria bem maior do que dos atendimentos de saúde não-odontológicos. Após essa pesquisa observou-se de maneira concreta o aumento das necessidades básicas por saúde bucal o que culminou nas mudanças a serem observadas no ano de 2000 (que seria a consolidação da política pública de saúde bucal no país e o aumento da participação do setor público na oferta de atendimento odontológico). (ANTUNES; NARVAI, 2010)

Estudos realizados no âmbito de políticas públicas no ano de 1999 mostraram um aumento significativo no número de Equipes de Saúde Bucal, porém, não significou no aumento do volume da força de trabalho em prol da população com novos postos de trabalho, significou apenas na realocação de Cirurgiões Dentistas de outros serviços públicos. (CHAVES et al., 2017)

No ano de 2000, as Estratégias de Saúde da Família tiveram a inclusão da saúde bucal, com a contribuição de recursos financeiros por meio da Portaria N.º 1444/GM, e das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação dos cirurgiões dentistas, que passaram a focar nas necessidades da população. Essa manobra fez com que houvesse a necessidade da colaboração mútua entre as instituições de ensino superior e os serviços públicos de saúde, para a formação de recursos humanos de acordo com os parâmetros do SUS. (AGUIAR; ROCHA, 2019)

2002 foi um ano marcado pelo slogan “Fome Zero e boca cheia de dentes”, elaborado pelos membros das bases da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB). Essas mudanças ocorreram no início do primeiro mandato do presidente Lula, no programa houve uma maior imersão da saúde bucal em políticas públicas através da contemplação principalmente do Programa Saúde na Escola e o Plano Brasil Sem Miséria e de outros programas voltados para atender as minorias sociais. Houve muitos investimentos na área de saúde básica que proporcionaram grandes mudanças no quesito de saúde bucal no setor públicos nos próximos anos (AGUIAR; ROCHA, 2019)

As mudanças acima citadas foram marcantes para que no final do governo Lula I se obtivesse 15.086 ESB implantadas que atendiam 40% da população, seria um aumento de 254,0% em relação ao último ano do governo finalizado em 2002. (CHAVES et al., 2017)

No caso do Projeto de Saúde Bucal realizado em 2003 foi observado que o índice CPO-D para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,93. Esse dado significa que, em se falando de quadro clínico, cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e que não necessitavam de tratamentos de obturação ou extração. No caso dos idosos, ressaltou-se uma maior participação do componente “perdido”, cerca de 92,16% do índice CPO-D. Quanto à necessidade do uso de prótese, 56,0% necessitam de prótese superior e 32,4% desses necessitam de próteses inferior, com relevância na prótese total nos procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de edentulismo. (MOREIRA et al., 2005)

Em 2004, também foi instituída uma Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal foi formalizada por meio de Portaria no 36 de 14 de janeiro do mesmo ano. Ela sistematizou o que tinha sido acordado nas Conferências de Saúde Bucal e, em dada medida, sistematizou o que era apontado nos Encontros Nacionais dos Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), e já com os Congressos de Saúde Bucal Coletiva que ocorriam sempre junto ao ENATESPO. Eram fóruns que tratavam de debate e apontavam diretrizes. Outro evento relevante foi a 139ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde, onde houve a proposta do Ministério da Saúde das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. (MOREIRA et al., 2005) e por fim, a publicação da portaria que determina o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água. (CHAVES et al., 2017)

No primeiro ano do governo Lula as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), tinham as seguintes metas para 2005, segundo Chaves et al. (2017):

- a) criação de 265 CEO;
- b) criação de 484 Consultórios Odontológicos para ESB modalidade II;
- c) apoio a 500 Sistemas de Fluoretação;
- d) alcançar 12 mil equipes em 2005, com 82,8% da população assistida, com 4 mil municípios cobertos Atenção à Saúde Bucal (SB);

e) alcançar 82 milhões e até o final da gestão, a meta de 100% da população assistida (CNS, 2004). Proposta orçamentária para 2005: R\$ 125 milhões

Apenas das metas de 2005, apenas em 2006, houve a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria no 648, definindo as responsabilidades e atribuições da equipe de saúde bucal. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

2007, já no segundo governo Lula, foi aplicado o Decreto Presidencial no 6.286 de 05 de dezembro, que instituiu o Programa Saúde na Escola, incluindo ações de saúde bucal. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Portaria no 90, á em 2008, incluiu residentes em assentamentos da reforma agrária e remanescentes de quilombos no cálculo do teto das equipes de saúde bucal; Divulgação do Caderno 17 de Saúde Bucal; Portarias no 2.489 e 3.066 ampliam o financiamento das ESB. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

07 de outubro de 2009, foi marcado pela criação das Portaria 2.371, Portaria no 2.372, que instituído nas Unidades Odontológicas a ampliação do custeio das próteses dentárias e criou um plano de fornecimento de equipamentos odontológicos nas unidades de saúde públicas. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Em 2011, no primeiro governo de Dilma Rouseff, foi criada a Atenção Domiciliar pela Portaria no 2.527, incluindo a saúde bucal; Já a Portaria no 2.488 possibilitou a revisão da da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que versava sobre a criação das ESF Ribeirinhas e Fluviais, e as Equipes de Consultório na Rua; Formuladas as Diretrizes do Componente Indígena da PNSB; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no componente Atenção Básica apreciou a adesão das ESB. For fim a Portaria no 1.599 amplia financiamento das ESB; Portaria no 211 amplia custeio das próteses dentárias; Lançamento do Plano Brasil Sem Miséria, incluindo a saúde bucal. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Nos dois próximos anos foram criadas também quatro importantes portarias:

Em 2012, a Portaria nº 1.341, que ampliou os valores da implantação e custeio mensal dos CEO, a Portaria nº 975 inclui os CEO na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde e a Portaria nº 1.825 amplia custeio para próteses dentárias. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Em 2013, a Portaria no 261 ampliou o PMAQ para os CEO; Portaria no 978 ampliou financiamento das ESB, investindo na articulação da saúde bucal com o Programa Saúde na Escola, na implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e dos CEOs (PMAQ/PMAQ-CEO) com objetivo de melhorar a qualidade do cuidado no incentivo à autoavaliação das ESB e CEOs e posterior certificação, além da instituição do componente da política, intitulado como GraduaCEO. (CHAVES *al.*, 2017)

Era visível o impacto do Brasil Sorridente no que se trata de política pública em saúde bucal: Eram 4.261 ESB em 2002, passando a 24.279 em 2014. Na atenção secundária, o número de Centro de Especialidades Odontológicas passou de 60 no ano de 2004 para 1.030 no ano de 2014; e quanto aos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária também houve forte expansão, passando de 676 no ano de 2010 para 1.955 em 2014. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

O cenário a partir de 2015 se modificou: na atenção básica, reduziu-se ano após ano o número de ESB (de 24.467 em 2015, 24.383 em 2016 e 24.053 em 2017). Houve estagnação no número de CEO do país nos anos de 2015 e 2016, totalizando 1.034 unidades. Acompanhando a tendência, o número de LRDP em 2015 foi reduzido, para 1.770 (28). Efeitos das medidas econômicas para controle de gastos públicos podem então já ser observados na PNSB, tomando por pressuposto a agenda de austeridade fiscal implementada a partir do Governo Temer. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

Em 2016, o Brasil Sorridente lançou o programa Gradua-CEO, que articula os serviços de saúde bucal oferecidos pelas universidades à rede de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, pois desse modo a Universidade integra a rede e o estudante vivencia o serviço público durante sua formação. Para a implementação da Política de Saúde Bucal, incrementou-se o financiamento. Em 2002 foram destinados cerca de US\$ 16 milhões para área de saúde bucal, já em 2016 este valor foi de US\$ 206.938.620 milhões. (CAVATANO *et al.*, 2019)

Diante deste cenário, existe a iniciativa de que o Brasil Sorridente deixe de ser setorial e seja englobado na política do SUS, essa seria a proposta do Projeto de Lei 6836/2017, que buscava o avanço, com qualidade da saúde bucal brasileira. (SOBRINHO JE; MARTELLI PJ., 2019)

No início do ano de 2018, o Ministério da Saúde contabilizou o número de 1069 Centros de especialidades Odontológicas, que impreterivelmente, que realizam de diagnóstico bucal e prevenção de câncer de boca. Em complemento as atividades dos CEO foram estruturado uma

rede com serviços de análise de exames histopatológicos, para emissão laudos anatomopatológicos; e também unidades assistenciais de atenção primária, sendo essas de média complexidade, sendo essas ambulatorios de referência e contra referência, tanto para ela como para a atenção terciária. (CAVATANO *et al.*, 2019)

As informações coletadas pelo monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no período de 2018, realizada pelo Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) são desanimadoras. Nessa pesquisa foi observado que o Brasil Sorridente está sofrendo por uma fase de grande perturbação. A Coordenação-Geral de Saúde Bucal está sem comando formal desde a exoneração da antiga coordenadora, Livia Maria Almeida Coelho de Souza, em 23 de janeiro de 2019. (CHAVES, S. C. L. *et al.*, 2019)

4. CONCLUSÃO

É notável o grande crescimento das políticas públicas em saúde bucal no Brasil, com destaque ao surgimento do SUS e do programa Brasil Sorridente, que passou a ter um espaço relevante nas ações Estratégicas de Saúde da Família e que pode se diversificar em todas as esferas de atendimento em saúde. Porém ainda é necessário maiores esforços no que se refere a aprimoramento das unidades básicas, criação de políticas públicas exclusivas para o Câncer Bucal e maior inclusão nos atendimentos hospitalares.

5. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Sabrina Ferraz Alves; ROCHA, Marcelo Pereira da. Políticas de Saúde Bucal no Brasil: Mudanças a Partir de 1988 / National Health Policies in Brazil. **Id On Line Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 13, n. 45, p.488-501, 31 maio 2019. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i45.1860>.
- AMORIM, Naila Gabriela Carvalho; SOUZA, Alex da Silva; ALVES, Shirley Marli. PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **REVISTA UNINGÁ**, [S.l.], v. 56, n. 2, p. 70-84, jun. 2019. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2197>>. Acesso em: 04 jul. 2019.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v.

- 44, n. 2, p.360-365, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102010005000002>.
- CAYETANO MH, CARRER FC, Gabriel M, MARTINS FC, PUCCA Jr. GA. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. *Univ Odontol.* 2019 ene-jun; 38(80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb>
 - CHAVES, S. C. L. et al. Desmonte da saúde bucal no SUS. Observatório de análise de política em saúde. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/51c13ef3debe31484b3db32d6b2340c5/1/>. Acesso em: 02 de maio de 2019.
 - CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.1791-1803, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.
 - MANFREDINI, Marco Antonio; NARVAI, Paulo Capel. Concepções de lideranças de saúde sobre saúde bucal e controle de políticas públicas. **Revista da Abeno**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.34-44, 28 mar. 2018. Associação Brasileira de Ensino Odontológico ABENO. <http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.441>.
 - MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1665-1675, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000600013>.
 - NEVES, Matheus; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; HUGO, Fernando Neves. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 5, p.1809-1820, maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>.
 - SOBRINHO JE, MARTELLI PJ. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. *Univ Odontol.* 2019 ene-jun; 38(80).<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.sbba>
 - SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 11, p.2727-2739, nov. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100020>.

- WARMLING, Cristine Maria; BALDISSEROTTO, Julio; ROCHA, Evelise Tarouco da. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 23, p.1-15, 4 abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180398>.

Capítulo 12

PROJETO SAÚDE MENTAL NA ESCOLA – CUIDANDO DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: o NASF E AS NOVAS POSSIBILIDADES. ¹ **MENTAL HEALTH PROJECT AT SCHOOL - CARING FOR MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: the NASF AND NEW POSSIBILITIES.¹**

Diego Gomes Lima ²
Haylka Viana De Sousa ³

RESUMO

As experiências práticas dos atendimentos Enfermagem e de Psicologia têm sido ferramentas de intervenções a fim de se contemplarem as necessidades da sociedade contemporânea na área da saúde. Considerando que o suicídio é notavelmente um problema de saúde pública e que a adolescência tem sido apontada como um período vulnerável a este comportamento, o projeto tem como objetivo fornecer subsídios para a prevenção do suicídio de forma intersetorial e multiprofissional no ambiente escolar. Esse estudo trata-se de um relato de experiência do Projeto Saúde na Escola – Cuidando da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, em parceria com NASF-AB, o PSE e o Projeto Vidas Preservadas. O projeto foi desenvolvido nas escolas E.E.F., do fundamental II (de 6º à 9º ano) e a E.E.M, do ensino médio (1º à 3º ano), durante o período de Setembro de 2018 à Junho de 2019. Participaram do projeto cerca de 200 alunos, 20 professores e 5 diretores e coordenadores, divididos entre as referidas escolas.

Palavras-chave: Adolescência. Suicídio. Escola. Acolhimento. Psicologia. Enfermagem

ABSTRACT

The practical experiences of nursing and psychology care have been intervention tools in order to contemplate the needs of contemporary society in the health area. Considering that suicide is notably a public health problem and that adolescence has been identified as a vulnerable period to this behavior, the project aims to provide subsidies for the prevention of suicide in an intersectoral and multiprofessional manner in the school environment. This study is an experience report of the Health at School Project - Caring for the Mental Health of Children and Adolescents, in partnership with NASF-AB, PSE and the Preserved Lives Project. The project was developed in the EEF elementary schools (6th to 9th grade) and the high school EEM (1st to 3rd grade) during the period from September 2018 to June 2019. About 200 participants participated in the project. students, 20 teachers and 5 principals and coordinators, divided between the said schools.

Keywords: Adolescence. Suicide. School. Reception. Psychology. Nursing

1.Projeto criado a partir de observações e demandas surgidas na cidade de Itaiçaba-Ce;

2.Enfermeiro – COREN-574428 – Coordenador do NASF- Itaiçaba-CE.

3.Graduanda em Psicologia pela Universidade Portiguar – E-mail: haylka7.prof@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A intervenção da clínica tradicionalista constituiu e predominou nas bases da Psicologia brasileira, com intrínseco fervor pela busca do ideal do profissional liberal o modelo de atuação ficou reduzido e a visão de mundo elitizado, preocupando-se basicamente com aspectos intrapsíquicos que logo mais tarde veio a ser confrontada com a extensão dos serviços de saúde a população. Em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde, com o intuito de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). O trabalho do NASF se apoia nos núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de atenção básica. Esta atuação integrada, chamada de matriciamento, permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais visando as ações de prevenção e promoção da saúde.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O suicídio é um fenômeno complexo, determinado por diversos fatores interligados a cada indivíduo, definido como ato intencional de matar a si mesmo. Caracteriza-se por três fases inter-relacionadas, que vai da ideação suicida, passando pela tentativa de suicídio e finalizando com o suicídio consumado (PARENTE et al., 2016; RAMPELOTTO et al., 2017). A OMS registra casos de suicídios a partir dos 05(cinco) anos de idade e isso é altamente preocupante, já que pensar em uma criança de cinco anos de idade, que está em processo de desenvolvimento cognitivo e emocional possa buscar intencionalmente uma alternativa para aliviar o seu sofrimento, tirando sua própria vida. Assim, é preciso dar atenção especial a esse problema. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que 800 mil pessoas tiram a vida todos os anos, equivalendo a 01 morte a cada 40 segundos. Os índices de suicídio cresceram significativamente nos últimos 50 anos, sendo a população jovem a mais afetada, representando

a 2ª principal causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos (SOUZA; BARBOSA; MORENO, 2015; PARENTE et al., 2016; BRASIL, 2017; STAFUZZA et al., 2018).

Diante desses dados faz-se necessário a realização de ações que busquem minimizar os riscos no público jovem, crianças e adolescentes. Realizar atendimentos que acolham esses sujeitos de maneira que tenham suas demandas escutadas e livres de julgamento, que aliviem seus fardos e que instalem esperança. Por isso, o objetivo geral do projeto é fornecer subsídios para a prevenção do suicídio de forma intersetorial e multiprofissional no ambiente escolar e dentre os objetivos específicos podemos citar o reconhecimento e identificação dos alunos com ideação suicida, sofrimento emocional, comportamento autolesivo e/ou baixa autoestima no contexto escolar; Acolher, de forma multiprofissional, demandas de saúde mental advindas do público infanto-juvenil, devidamente identificadas pela escola e encaminhar, quando necessário, para os profissionais da saúde mental, como enfermeiro, psicóloga e psiquiatra, conforme protocolos pré-estabelecidos;

2 O NASF e a promoção à Saúde

Conforme a PNAB (BRASIL, 2011), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Aplicado à Atenção Básica (AB), isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes da AB. (BRASIL, 2014)

Figura 1 – Relatório de Atividades



RELATÓRIO DE ATIVIDADES (Janeiro a Abril de 2019)					
ATIVIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Consulta agendada programada	159	144	144	166	613
Atendimento de urgência	02	01	02	02	07
Atendimento a domicílio	59	60	55	92	266
Atendimento na UBS	36	55	30	07	128
Atendimento em outros locais	66	00	59	69	194

Secretaria de Saúde. Av. João Barbosa Lima, 1091 - Centro - CEP 62820-000 - Itaipava-CE.
Fone: (88) 3410-1212. CNPJ: 07.403.769/0001-08

Fonte: Secretária de Municipal Saúde (2019)

Foi realizado, através do Projeto Vidas Preservadas, do Ministério Público do Ceará, em parceria com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB/Itaipava e a Vigilância Epidemiológica do município, um estudo em base de dados, com abordagem estatístico-descritiva, de natureza quantitativa, denominado “A EPIDEMIOLOGIA COMO ALIADA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO”, que traçou o perfil epidemiológico do suicídio no município de Itaipava. O município de Itaipava, que possui uma população estimada de 7.787 pessoas (IBGE, 2019), figura-se entre os 60 municípios do estado do Ceará com maiores taxas de suicídios (MPCE, 2018), sendo a maioria do sexo feminino (71%), faixa etária de 15 a 25 anos (15%) e de 25 a 55 anos (70%), baixo grau de escolaridade, em que 50% destes apresentam o ensino fundamental incompleto, e o enforcamento é o meio de agressão mais utilizado (50%) entre os tentantes (SINAN, 2018).

Figura 2 – Relatório de Atividades por Profissional



RELATÓRIO DE ATIVIDADES POR PROFISSIONAL (Janeiro a Abril de 2019)				
ATIVIDADES	Fisioterapeuta Adriana	As. Social Ana Tereza	Psicóloga Ellen	Ed. Física Jacqueline
Consulta agendada	213	208	128	21
Consulta de urgência	01	00	05	01
Educação em Saúde	06	06	02	37
Atendimento a domicílio	20	208	11	27
Atendimento na UBS	00	00	122	06
Atendimento em outros locais (CEM, Escola, Praça etc)	194	00	00	00
Mobilização social	00	00	00	00

Secretaria de Saúde. Av. João Barbosa Lima, 1091 - Centro - CEP 62820-000 - Itaipava-CE.
Fone: (88) 3410-1212. CNPJ: 07.403.769/0001-08

Fonte: Secretaria de Municipal Saúde (2019)

Levando em conta que o município dispõe de profissionais da saúde mental, como enfermeiros e psicólogos, em todas as Unidades Básicas de Saúde – UBS, e possuem também psicólogo e assistente sociais no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), mas carece destes profissionais no ambiente escolar, onde se concentra a maior demanda de saúde mental, de ideação suicida, comportamento autolesivo e de considerável vulnerabilidade biopsicossocial, é que foi pensado na inserção de enfermeiro, devidamente treinado e capacitado, e uma estagiária em psicologia nas instituições de ensino, do fundamental II e ensino médio, do município, através de um programa de estágio voluntário.

2.2 Objetivo Geral

- Fornecer subsídios para a prevenção do suicídio de forma intersetorial e multiprofissional no ambiente escolar;

2.3 Objetivos Específicos

- Fomentar campanhas voltadas para a promoção da saúde mental e prevenção do suicídio;
- Promover educação em saúde voltada para a saúde mental (rodas de conversa, oficinas, vivências, capacitações e etc);

- Capacitar os professores para que estes percebam situações de risco, decorrentes de saúde mental, como baixa autoestima, sofrimento emocional, ideação suicida, comportamento autolesivo, etc;
- Identificar alunos com ideação suicida, sofrimento emocional, comportamento autolesivo e/ou baixa autoestima no contexto escolar;
- Acolher, de forma multiprofissional, demandas de saúde mental advindas do público infanto-juvenil, devidamente identificadas pela escola;
- Encaminhar, quando necessário, para os profissionais da saúde mental, como enfermeiro, psicóloga e psiquiatra, conforme protocolos pré-estabelecidos;
- Articular com o corpo docente e direção da escola estratégias de prevenção do suicídio no ambiente escolar e em toda a rede de saúde do município;
- Realizar discussões de caso, matriciamento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular conforme complexidade do paciente.
- Sensibilizar os profissionais envolvidos no projeto para a importância da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada;
- Notificar e encaminhar para a coordenação de Vigilância Epidemiológica casos de ideação suicida, comportamento autolesivo e tentativa de suicídio aguda;

3 A ENFERMAGEM E A PSICOLOGIA NO PROJETO

3.1 O papel da Enfermagem no projeto

A enfermagem vem desempenhando um importante papel na promoção da saúde, sendo cada vez mais decisiva e pró-ativa no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O enfermeiro é, portanto, um profissional fundamental no sistema de saúde local, tendo em vista a sua participação direta em programas e atividades de educação em saúde, visando à melhoria da qualidade de vida tanto individual, quanto coletiva. Sendo ele um educador, está inserido no contexto que norteia a Educação em Saúde, orientando a população na tomada de decisões, conduzindo-a a alternativas que lhe proporcione saúde em seu sentido mais amplo (OLIVEIRA e GONÇALVEZ, 2004).

3.2 A Importância da Psicologia no NASF e no projeto

Praticar os fundamentos da Psicologia Social para de acordo com a demanda e aplicá-los no processo terapêutico focado em ações de prevenção e educação, a principal ferramenta de trabalho é o apoio matricial, que deve ser prestado por uma equipe NASF às equipes de saúde da família de um território adscrito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b). E para isso, se faz necessário o engajamento nas áreas estratégicas dentre as quais figura a saúde mental, em função da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

Segundo o Ministério da Saúde, o principal objetivo da área estratégica da saúde mental nos NASF é ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com transtornos mentais com base no território, o que reflete uma mudança no modelo de atenção à saúde. O cuidado deve ser prestado na rede familiar, social e cultural do usuário, de forma que os saberes e práticas se articulem à construção de um processo de valorização da subjetividade. Nessa perspectiva, incentiva-se a implantação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária que deve funcionar sob a lógica da atenção psicossocial.

Segundo o Caderno de Atenção Básica – NASF Vol. I quando usamos o termo “retaguarda especializada” e outros tantos que rodeiam o assunto NASF, em geral, ficam dúvidas sobre a possibilidade de atendimento individual específico por profissional do NASF ao usuário e/ou família. Entretanto, a lógica do apoio matricial não inviabiliza que este tipo de atendimento aconteça. As necessidades do território, usuário ou família, a modalidade de NASF e a conformação da rede do município podem influenciar na frequência de atendimentos individuais específicos.

Quando o número de equipes vinculadas é menor, a possibilidade de realizar tais atendimentos é maior. Além disso, podemos encontrar locais em que a rede assistencial esteja insuficiente e, nestas situações, é necessário investir nos serviços de saúde, o que não exclui a contribuição do NASF na resolutividade desses casos. Para tanto é primordial que exista negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos.

Não é o “fazer junto o tempo todo” nem o “centralizar tudo na reunião de matriciamento” que garantirá tal cenário. É importante que os profissionais compreendam o conjunto de necessidades dos usuários e estejam dispostos a compartilhar o cuidado, nos diferentes modos em que isto pode ocorrer

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se do Projeto Saúde Mental na Escola – Cuidando da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, em parceria com NASF-AB, o PSE e o Projeto Vidas Preservadas, desenvolvido sob a vivência de um enfermeiro, capacitado pela Escola Superior do Ministério Público do Ceará para atuar como “Guardião da Vida”, que tem habilidades e competências teórico-práticas para promover a prevenção do suicídio através da identificação, acolhida e o manejo com indivíduos com ideação suicida, e uma estagiária do 10º período do curso de psicologia, da Universidade Potiguar – RN, que tem habilidades teórico-práticas para os mesmos fins.

O projeto foi desenvolvido nas escolas E.E.F. Padre Abílio Monteiro Neto, do fundamental II (de 6º à 9º ano) e a E.E.M João Barbosa Lima, do ensino médio (1º à 3º ano), durante o período de Setembro de 2018 à Junho de 2019.

As atividades do projeto tiveram como público os professores, para identificar, em sala de aula, situações de risco, a direção da escola, para estabelecer uma comunicação com os profissionais do projeto, e os alunos, que participaram de rodas de conversas sobre a temática, campanhas de prevenção do suicídio, para alertar sobre a problemática, e posteriormente atendimento individual com aqueles identificados através dos protocolos pré-estabelecidos.

5 RESULTADOS

Os casos mais complexos foram discutidos entre a rede de saúde e educação, em forma de matriciamento, orientados a respeito dos riscos, comunicado a família e devidamente encaminhados para o profissional psiquiatra, do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, quando necessário.

Participaram do projeto cerca de 200 alunos, 20 professores e 5 diretores e coordenadores, divididos entre as referidas escolas. Após identificação de problemas relativos a saúde mental, foi realizado aproximadamente 50 atendimentos individuais de enfermagem, psicologia e psiquiatria, conforme o risco, para os alunos das escolas.

CONSIDERAÇÕES

O Projeto Saúde Mental na Escola – Cuidando da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, buscando sempre o acolhimento humanizado, sem julgamentos e enfatizando a busca de significados e sentidos nos sujeitos atendidos, considera que o suicídio é notavelmente

um problema de saúde pública e que a adolescência tem sido apontada como um período vulnerável a este comportamento, o projeto teve até a presente data (*in curso*) o objetivo atendido ao fornecer subsídios para a prevenção do suicídio de forma intersetorial e multiprofissional no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BARBOSA, Ana Karoline Lôbo et al. Bullying e sua relação com o suicídio na adolescência. *Id on Line Rev. Psic.* V.10, N. 31. Set-Out/2016 - ISSN 1981-1179

BATISTA, Miriam Delmondes; MARANHÃO, Thércia Lucena Grangeiro; OLIVEIRA, Gislene Farias de. Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 40. 2018 - ISSN 1981-1179

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. DF – V.48 n.30, p.01, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

CFP, O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.

FLORES, Isadora. Autoestima e prevenção ao suicídio: uma abordagem do tema no programa saúde na escola. 10º SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – SIEPE. Santana do Livramento, 2018.

<http://itaicaba.ce.gov.br/saude>

<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf> acesso em 19/05/2019.

<http://www.crpssp.org/fotos/pdf-2015-10-06-12-34-36.pdf> acesso em 19/05/2019.

LADEIRA, J. P. et al. Cuidados ao paciente com tentativa de suicídio na UPA. ALBRT EINSTEINS. Morumbi, Mar. – 2018.

MÜLLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 9, n. 2, p. 6-23, Jul.-Dez., 2017 - ISSN 2175-5027.*

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):761-3.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al . The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 291-304, mar. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: Manual para Professores e Educadores. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de saúde mental, OMS - GENEBRA, 2000.

PARENTE, A. C. et al. Perfil dos casos de suicídio em Sobral entre os anos de 2010 e 2015.

SANARE, Sobral - V.15 n.02, p.15-22, Jun./Dez. – 2016.

RAMPELOTTO, Roberta Filipini et al. Questionário sobre suicídio entre estudantes de uma escola estadual de educação de ensino básico. Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v.9, n.15, 2017.

SILVA, Bruno. Suicídio entre adolescentes: qual a relação com o bullying? Ver. UNINGÁ, Maringá, v.56, n.51, p. 208-217, jan./mar. 2019.

SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira et al. O Suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015 set/dez; 5(3):1871-1884.

SOUSA, Gírlani Silva de et al. Suicide in childhood: a literatura review. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.9, pp.3099-3110. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>>. Acesso em: 21 Mai. 2019.

SOUZA, Ana Claudia Gonzim; BARBOSA, Guilherme Correa; MORENO, Vânia. Suicídio na adolescência: revisão de literatura. Revista UNINGÁ, Maringá, V.43, pp.95-98. Jan-Mar 2015.

Capítulo 13

TÉTANO EM NEONATOS E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FATOR PREVENTIVO

Daniel Aser Veloso Costa¹

RESUMO

Sendo uma patologia causada pela bactéria *Clostridium tetani*, o tétano neonatal (TNN) se manifesta a partir da infecção do patógeno no tecido humano desvitalizado, liberando uma neurotoxina que resulta em espasmos, contraturas musculares e outros sintomas que podem ocasionar o óbito do recém-nascido (RN). O processo infectocontagioso se dá, de forma principal, pela contaminação no momento do parto, quando este ocorre com a utilização de instrumentos não estéreis ou quando o coto umbilical não é manipulado da forma asséptica correta até o momento de sua cicatrização. Este artigo foi realizado através de levantamento bibliográfico com base em publicações científicas, no objetivo de enfatizar as estratégias e ações voltadas para o controle e prevenção do Tétano neonatal, a partir de estratégias envolvendo os principais métodos profiláticos e preventivos adotados pelos profissionais de saúde. Foram considerados artigos dos últimos 10 anos, achados em plataformas eletrônicas, como LILACS, BVS e SCIELO. Desta forma, foi possível verificar a diminuição dos casos de TNN, na perspectiva mundial e brasileira, resultante dos esforços da realização da cobertura vacinal, no entanto, ainda é considerada uma problemática no campo da saúde pública, por sua alta letalidade e mediante as possíveis falhas na assistência no pré-natal, que prejudicam a promoção e prevenção da saúde.

Palavras-chave: Tétano Neonatal. Saúde Pública. Estratégias de Controle e Prevenção. Recém-nascidos.

¹ Enfermeiro, Me. em Biologia Parasitária docente na Faculdade Pitágoras.

INTRODUÇÃO

O tétano é uma doença caracterizada pela contaminação do indivíduo por uma neurotoxina que causa a hiperexcitabilidade do sistema nervoso central (SNC), resultando em contrações espasmódicas que podem atingir tanto clientes neonatos como adultos. O patógeno causador é o bacilo gram-positivo *Clostridium tetani* (*C.tetani*), que pode assumir a forma vegetativa em condições de anaerobiose, se reproduzindo e produzindo toxinas (TAVARES, 2005).

Considera-se uma patologia de desordem neurológica; que induz o aumento do tônus muscular e espasmos, decorrentes da ação da tetanospasmina, proteína produzida pelo agente *C.tetani* que realiza o bloqueio da liberação dos neurotransmissores inibitórios como glicina e ácido gama-aminobutírico nos neurônios motores α , resultando no enrijecimento da musculatura (MURRAY et al.2006).

Em decorrência de algum ferimento, há a liberação da toxina onde se liga nas terminações nervosas motores-periféricas α e é transportada ao sistema nervoso central retrogradamente. O patógeno em questão não possui característica invasora, sendo assim, a infecção localiza-se apenas na área do tecido desvitalizado. Este tecido necrosado pode auxiliar, através dos sais de cálcio e das células piócitas, na germinação do esporo em sua forma vegetativa (MURRAY et al.2006).

Existem três formas clínicas da doença: tétano umbilical (ou neonatal), tétano localizado (acidental) e tétano generalizado. Em todas as formas, a apresentação sintomatológica é semelhante, com hipertônias musculares, normotermia ou febre baixa, hiperflexia, espasmos musculares ou contraturas paroxísticas e lucidez. também ressalta que os primeiros sintomas são trismo, rigidez da nuca e paravertebral além do riso sardônico (Gouveia et al. 2009).

Considerando a temática desse estudo, o tétano neonatal ou *neonatorum*, tem como principal foco de contaminação o cordão ou o coto umbilical, resultante da manipulação fora dos padrões assépticos. Mesmo com os avanços terapêuticos e preventivos, ainda existem casos de óbitos que ocorrem nos quatro primeiros dias do recém-nascido, ainda se mantendo como um preocupante problema de saúde pública na maioria dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (VIEIRA, 2003).

No território brasileiro, o tétano neonatal pode ser conhecido como "mal-de-sete-dias" ou "mal do umbigo", principalmente pelo fator de incubação que acontece na média de sete dias.

A populações carentes e que possuem dificuldades no acesso aos serviços de saúde tornam-se mais suscetíveis, isso porque inclui-se a falta dos serviços de obstetrícia e pré-natal, ocorrendo então o cuidado inadequado com o cordão umbilical e a falta de imunização materna. Ainda é bastante comum a realização de partos domiciliares, com utilização de métodos ritualísticos, culturais e costumes de alto risco de infecção, como o uso de substâncias sobre o coto, dentre terra, pó de café, teia de aranha, e outras crenças em que se acreditam ter eficácia na cicatrização (MURAHOVISC, 2008; BRASIL, 2010).

Em contrapartida, com a implementação de políticas que envolvem a eliminação do TNN como problema de saúde pública mundial, a incidência obteve uma drástica diminuição, principalmente nas américas, no intuito de atingir a meta de menos de um caso por mil nascidos vivos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde 1980, o tétano faz parte da lista de agravos de notificação compulsória brasileira, resultando na diminuição de 291 casos em 1990 para 3 casos em 2013 (ROCHA et al., 2016).

Sendo a vacinação das gestantes a estratégia prioritária para a eliminação do TNN, ainda são observadas falhas em sua cobertura. Em um estudo do Ministério da Saúde (MS) desenvolvido em 2012 sobre a vacinação das mulheres em idade fértil de 2007 a 2011, o índice de imunizadas foi considerado baixo. Entretanto, em relações as gestantes, de 1993 a 2011, houve o aumento no número, porém, ainda menor que 60% do total.

Murray et al. (2006) salienta que para o tratamento do tétano é preciso a realização do desbridamento da ferida primária, uso de metronidazol além da imunização passiva com imunoglobulina tetânica humana e vacinação com o toxoide tetânico.

O RN acometido pela patologia precisa ser internado em uma unidade de terapia intensiva ou enfermaria apropriada reduzindo as complicações e letalidade, devendo ser acompanhada pela equipe multidisciplinar experiente no atendimento a enfermidade. De acordo com o manual de doenças infecciosas e parasitárias do Ministério da Saúde (2010), o local deve dispor de isolamento acústico, luminosidade reduzida e temperatura ambiente. As vias aéreas devem se mantidas permeáveis, a hidratação em curso, e reduzida ao máximo

qualquer estímulo externo. Quanto à antibioticoterapia, é escolhida a penicilina cristalina 50.000 a 1000.00 ui/kg/dia ou Metronidazol por 07 a 10 dias.

O objetivo desse estudo foi enfatizar a atuação dos profissionais de saúde no controle e prevenção do tétano neonatal além de citar os principais fatores de risco para a patologia e as medidas profiláticas e preventivas que devem ser adotadas pelo enfermeiro que asseguram a proteção contra a doença.

Este artigo caracteriza-se como revisão de literatura, tipo exploratório/ descritiva, e de caráter quanti-qualitativo, foram obtidas informações em literaturas estruturadas, periódicos, livros, artigos científicos e manuais do Ministério da Saúde, nas plataformas virtuais e em biblioteca, nos bancos de dados brasileiros e internacionais, tais como BVS, SCIELO, LILACS e Google acadêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Todo o profissional de saúde deve ter uma postura diferenciada, onde sua carga de conhecimento, compromisso, pensamento crítico e seu cuidar prestado à mãe e ao recém-nascido favoreça a sua assistência de uma forma individual e suprindo às necessidades sobre sua óptica (BERGAMASCHI, 2008).

O tema proposto é voltado ao papel dos profissionais de saúde para prevenir o TNN tendo como essencial a realização do pré-natal, onde a atuação deve seguir todos os parâmetros que incluem pelo menos uma consulta no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro. Nesse período, é responsabilidade do enfermeiro assegurar a assistência da gestante, parturiente e puérpera acompanhando toda a evolução e realizando a educação em saúde a fim de promover uma melhoria na qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

Com isso, os cuidados preventivos, desenvolvidos principalmente na ESF (Estratégia de Saúde da Família) são realizados pelas ações de atenção primária, incluindo: imunização, adequado controle da gravidez, atenção no parto, diagnóstico e tratamento precoce além de outras ações que estão ligadas com outros setores. Neste momento, é essencial a qualificação do profissional, ao lado de ações educativas que possibilitam à mulher boas condições para cuidar de si e de sua criança (ALMEIDA, 2005).

O Ministério da Saúde (2019) também ressalta que os principais métodos de controle e prevenção do tétano neonatal são a assistência adequada durante o pré-natal, que inclui a vacinação das gestantes, o atendimento higiênico ao parto e ao coto umbilical. Quanto as imunizações disponíveis, temos Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP e Dupla adulto (difteria e tétano) – dT. Segundo a Sociedade Brasileira de Imunizações (2019) o tipo e o esquema vacinal da gestante devem ser seguidos conforme o histórico vacinal disponível no **quadro I**.

Quadro I – Recomendações x Condutas na Gestaçã

Histórico da Vacina	Condutas a serem tomadas
Mulher previamente vacinada, possuindo pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico	Realizar uma dose (dTpa) a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
Em gestantes com vacinação incompleta, tendo como recebido apenas uma dose de vacina com componente tetânico.	Realizar uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Intervalo mínimo de um mês entre elas.
Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Realizar uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível
Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Realizar duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.

Fonte: Sociedade Brasileira de Imunizações, Brasil (2019) - *Adaptado*

É de suma importância também, a ações de vigilância epidemiológica, bem como o cadastramento e treino de parteiras onde existe a dificuldade no acesso aos serviços de saúde sobre a prevenção da doença. As mães e os responsáveis em todas as oportunidades devem ser orientados com relação aos cuidados com os recém-nascidos e o tratamento higiênico do coto umbilical. É importante enfatizar que a consulta do puerpério se constitui em oportunidade para orientações sobre a atualização e rotina do calendário vacinal tanto da mãe quanto da criança. A consulta de enfermagem mostra-se um instrumento primordial garantindo uma melhor expansão da cobertura e melhoria da qualidade assistencial no pré-natal (LIMA, 2005).

O momento da gestação é um período que gera mudanças na vida da mulher e de toda a sua família, tanto emocionalmente, como fisicamente, o que aumenta suas dúvidas, ansiedades e medos, tornando a função de todos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, ainda mais importante e essencial.

Um dos principais fatores para que ainda existam casos de Tétano Neonatal no Mundo e principalmente no Brasil, é decorrente da deficiência nos atendimentos pré-natais e puerperais, fazendo com que seja favorecida a infecção pelo agente causador da patologia. Em sua pesquisa, Cremonese et al. (2009), explana que o pré-natal tem um caráter preventivo a fim de diminuir tanto a mortalidade materna como a perinatal, e quando este é de qualidade previne patologias importantes

O papel destes profissionais no controle e na prevenção enquadra-se principalmente, na realização de uma assistência adequada no pré-natal e puerpério e as práticas educativas.

No Brasil, de 2000 a 2009 houve uma média de 18,4 casos por ano, segundo o MS (2011) e na última década houve uma redução de 89% dos casos, Betancourt; Echezuria (2011) relata que a melhor assistência no pré-natal das mulheres tem permitido uma redução significativa de casos, mesmo assim é estimando 500 mil casos por ano no mundo.

Um estudo quanti-qualitativo de Ribeiro; Brandão (2011) apresenta que a incidência decrescente em todas as regiões do Brasil, decorrente da elevada cobertura de partos hospitalares e os esforços dirigidos para a vacinação em mulheres.

Chrestani et al. (2008) relata melhorias no número médio de consulta pré-natal atribuindo a fatores como, aumento de renda familiar, maior nível de escolaridade das mães e maior oferta de serviços de saúde, ainda o aumento da cobertura do programa saúde da família que está presente em grande parte dos municípios brasileiros.

O profissional de saúde deve aproveitar cada momento de consulta pré-natal, a fim de manter sempre o cartão de vacina atualizado, e orientar quanto á importância na continuidade das consultas também no puerpério onde as contínuas mudanças fisiológicas estarão presentes.

Alves; Murai (2012), descrevem que muitas vezes a consulta pré-natal é uma única oportunidade para ser verificado o estado de saúde da mulher, visto que muitas delas não procuram regularmente os serviços de saúde. Sendo assim, nesse momento deve ser vista a

saúde da mulher de forma integral. Manter um bom vínculo e diálogo possibilita uma melhora na qualidade de toda a assistência.

Podemos verificar que as consultas de pré-natal, no acompanhamento das gestante estão sendo realizados muitas vezes de forma inadequada, pois o número de consultas mínimas (6) que são preconizadas pelo MS não estão sendo realizadas o que reflete em falhas na assistência em faltas de informações suficientes, e doses vacinais incompletas.

As ações educativas devem estar presentes em todo este processo, na veiculação das medidas preventivas, adotar medidas que aproximem o vínculo e a comunicação são sempre contribuintes. Gomes (2011), diz que o uso das expressões “tétano umbilical”, “mal do umbigo” e “mal-de-sete-dias”, pode ser uma estratégia para melhorar a compreensão da doença referida”.

Quanto aos principais fatores de risco para o tétano neonatal, podemos observar a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, falha na cobertura vacinal, falta de instrução ao cuidador sobre o correto manejo coto umbilical.

As dificuldades no acesso aos serviços de saúde são características dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, onde não existem ou são escassos os serviços que supram as necessidades de toda a população, principalmente em lugares mais longínquos em periferias e zonas rurais.

Em um estudo realizado na Turquia todos os 67 casos de Tétano neonatal eram pacientes oriundos de áreas rurais e haviam sido submetidos por partos em condições não assépticas por parteiras não treinadas e nenhuma das mães haviam sido imunizadas com a vacina tetânica (DICKCI et al. 2008).

No Brasil, no estudo realizado em Minas Gerais, foram entrevistadas 19 mães que tiveram seus filhos levados a óbito por TNN, a fim de ser verificado e traçado o perfil sociodemográfico, 14 eram de região rural e 5 de região urbana com características rurais (RIBEIRO; BRANDÃO, 2011).

Verma; Khanna (2012) realizam um paralelo em 2007 e resultam que 40 países haviam implementado campanhas de vacinação de Tétano em áreas de alto risco, objetivando a vacinação de 94 milhões de mulheres e proteger aproximadamente 70 milhões com das doses

mínimas da vacina. Muitos países ainda se esforçam para atingir a eliminação da doença melhorando a cobertura vacinal.

Já no Brasil com a possível falha na cobertura vacinal, Chrestani et al. (2008), diz que apesar da melhora relativa da imunização, em 2004, 85% dos casos de TNN ocorreram nas regiões nordeste e norte e relata que devem existir esforços intensificados para que seja aumentada essa cobertura.

Como o principal foco da infecção é o coto umbilical, a não instrução sobre o correto manejo é um fator de alto risco para contaminação. Avelar et al. (2011) escreve que ainda existem vários tabus e mitos a respeito do coto, e relata a importância de ser trabalhado esse tema para os profissionais da área da saúde que possam estar instruídos a educar as mães e cuidadores. Freitas et al. (2001) ainda diz que essa prática deveria ser incluída para a mudança de cultura nos cuidados com o umbigo das crianças, como forma de orientação para mães como uma ferramenta de prevenção ao tétano.

Um estudo descritivo-exploratório sobre a vacinação das gestantes na rotina do pré-natal, ainda indica que existe uma possível falha na assistência integral à saúde das mulheres e adolescentes, independentes ou não da condição de gestantes e é preciso que o investimento seja potencializado na qualidade e na orientação juntamente com a vacinação no momento da consulta do pré-natal (ALVES; MURAI, 2012).

Dentre as principais medidas de profilaxia e prevenção do TNN, evidenciam-se a Vacinação em mulheres férteis e gestante, educação em saúde, correto manejo do coto, partos com rigor nas medidas assépticas, de higiene e esterilização. De acordo com o gráfico 02, alguns autores comentam mais de uma variável.

Um estudo experimental de Mattos et al. (2008), prova que durante a gestação, quando vacinadas, existe a proteção contra a toxemia tetânica. Os recém-nascidos de mães vacinadas corretamente tiveram, próximo a 95% dos casos, nível de antitoxina tetânica capaz de protegê-los contra o TNN por pelo menos durante 15 dias. Essa vacinação é o principal método para combater a mortalidade causada pelo *Clostridium tetani* nos neonatos pela eficácia e resultados imediatos além da execução somente depender da vontade do ser humano.

O Brasil alcança bons resultados na imunização, e isso representa um grande avanço na tecnologia médica nas últimas décadas, sendo uma medida efetiva, de baixo custo e totalmente preventiva quanto a patologia.

A educação em saúde é uma competência dos profissionais de saúde que atuam na saúde coletiva pois visa a promoção e a prevenção da saúde, sendo importantes os grupos educativos e espaços onde as mulheres gestantes tem a oportunidade de aprender a viver de maneira mais saudável, beneficiando a si própria e ao bebê gerado (CREMONESE et al.2009).

De acordo com um estudo qualitativo de Avelar et al. (2011) a educação em saúde favorece a compreensão das informações. A realização de uma oficina objetivava desmitificar alguns mitos e tabus que permeiam os saberes e práticas adquiridos pelos participantes além de entender todo o conceito, constituição, fases, cicatrização do coto, tipos de banho, tétano neonatal, imunização da gestante para prevenção e cuidados específicos com o coto.

Partos realizados fora dos padrões assépticos, higiênicos e estéreis são problemas quase extintos, pois, estão geralmente ligados aos partos caseiros que eram realizados com mais frequência no século passado. Freitas et al. (2011) diz que os médicos já no século XIX discutiam em favor a criação de maternidades, colocando em dúvidas o papel das parteiras, sendo vistas como sinônimo de um cuidado ruim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que a profilaxia e a prevenção do Tétano Neonatal estão relacionadas diretamente a estratégias no pré-natal e puerpério, seguido das ações educativas. Essa patologia ainda surge, principalmente, pela falha na cobertura vacinal, seguido da falta de instrução sobre o correto manejo do coto umbilical e as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Referindo-se às principais medidas preventivas e profiláticas, são tidas como eficazes a vacinação, educação em saúde, correto manejo do coto e partos com critério de higiene e esterilização. Verifica-se que as mães tendo o acesso aos serviços de pré-natal de qualidade, têm seu esquema vacinal antitetânico completo e todas as instruções referentes a essa doença e o cuidado com o coto umbilical. O controle do tétano neonatal, certificado de uma assistência de qualidade promovida pelos profissionais da saúde são metas a serem conquistadas.

REFERÊNCIAS

- Almeida MS. Assistência à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. São Paulo: **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem** da Universidade de São Paulo; 2005.
- Alves JN, Murai HC. Vacinação de gestantes na rotina do pré-natal. **Rev. Enf. UNISA**. 2012; 13(2): 104-7.
- Armijo MJ, Francisca SB, Cristián BA Tétanos generalizado: caso clínico y revisión del tema. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, Santiago . 2012; 50(4): 229-233.
- Avelar CC, Oliveira BV, Linhares EF, Dias, JAA. Saberes e práticas no cuidado do Coto umbilical: uma abordagem educativa. In: Encontro sobre Violência Intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos. **Un. Est.do Sudoeste da Bahia(UESB)**,2012.
- Bergamashi, SFF, Praça NS. Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2008.42 (3) :454-460.
- Betancourt A, Echezuria L. Difteria-tétano-pertusis. **Arquivo Venezuelano Puerperio e pediátrico**.2008; 74(3).
- Brasil MS- Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância Epidemiológica - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS - GUIA DE BOLSO - 8ª edição ampliada.2010.
- Chrestani JMD, Santos IS, Cesar JÁ, Winckler LS, Gonçalves TS, Nelmann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro 2008.
- Cremonese L, Ressel LB, Wilhelm LA, Cruz Berenice de Oliveira; Scaramussa, SC, Bareto CN, Silva SC, Stumm K. Grupo de gestantes como estratégia para educação em saúde. **Revista de Enfermagem UNIFRA**, Santa Maria.2012.
- Dikici B et al. Tétano Neonatal na Turquia, o que mudou na última década. **BMC Infectious Diseases**, 2008. 8(112).
- Freitas TM, Porto F. Cuidados com o cordão umbilical do Recém- nascido, no século XIX. **Rev. enferm. UERJ**. 2011; 19(4):524-9.
- Gomes AP. Infecção por Clostridium tetani no recém-nascido: revisão sobre o tétano neonatorum **Rev. bras. ter. intensiva** [online]. 2011; 23(4) :484-491
- Gouveia PAC; Silva CEF, Miranda Filho DB, Bernadino SN, Escarião AG, Ximenes RAA. Tendência temporal do tétano acidental no período de 1981 a 2004 em Pernambuco com avaliação do impacto da assistência em unidade de terapia intensiva sobre a letalidade. **Rev. Soc. Bras. Medicina Tropical**. 2009;42(1):54-7.
- Grangeiro GR, Diogenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo 2008; 42(1):105-11.

- Lima CB. Dispositivos legais norteadores da prática da Enfermagem. João Pessoa: Silk-Graff; 2005.
- Mattos AG. Proteção do recém-nascido contra o tétano pela imunização ativa da gestante com antitoxina tetânica: estudo original de 1953. **Rev. Paul. Pediatr.** 2008; 26(4): 315-20.
- Medeiros MAS, Santos ICS, Pinto EA, Silveira BL, Dias EGC. Um caso de Tétano Neonatal em uma Maternidade Escola de Alagoas: Um relato de Experiência. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal. 2012.
- Mieli MPA, Aldrighi JM. Tétano no climatério. **Rev. Assoc. Médica Brasileira.** 2006. São Paulo; 52(4).
- Murahovchi J. Tétano dos recém-nascidos: revisitado. **Rev. Paul Pediatr.** 2008; 26(4): 312-4.
- Murray PR et al. **Microbiologia Médica.** 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
- Oliveira LV, Nunes CLX. Estudo de 119 casos de tétano ocorridos num hospital de referência na Bahia entre 2004 e 2010. **Rev. baiana saúde pública.** 2013; 37(1): 56-67.
- Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2008; 8 (1): 113-24.
- Poppe KCF. Mortalidade Neonatal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e suas Principais causas, 1996 a 2007. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- Ribeiro MB; Brandão MNM. A produção científica sobre o coto umbilical. **Rev. Interdis. NOVAFAPI.** 2011; 4(3). 54-59.
- Rocha, Bárbara Cristina Casemiro da et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n.7p.2287-2292. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.16862015>>.
- Silva, DM. O tétano como doença de base para disfagia. **Rev CEFAC,** São Paulo, 2010; 12(3). 499-504.
- Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendários de Imunização 2019/2020. Disponível em: <<http://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>>.
- Tapajós R. Trismo, opistótono e riso sardônico: quem se lembra dessa doença. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2011; 23(4). 383-387.
- Tavares W Bazin AR. Tétano. In: Coura JR, organizador. *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 1553-61.
- Verma R, Khanna P. Vacina Toxoide Tetanico-A eliminação do tétano neonatal em estados selecionados da Índia. **Human Vaccines & Immunotherapeutics.** 2012; 8(10).
- Veronesi R, Focaccia R, Tavares W, Mazza CC. **Tratado de infectologia.** Rio de Janeiro: Atheneu; 1996. 909-35.

Vieira LJ. O tétano neonatal no Estado de Minas Gerais: contribuição para a compreensão do problema. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2003;11(5)638-644.

Capítulo 14

VULNERABILIDADES DE MULHERES COM HIV/AIDS E AS CONTRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS DA ENFERMAGEM

Joselita Cavalcante Neves¹

Daniel Aser Veloso Costa²

Emmanueli Iracema Farah³

Resumo

INTRODUÇÃO: A vulnerabilidade das mulheres com HIV/AIDS tem sido bem expressiva por conta dos aspectos sociais em que se encontram, aliado a fatores biológicos, socioeconômicos, psicossociais, dentre outros. **OBJETIVO:** esse trabalho tem proposta de conhecer os fatores que colocam as mulheres que vivem com HIV/AIDS em situação de vulnerabilidade e como o enfermeiro relaciona-se diante dessa situação. **MÉTODO:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando as bases de dados da SCIELO, LILACS e nos sites BVS. **RESULTADOS:** Identificou-se as características da vivência das mulheres após o diagnóstico de HIV/AIDS que, ao confirmar a positividade gera sentimentos de angústia e desespero pela possibilidade de ver a vida chegar ao fim, além disso, ao aderir ao tratamento, alguns pacientes mudam o estilo de vida. O estigma e o estresse também são observados, privando a mulher de exercer seus direitos enquanto cidadã, temor e falta de apoio social. Ainda mais, as relações sociais destacam a diferença salarial, desvalorização social de algumas profissões e uma jornada de trabalho excessiva. O fator desigualdade entre os sexos reflete na submissão e inferiorização da mulher que, de certa forma, tornam-se excluídas no poder decisão, e com o agravante de ainda serem atingidas pela violência que ocorre em seu dia-a-dia, além da menor liberdade de escolha na vida sexual. **CONCLUSÃO:** Diante disso, mostra-se fundamental a atenção da Enfermagem à mulher soropositiva, compreendendo todas as implicações evidenciadas, necessitando de diálogo, orientação, respeito, conforto e apoio emocional, promovendo maior adesão e manutenção do tratamento e qualidade de vida a essas mulheres.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Enfermagem. Saúde da Mulher. Vulnerabilidade em Saúde.

¹ Enfermeira. Faculdade Pitágoras São Luís, MA, Brasil.

² Enfermeiro, Me. em Biologia Parasitária. Docente na Faculdade Pitágoras São Luís, MA.

² Enfermeira, Me. em Biologia Parasitária. Docente na Faculdade Edufor São Luís, MA.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS ou SIDA) é o maior problema de saúde que representantes mundiais enfrentam na atualidade, relacionando-se a alta taxa de contaminação gravidade. É uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tendo como agente causador o HIV-1 e HIV-2, retrovírus da família *Lentiviridae* e tem por reservatório o homem (BRASIL, 2013).

O HIV, quando em contato com o organismo humano, age destruindo os linfócitos TCD4+, que são as células alvo do vírus. A quantidade de TCD4+ é um marcador indispensável dessa imunodeficiência, sendo dessa forma utilizado para decidir o prognóstico e avaliar como será ofertado o início do tratamento antirretroviral e para conclusão do caso de AIDS com fins epidemiológicos (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala que pessoas que vivem com HIV/AIDS, enfrentam uma série de problemas característicos, tendo que conviver e sobreviver com o estigma e a discriminação, uma vez que ao exporem sua condição sorológica, aumentam os sentimentos de isolamento e de preconceito (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009).

Aponta-se que desde 2007 até junho de 2017, foram notificados no país 591.747 (65,0%) casos de Aids em homens e 365.251(35,0%) em mulheres. Sendo que, de 1980 até 2008, observou-se um aumento na das mulheres nos casos de AIDS (BRASIL, 2014).

Abordar a condição sorológica do HIV/ AIDS entre mulheres não é tão simples, por exigir expor questões que estão relacionadas ao casamento, à maternidade, à sexualidade, à relação de gênero e outros aspectos íntimos da natureza feminina, questões essas que estão de forma intrínseca associadas à prevenção do HIV (JULIÃO TC et al., 2009).

Nesse sentido, a descoberta da condição sorológica para algumas dessas mulheres, na grande maioria, ocorre por ocasião do pré-natal; quando há alguma manifestação de doenças oportunistas, ou quando o parceiro fica doente (MELO, 2013). Além disso, parte das mulheres, somente descobrem de sua condição sorológica, através do companheiro/marido, pela apresentação de sintomas para algumas doenças oportunistas (DUFFY; SUFFERING, 2010).

Observa-se em muitas pesquisas, que a vulnerabilidade das mulheres com HIV/AIDS tem sido bem expressiva por conta dos aspectos sociais em que se encontram, aliado a fatores biológicos, socioeconômicos, psicossociais e dentre outros. Sendo assim, esse trabalho tem

proposta de conhecer os fatores que colocam as mulheres que vivem com HIV/AIDS em situação de vulnerabilidade e como o enfermeiro relaciona-se com essa situação frente ao contexto psicossocial da mulher à aceitação e convívio com a infecção.

A metodologia utilizada foi a de revisão sistemática da literatura disponível, utilizando fontes primárias de informação como, artigos, teses, dissertações, monografias, entre outros referentes ao assunto, pesquisados no período de 2009 a 2018 nas bases de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe), em livros de bibliotecas universitárias, revistas científicas, periódicos e nos sites BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, e Guia de Vigilância epidemiologia.

A VIVÊNCIA DAS MULHERES APÓS DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

O diagnóstico da AIDS, representa um evento de grande cataclismo na vida das mulheres, por estar de certa forma associado a um desenvolvimento de sintomas de rápida deterioração e, associado a esses fatores, existe a ausência de um tratamento curativo, e de representar um prognóstico extremamente ruim. O fato de saber ser portadora de doença que sempre é associada a morte, gera diversos sentimentos angustiantes, como o medo, a vergonha, a ansiedade e a depressão (DUFFY; SUFFERING, 2010).

As mulheres chegam ao diagnóstico passando por várias circunstâncias, podendo ser por solicitação médica decorrente de sintomas que se manifestam (doenças oportunistas) ou pelo diagnóstico do companheiro. Quando a mulher toma conhecimento que foi infectada pelo vírus HIV, é devastador, principalmente quando essa transmissão ocorre por relações sexuais com um parceiro fixo e único, caracterizando assim, a infidelidade. Para elas o fato de manter uma união estável e monogâmica, está relacionado a ter uma distância de se contaminar (REGATO; ASSMAR, 2009).

Quando se descobre ser portador de uma doença crônica como o HIV/AIDS, geralmente ocorrem sentimentos de angústia e desespero pela possibilidade de ver a vida chegar ao fim, principalmente por existir a ideia errônea de que a AIDS é sinônimo de morte. O medo do diagnóstico do HIV/AIDS é algo que se pode ser compreensível, até mesmo pela ausência de conhecimento da população sobre a doença, dessa forma ocorrem como resultado informações incompletas, deturpadas e sensacionalistas, que na grande maioria são repassadas pelos meios

de comunicação, instigando divergências e confusão no imaginário da população sobre a doença. (MOTTA et al., 2013) Observando os fatos, não é raro algumas mulheres tentarem suicídio como forma de evitar o sofrimento e a morte que acreditam acompanhar aqueles que têm a doença (CARDOSO; MARCON; WAIDMANI, 2009).

Quando o impacto do diagnóstico positivo é superado, surge uma nova perspectiva de vida com a possibilidade do tratamento. Desde 1996, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibilizou o acesso universal e gratuito e atendimento médico, além de ofertar os antirretrovirais. Porém, aderir a tratamento ainda é um desafio para os profissionais de saúde. O tratamento é eficaz, se realizado conforme as orientações dos profissionais de saúde, sendo necessário que 95% das doses prescritas, sendo realizado por via oral; contudo, o uso inadequado dessas medicações pode levar à resistência viral (BRASIL, 2015).

Observou-se que, ao aderir ao tratamento, alguns pacientes também mudam o estilo de vida, aderindo a hábitos de vida saudáveis, motivadas também em algumas situações, pela família, amigos e pela fé em um Ser Supremo. Superado o impacto do diagnóstico, muitas mulheres, aderem ao tratamento de forma correta, aprenderam a conviver com a doença, e buscam prazer nas atividades do cotidiano, em um estilo de vida saudável, e no convívio familiar, dessa forma enfrentando a doença com uma base mais sólida (SANTO et al., 2013).

Quanto a compartilhar o diagnóstico de HIV/AIDS, essas mulheres geralmente o fazem de forma cuidadosa, primeiro com alguns membros da família, e com alguns amigos mais íntimos por medo de discriminação e preconceito. Algumas mulheres relataram que foram vítimas de preconceito e violência por parte dos companheiros, vizinhos, da própria família, que era quem deveria dar suporte e de amigos (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2013).

Esse estigma pode ser observado nas mais diferentes esferas da sociedade, privando a mulher que é portadora do HIV/AIDS, de exercer seus direitos enquanto cidadã, levando sempre ao temor da descoberta de sua condição sorológica pelos colegas de trabalho e de seus empregadores. (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2015) Dessa forma, percebeu-se que, quando o corre a falta de apoio social, existe uma limitação na convivência social, limitando sua vida em sociedade e em seus laços afetivos, tornado ainda mais difícil e doloroso conviver com o estigma da doença (GALVÃO et al., 2013).

Ao se descobrir portadora do vírus HIV, as mulheres se deparam com diversas situações, que podem colocar em risco suas relações afetivas, causar problemas em sua vida sexual, além de causar, na grande maioria dos casos, uma segregação associada a ausência de vida social. Diante dessa cenário, viver e enfrentar a doença pode se tornar cada vez mais difícil, e, como consequência, a qualidade de vida pode ser de alguma forma comprometida (GALVAO et al., 2013).

Enfrentar a doença de forma adequada, significa na maioria das vezes, fazer uma adaptação à nova condição de vida. Observou-se que, em alguns estudos relacionados ao HIV/AIDS, na sua grande maioria, as pacientes possuem uma grande dificuldade em se adaptar à sua nova condição sorológica. Cada mulher possui um tipo de reação para lidar de forma individual e única com o HIV e sua (in)capacidade de lutar contra o mesmo. Dessa forma se faz mais nítido, que a mais forte, é aquela que consegue executar suas atividades do dia-a-dia, mesmo sabendo da existência do vírus em seu corpo, em contrapartida, as que não conseguem lidar com o vírus em seu organismo, se tornam inexorável a doença (FLASKERUD, 2008).

Sendo assim, inúmeras são as barreiras de se aceitar e conviver com o HIV/AIDS, pois durante a jornada, ocorrerão perdas e as dificuldades encontradas durante essa jornada, ou pode-se chamar de luta pela sobrevivência. Podendo abranger de certa forma aspectos, que podem ser, financeiros, conflitos interpessoais, problemas sociais, de certo modo é quase impossível mesurar as consequências do HIV, pois são de uma infinidade inquestionável (REGATO; ASSMAR 2009).

O estresse no qual se submete uma mulher com diagnóstico positivo para HIV/AIDS, é saber e ter consciência de que se trata de uma doença letal, com uma potencialidade rápida para a morte (FLASKERUD, 2008). Essa relação entre doença/morte, que muitas das vezes parece ser de certa forma inevitável, pode trazer na maioria das vezes, aspectos relacionados a sua vida íntima, causando repercussões em sua vida como um todo, passando a reavaliar seus planos e o que consideram de certa forma essencial (MELO, 2008).

Mesmo meio científico, é perceptível o erro de discutir com uma ênfase maior a questão da morte em portadores de HIV/AIDS, excluindo assim, a vida com HIV/AIDS. As mulheres com diagnóstico positivo para HIV/AIDS, não se preocupam somente com a questão da morte, porém, buscam de forma contínua o direito de viver, o direito à vida. (SANTO, 2009).

A VULNERABILIDADE FEMININA INFLUENCIADA PELAS RELAÇÕES SOCIAIS

Existem complexidades quando tenta-se definir a palavra gênero, pois a mesma encontra-se diretamente relacionada ao social e ao subjetivo, exercendo forte influência em diversas situações. Gênero é a forma mais comum de assinalar as construções na sociedade, e em nosso cotidiano, para exercício de papéis distintos para ambos os sexos. É uma maneira de mencionar às origens com cunho exclusivo social para as identidades subjetivas dos homens e mulheres (SCOTT, 2009).

A desigualdade entre os sexos tem produzido historicamente uma submissão e inferiorização da mulher. Essas mulheres ainda permanecem de certa forma excluídas no poder de decidir na vida pública e privada, juntado a isso, ainda recebem salários inferiores aos dos homens para executarem os mesmos trabalhos, e com o agravante de ainda serem atingidas pela violência que ocorre em seu dia-a-dia, e pela violência sexual. Estudos relatam que as mulheres possuem uma menor liberdade de escolha em sua vida sexual, e menor poder de decisão relacionado ao sexo seguro. Dessa forma, essa desigualdade produz uma vulnerabilidade maior para as mulheres, causando impactos cada vez maiores na epidemia na população feminina. Com isso, se faz necessário que se elabore estratégias voltadas para as mulheres no intuito de prevenir, não só as mulheres que são o público alvo, mas também se faz necessário que também se envolva os homens nesse processo de mudança, já que o comportamento masculino afeta de forma direta a mulher (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; HANADA, 2012).

A submissão e a credulidade feminina, que é um resultado das diferenças de poder entre homens e mulheres, foram citadas pelas mulheres entrevistadas. Nos estudos realizados com mulheres de diferentes partes do Brasil, observou-se que as mesmas são criadas como forma de afirmação do poder masculino, a submissão e o dever de ser uma boa e obediente esposa e mãe, e muitas vezes, são colocadas pelas mães informações erradas em relação à vida conjugal e afetiva, o que as deixam mais vulneráveis (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; HANADA, 2012).

Torna-se necessário que haja uma uniformidade e explanação sobre a importância do que é viver diariamente em um contexto de violência para as mulheres que são portadoras do HIV/AIDS. Violência essa que é praticada pelo parceiro, sendo alimentada muita das vezes por questões problemáticas, no que diz respeito ao cuidado de sua saúde, e nesse mesmo tempo desempenhando o papel também de esposa e mãe. Tal observação se deve ao fato de que

quando se fala em violência, percebeu-se que os estudos sobre a mesma, se tornaram mais evidentes quando se falam de gênero para a própria epidemia do HIV/AIDS. Além disso, observou-se que mulheres portadoras do HIV, mostraram que a violência é um marco quando se descobre a condição de portadora de uma doença que, além de transmissível, é crônica e causa estigmas (LIMA, 2012).

Costa (2010), explana que existe uma hipótese de que a feminização possa estar sendo alimentada pelo crescimento da violência contra corpos, mentes, saúde e direitos das mulheres e meninas em todo o mundo. Em 2012, a Organização Pan-americana de Saúde, órgão da Organização Mundial de Saúde (OMS), mencionou em seu relatório que a violência sexual e doméstica e o HIV/AIDS são dois dos mais graves problemas de saúde e de desenvolvimento humano na América Latina e Caribe (OMS, 2012). Muitos autores afirmaram que a violência causada pelo companheiro/marido no Brasil, por exemplo, é apontada para tal situação como responsável pelas maiores taxas de infecção pelo HIV (BARROS et al., 2011), e pelo aumento da infecção em casais, sejam esses casais héteros ou homossexuais (SCHRAIBER et al., 2010), confirmando diversos estudos epidemiológicos internacionais.

O HIV/AIDS e violência são semelhantes por haver uma associação tanto na violação quanto na negligência dos direitos humanos, às crueldades que ocorrem em relação ao gênero, classe social ou raça. Percebeu-se que as duas são resultados de um cenário cultural de alta complexidade, que produziram atitudes e práticas no dia-a-dia, além disso, reforçando-se mutuamente. Assemelham-se também, as relações provocadas pelos conflitos em família decorrentes de uma doença que está ligada diretamente ao preconceito e desqualificação da mulher por ser portadora do HIV. Nesse caso, a violência ocorre após o diagnóstico da infecção (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Quando a mulher revela sua condição sorológica ao parceiro, principalmente se a condição sorológica dele for negativa, esse fator pode acarretar uma onda de violência (MAMAN et al., 2010). Outra observação que se faz é que as mulheres que vivem situações de violência possuem uma dificuldade em aderir ao tratamento, refletindo dessa forma na importância que é se tratar. Autores relatam que, quando o diagnóstico da esposa vem após o diagnóstico do parceiro, existem conflitos, uma vez que o fato de sua parceira ser soropositiva, iram ampliar as dificuldades em manter um sexo seguro, surgindo assim, novas formas de se recusar a usar preservativos, pois uma vez em que ambos estejam infectados, não se faria mais

necessário a prevenção. Além do mais, quando uma mulher se descobre portadora do vírus do HIV, fica nítido que a mesma saiu do lugar de cuidadora, para também estar precisando de cuidados, alterando uma condição que culturalmente fora atribuída a mulher (BARROS et al., 2011).

Abordada dessa forma, pode-se ter uma melhoria na aproximação de situações novas da mulher enquanto dona de casa, assim como melhor compreensão, para o caso das mulheres portadoras do HIV, o quanto esta condição de saúde altera, intensificando vulnerabilidades, quer no desempenho de mulher em relações de intimidade, em especial ao lidar com sua sexualidade, quer como mãe e cuidadora da família. Isso ocorre porque existiram novas posições específicas da mulher na vida familiar, no ambiente de trabalho e no seu meio social como provedora da família, podendo ser exemplificado pela observação de mulheres que são portadoras do HIV (Lima, 2012), nelas essas mudanças ocorreram na posição da mulher como trabalhadora social, que não se transforma necessariamente nas representações mais tradicionais de gênero quanto ao papel de mulher como cuidadora e mãe, quando a mesma se descobre portadora de HIV.

A ATENÇÃO DA ENFERMAGEM À MULHER COM HIV/AIDS

Em meio aos vários desafios que são acometidos os portadores de HIV/AIDS, a assistência à saúde constitui-se como sendo uma das suas mais problemáticas facetas. Sobre isto, é importante salientar que, a enfermagem está presente em todas as fases da epidemia de HIV/AIDS entretanto, a equipe de enfermagem tem encontrado dificuldades no cuidar das pessoas que vivem com HIV/AIDS, por enfrentarem uma rotina de preocupações com o risco de também se infectarem, com estresse de conviver com esse estigma, serem discriminado, além do preconceito e a expectativa de morte iminente, o que poderá acarretar conflitos, e dessa forma, dificultar as relações do cuidar, podendo dessa forma interferir na qualidade da assistência a estes paciente. (COSTA, OLIVEIRA; FORMOZO, 2012),

Além de levar ao desgaste físico e emocional do profissional de enfermagem, limitando sua atuação frente a essas e outras situações. Apesar disso, se faz necessário compreender a relações do cuidar de enfermagem na atualidade da epidemia do HIV/AIDS por meio das mais diferentes extensões que poderão estar contidas nessa relação, lembrando que a literatura especializada tem mostrado que o cuidar de enfermagem com uma pessoa vivendo com HIV/AIDS é cheio de peculiaridades. Diante do exposto, entendeu-se que existem inúmeras

dimensões que estão envolvidas quando se falam no cuidar de enfermagem as pessoas que foram infectadas pelo HIV (SORATTO; ZACCARON, 2010).

A estigmatização da pessoa que vive com HIV/AIDS, mostra-se presente nas instituições de saúde que prestam assistência a estes pacientes, sendo considerado como um dos principais problemas enfrentados pela equipe de saúde (RIBEIRO; COUTINHO; SALDANHA, 2008). Existe um estigma que está relacionado ao cuidar de uma pessoa que vive com HIV/AIDS podendo ser definido como um processo que desvaloriza o tratamento desigual e injusto de uma mulher com base na sua sorologia (UNAIDS, 2010).

Nas relações de cuidar da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o profissional de enfermagem convive diariamente com vários problemas de ordem psicossocial, econômica, cultural e valores individuais que podem envolver todo o contexto da infecção, enfrentando um hábito que é permeada pelo excesso de cuidados no desenvolvimento dos procedimentos que poderão ser a preocupação com o risco de contaminação, expectativa de morte e o estresse de conviver com esse estigma, nesse momento, se faz necessário que o profissional de enfermagem atue de forma a refletir, sobre todas as questões que podem estar envolvidas com esse estigma e suas implicações com a paciente que vive com HIV/AIDS, não deixando de considerar seus medos, angústias, e buscar um diálogo, uma orientação, e ofertar o respeito, além de um apoio emocional (SANTOS; NÓBREGA, 2014).

A epidemia do HIV, expôs grandes desafios para profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dessa forma, as relações do cuidar podem ser desenvolvidas de forma negativa ou positiva para ambos, tanto para o portador do vírus quanto para o profissional envolvido no cuidado de enfermagem. Tal relação estabelece que profissional/paciente, durante os cuidados de saúde, podem ser definidas como conexão profissional/paciente. Compreender a importância desse vínculo e seus desdobramentos, é fundamental para o tratamento, podendo até auxiliar o profissional no manejo de certas dificuldades que podem ocorrer para se associar à pessoa atendida, favorecendo dessa forma uma construção de confiança que foi compartilhada de formas de enfrentamento do HIV/AIDS, visando suprir suas necessidades psicológicas e resolvendo conflitos na esfera do tratamento (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009).

O vínculo durante os cuidados de enfermagem é algo relacionado à própria natureza do trabalho de enfermagem, e em sua grande maioria, é necessário para que haja uma melhoria na

qualidade do cuidar, embora ainda se encontrem profissionais de enfermagem, que apresentam dificuldades para compreender a importância do vínculo com o tratamento, que de certa forma, estão fundamentados na crença de que o profissional de enfermagem deve ser neutro e não deve criar vínculos com o paciente (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009).

Estudando as representações sociais de pacientes soropositivos hospitalizados, constatou-se que no cuidar de pacientes soropositivos, ficam presentes dimensões de afeto e de comportamentos, que podem oscilar entre o tenso e conflituoso, para estados em que há afetividade e esperança, além de em alguns casos, haver tensões, sobre o preconceito por parte de alguns profissionais de enfermagem, aumentando dessa forma as necessidades psicoafetivas e a sensibilidade dos pacientes soropositivos, existindo a possibilidade de vínculo do profissional com paciente (GOMES et al., 2012).

Outro aspecto importante sobre o conexão profissional-paciente é como e quando se dá a adesão e manutenção do tratamento por antirretrovirais da pessoa vivendo com HIV/AIDS, que poderá sofrer alterações tanto no aceitar quanto no recusar, conforme a confiança estabelecida nas relações de cuidar, assim, o profissional de enfermagem, deverá acolher de forma que haja um entendimento do que significa a condição sorológica para o paciente, e qual sentido atribuí ao tratamento (CARDOSO, 2012).

Dessa forma, observou-se que, quando se cria confiança entre o profissional de enfermagem e a mulher que vive com HIV/AIDS, aumentarão as chances de melhorar a relação terapêutica, o que propiciará um entendimento e aproximação das partes em meio a complexidade embutida nas relações do cuidar nas epidemias de HIV.

CONCLUSÃO

O momento do Diagnóstico de HIV/AIDS causa grande impacto na vida das mulheres, gerando diversos sentimentos angustiantes e, a situação torna-se mais agravante quando essa transmissão ocorre por relações sexuais com um parceiro fixo e único.

É notório a ausência de conhecimento da população sobre a doença, resultando na existência de informações incompletas, deturpadas e sensacionalistas que são reproduzidas.

O preconceito, o estresse violência encontram-se presentes na vida dessas mulheres em decorrência do estigma existente e que pode ser observado nas mais diferentes esferas da

sociedade, resultando corre a falta de apoio social, existe uma limitação na convivência social, limitando sua vida em sociedade dificultando o convívio com a doença.

A vulnerabilidade influenciada pelas relações sociais possui historicamente uma relação de submissão e inferiorização da mulher, que permanecem de certa forma excluídas no poder de decidir na vida pública e privada, menor liberdade de escolha em sua vida sexual. Sendo assim, a vulnerabilidade está relacionada de forma direta a contextos que os indivíduos mantêm em sociedade de forma geral, e nos serviços de saúde.

Quanto ao aspecto da enfermagem, o profissional deve atuar de forma reflexiva sobre todas as questões que podem estar envolvidas a doença e suas implicações, não deixando de considerar seus medos e angústias, realizando orientações e ofertar respeito e apoio. A compreensão da importância desse vínculos suas repercussões, é fundamental para o tratamento, contribuindo no manejo das complicações e dificuldades que podem surgir ao longo do processo terapêutico, favorecendo uma relação de confiança, visando suprir suas necessidades biopsicossociais.

Referências

- AYRES, J.R.C.M; SEGURADO, A.A.C; GALANO, E; MARQUES, H.H.S; FRANÇA, I; SILVA, M.H. et al. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids: cuidado e promoção da saúde multiprofissional. São Paulo: Office; 2009.
- BARBOSA, I. A. e SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.5, p.546-551. 2013.
- BARROS, Claudia; SCHRAIBER, Lilia Blima; FRANCA-JUNIOR, Ivan. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 365-372.
- CARDOSO, A.L; MARCON, S.S; WAIDMANI, M.A.P. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/aids e sua família. *Rev Enfer UERJ*, 2009.
- CARDOSO, G. P. As representações sociais do soro positividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012.
- COSTA, Tadeu Lessa da; OLIVEIRA, Denize Cristina de; FORMOZO, Gláucia Alexandre. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros: uma análise estrutural e de zona muda. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 242-259, abr. 2012 .
- DUFFY, L. Suffering, shame, and silence: the stigma of HIV/AIDS. *J Ass Nurs AIDS Care*. 2010;

FLASKERUD, J.H. Aids/Infecção pelo HIV. Rio de Janeiro: MEDSI; Aspectos psicossociais e neuropsiquiátricos, 2008.

GALVÃO, M.T.G; LIMA, I.C.V; CUNHA, G.H; SANTOS, V.F; MINDÊLLO, M.I.A. Estratégias de mães com filhos portadores de HIV para conviverem com a doença. *Cogitare Enferm.* 2013 Abr/Jun; 18(2):230-7.

GOMES, A. M. T., et al. As representações sociais de enfermeiros sobre a criança soropositiva para HIV: interface com o cuidar. *Revista de Enfermagem*, v.19, n.1, p.14-19. 2011.

GONÇALVES, C.S; WEBER, B.T; ROSO, A. Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 2015.

HORTA, V. A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU. 1979.

JULIÃO, T.C; AGUIAR, C.N; ARAÚJO, F.M; SILVA, R.M. O cotidiano de mulheres e a prevenção da AIDS. In: Damasceno MMC, Araújo TL, Fernandes AFC. *Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase.* Fortaleza: FCPC; 2009;

LIMA, M. Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: Repercussões para a saúde. Universidade de São Paulo. Faculdade de medicina [Tese de Doutorado], 2012.

LIMA, M. P. O. e FREITAS, C. H. A. A enfermeira interagindo e se relacionando: o contexto do cuidado de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Rev Bras Enferm*, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Boletim Epidemiológico AIDS/DST. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais 2015.

MONTEIRO, J. F. A. e FIGUEIREDO, M. A. C. Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paideia*, v.19, n.42, p.67-76. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. *El SIDA: cuidados paliativos.* p. 163-89. p. 327-45. 2009;

REGATO, V.C; ASSMAR, E.M.L. A aids de nossos dias: quem é o responsável? *Est Psicol.* 2009.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L. e SALDANHA, A. A. W. Estudo das Representações Sociais sobre a Aids por Profissionais de Saúde que Atuam no Contexto da Soropositividade para o HIV. *J bras Doenças Sex Transm*, v.16, n.4, p.14-18. 2008.

SANTO, C.C.E; TOSOLI, M. A; GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. *Rev Enf Ref.* 2013;

SANTOS, S. M. J. e NÓBREGA, M. M. L. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com Aids. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v.38, n.4, p.369-378. 2010.

SCHRAIBER, L. B., BARROS, C. R. S., & CASTILHO, E. A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: Usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(2),237-245, 2010;

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F., HANADA, H., FIGUEIREDO, W., COUTO, M., KISS, L., ...PINHO, A. Violência vivida: A dor que não tem nome. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12),41-54. Lima, M. Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: Repercussões para a saúde (Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil), 2012;

SCOTT, J. W. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade (Porto Alegre)*, 16(2),5-22, 2008;

SORATTO, M. T. e ZACCARON, R. C. Dilemas éticos enfrentados pela equipe de enfermagem no programa DST/HIV/Aids. *Revista Bioethikos*, v.4, n.3, p.332-336. 2010;

SOUSA, L. B. e BARBOSA, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.13, n.1, p.181-187. 2009.

SOUZA, M. L., et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Texto e contexto Enfermagem*, v.14, n.2, p.266-270. 2014.

UNAIDS. Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. Geneva, 2010.

ISBN 978-65-80476-11-4



9 786580 476114 >